

FARA Infos

Mars-avril 2016 - n°2

FARA Actualités

La FARA : Danièle Vergnon, Henri Romeu.....page 2

La CARMF : Claude Poulain, Président d'Honneur de la FARA.....page 3

Revue de Presse

La Retraite

La France compte plus de 13 millions de retraités.....page 4

Six français sur dix veulent rendre obligatoire l'épargne-retraite.....page 4

10650 médecins libéraux plébiscitent le cumul.....page 5

Le cumul emploi-retraite fait un tabac chez les médecins.....page 5

Jusqu'à 18% de baisse de pension pour les futurs retraités.....page 6

Un quart des nouveaux retraités bénéficient d'un départ anticipé.....page 7

Retraite : l'âge de départ continue d'augmenter.....page 8

Le financement des retraites inquiète les jeunes.....page 8

Retraite complémentaire, la CNAM rassure.....page 9

L'ASV s'impose dans la discussion conventionnelle.....page 10

ASV : le programme des médecins libéraux pour préserver le régime.....page 10

Ajustement du régime ASV, une volonté commune des syndicats.....page 11

Libres opinions : « ASV : suite » et « Le Trou ».....page 12

Discussions conventionnelles

L'homme qui murmurait à l'oreille des médecins.....page 13

Convention : en difficulté, le gouvernement démine.....page 14-15

Les avantages du secteur 1, premier enjeu des discussions conventionnelles.....page 16

Négos : la CNAM sanctuarise la prise en charge au 2/3 de l'ASV.....page 17

Dépendance, autonomie

Paerpa : les libéraux encore laminés par les hospitaliers.....page 18-19

Autonomie : la CNSA mise sur les territoires.....page 20

Société

Téléconsultations : AXA revendique plusieurs centaines d'appels par semaine...page 21

Touraine et Hollande vantent dans le Lancet le système de santé français.....page 22

Economie - Finances

Le hausses de prélèvements qui guettent les ménages.....page 23

Impôts 2016 : les 8 cas qui permettent d'échapper à la taxation des plus values....page 24

Assurance-vie et droits de succession : ce qu'il faut savoir.....page 25-26

Culture et Loisirs

Desvallières et Maignan. Au tournant de deux siècles.....page 27

Au musée d'Orsay, le douanier Rousseau.....page 28

FARA actualités n°2 mars - avril 2016

partie FARA

Danièle Vergnon, Henri Romeu

Beaucoup d'Assemblées Générales ont eu lieu dans nos régions. Elles ont été l'occasion de mises au point sur les divers éléments de nos retraites, la plupart du temps avec la participation d'experts de la CARMF et de la FARA. Tous les sujets importants étaient traités soit par un responsable de la CARMF, soit par un de nos membres, également administrateur de la CARMF. C'était également l'occasion de rappeler les principaux événements ayant eu lieu depuis l'année précédente.

L'AG de la 8^e région a connu un succès sans précédent avec 125 participants. Ce succès a une explication : la CARMF avait pris l'initiative d'envoyer les convocations à tous les ayant-droits de la région, après un envoi par la région elle-même, mais seulement d'après son propre listing.

Ces réunions n'ont pas seulement l'intérêt d'une mise à jour des problèmes de nos pensions, elles sont marquées par un esprit d'amitié et de convivialité, par le plaisir des retrouvailles, par un bon repas partagé et par un moment culturel toujours très apprécié.

La FARA est au service des 16 régions, dont les dirigeants font preuve d'un dévouement exemplaire. Elle est à l'écoute des difficultés rencontrées sur le terrain et a vocation à venir en aide pour résoudre tous les problèmes, de quelque nature qu'ils soient.

La FARA est représentée dans les associations professionnelles, en particulier la CNRPL (Confédération Nationale des Retraités de Professions Libérales), elle est en relation permanente avec les syndicats médicaux.

En ce qui concerne la CARMF, les rapports sont privilégiés. Les relations avec le président Thierry Lardenois sont excellentes ainsi qu'avec le directeur, Henri Chaffiotte. La FARA est le trait d'union idéal entre les ayant-droits et notre caisse de retraite. Ces relations doivent être maintenues et encore resserrées si cela est possible.

Nous avons eu l'amertume de voir disparaître une de nos associations. Des problèmes de santé des membres du bureau étaient responsables de grandes difficultés de gestion et d'une probable désaffection des départements. La FARA et les régions voisines auraient pu intervenir et apporter aide et conseils. Cette très regrettable situation aurait pu être prévenue et évitée. Nous ferons le nécessaire pour une rapide reconstruction, si cela est réalisable.

Négociations conventionnelles : elles sont en cours et se poursuivent jusqu'à mi-juillet. Pour ce qui nous intéresse, les discussions sur l'ASV étaient d'une importance majeure. Vous savez que des accords ont permis d'augmenter, sur les trois prochaines années, les cotisations des actifs. La tutelle doit donner son aval. L'ASV serait sauvée pour longtemps. Les retraités seraient toutefois appelés, comme d'habitude, à apporter une petite contribution.

Le problème de la démographie médicale a été longuement discuté. Les retraités y ont leur place par le biais du cumul emploi-retraite et par leur participation à un nouveau concept de la télé médecine, qui pourrait être appelé à se développer très rapidement.

FARA Actualités n° 2 - mars-avril 2015

partie CARMF

Claude Poulain

Site Internet : www.retraite-fara.com

L'actualité CARMF de ces 2 derniers mois a été centrée sur l'ASV :

Tout d'abord, le 3 mars 2016, les 5 syndicats médicaux publiaient un communiqué commun dans lequel ils renouvelaient les propositions faites récemment à la Ministre de la Santé et qu'elle a dit approuver. Les syndicats proposent donc :

- Une augmentation progressive de la cotisation d'ajustement passant de 2,8 % à 3.8 %
- Une revalorisation de la valeur du point à partir du 1^{er} janvier 2020
- Une harmonisation avec la réforme du RCV qu'ils approuvent maintenant.

Le 23 avril 2016, le Conseil d'administration de la CARMF, après avoir rappelé qu'il a voté, en sa séance du 30 janvier 2016, la modification des modalités de départ en retraite dans le cadre du régime complémentaire de vieillesse permettant aux médecins de choisir librement leur date de départ en retraite à partir de 62 ans, a décidé à l'unanimité, dans un souci d'harmonisation et conformément aux vœux de l'ensemble des syndicats médicaux, de modifier les statuts du régime des allocations supplémentaires de vieillesse afin d'introduire les mêmes dispositions.

Plutôt qu'une minoration de 5 % par an en dessous de 65 ans ou

de 67 ans, les médecins bénéficieront, au-delà de l'âge minimum de 62 ans, d'une majoration de points de 1,25 % par trimestre (soit 5 % par an) jusqu'à 65 ans et de 0,75 % par trimestre (soit 3 % par an) au-delà de cet âge jusqu'à 70 ans.

La balle est maintenant dans le camp de gouvernement pour la validation de ces 2 réformes.

Pour information, au cours de ce CA, Monsieur CHAFFIOTTE a précisé qu'en raison des restrictions récentes sur les modalités de remboursement des frais de déplacements et de paiement des indemnités pour perte de gains, à la demande des représentants des collèges d'allocataires et de prestataires, la CARMF va étudier les possibilités d'organiser les réunions préparatoires à l'assemblée générale de ces collèges le vendredi après-midi précédant l'Assemblée générale (au lieu du jeudi), en regroupant la tenue des commissions et du Bureau sur la matinée. Les réunions préparatoires des délégués des 3 collèges se tiendront donc très probablement le vendredi 16 septembre 2016 dans l'après-midi.

Claude POULAIN, Secrétaire GI de la CARMF

17 mai 2016

La France compte plus de 13 millions de retraités

Guillaume Guichard (lefigaro.fr) 14 avril 2016

Le nombre de retraités du privé bénéficiant personnellement d'une pension du régime général en 2015 a dépassé pour la première fois les 13 millions, a annoncé mercredi la Caisse nationale d'assurance-vieillesse (Cnav) dans un communiqué. « 43 % d'entre eux ont cotisé à plusieurs régimes de retraite durant leur carrière professionnelle », précise l'Assurance-retraite, qui gère la retraite des salariés de l'industrie, du commerce et des services.

Dans le détail, ils étaient 13,04 millions à bénéficier d'un droit direct au 31 décembre 2015, c'est-à-dire qu'ils touchent une pension pour laquelle ils ont cotisé durant leur carrière. En comptant les pensions de réversion, versées aux veuves de pensionnés du régime général, on dénombrait 13,9 millions de retraités dont 6,18 millions d'hommes et 7,67 millions de femmes, détaille la Cnav. Parmi eux, plus de 2,7 millions bénéficient d'une pension de réversion et 1,1 million d'une retraite anticipée pour carrière longue. Ce dispositif avait été élargi à l'été 2012 en application d'une promesse du candidat François Hollande. En 2015, l'Assurance-retraite a attribué 656 944 nouvelles retraites personnelles, soit une hausse de 3,3 % par rapport à 2014.

Le montant moyen de la retraite de base pour une carrière complète au régime général atteint 1 037 euros par mois en 2015 (hors part versée par les régimes complémentaires Agirc et Arrco), soit une augmentation de 5 euros par rapport à l'année précédente, précise l'organisme.

Enfin, l'âge moyen des retraités du régime général reste globalement stable à 73,8 ans (contre 73,6 ans en 2014). Ces retraités sont plus nombreux dans le sud-est de la France (Bouches-du-Rhône, Var, Alpes-Maritimes), ainsi que dans le Rhône, l'Isère, le Nord et le Pas-de-Calais.

Six Français sur dix veulent rendre obligatoire l'épargne-retraite

SOLVEIG GODELUCK LES ECHOS LE 12/04/2016

Selon une étude Deloitte, les actifs estiment qu'ils auraient besoin de 31 % de revenus supplémentaires pour vivre correctement à la retraite.

Rendre l'épargne-retraite obligatoire. C'est la recette-miracle pour vivre correctement à la retraite, selon un sondage Deloitte/Harris réalisé sur un échantillon de 4.000 personnes. Selon cette étude, six Français sur dix réclament que le troisième étage de la fusée retraite, celui des pensions supplémentaires, ne soit plus en option, au même titre que la retraite de base et la retraite complémentaire. 55 % des actifs et 72 % des retraités le souhaitent.

Tous veulent éviter une baisse des pensions, un repoussoir pour les trois-quarts des retraités (74 %) et 57 % des actifs. De toutes les mesures étudiées pour redresser les comptes de la Sécurité sociale, cette dernière est la plus honnie.

Il faut dire que les trois-quarts des actifs sont déjà inquiets du montant de leur pension future. En moyenne, ces actifs pensent qu'il leur faudrait 31 % de revenus en plus pour répondre à leurs besoins financiers lorsqu'ils auront pris leur retraite. Ils anticipent donc un manque d'argent. Quant aux retraités, ils sont de moins en moins nombreux à se dire satisfaits du montant versé au titre des régimes obligatoires : 50 % seulement, en baisse de 11 points en quatre ans.

Une épargne-retraite en hausse.

Les actifs et les retraités ne sont pas très solidaires. En plébiscitant l'épargne-retraite obligatoire, les actifs voudraient surtout éviter une augmentation de l'âge de départ (à 60 %) ; seulement 29 % s'y résignent. A l'inverse, la moitié des retraités s'en accommoderaient, car pour eux, l'affaire est déjà pliée.

Dernière mesure envisagée par les sondeurs, l'augmentation des cotisations. Cette fois, un actif sur trois (32 %) est prêt à considérer cet effort, tandis que ce chiffre grimpe à 41 % pour les retraités. En réalité, si l'épargne-retraite devenait obligatoire, il faudrait de facto cotiser plus.

Aujourd'hui, 57 % des actifs déclarent épargner pour financer leur retraite, contre 54 % en 2014. La retraite est le principal motif d'épargne en France. Au cours des 12 derniers mois, l'ensemble des actifs ont déclaré avoir épargné 1.933 euros pour leurs vieux jours contre 1.866 euros il y a deux ans. Mais 72 % d'entre eux ont mis de côté seulement 455 euros.

10 650 médecins libéraux plébiscitent le cumul emploi retraite !

Le Quotidien 24.03.2016 C.D. (avec AFP)

Le nombre de personnes cumulant emploi et retraite n'a cessé d'augmenter depuis 2004 au sein des professions libérales, en particulier chez les médecins qui représentent 35 % d'entre elles, révèle ce jeudi une étude de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales (CNAVPL).

« *Le cumul emploi retraite s'est véritablement développé au sein des professions libérales suite à la réforme de 2003* » et concerne en 2015 près de 30 000 personnes contre environ 1 650 en 2003, écrit la CNAVPL qui fédère dix caisses de retraite des professions libérales.

Le cap des 10 000 praticiens libéraux « cumulards » a été franchi

La réforme Fillon de 2003 avait permis, sous conditions, de cumuler revenus professionnels et pensions de retraite, entraînant une « *croissance importante* » des professionnels libéraux en situation de cumul, souligne la CNAVPL.

Pour les affiliés de la Caisse autonome de retraite des médecins de France (CARMF), la possibilité à compter du 1er janvier 2009, de cumuler, intégralement, revenu d'activité et pension de retraite a entraîné une explosion du nombre de médecins libéraux cumulards. Entre 2009 et 2010, ce nombre a doublé, passant de 1 900 à 3 800, pour atteindre 10 650 en 2015 – dont 7 107 ont entre 66 et 70 ans – détaille l'étude.

En juin 2015 déjà, « le Quotidien » avait consacré un [dossier](#) au phénomène du cumul emploi retraite, avec 14 665 praticiens retraités actifs (tous modes d'exercice) dont près de 10 000 libéraux à l'époque. Ce cap est donc désormais franchi.

La CARMF, qui représente 20 % des allocataires du régime de base de la CNAVPL, apporte ainsi plus de 35 % des personnes en situation de cumul emploi-retraite, souligne le rapport.

La CARMF et la CAVEC (Caisse de retraite des experts-comptables et commissaires aux comptes) ont une « *proportion de cumulants, parmi les allocataires de droit direct, égale à environ le double de la proportion de l'ensemble des professions libérales* », constate le rapport.

Pension supérieure

Les revenus des médecins en situation de cumul emploi retraite pour la tranche d'âge entre 61 et 70 ans représentent en moyenne plus de 80 % de ceux des cotisants qui n'ont pas liquidé leur retraite.

Concernant les allocations, les affiliés de la CARMF en cumul emploi retraite ont une pension 21 % supérieure en moyenne à celles des médecins non-cumulants pour les mêmes tranches d'âge. Cette différence pourrait s'expliquer par des carrières plus longues et plus rémunératrices, notamment, chez ceux qui optent pour le cumul.

Le cumul emploi-retraite fait un tabac chez les médecins libéraux

EGORA par C. L B le 25-03-2016

Le nombre de personnes cumulant emploi et retraite n'a cessé d'augmenter depuis 2004 au sein des professions libérales, en particulier chez les médecins qui représentent 35% d'entre elles, révèle jeudi une étude de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales (CNAVPL).

"Le cumul emploi-retraite s'est véritablement développé au sein des professions libérales suite à la réforme de 2003" et concerne en 2015 près de 30.000 personnes contre environ 1.650 en 2003, écrit dans un document la CNAVPL qui fédère dix caisses de retraite des professions libérales.

La réforme Fillon de 2003 a permis, sous conditions, de cumuler revenus professionnels et pensions de retraite, entraînant une **"croissance importante"** des professionnels libéraux en situation de cumul, souligne la CNAVPL.

Pour les affiliés de la CARMF (Caisse autonome de retraite des médecins de France), la possibilité à compter du 1er janvier 2009, de cumuler, intégralement, revenu d'activité et pension de retraite sans pénalisation, a entraîné une importante augmentation du nombre de médecins en cumul emploi-retraite. Entre 2009 et 2010, il a doublé, passant de 1.900 à 3.800, pour atteindre 10.650 en 2015, dont 7.107 ont entre 66 et 70 ans, détaille l'étude.

La CARMF, qui représente 20% des allocataires du régime de base de la CNAVPL, apporte ainsi plus de 35% des personnes en situation de cumul emploi-retraite, souligne le rapport.

La CARMF et la CAVEC (Caisse de retraite des experts-comptables et commissaires aux comptes) ont une **"proportion de cumulants, parmi les allocataires de droit direct, égale à environ le double de la proportion de l'ensemble des professions libérales"**, constate le rapport.

Les revenus des médecins en situation de cumul emploi-retraite pour la tranche d'âge entre 61 et 70 ans représentent en moyenne plus de 80% de ceux des cotisants qui n'ont pas liquidé leur retraite.

Concernant les allocations, les affiliés de la CARMF en cumul emploi-retraite ont une pension 21% supérieure en moyenne à celles des médecins non-cumulants pour les mêmes tranches d'âge. Cette différence pourrait s'expliquer par des carrières plus longues et plus rémunératrices, notamment, chez ceux qui optent pour le cumul.

Jusqu'à 18% de baisse de pension pour les futurs retraités

LES ECHOS | LE 05/04 À/2016

Selon des simulations menées par le conseil d'orientation des retraites, l'accord destiné à renflouer les caisses des régimes complémentaires Agirc-Arrco, pénalisera les assurés.

Après l'accord trouvé en octobre pour sauver de la faillite l'Agirc et l'Arrco, il est clair que les assurés devraient perdre au change : ces derniers pourraient en effet subir jusqu'à 18% de baisse de pension, et ces pertes grandiront au fil des générations, selon des simulations du Conseil d'orientation des retraites (COR) dévoilées par Le Figaro.

Selon l'étude du COR citée par le quotidien, « un cadre né en 1959, voulant partir à la retraite dès qu'il a cotisé suffisamment longtemps au régime de base, perdra environ 14,5% de sa pension complémentaire ». Cette perte « s'accroîtra au fil des générations pour atteindre plus de 17% pour un cadre né en 1990 », et « les salariés non cadres y laisseront un peu plus, soit près de 18% pour la génération 1990 ».

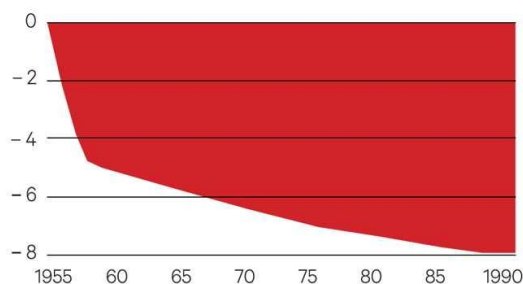
Incitation à travailler plus longtemps

L'accord destiné à renflouer les caisses des régimes complémentaires Agirc (cadres) et Arrco (tous les autres salariés), signé en octobre par trois syndicats (CFDT, CFE-CGC et CFTC), prévoit notamment une incitation à travailler plus longtemps via un système de bonus-malus et une moindre revalorisation des retraites. Il vise 6,1 milliards d'économies à l'horizon 2020, ce qui limiterait le déficit des régimes à 2,3 milliards d'euros à cette date.

Agirc-Arrco : ce qui va changer pour les retraités

Effets de l'accord Agirc-Arrco sur la pension totale complémentaire

En %*



*Par génération, cadre salarié du secteur privé à carrière complète

« LES ÉCHOS » / SOURCE : CONSEIL D'ORIENTATION DES RETRAITES

[Guillaume de Calignon](#) Le 06/04/2016

Un retraité cadre né en 1975 verra sa retraite complémentaire réduite de 7 % avec l'accord.

Les décisions prises en octobre par les partenaires sociaux sur le système de retraite complémentaire vont peut-être sauver le régime Agirc-Arrco, mais elles se traduiront par des pertes pour les cotisants. Le Conseil d'orientation des retraites (COR) a fait ses calculs, dévoilés mardi par « Le Figaro ». Et, selon ses experts, pour un cadre ayant effectué toute sa carrière dans le privé et né en 1975, l'effet de l'accord signé à l'automne sera de baisser de 7 % le montant de sa retraite complémentaire. L'impact sera négatif de 8 % pour un non-cadre né la même année. Il est lié aux mesures de désindexation et de diminution progressive du rendement des régimes (moins de droits pour une cotisation donnée). Il faut

néanmoins relativiser ces données, qui ne concernent que la part complémentaire, soit environ les deux-tiers de la pension complète pour un cadre et un tiers pour les non-cadres.

Au cours des trois premières années, l'impact pourrait être beaucoup plus élevé. Car, une des mesures sur laquelle les partenaires sociaux se sont entendus prévoit que, à partir de 2019, un mécanisme d'abattement de 10 % par an pendant trois ans soit appliqué pour ceux qui partiront avant l'âge du taux plein au régime de base (67 ans), les petites retraites (CSG réduite ou nulle) étant exemptées.

Primes au report

Le comportement des futurs retraités vis-à-vis de leur départ aura donc un impact important. En cas de départ à la retraite à l'âge légal, l'effet atteindrait 16,3 % pour un cadre né en 1975. Mais cela ne sera que temporaire, la baisse de la pension revenant ensuite à 7 %. En outre, si l'assuré prolonge d'un an sa carrière, il n'est plus concerné par ce « coefficient de solidarité ». Enfin, s'il reste plusieurs années de plus à travailler, il bénéficiera à l'inverse d'une prime. Donc, mesuré sur l'ensemble de la durée de la retraite, l'effet du système de décote temporaire est faible : si l'assuré reporte son âge de liquidation de 62 à 63 ans pour éviter que la décote ne s'applique, alors la masse des pensions versées jusqu'à la fin de la vie baissera de seulement 0,3 % par rapport à ce qu'elle aurait été sans l'accord pour un cadre. Bref, s'il s'agit de la mesure de l'accord la plus contestée, la mise en place de ces abattements n'est pas celle qui permettra de réaliser le plus d'économies, à peine 800 millions par an en 2030.

Le COR a calculé le rapport entre le dernier salaire versé par un employeur à un salarié et le montant de la première pension de retraite touchée par cet ex-salarié. La différence risque fort de s'accroître pour les générations futures qui verront donc leurs conditions financières reculer par rapport à celles de leurs aînés. Pour les non-cadres, la première retraite pourrait représenter moins de deux tiers du dernier salaire à partir des retraités nés entre 1965 et 1970, contre près de 80 % pour les retraités nés en 1940. Mais l'accord passé par les partenaires sociaux n'explique que marginalement ce recul (moins de deux points).

Un quart des nouveaux retraités bénéficient d'un départ anticipé

Les Echos | 11/03/2016 Solveig Godeluck

En 2015, 657.000 nouvelles pensions de droit direct ont été versées par le régime général du privé. Les départs anticipés en retraite s'établissent à 172.000, un nouveau record.

En dépit du vieillissement de la population, le nombre de départs en retraite s'est stabilisé en 2015. 657.000 nouvelles pensions de droit direct ont été servies, portant le total des pensionnés du régime général du privé à 13,85 millions. Ce chiffre, discrètement publié par la Caisse nationale d'assurance-vieillesse en février, est quasi identique à celui de 2014 (658.000), mais très supérieur tout de même aux prévisions de septembre (610.000).

Le nombre de départs à la retraite reste contenu du fait de la poursuite de la montée en charge de la réforme Sarkozy de 2010, qui doit se poursuivre jusqu'en 2017. Le recul par étapes de l'âge légal de 60 à 62 ans provoque des à-coups dans les liquidations en créant des mois « creux », pendant lesquels les assurés tout juste parvenus à l'âge fatidique n'ont plus la possibilité de partir. Cela a été le cas d'avril à août 2015, soit cinq mois. Par comparaison, 2013 et 2014 avaient eu respectivement deux et trois mois creux - donc plus d'affluence aux guichets des caisses d'assurance-vieillesse.

Et 2016 promet d'être du même tonneau que 2015, prévoit la CNAV, avec quatre mois creux de septembre à décembre, « *conjugués à l'apparition de nouveaux creux dus à la montée en charge du relèvement de l'âge pour bénéficier d'une retraite au taux plein* ». Néanmoins, les départs devraient repartir à la hausse dès 2017, quand le choc des 62 ans sera absorbé.

Le rôle capital de la réforme de 2010

La réforme de 2010 joue un rôle capital dans les comptes de l'assurance-vieillesse, qui devraient être légèrement excédentaires en 2016. La croissance du nombre de retraités explique un peu plus de la moitié de l'évolution des masses de prestations de droit direct versées en 2015 - soit 98 milliards d'euros. Ce dernier chiffre est en hausse de 2,5 % sur un an.

« *Avant l'entrée en vigueur de la réforme de 2010, le nombre de prestataires augmentait de 3,2 % en moyenne par an, alors que sur la période 2015-2019, l'évolution serait en moyenne de 1,6 % par an* », écrit la CNAV. Cela ne suffit toutefois pas à contrebalancer la dynamique du « papy-boom » et de l'allongement de l'espérance de vie : de 2015 à 2019, la CNAV s'attend à 650.000 départs par an, soit un solde net de 210.000 retraités de plus, une fois ôtés les 440.000 décès de retraités.

Une autre réforme joue par ailleurs en sens inverse, il s'agit de la possibilité de bénéficier d'un départ anticipé pour carrière longue, qui a été élargie en 2012. En 2015, 172.000 assurés ont fait jouer ce droit qui peut s'ouvrir lorsque l'on a cotisé cinq trimestres avant l'âge de 20 ans. Soit 26 % des départs totaux du régime général. C'est nettement plus qu'en 2014 (157.000), et il s'agit d'un nouveau record depuis que ce droit a été créé par la loi Fillon de 2003. En septembre, la commission des comptes de la Sécurité sociale, qui a prévu une trajectoire de hausse des départs anticipés jusqu'à 184.000 en 2016, estimait que le stock total de retraités bénéficiaires s'élèverait à 235.000 en 2015, soit 2,5 milliards d'euros de dépenses, un coût en augmentation de 26 % sur un an. « *La progression des dépenses de retraite anticipée contribuerait ainsi à hauteur de 0,5 point chaque année à celle des dépenses de droits propres* », concluait la commission.

Retraite : l'âge de départ continue d'augmenter

LE ECHOS SOLVEIG GODELUCK LE 13/04/2016

Les retraités avaient en moyenne 73,8 ans en 2015, contre 73,6 ans l'année précédente.

En 2015, l'âge de départ moyen du régime général était 62,4 ans. Le niveau de la pension moyenne continue de grimper à 1.112 euros pour les nouveaux retraités.

Inexorablement, le nombre de retraités augmente, et avec lui le niveau moyen de pension. La Caisse nationale d'assurance-vieillesse (CNAV) a publié ce mercredi ses principales données pour le régime général en 2015. Quelque 657.000 personnes ont rejoint les rangs des retraités de droit direct dans l'année, portant le total à 13,04 millions. L'âge moyen de départ à la retraite a encore légèrement augmenté d'un mois, à 62,4 ans.

En y ajoutant les bénéficiaires de pension de réversion, le nombre total de retraités du régime général s'élevait à 13,85 millions l'an passé. A noter, en nombre d'arrivants, les nouvelles réversions sont plus dynamiques que les nouveaux droits directs : +7,9 % en 2015, contre +3,3 %.

Allongement des études

Le profil de ces retraités se modifie par petites touches. Ils avaient en moyenne 73,8 ans en 2015, contre 73,6 ans l'année précédente. La pension moyenne a grimpé aussi : pour un nouveau retraité de droit direct ayant une carrière complète au régime général (hors régimes complémentaires donc), elle atteignait 1.112 euros, alors que l'ensemble des retraités touchait 1.069 euros par mois. C'est la conséquence de l'allongement des études et de l'amélioration des carrières professionnelles au fil des générations. De plus, l'augmentation sensible du plafond des cotisations de la Sécurité sociale depuis des années n'accroît pas uniquement les recettes : dans un second temps, il fait grimper le niveau des pensions.

En 2015, le régime général a versé 111 milliards d'euros de prestations légales, en hausse de 2,3 %. Une partie de cette somme, 4,4 milliards, correspond à des majorations, principalement versées aux 5,5 millions d'assurés qui ont eu au moins trois enfants. Les réversions ont coûté près de 10 milliards d'euros, et le minimum vieillesse 2,2 milliards.

Envolée des départs anticipés pour carrière longue

En 2015, seuls 8 millions de retraités du régime général ont payé la CSG à taux plein, 1,8 million a eu droit à un taux réduit, et 29 % des retraités n'ont pas été assujettis au paiement de la CSG.

L'un des faits marquants de ces dernières années est l'envolée des départs anticipés pour carrière longue : 171.600 en 2015. Le seuil d'un million de retraités partis dans ces conditions avantageuses a été franchi l'an dernier, à 1,15 million. Le profil de ces carrières longues est un peu différent de celui des autres retraités du régime général. Alors que ces derniers ont en moyenne cotisé 147 trimestres tous régimes confondus (dont 111 au régime général), les bénéficiaires de retraite anticipée ont cumulé 176 trimestres (dont 45 au régime général), soit bien plus que les 166 trimestres exigés pour avoir droit au taux plein. Parmi ces travailleurs, les femmes détiennent la palme, avec 183 trimestres à leur actif.

Le financement des retraites inquiète les jeunes

LMES ECHOS HELENE DUPUY | LE 07/04/2016

Pessimistes à l'égard des solutions collectives pour financer leur retraite, les moins de 35 ans préfèrent anticiper en faisant appel à différents produits d'épargne privés.

Peu confiants dans le système de retraite par répartition actuel, les jeunes (moins de 35 ans) adoptent de plus en plus une stratégie d'épargne individuelle en vue du financement de leurs retraites. C'est ce que dévoile, de façon inédite, la 14ème édition du baromètre « Les Français, l'épargne et la retraite » réalisé par le Cercle des Epargnants et l'institut CSA. Ainsi, 57% des moins de 35 ans citent les retraites comme sujet prioritaire de financement, aux côtés de l'assurance maladie et des complémentaires santé. Ils étaient 49% en 2015.

Cela peut notamment s'expliquer par le fait que seuls 43% d'entre eux pensent pouvoir disposer de ressources suffisantes pour vivre correctement après leur passage à la retraite (contre 51% dans l'ensemble de la population). « Cette tendance démontre un manque criant de confiance dans le système de répartition actuel et dans sa capacité à assurer des revenus dans leur avenir » souligne l'étude.

Les jeunes plébiscitent une solution privée pour répondre aux problèmes de financement des retraites

Un manque de confiance qui pousse donc les moins de 35 ans à épargner régulièrement et de leur côté, pour maintenir le montant de leur retraite. Ils sont ainsi 28% à penser qu'une solution privée serait le meilleur moyen de répondre aux problèmes de financement des retraites, alors que les 35-49 ans et les 50 ans ou plus sont davantage favorables à un recul de l'âge légal de départ à la retraite pour assurer l'avenir (voir

tableau ci-dessous). « *La thématique de la retraite et son financement est désormais un sujet intégré pour les Français* » souligne l'économiste Jean-Paul Betbeze, en commentaire de l'étude.

Et les Français échangent sur le sujet. Ainsi, plus d'un quart des Français a déjà échangé avec un professionnel afin de préparer sa retraite. L'engouement pour l'assurance-vie se confirme... Il s'agit du meilleur produit d'épargne pour 39% des Français (largement devant les produits logement et les livrets bancaires) ... L'assurance-vie est également plébiscitée comme le meilleur produit de retraite.

Malgré cette prise de conscience chez les plus jeunes de la nécessité de placer son argent en prévision de la retraite, ils ne sont que 20% à le faire réellement. Les moins de 35 ans ont, pour la plupart (69%), une part de patrimoine financier inférieure à 7.500 euros. Ils constituent ainsi seulement une épargne de précaution pour répondre aux besoins de court terme. Chez les 35-49 ans, qui ont davantage de patrimoine financier, la préparation de la retraite est, quant-à elle, la seconde raison (33%) de détention d'un produit d'épargne. « *Il y a une vraie prise de conscience des plus jeunes, qui savent que leur trajectoire professionnelle n'est pas écrite et qu'ils rencontreront probablement des obstacles. Ils épargnent pour la retraite mais aussi en cas de périodes de chômage* » explique Jean-Paul Betbeze.

Retraite complémentaire, la Cnam rassure

EGORA par C. L B le 17-03-2016

Lors de la deuxième séance de négociation conventionnelle, la CNAM a d'emblée accepté de maintenir son niveau de participation aux 2/3 pour l'ASV, qui doit encore être conforté. Il s'agissait d'une véritable inquiétude et d'un moyen imparable pour faire repartir le conflit entre le gouvernement et les syndicats libéraux, en cas de refus.

L'Assurance maladie a accepté mercredi de maintenir son niveau de participation au financement de l'ASV, se sont réjouis mercredi les syndicats médicaux (CSMF, FMF et SML pour les spécialistes et généralistes, MG France pour les généralistes et le Bloc pour les chirurgiens), réunis en un front commun, à l'issue d'une séance de négociations pour une nouvelle convention. La réunion d'hier mercredi était en effet consacrée à la protection sociale des professionnels.

Les syndicats avaient posé comme préalable à la poursuite des discussions le maintien dans sa forme actuelle du financement de l'avantage social vieillesse (ASV), retraite complémentaire qui compose près de 40% de la pension des médecins et est actuellement financée aux deux-tiers par l'assurance maladie, pour les médecins du premier secteur et les praticiens qui ont choisi un contrat d'accès aux soins (CAS).

Mais immédiatement, le directeur de la CNAM, Nicolas Revel, s'est engagé à conserver cette répartition, à la grande "**satisfaction**" des syndicats. "**Les médecins peuvent être rassurés**", a ainsi estimé le président de MG France, Claude Leicher.

L'ASV a coûté à l'Assurance maladie 390 millions d'euros en 2015, soit un quart des dépenses consacrées aux cotisations sociales des médecins, qui ont atteint 1,5 milliard d'euros.

Mais l'ASV ne résume pas toutes les revendications des médecins en matière de protection sociale, qu'ils veulent améliorer. Les syndicats réclament ainsi une réduction du délai de carence (90 jours) ouvrant droit à des indemnités journalières en cas d'arrêt maladie et "**un congé maternité pour toutes les femmes**", rappelle Jean-Paul Ortiz, le président de la CSMF.

En février, le gouvernement a annoncé l'instauration d'une protection maternité pour les médecins limitant ou ne pratiquant pas de dépassements d'honoraires, pour un coût évalué à 18 millions d'euros par l'Assurance maladie. Les syndicats de jeunes médecins et d'étudiants étaient également conviés à la réunion, consacrée aussi à la démographie médicale et aux moyens d'inciter les médecins à travailler dans les zones mal pourvues. L'Assurance maladie a notamment suggéré de valoriser les professionnels installés en zone sous-dense qui accueillent des stagiaires dans leur cabinet, comme l'a récemment recommandé le gouvernement.

L'ASV s'impose dans la discussion conventionnelle

EGORA par C. L B le 04-03-2016

Alors que la prochaine séance de négociation de la convention, le 16 mars prochain, devait débiter par la démographie médicale, tous les syndicats médicaux ont demandé à ce qu'elle soit consacrée à l'ajustement du régime ASV.

Les 2/3 des cotisations des médecins conventionnés stricts et des adhérents au Contrat d'accès aux soins (CAS), sont financés par les caisses. Par ailleurs, Marisol Touraine vient de donner son accord de principe à la mise en place d'une mesure d'équilibre futur du régime par une hausse de 3,80 % de la cotisation d'ajustement

Dans un communiqué commun, Csmf, FMF, SML, MG France et Le Bloc proposent d'équilibrer, pour le futur, le régime ASV par les mesures suivantes :

1/ une hausse progressive de la cotisation d'ajustement, à partir de 2018, de 2,80% à 3,80%, en 3 ans.

2/ une revalorisation de la valeur du point de service à partir du 1er janvier 2020, puis une réévaluation annuelle de celle-ci.

3/ une harmonisation avec les dispositions contenues dans le projet de réforme du Régime Complémentaire Vieillesse pour janvier 2017. Celui-ci comprend un taux de minoration des nouveaux points de 13%, au lieu de 15% actuellement, à 62 ans - un niveau de retraite inchangé à 65 ans du fait d'une majoration de 5% par an (calculée par trimestre) du niveau de retraite déjà acquis et en cours d'acquisition, de 62 à 65 ans. Au-delà, bonification de l'ensemble des points déjà acquis et en cours d'acquisition, par trimestre supplémentaire de 0,75% (= 3%/an) pendant 5 ans.

Les cinq syndicats proposent également à partir de 2017, la remise d'un rapport annuel sur ce régime à toutes les parties, réalisé par la Carmf, et un nouveau rendez-vous, en 2020.

ASV : le programme des médecins libéraux pour préserver le régime

Lequotidiendumedecin.fr 04.03.2016 Anne Bayle-Iniguez

À quelques jours de la prochaine séance de négociation avec l'assurance-maladie, le 16 mars prochain, les cinq syndicats de médecins libéraux précisent comment ils souhaitent ajuster le régime ASV dans la future convention médicale.

Dans un communiqué de presse commun, la CSMF, le SML, la FMF, MG France et le BLOC posent une condition préalable : que les caisses s'engagent à « *financer sans plafonnement à hauteur des 2/3* » les cotisations du régime ASV des médecins exerçant en secteur I et des praticiens signataires du contrat d'accès aux soins.

Ils demandent que la hausse de la cotisation d'ajustement de 2,80 % à 3,80 %, annoncée par Marisol Touraine, s'effectue progressivement en trois ans à partir de 2018.

Pour revaloriser le point de service à partir de 2020

Ils réclament aussi une revalorisation de la valeur du point de service à partir du 1er janvier 2020 suivie d'une réévaluation annuelle.

Les syndicats veulent également une harmonisation de l'ASV avec les dispositions contenues dans le projet de réforme du régime complémentaire vieillesse pour janvier 2017. Dans le détail, ce projet comprend un taux de minoration des nouveaux points de 13 % (au lieu de 15 % actuellement) à 62 ans, un niveau de retraite inchangé à 65 ans et une bonification de l'ensemble des points déjà acquis et en cours d'acquisition (de 3 % par an pendant 5 ans).

Les cinq syndicats demandent un nouveau rendez-vous entre toutes les parties en 2020 pour évaluer la santé de l'ASV. Selon eux, il serait judicieux de confier à la CARMF la réalisation d'un rapport annuel sur le régime, qui serait remis à toutes les parties.

Ajustement du régime ASV, une volonté commune de tous les syndicats



L'ensemble des syndicats de médecins, réunis lors des Assises de la médecine libérale estime que l'engagement de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie sur sa prise en charge des cotisations retraite ASV des médecins du secteur à honoraires opposables doit être réaffirmé dans le cadre de l'ajustement du régime ASV. Cette validation doit intervenir dès le début de la négociation conventionnelle: le calendrier des séances de négociation a donc été modifié à la demande unanime des syndicats, et ce point sera donc examiné lors de la première séance effective de négociation, le 16 mars prochain.

Ils proposent d'équilibrer, pour le futur, le régime ASV par les mesures suivantes :

1/ une hausse progressive de la cotisation d'ajustement, à partir de 2018, de 2,80% à **3,80%**, en 3 ans.

2/ une revalorisation de la valeur du point de service à partir du 1er janvier 2020, puis une **réévaluation annuelle de celle-ci**.

3/ une harmonisation avec les dispositions contenues dans le projet de réforme du Régime Complémentaire Vieillesse pour **janvier 2017**. Celui-ci comprend un **taux de minoration des nouveaux points de 13%**, au lieu de 15% actuellement, à 62 ans, **un niveau de retraite inchangé à 65 ans** du fait d'une majoration de 62 à 65 ans de 5% par an (calculée par trimestre) du niveau de retraite déjà acquis et en cours d'acquisition, et au-delà une **bonification** de l'ensemble des points déjà acquis et en cours d'acquisition, par **trimestre supplémentaire de 0,75%** (= 3%/an) pendant 5 ans.

4/ Un nouveau RDV entre toutes les parties **en 2020** et à partir de 2017 un rapport annuel sur ce régime, réalisé par la CARMF et remis à toutes les parties.

Les syndicats rappellent que l'engagement des médecins à respecter des honoraires opposables est conditionné par la sanctuarisation de l'engagement des caisses à financer sans plafonnement à hauteur des 2/3 leurs cotisations dans le régime ASV pour ceux exerçant en secteur 1 et pour les adhérents au Contrat d'Accès aux Soins.

L'ensemble des syndicats prend acte de la lettre de Madame la Ministre de la Santé indiquant son accord de principe sur la mesure d'équilibre futur du régime par une hausse à 3,80% de la cotisation d'ajustement.

Signataires du communiqué :

Dr Jean-Paul ORTIZ, Président de la CSMF, Port. : 06 07 86 08 83

Dr Claude LEICHER, Président M.G.France, Port. : 06 25 20 01 88

Dr Eric HENRY, Président du SML, Port. : 06 99 64 09 66

Dr Jean-Paul HAMON, Président de la FMF, Port. : 06 60 62 00 67

Dr Bertrand de ROCHAMBEAU, Co-Président du BLOC, Port. : 06 48 20 16 77

Jeudi, 3 mars, 2016

Libres opinions : ASV : suite

Le Quotidien Posté le 6 mars 2016 par Gérard Maudrux

Communiqués de satisfaction concernant l'ASV cette semaine. Et pourtant !

- 1) Constat d'échec : si j'avais dû augmenter la cotisation de 75% en 5 ans pour équilibrer le régime du fait de ma mauvaise gestion antérieure, j'aurais eu honte et me serais caché.
 - 2) Equilibrer en augmentant fortement la cotisation, facile, pas de quoi se prendre pour Superman. Qu'en pensent ceux qui vont payer ?
 - 3) Augmenter les charges, c'est diminuer le revenu net. Le faire passer comme un succès syndical est étonnant. Ils n'ont pas compris leur rôle, d'autant plus que ce n'est pas pour avoir plus de retraite, mais de moins en moins.
 - 4) En arrivant à 9,8% de cotisation globale (pour 80 000€ de revenu), c'est en peu de temps + 4,2%. + 4,2% de charges, c'est -4,2% de revenu net, et 4,2% de moins pour le RC. Renforcer l'ASV, c'est affaiblir le RC. 4,2%, c'est aussi 1€ sur le C. Si on obtient 2€ de plus, 1€ est déjà parti.
 - 5) Consolider l'ASV, c'est aussi consolider la maîtrise des tarifs. Ecrire : « *Les syndicats rappellent que l'engagement des médecins à respecter des honoraires opposables est conditionné par la sanctuarisation de l'engagement des caisses à financer sans plafonnement à hauteur des 2/3...* », c'est aussi écrire que les médecins s'engagent à accepter la maîtrise telle qu'elle est pratiquée aujourd'hui si les caisses payent pour cette augmentation.
 - 6) Crier à la victoire de l'ASV et de ses « avantages », c'est continuer de faire croire aux confrères que l'on a sauvé ces « avantages », sans dire qu'ils ne sont plus les mêmes. A cotisation égale, le RC va donner 50% de plus ! Pour les S2 qui payent 100 dans le RC pour toucher 100 et 100 dans l'ASV pour toucher 66, c'est 30 de taxes. Pour le S1 qui paye 33 pour toucher 66, ce n'est plus 1/3 + 2/3, mais 1/3 + 1/3, donc la moitié des avantages qui se sont envolés.
 - 7) N'oublions pas que 50% du financement dépend encore des caisses, qui monnaieront leur participation, ce qui fait qu'in fine, c'est toujours les confrères qui payent les 2 parts.
 - 8) En renforçant l'ASV et en ayant mendié plus auprès des caisses, on diminue les possibilités d'ouverture vers la liberté. Même si on ne peut pas faire grand chose en l'état pour ce énième sauvetage, on n'est pas obligé de le demander et de dire merci.
 - 9) Nos ancêtres ont fait une erreur en 1972 que nous payons cher aujourd'hui. Ne sommes nous pas en train de faire la même que nos successeurs devront payer ?
 - 10) Ouvrir les négociations conventionnelles avec comme préalable la poursuite de du système est un message fort envoyé à la profession. J'espère me tromper.
- Bref, nous venons de demander de renforcer nos chaînes, et sommes prêts à payer pour cela.

Libres opinions : Le trou

Le Quotidien Posté le 29 avril 2016 / Le Blog de Gérard Maudrux

Alors qu'on demande aux médecins des efforts face au déficit de la Sécurité Sociale, les mêmes creusent allègrement le trou.

Le décret 2015-1239 du 6 octobre s'applique au 1^{er} janvier 2016 est un trou de plus dans le tonneau percé de la SS. Il permet aux retraités étrangers, disposant de faibles ressources d'effectuer des séjours longue durée dans leur pays d'origine, et ce même et surtout si ces séjours dépassent 6 mois.

En clair. Il y avait déjà l'ASPA, 800,80€/mois et 1243,24€ pour un couple, pour toute personne de plus de 65 ans (60 ans en cas d'invalidité), y compris pour toute personne n'ayant jamais cotisé, à condition qu'il réside en France. A titre de comparaison, un agriculteur ayant travaillé plus de 40 ans, 12/H/jour et 365 jours/an touche en moyenne moins de 600€ de sa caisse. Voilà maintenant que suite à des accords avec les pays du Maghreb ce principe est étendu à ceux qui vivent à l'étranger.

Déjà l'Algérie aurait plus de retraités centenaires pensionnés à la CNAV que la France entière (faute de pouvoir contrôler les décès), gageons que ce nombre va encore fortement augmenter. La France a de l'argent, et elle est généreuse.

Je prends le pari que des petits malins vont créer des sociétés embauchant des étrangers de plus de 60 ans pour quelques mois. Une fois inscrits à la CNAV et leurs droits ouverts ils pourront alors rentrer chez eux et très bien vivre, malgré la commission prélevée par l'« employeur ».

Il faut quelques minutes à nos élus pour dépenser l'argent des autres, il leur faudra des années pour voir les effets de leur gabegie et quelques années de plus pour trouver des solutions pour réparer leurs bêtises. Sous couvert de « regroupements familiaux » fictifs, on a percé un trou de plus.

Désolé de revenir dessus, mais pour moi, égalité, fraternité, veulent dire à travail égal, salaire égal, à salaire égal, cotisation égale, à cotisation égale, retraite égale, et ce que l'on soit homme ou femme, que l'on soit élu, fonctionnaire, salarié ou indépendant, français ou étranger. Il ne me viendrait pas à l'idée si je vais passer ma retraite en Thaïlande, au Congo ou en Tunisie d'exiger de ces pays de me loger, me nourrir, me soigner gratuitement (car la CMU s'ajoute aux dispositions ci-dessus) et me verser une retraite, sous prétexte que je viens les poches vides.

Avoir du cœur, c'est bien. Avoir du cœur avec son portefeuille, c'est généreux et noble. Avoir du cœur (en ont-ils vraiment ?) avec le portefeuille des autres, c'est moins bien. Avoir du cœur avec le portefeuille des autres quand on l'a déjà vidé, c'est encore moins bien.

L'homme qui murmurait à l'oreille des médecins.

Force tranquille, le patron de la CNAM appose sa griffe sur les négos.

Le Quotidien du médecin 29.03.2016 n°9483. Christophe Gattuso et Marie Foulst

Depuis le début des négociations, Nicolas Revel écoute les médecins libéraux sans faire de promesses inconsidérées, et avance ses pions. Sur les revalorisations, le directeur de la CNAM martèle qu'il faudra faire des choix pour signer en juillet une nouvelle convention.

Un an et demi après sa nomination à la tête de la Caisse nationale d'assurance-maladie (CNAM), Nicolas Revel mène ses premières « négos » avec les médecins libéraux.



Cet exercice hautement périlleux intervient après une période de forte mobilisation de la profession contre la loi de santé de Marisol Touraine. « *Nicolas Revel essaie de renouer avec les médecins et la convention peut être l'occasion de leur envoyer des signaux* », analyse le Dr Claude Pigement, ancien responsable santé au PS.

Le directeur actuel de la CNAM est jugé beaucoup plus proche du gouvernement en place que son prédécesseur, Frédéric van Rookeghem, qui avait été nommé par la droite. Cela signifie-t-il qu'il n'a pas d'autonomie ? « *Nicolas Revel est diplomate, calme et posé, nous verrons comment il tiendra sa ligne politique* », observe le député (Les Républicains) du Loiret, Jean-Pierre Door, qui l'a auditionné à deux reprises.

Marathon

Lors des trois premières séances, l'ancien secrétaire général adjoint de l'Élysée a commencé à imposer sa marque. Celle d'un négociateur rigoureux mais **ouvert**. « *Il met tout le monde sur un pied d'égalité, quelle que soit la représentativité des syndicats* », confie le Dr Philippe Cuq, coprésident du BLOC. Le patron de la CNAM se montre le plus possible à l'écoute. « *Revel note tout ce qu'on lui dit, il note, il note, tout en disant qu'il n'a guère de marge de négociation* », s'impatiente le Dr Jean-Paul Hamon, président de la FMF. Nicolas Revel a prévu de prendre son temps. Une vingtaine de séances de négociations sont prévues pour tenter d'aboutir à un accord d'ici à la mi-juillet. D'aucuns y voient une « *stratégie d'épuisement* » même si le directeur n'a pas programmé (pour l'instant) les séances nocturnes qu'affectionnait particulièrement son prédécesseur.

À la tête de la CNAM, Nicolas Revel semble vouloir se démarquer de Frédéric van Rookeghem, qui a occupé ce poste pendant dix ans. Mais il n'échappe pas à la comparaison. « *Rocky était un personnage affable mais retors, confie un syndicaliste. Je trouve pour l'instant Nicolas Revel plus direct, plus droit et plus franc.* »

Depuis sa prise de fonction en novembre 2014, le DG de l'assurance-maladie a soigneusement évité toute provocation. Il privilégie les mesures incitatives à l'installation pour assurer une meilleure répartition des médecins. Côté dépassements d'honoraires, il entend pérenniser l'avenant 8 et le contrat d'accès aux soins dont il juge le bilan « *positif* ». Et dès le début des négos, il a sanctuarisé la prise en charge aux deux tiers de l'ASV en secteur I, un prérequis pour les syndicats.

Mais Nicolas Revel sait parfois dire non. Il a rejeté d'emblée l'ouverture d'un espace de liberté tarifaire à l'ensemble des médecins et exprimé ses doutes sur la possibilité de créer un forfait secrétariat jugé trop coûteux.

Sur un chemin étroit, le patron de la CNAM se montre « *d'une prudence de Sioux* », estime le Dr Claude Leicher, président de MG France. Mais il se garde de promesses onéreuses qu'il ne pourrait tenir. « *On ne pourra pas à la fois augmenter la valeur du C et majorer le tarif pour des consultations longues et complexes sur une part d'activité significative (au-delà de 10 à 15 %), a prévenu Nicolas Revel.*

Pas de tweets pendant les séances

Le DG sait aussi se montrer directif. Il a donné pour consigne aux syndicalistes de ne pas s'exprimer sur Twitter pendant les séances. Et il a rappelé à l'ordre la FMF qui avait adressé à ses adhérents un communiqué circonstancié de la première réunion...

Quelle que soit la méthode, Nicolas Revel sera jugé en juillet sur ses résultats. Il a indiqué vouloir conclure une convention avec le plus grand nombre de syndicats médicaux. « *Il va mouiller la chemise, fera tout pour aboutir et pour en sortir grandi*, assure le Dr Jean-Paul Ortiz, président de la CSMF. *Mais en aura-t-il les moyens ?* »

Convention : en difficulté, le gouvernement démine EGORA par

Philippe Rollandin* le 15-03-2016

Le contexte politique explosif du moment relègue au second plan les négociations conventionnelles entre les médecins et l'Assurance-maladie. Le gouvernement ne veut plus d'agitation dans le secteur de la santé. Après l'épisode du tiers payant, l'objectif est de calmer le jeu.

Deuxième séance plénière, ce mercredi, sur les thèmes de l'ASV et de la démographie.

Il ne faut pas attendre d'évolution structurante de cette future convention. Elle va au contraire, se limiter à acter quelques revalorisations tarifaires qui, en raison de la contrainte de l'ONDAM, seront dégagées à l'issue d'une discussion de marchands de tapis et validées par un gouvernement en difficulté.

Comme pour s'en persuader lui-même, le Premier ministre déclare : **"Nous réformerons jusqu'au bout"**. Mais, entre la réforme du travail qui provoque l'explosion du Parti socialiste et menace de se transformer en crise sociale, le texte sur la déchéance de la nationalité qui provoque des fractures tout azimut, la crise agricole qui s'amplifie, la guerre VTC-taxis qui n'en finit pas et quelques autres sujets aussi inflammables, le chef du gouvernement a toutes les raisons de croire – s'il n'en n'est pas déjà convaincu – que la réforme est un exercice à hauts risques.

Au milieu de maelstrom, le début des négociations pour le renouvellement de la Convention médicale, à la fin du mois de février, est passé inaperçu et semble échapper à ce contexte explosif. Or, il n'en n'est rien.

François Hollande ne veut pas prendre le risque d'une agitation sociale

Cette négociation devrait aboutir, au début de l'été, à un nouveau texte régissant les relations entre les médecins et l'Assurance-maladie. Faut-il s'attendre à une Convention révolutionnaire, modernisant la pratique médicale libérale et permettant de relever les défis d'aujourd'hui et de demain ? Les actes cliniques seront-ils hiérarchisés en fonction de leur contenu médical ? Le parcours de soins sera-t-il médicalisé ? La question de la démographie médicale sera-t-elle résolue ? Le conventionnement sera-t-il sélectif ? La délégation de tâches sera-t-elle développée ? La gestion des ALD – 70 % des dépenses de santé – sera-t-elle optimisée ? On pourrait allonger la liste des questions nécessitant au moins un début de réponse dans ce futur accord conventionnel.

Mais, inutile de prolonger le suspens. Non, ces questions ne seront pas abordées et elles ne sont d'ailleurs pas au menu des discussions parce que, précisément, le contexte d'extrême sensibilité sociale ne s'y prête pas. A un an de l'élection présidentielle, François Hollande ne veut pas prendre le risque d'une agitation sociale qui viendrait parasiter le développement de sa politique sociale-libérale. La réforme du Code du travail est la dernière audace du quinquennat et avec elle, le Président sait qu'il danse au dessus d'un volcan.

Censure du tiers payant : une divine surprise pour tout le monde

Le gouvernement ne va plus s'aventurer sur des chemins dangereux avec des sujets qu'il peut maîtriser parce que ceux qu'ils ne maîtrisent pas sont déjà assez nombreux pour lui exploser à la figure. Le conflit, en 2015, avec les médecins sur le tiers payant était un risque calculé et assumé parce que les bénéfices politiques attendus – accoucher d'une réforme emblématique de gauche – étaient supérieurs aux inconvénients résultant de la grogne d'un corps social classé à droite. Par rapport aux médecins, le tiers-payant est une sorte de solde pour tout compte. Il s'agit maintenant de calmer le jeu.

D'ailleurs, la décision du Conseil constitutionnel de censurer le tiers payant pour la part complémentaire des frais de santé a été une divine surprise pour tout le monde. D'abord pour les syndicats de médecins pour lesquels, cette petite victoire juridique a permis de faire un peu oublier leur grand échec politique.

Ensuite pour les complémentaires qui sont ainsi dispensées d'entrer dans le flux unique de remboursement et de devoir partager leurs informations avec l'Assurance-maladie obligatoire. Celle-ci, se réjouit aussi de ce retoquage qui lui permet de ne pas mettre en place ce flux unique qu'elle n'était pas certaine de maîtriser.

Enfin, pour le gouvernement, cette décision a permis de faire baisser la pression. D'ailleurs, Marisol Touraine s'est empressée, dès la décision connue, de déclarer qu'il n'y aurait pas de nouvelle loi pour "récupérer" la disposition invalidée, alors que c'est une règle dans ce cas-là. Par exemple, le plafonnement des indemnités Prudhommales, en cas de licenciement abusif, avait été retoqué par le

Conseil Constitutionnel dans le cadre de la loi Macron... Il se retrouve dans le projet sur le Code du Travail et il en est même une des mesures phares... Bien qu'atténuée, sous la pression de la rue.

Absence d'évolution structurelle

Ce contexte et cette stratégie politique expliquent pourquoi la négociation conventionnelle ne débouchera sur aucune évolution structurelle. Elle va se limiter à des négociations tarifaires et à ce titre, elle ne sera rien d'autre qu'une discussion de marchands de tapis sous couvert de nobles ambitions comme la "revalorisation de la médecine de première recours" ou mieux encore de "virage ambulatoire". Chacun est arrivé à la table de négociation avec son catalogue d'exigences.

D'un côté, les syndicats de médecins – CSMF, MG France, FMF, SML, BLOC – se sont entendus – ce qui est une première – sur une plateforme commune qui peut se résumer à une formulation : revalorisation à tous les étages (actes, forfaits, etc.) et une demande de généraliser l'accès aux honoraires libres, mais ce dernier point relève au mieux de la provocation, au pire du délire....

De l'autre, le directeur général de la CNAM a prévenu qu'il ne voulait pas **"d'une convention à plusieurs milliards d'euros et que les actes à revaloriser seront ciblés"**. Nicolas Revel a, en effet, une contrainte indépassable : l'ONDAM dont le taux d'évolution, à 1,75 % cette année et sans doute pas plus l'an prochain, n'autorise pas la folie des grandeurs.

"La rémunération des médecins sera augmentée, la question est sous quelle forme, de quelle manière et à quel rythme" a déclaré Marisol Touraine dont la formulation donne bien les termes de la discussion de marchands de tapis.

Tout l'enjeu de ce marathon est de trouver des compromis entre l'exigence politique d'une revalorisation et la contrainte budgétaire. On peut prendre des paris. La consultation des généralistes sera revalorisée à 25 euros pour la mettre à parité avec celle des autres spécialistes. La seule inconnue est le calendrier de cette revalorisation.

Sans doute 1 euro vers la fin de l'année, pour que cela ne pèse pas trop sur les comptes de l'exercice en cours, ce qui n'est pas négligeable quand on sait qu'1 euro coûte entre 300 et 400 millions en année pleine.

Le second, en 2017, et de préférence avant l'élection présidentielle.

Pour le reste, la nomenclature sera un peu triturée pour ne pas effaroucher les médecins spécialistes. On trouvera des astuces sur des actes ou sur des cibles comme les consultations surcotées pour les nourrissons et les personnes âgées et les critères de la Rémunération sur objectifs de santé publique, la fameuse ROSP, seront révisés.

Un compromis qui permettra à chacun de crier victoire

Toutes ces revalorisations seront gagées – ONDAM oblige – sur des engagements de modération et de maîtrise médicalisée des dépenses qui ne seront pas plus respectés que les précédents. Mais, ce n'est pas grave. La Loi de financement de la Sécurité sociale fera rentrer les dépenses de santé dans l'enveloppe de l'ONDAM, en "mettant à contribution" l'industrie pharmaceutique – elle en a l'habitude et elle l'a bien cherché – avec des baisses de prix et des remboursements...

La négociation se conclura dans les délais prévus sur la base d'un compromis qui permettra à chacun de crier victoire. Les syndicats de médecins feront valoir que leur détermination a permis des avancées sur le front de la revalorisation de la pratique médicale libérale. Le Directeur général de la CNAM saluera les progrès obtenus en matière de santé publique et la ministre de la Santé se félicitera d'un accord "qui améliore l'accès aux soins des patients, signé par des partenaires sociaux responsables...". Bienvenue au pays des marchands de tapis....

Avec l'aimable autorisation de Pharmanalyses

*Philippe Rollandin est consultant en communication, observateur de la médecine libérale et du système de santé.

Le titre et les intertitres ont été modifiés par la rédaction d'Egora.

Les avantages du secteur I, premier enjeu des négos 2016

ASV : les syndicats pressent la CNAM de maintenir sa participation financière

Christophe Gattuso Le Quotidien 29.02.2016

Les syndicats veulent sanctuariser dans la future convention la prise en charge des caisses à hauteur des deux tiers des cotisations ASV pour les médecins du secteur I.



Même si elle s'est déroulée dans une ambiance cordiale, la séance inaugurale des négociations conventionnelles a donné lieu à une première passe d'armes entre les médecins libéraux et le directeur de l'assurance-maladie.

Les syndicats ont d'emblée réclamé à Nicolas Revel d'apporter des garanties explicites dans la future convention sur l'avenir et la prise en charge de l'ASV, régime qui représente 40 % de leur retraite. En clair, ils demandent que la CNAM maintienne sa prise en charge à hauteur des deux tiers des cotisations ASV des médecins de secteur I. Visiblement soucieux de rester maître des débats et du calendrier, le directeur de la CNAM n'a pas répondu à cette revendication prioritaire des syndicats.

Avant même l'ouverture des négos, la CSMF, MG France et la FMF avaient déjà tenté d'obtenir des assurances auprès du ministère de la Santé. En vain. Dans une lettre, Marisol Touraine annonce qu'elle portera progressivement la cotisation proportionnelle des médecins libéraux à l'ASV de 2,8 % à 3,8 % pour assurer « l'équilibre dans la durée du régime ». Elle confirme que les caisses continueront à financer une partie de l'ASV, mais elle laisse les négociateurs « déterminer les conditions de la prise en charge de l'assurance-maladie ».

La tentation du rabot

Les médecins redoutent que la CNAM puisse avoir la tentation de revenir sur sa participation historique aux 2/3 des cotisations ASV pour le secteur I. Ce serait une première puisque cet acquis social est inscrit dans la convention depuis son origine en 1971 ! La profession garde en mémoire un récent rapport de la Cour des comptes, qui précisait que la participation des caisses à l'ASV représentait **0,68 euro pour une consultation à 23 euros**. La Cour suggérait de moduler le taux selon le lieu d'installation des médecins...

Pour les médecins, un tel scénario est inconcevable. « Si l'assurance-maladie 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 », tonne le Dr Jean-Paul Hamon, président de la FMF. 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 des tarifs opposables », abonde MG France.

Le directeur de l'assurance-maladie a tenté de calmer le jeu en programmant le sujet de l'ASV dès la prochaine séance de négociation, le 16 mars. « Je n'ai aucun problème avec les règles antérieures mais nous aborderons ce sujet en temps voulu », a déclaré Nicolas Revel. Le patron de la CNAM a appelé les médecins à « ne pas avoir peur ». Pas de quoi rassurer totalement les syndicats qui redoutent un mauvais coup de rabot...

Négos : la CNAM sanctuarise la prise en charge aux deux tiers de l'ASV

Le Quotidien 17.03.2016 [Marie Foul](#)

Soulagement pour les syndicats de médecins libéraux à la sortie de la deuxième séance des négociations conventionnelles avec la CNAM, mercredi 16 mars, consacrée à la démographie et la protection sociale des médecins.

« Nicolas Revel, le directeur de la CNAM, nous a confirmé qu'il resterait sur une prise en charge aux deux tiers de l'ASV pour le secteur I », se félicite le Dr Jean-Paul Ortiz, président de la CSMF. « Nous pouvons annoncer aux médecins que l'ASV [environ 40% de la retraite] est équilibrée, toujours supportée par la CNAM, et surtout qu'elle ne disparaîtra pas », se réjouit aussi le Dr Claude Leicher, président de MG France.

« C'est l'avancée principale de cette journée », renchérit le Dr Jean-Paul Hamon, président de la FMF. « En même temps, la CNAM n'avait pas le choix, sinon elle sonnait la fin du secteur I. C'était un casus belli », ajoute-t-il.

Le maintien de la prise en charge aux deux tiers de l'ASV par l'assurance-maladie était en effet une [demande forte](#) de tous les syndicats, qui avaient exigé que la protection sociale soit examinée plus tôt dans le calendrier des négociations.

Le Dr Éric Henry, président du SML, précise que cette « bonne nouvelle » devra toutefois être validée par la ministre de la Santé, Marisol Touraine.

Cette annonce aura un coût direct pour l'assurance-maladie. En 2015, la seule prise en charge des cotisations ASV en secteur I a représenté 390 millions d'euros pour le régime obligatoire (contre 278 millions en 2011), soit un quart des dépenses consacrées aux cotisations sociales des médecins.

La protection sociale abordée devant les jeunes

Outre la retraite des praticiens libéraux, la couverture maternité a été largement évoquée. Les syndicats réclament que la nouvelle protection maternité, annoncée par Marisol Touraine (3 100 euros par mois pendant 3 mois pour les femmes de secteur I et signataires du CAS) soit étendue au secteur II.

Les syndicats ont également exigé que le délai de carence actuel de 90 jours en cas d'arrêt maladie soit réduit.

Ces demandes ont été faites en présence des représentants des étudiants, internes et jeunes installés, qui participaient à cette journée de négociations. « Il était important que la protection sociale soit abordée face aux jeunes car c'est cela qui les freine à s'installer », résume le Dr Jean-Paul Hamon (FMF).

Le Dr Émilie Frelat, présidente du Syndicat national des jeunes médecins généralistes (SNJMG), s'est dite « pas complètement satisfaite » tout en soulignant « un événement politique important ».

La question de la démographie a aussi été évoquée. Les syndicats ont demandé que le "zonage" (pour déterminer les secteurs éligibles aux incitations financières) soit fait au plus près du terrain en associant les URPS.

La CNAM a suggéré que les professionnels en zone sous-dense qui accueillent des stagiaires soient valorisés.

Paerpa : les libéraux encore laminés par les hospitaliers

Egora par Catherine Le Borgne le 14-03-2016

Claquements de porte au comité de pilotage national du PAERPA (Personnes âgées en risque de perte d'autonomie) : l'UNPS et le Collège de médecine générale viennent de quitter l'instance pour protester contre le peu de place, de considération et de moyens accordés aux acteurs de soins primaires libéraux, dans un système conçu et verrouillé par l'ARS et les hôpitaux.

Le comité de pilotage national (Copil) du PAERPA (personnes âgées en risque de perte d'autonomie) peut désormais enlever des sièges autour de la table lorsqu'il se réunit. En l'espace de quinze jours, en février dernier, l'Union nationale des professions de santé (UNPS) a claqué la porte, suivie par le Collège de médecine générale, excusez du peu. **"L'UNPS n'entend plus cautionner par sa présence, un dispositif qu'elle ne porte pas et dont elle ne peut que constater l'échec",** a déclaré la première. **"Dans les orientations actuelles, particulièrement hospitalocentrées, nous ne souhaitons pas qu'une fois de plus, la médecine générale soit un faire-valoir en l'absence de volonté institutionnelle et politique",** a dégommé le second.

Pourtant, l'idée était belle...

C'est un fait : le dispositif expérimental issu de la loi de Financement de la sécurité sociale 2013, remis en selle par Marisol Touraine à l'occasion de la Stratégie nationale de santé, et du Pacte territoire Santé II, n'a pas vraiment la faveur des libéraux. Pourtant, l'idée était belle : mettre en œuvre un parcours de santé fluide et identifié des personnes âgées de plus de 75 ans en risque de perte d'autonomie, pour les maintenir autant que possible à domicile **"et améliorer, sous toutes leurs formes, les prises en charge sociales et médicales, en particulier en renforçant la coordination entre acteurs et en faisant évoluer significativement les modalités d'échanges entre eux",** explique le ministère.

Sur le terrain, cette coopération se traduit par la formalisation de la coopération clinique de proximité (CCP) des libéraux via un Plan personnalisé de santé (PPS) rédigé au domicile du patient. Et c'est bien là que le bât blesse.

"Ce modèle ne marche pas pour des libéraux. Il est conçu pour l'hôpital, pas pour des intervenants de ville", lâche Daniel Paguesorhaye, le président (kiné) de l'UNPS.

Car la pratique est bien éloignée de la théorie. Un PPS est rémunéré 100 euros par an, pour la rédaction au lit du malade, et pour toute l'équipe libérale (le circuit financier pour l'hôpital lui est propre). Et le PAERPA ne prévoit rien ni pour la coordination, ni pour le suivi, au-delà du paiement à l'acte.

Et c'est bien pour protester contre le manque de prise en compte de la problématique spécifique des acteurs de soins primaires, dans un modèle hospitalo-centré, piloté par les ARS, que médecins généralistes et libéraux de santé ont claqué la porte. Un péché originel qui se traduit par un manque de considération et de moyens pour le travail des acteurs sur le terrain.

Il suffit de prendre connaissance des bilans du PAERPA dans les neuf territoires de santé sélectionnés par Marisol Touraine en mai 2013 pour déployer leurs projets-pilote (Aquitaine, Bourgogne, Centre Val de Loire, Ile de France, Limousin, Lorraine, Midi-Pyrénées, Nord-Pas-de-Calais et Pays de Loire) pour voir que cela ne marche pas.

Fin 2015, sur une cible de 189 600 personnes âgées de 75 ans et plus et 7 492 professionnels de santé, seuls 1 390 plans personnalisés de santé avaient été réalisés sur le territoire par l'ensemble des acteurs concernés (infirmiers, médecins, pharmaciens, kinésithérapeutes) recense Daniel Paguesorhaye.

En Haute- Pyrénées, par exemple, le nombre de PPS était de 26 en avril 2015, de 31 en juillet 2015 et 60 fin 2015 pour un objectif de 6 000 PPS en fin d'expérimentation.

De son côté, s'accrochant à son modèle, la direction de la sécurité sociale se félicite des 2 000 personnes âgées élues au niveau national et multiplie les annonces garantes de bon fonctionnement : "permanence téléphonique assurée par les gériatres du pôle gériatrique au

CHU de Bordeaux, astreintes de nuit par les infirmières d'EHPAD en Nord-Pas-de-Calais et Pays de Loire, Ile de France, Limousin et Aquitaine, dispositif de sortie d'hospitalisation renforcé en lien avec les infirmiers libéraux en Bourgogne, hébergement temporaire PAERPA et consultations de télémédecine organisées dans la totalité des territoires, etc."

"On passe plus de temps à justifier pourquoi on va gagner l'argent, qu'à apporter des soins"

"Cela ne peut pas fonctionner avec nous, il n'y a pas de souplesse et aucune coordination", insiste pourtant Daniel Paguesorhaye, par ailleurs président de la Fédération française des masseurs kinésithérapeutes.

Si l'UNPS a claqué la porte, c'est qu'elle avait proposé d'expérimenter un autre cahier des charges, moins lourd administrativement et plus conforme aux attentes des libéraux de santé, dans une des quatre régions concernées par l'extension du PAERPA nouvelle génération (Bretagne, Normandie, Auvergne-Rhône-Alpes, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Corse). Mais cette proposition a été refusée, et l'extension du PAERPA a été actée par le COPIL, le 7 mars dernier. Sans l'UNPS et sans le Collège de médecine générale.

"Le problème avec l'administration, c'est qu'on passe plus de temps à justifier pourquoi on va gagner l'argent, qu'à apporter des soins", résume avec ironie le Dr Claude Bronner, le patron de la branche généraliste de la FMF, qui ne perd pas une occasion de fustiger ce mal français.

Pas faux. **"Le ministère ne pense que PAERPA, tout doit passer par là. Mais il faut avant tout favoriser les...mécanismes qui obligent les professionnels à se parler, des choses simples, surtout pas un système contraignant. Et puis, il faut aussi les rémunérer."**

Au départ, le PAERPA partait d'une bonne base, pourtant, regrette le Dr Bronner. S'il ne marche pas, c'est qu'il est piloté par les ARS".

Il n'est pas le seul à penser ainsi. **"Nous avons proposé un modèle plus simple et plus souple. Aujourd'hui trois personnes au maximum signent le PPS, le plan est figé pour un an et il n'y a aucune coordination des acteurs libéraux, une fois le PPS signé, explique le président de l'UNPS. Nous proposons qu'il y ait plus de trois professionnels dans l'équipe, et que celle-ci soit modulable en fonction de l'état de santé du patient. Enfin, nous demandons la désignation d'un professionnel repère, qui serait rémunéré pour faire le lien avec l'assurance maladie"**. Car actuellement, la rédaction d'un PPS est rémunérée 100 euros en tout, et se partage entre 60 % pour le MG et 40 % pour l'autre professionnel de santé s'ils sont deux seulement, et 40/30/30 s'ils sont trois.

"La seule région où ça marche"

Et pour le suivi et la coordination ? **"Rien, et c'est bien le problème"**, résume-t-il. **"Les professionnels sont rémunérés à l'acte, et le temps passé dans les réunions de coordination téléphoniques n'est pas pris en compte"**. Et comme il n'y a pas de coordination avec les Cnam, ces dernières retournent les feuilles de soins des intervenants, basées sur une clef de répartition auxquelles elles ne comprennent rien, car elles ne savent pas d'où elles proviennent. Dans sa région du Centre **"la seule région où ça marche"**, le Dr Luc Duquesnel, le président de l'UNOF a trouvé le truc pour mobiliser les professionnels de santé, il a réussi à négocier une enveloppe pour le suivi, effectué par des infirmières dédiées, mais il est bien le seul.

"Le système est conçu pour les structures, hospitalières ou EHPAD. Il y a une infirmière en chef, un suivi de la mise en place. Mais il n'y a rien pour les libéraux", regrette Serge Puysehorgaye. **"Voilà deux ans qu'on leur dit, ils n'en tiennent pas compte, et lancent la phase 2 de l'expérimentation, alors que la première phase est un échec"**, maugrée-t-il en prédisant que cette fuite en avant ne pourrait pas tenir la route bien longtemps dans le privé...

Philosophe, le Collège de médecine générale s'en tient à son constat, et lâche que **"les parallèles ne se rejoignent jamais"**.

Autonomie : la CNSA mise sur les territoires pour décroisonner les mondes du handicap et du vieillissement

Lequotidiendumedecin.fr [Coline Garré](#) 13.04.2016

« *Nous ne sommes pas des naïfs* », sourit Paulette Guinchard, présidente du conseil de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), en présentant le chapitre prospectif du rapport d'activité 2015, adopté à l'unanimité ce 12 avril.

Des tensions sur le territoire, des difficultés financières des départements, il n'en est pas question dans ce rapport résolument optimiste. Trois idées fortes sont mises en avant, détaille Paulette Guinchard : les politiques de l'autonomie doivent être ancrées dans les territoires, tenir compte des disparités, et être décroisonnées pour faciliter la continuité des parcours. « *Il faut affirmer l'ambition d'une politique inclusive. Toutes les politiques locales doivent prendre en compte le handicap et le vieillissement, les réponses médico-sociales doivent être ouvertes vers l'extérieur* », explique la présidente du conseil.

Mieux connaître les territoires pour réduire les disparités

Concrètement, le conseil suggère à la CNSA d'aider à mieux connaître les territoires pour réduire les disparités. Comment ? En produisant des études et recherches sur les sujets relatifs à la perte d'autonomie et au handicap, en soutenant les maisons départementales de personnes handicapées (MDPH) (appui à l'informatisation du suivi de leurs orientations), ou encore en se penchant sur les flux entre établissements médico-sociaux.

La CNSA a un rôle à jouer dans la réduction des inégalités : le Conseil recommande de porter une attention plus soutenue aux territoires ultramarins et aux zones qui se retrouvent éloignées des métropoles et des agences régionales de santé, à la suite de la loi NOTRe (nouvelle organisation territoriale de la république).

Les comités pour la citoyenneté et l'autonomie, aiguillon du décroisonnement

Pour assurer le décroisonnement des politiques de l'autonomie, le conseil de la CNSA veut miser sur les futurs comités pour la citoyenneté et l'autonomie (CDCA) créés dans la loi d'adaptation de la société au vieillissement.

Les mondes du handicap et du vieillissement apprennent à se connaître au sein de la CNSA. Il s'agit avec les CDCA de retrouver cette expérience commune au niveau des départements, indique Sylvain Denis, vice-président du conseil de la CNSA. *Ce nouvel animal doit être l'aiguillon de politiques qui dépassent le médico-social dans les territoires.*

Le conseil de la CNSA cite, comme autres leviers du décroisonnement, les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, les plateformes territoriales d'appui, les groupements hospitaliers de territoires, ou encore le numérique.

Enfin, en faveur d'une société véritablement inclusive, « *qui s'adapte pour que chacun trouve sa place, et non l'inverse* », selon les mots de Jean-Louis Garcia, vice-président, le conseil insiste pour faire de la perte d'autonomie un sujet au sein des instances de démocratie de proximité, et ouvrir le médico-social sur la cité. « *Il faut embarquer toute la société dans cette démarche, pousser ceux qui freinent, bousculer les choses, prouver qu'on est prêt à faire la révolution de la société inclusive* », déclare Jean-Louis Garcia. « *Ce n'est pas une tocade d'idéaliste.* »

Les hausses de prélèvements qui guettent les ménages

LES ECHOS LE 02/0572016 INGRID FEUERSTEIN

Certaines mesures fiscales votées dans le passé trouveront leur rythme de croisière en 2017.

Si l'Elysée pousse à une nouvelle baisse d'impôt, c'est aussi pour ne pas se voir opposer les hausses de prélèvements qui entreront en vigueur en 2017. Certaines mesures, votées dans les précédentes lois de finances, trouveront leur rythme de croisière l'an prochain. De quoi ternir le message de « pause fiscale » que l'exécutif tente de faire passer.

Nouvelle hausse de la taxe carbone

La montée en puissance de la contribution climat-énergie, plus connue sous le nom de « taxe carbone », aura des effets lorsque les automobilistes passeront à la pompe. Cette hausse est évaluée à 1,8 milliard, ménages et entreprises confondus. Pour ceux qui roulent au diesel, la facture sera encore plus lourde, puisque la TICPE sur le gazole sera augmentée de nouveau de 1 centime en 2017. Le rééquilibrage avec l'essence devrait se poursuivre dans le budget 2017, comme annoncé par le Premier ministre, Manuel Valls, la semaine dernière.

Hausse des cotisations retraite

C'est la conséquence d'une loi datant de janvier 2014 et d'un décret de l'été 2012, mais la hausse des cotisations décidées dans le cadre de la réforme des retraites devrait encore produire ses effets en 2017, à hauteur de 800 millions d'euros, selon les estimations faites à l'époque.

Incertitude sur les impôts locaux

Si les hausses d'impôts locaux se calment dans les grandes villes (« Les Echos » du 27 avril), on ne peut pas exclure que les communes ne puissent céder pas à cette tentation, alors qu'une nouvelle baisse des dotations est programmée pour 2017. Chaque année, les députés votent une hausse des valeurs locatives au Parlement, souvent supérieure à l'inflation, ce qui se traduit sur les taxes locales.

Fin du crédit d'impôt transition énergétique

Le crédit d'impôt transition énergétique (CITE), applicable sur les travaux d'isolation dans les logements, doit prendre fin en décembre 2016. A moins qu'il ne soit prolongé une nouvelle fois pour éviter un trou d'air dans les carnets de commandes des artisans.

Taxe sur le foncier non bâti

Elle concerne peu de contribuables mais a des effets redoutables pour les propriétaires de terrains constructibles dans les zones tendues. La taxe sur le foncier non bâti, même si elle a été revue dans le collectif budgétaire de 2015, devrait encore monter en puissance en 2017 pour ceux qui ne se seraient pas encore résolus à céder leur terrain.

Impôts 2016 : les 8 cas qui permettent d'échapper à la taxation des plus-values immobilières

LES ECHOS | LE 01/04/2016

Pouvez-vous échapper à l'impôt sur les plus-values immobilières ? La liste des exonérations possibles.

Les plus-values immobilières sont taxées au taux forfaitaire de 19 % après abattement pour durée de détention. Il existe en outre un certain nombre d'exonérations. Celle de la résidence principale, la plus connue, perdure pour le moment, mais d'autres situations permettent d'échapper à l'impôt. Liste récapitulative.

Les plus-values immobilières sont taxées au taux forfaitaire de 19 % après abattement pour durée de détention. Il existe en outre un certain nombre d'exonérations. Celle de la résidence principale, la plus connue, perdure pour le moment, mais d'autres situations permettent d'échapper à l'impôt.

Liste récapitulative :

1. Cession de la résidence principale, quel que soit son montant et la durée de détention du bien.
2. Cessions portant sur des biens de faibles valeurs, dont le prix de cession est inférieur ou égal à 15.000 euros. Ce plafond s'apprécie bien par bien et non pas annuellement.
3. Première cession d'un logement autre que la résidence principale, sous réserve que le cédant n'ait pas été propriétaire de sa résidence principale (directement ou par personne interposée) au cours des 4 années précédant la cession, et qu'il remploie, dans les 24 mois, le prix de cession dans l'acquisition ou la construction d'un logement qui sera son habitation principale dès son achèvement ou son acquisition si elle est postérieure. Si la totalité du prix de cession n'est pas réinvestie, alors l'exonération sera limitée à la fraction du prix de cession effectivement réemployée.
4. Première cession immobilière réalisée par un non-résident fiscal (mais ressortissant de l'Espace économique européen ou bénéficiant d'une clause de non-discrimination) ayant été fiscalement domicilié en France pendant au moins deux ans avant la cession. Pour 2016, l'exonération est plafonnée, sous conditions, à 150.000 euros.
5. Cessions réalisées par les personnes âgées hébergées en maisons de retraite (ou les personnes adultes handicapées placées en foyer) de leur résidence principale lorsque celle-ci intervient dans les deux ans de l'entrée dans l'établissement et que leur résidence n'a pas été occupée depuis. Pour bénéficier de cette mesure, le contribuable ne doit pas être passible de l'impôt de solidarité sur la fortune ou avoir eu un revenu fiscal de référence excédant 25.005 euros (majoré en fonction des parts du quotient familial).
6. Cessions réalisées par les titulaires d'une pension ou d'une carte d'invalidité, s'ils ne sont pas redevables de l'ISF et que leurs revenus sont inférieurs à 10.633 euros (majoré en fonction des parts du quotient familial).
7. Cessions pour lesquelles une déclaration d'utilité publique a été prononcée en vue d'une expropriation. L'exonération de la plus-value est subordonnée au emploi de l'indemnité dans l'achat, la construction ou l'agrandissement d'un ou plusieurs immeubles.
8. Cessions de bien réalisées entre le 1er janvier 2014 au 31 décembre 2016, directement ou indirectement en faveur d'un organisme en charge du logement social.

Marie-Christine Sonkin

Assurance-vie et droits de succession : ce qu'il faut savoir

LES ECHOS LE 17/03/2016 MARIE-CHRISTINE SONKIN @mcsonkin

Le régime complexe de l'assurance-vie en cas de décès

Date d'adhésion	Versement avant le 13 oct. 1998		Versement après le 13 oct. 1998	
	AVANT 70 ANS	APRÈS 70 ANS	AVANT 70 ANS	APRÈS 70 ANS
AVANT 20 novembre 1991	Exonération des capitaux transmis	Exonération des capitaux transmis	Taxe de 20% jusqu'à 700.000€ après abattement de 152.500€ par bénéficiaire Taxe de 31,25% au-delà	Taxe de 20% jusqu'à 700.000€ après abattement de 152.500€ par bénéficiaire Taxe de 31,25% au-delà
À PARTIR DU 20 novembre 1991	Exonération des capitaux transmis	Versements intégrés à la succession après un abattement de 30.500€	Taxe de 20% jusqu'à 700.000€ après abattement de 152.500€ par bénéficiaire Taxe de 31,25% au-delà	Versements intégrés à la succession après un abattement de 30.500€

Les conséquences du revirement de doctrine (exemple)

Situation patrimoniale : Communauté de 600.000 € + la valeur d'un contrat d'assurance-vie souscrit au moyen de fonds communs et non dénoué 400.000 €. Pas d'avantage matrimonial en faveur du survivant. Patrimoine propre du défunt : 200.000 €. Conjoint âgé de 62 ans. Un enfant. Option successorale du conjoint pour l'usufruit.

Liquidation civile	Liquidation fiscale en application de la réponse « Bacquet »	Liquidation fiscale après modification de la doctrine administrative « Bacquet »
Valeur civile de la communauté : 1.000.000 €	Valeur fiscale de la communauté = valeur civile de la communauté = 1.000.000 €	Valeur fiscale de la communauté : 600.000 €
Valeur civile de la succession : 200.000 € + 500.000 € = 700.000 €	Valeur fiscale de la succession : 200.000 € + 500.000 € = 700.000 €	Valeur fiscale de la succession : 200.000 € + 300.000 € = 500.000 €
Valeur de la nue-propriété de l'enfant : 420.000 €	Assiette taxable enfant (nue-propriété) : 700.000 € x 60% = 420.000 €	Assiette taxable enfant (nue-propriété) : 500.000 € x 60% = 300.000 €

« LES ÉCHOS » / SOURCES : « LES ÉCHOS », FIDROIT

Comment optimiser un contrat d'assurance-vie pour payer moins de droits de succession ?

Les règles ont évolué au fil des ans et l'administration vient de revoir sa doctrine.

Comment utiliser au mieux l'assurance-vie pour minorer le poids des droits de succession ? Les avantages consentis à cette enveloppe juridique et fiscale ont été régulièrement revus à la baisse ces dernières années. Mais grâce à l'insistance de l'association Afer, la doctrine administrative vient d'évoluer, cette fois en faveur des assurés. Reste que, pour les souscripteurs ou bénéficiaires, il devient bien difficile de s'y retrouver. Le point en 5 questions clefs.

. L'épargne investie échappe-t-elle aux droits de succession ?

Le capital versé au bénéficiaire d'une assurance-vie ne fait pas partie de la succession de l'assuré. Mais cela ne signifie pas pour autant que les sommes placées sur un contrat échappent au fisc. Il existe une législation spécifique. Comme celle-ci a évolué au fil du temps, on aboutit à une superposition de règles qui font que la taxation dépend de la date de souscription de contrat, de la date des versements et de l'âge du souscripteur à la date des versements (voir tableau). Encore faut-il qu'un bénéficiaire soit désigné, sans quoi l'épargne peut être réintégrée à l'actif successoral. De même, lorsque les primes versées ont été manifestement exagérées, les héritiers réservataires qui s'estiment lésés peuvent légitimement entamer un recours pour récupérer des sommes investies sur un contrat.

. Quel est le régime actuel ?

Pour les contrats souscrits aujourd'hui, et donc les versements effectués en 2016, la clef est l'âge de l'épargnant qui effectue les versements. S'il a moins de 70 ans, les bénéficiaires désignés ont

droit chacun à un abattement de 152.500 euros. Au-delà, les fonds sont taxés à 20 % jusqu'à 700.000 euros et à 31,25 % au-delà.

Certains contrats baptisés « vie-génération » à 100 % en unités de compte, dont 33 % minimum obligatoirement investis dans le non-coté, ouvrent droit à un allègement d'assiette supplémentaire de 20 %. Il s'applique sur la valeur transmise, avant l'abattement de 152.500 euros.

Si les versements sont effectués après 70 ans, l'abattement n'est plus que de 30.500 euros et cet abattement est commun à tous les bénéficiaires. Que les versements soient effectués avant ou après 70 ans, les intérêts restent totalement exonérés.

. Quelle est l'importance de bien rédiger la clause bénéficiaire ?

C'est une question essentielle. La plupart du temps, les souscripteurs se contentent de cocher une case correspondant à la clause type « *mon conjoint survivant, à défaut mes enfants vivants ou représentés* ». Dans ce cas, au décès, « *le conjoint percevra les fonds en pleine propriété sans payer de droits de succession. Il les replacera peut-être en assurance-vie, mais étant sans doute alors âgé de plus de 70 ans, la prime versée (les capitaux replacés) sera fiscalisée à son propre décès, au titre de l'article 757B du Code général des impôts, au-delà de 30.500 euros* », explique Martine Giraud-Bouvet, notaire à Lille (voir « Les Echos » du 19/09/2014) . Ce n'est donc pas toujours la solution la plus judicieuse, aussi bien sur le plan civil que sur le plan fiscal. Le mieux est d'étudier sérieusement la question avec son notaire.

. Quid des contrats alimentés au moyen de fonds communs aux conjoints ?

Les contrats souscrits par un seul conjoint, mais financés avec l'argent de la communauté et non dénoués au premier décès, faisaient, depuis les réponses ministérielles dites Proriot et Bacquet, partie de l'actif de communauté. Conséquence de cette position : ils étaient partiellement soumis aux droits de succession. La valeur de rachat se retrouvait pour moitié dans la succession du conjoint décédé. Si cette intégration était neutre pour le conjoint survivant, exonéré de droits de succession, ce n'était pas le cas pour les enfants. Grâce à l'insistance de l'Afer, un changement de doctrine a été annoncé par le ministre des Finances dans un communiqué publié le 13 janvier dernier. Attention, « *l'abandon de la réponse ministérielle Bacquet ne change rien aux règles civiles* », souligne Olivier Rozenfeld, président du groupe Fidroit.

Ce revirement a été validé par une réponse ministérielle, publiée au « JO » du 23/02/2016, à la question du député des Bouches-du-Rhône Jean-David Ciot. « *Il est admis, pour les successions ouvertes à compter du 1^{er} janvier 2016, qu'au plan fiscal la valeur de rachat d'un contrat d'assurance-vie souscrit avec des fonds communs, et non dénoué à la date du décès de l'époux bénéficiaire de ce contrat, ne soit pas intégrée à l'actif de la communauté conjugale lors de sa liquidation, et ne constitue donc pas un élément de l'actif successoral pour le calcul des droits de mutation dus par les héritiers de l'époux prédécédé* », précise Bercy. A la suite de la publication du communiqué de presse, subsistaient quelques incertitudes levées par cette publication.

. Que change la réponse ministérielle ?

Avant la parution de la réponse ministérielle, certains commentateurs s'interrogeaient sur l'interprétation du texte et suggéraient que Bercy ne concédait ici qu'un différé d'imposition. Mais il est désormais confirmé que, lors du dénouement du contrat à la suite du décès du second conjoint, les sommes versées aux bénéficiaires resteront imposées selon les règles de l'assurance-vie dans les conditions de droit commun.

« *La réponse ministérielle Ciot confirme qu'il convenait d'avoir une lecture optimiste du communiqué de presse du 12 janvier 2016. Cette interprétation marque l'autonomie du droit fiscal qui, au cas particulier, bénéficie au contribuable et donc aux épargnants. Il faut s'en féliciter* », commente Corinne Caraux, directrice de l'ingénierie patrimoniale du groupe Le Conservateur. « *Une adaptation du "BOFiP" ["Bulletin officiel des finances publiques"] devrait maintenant rapidement être effectuée et pourra utilement préciser que la mesure s'applique, au premier décès des époux, à l'ensemble des contrats non dénoués souscrits par le conjoint survivant avec des fonds communs* », conclut Corinne Caraux.

En savoir plus sur <http://patrimoine.lesechos.fr/assurance/assurance-vie/021775100903-assurance-vie-et-droits-de-succession-ce-qu'il-faut-savoir-1207899.php?0KoaVvHD7dE1dLdu.99>

Téléconsultations : AXA revendique « plusieurs centaines d'appels d'assurés par semaine »

Source : Lequotidiendumedecin.fr 02.03.2016 Sophie Martos

Didier Weckner, directeur délégué d'AXA France en charge de la santé et des assurances collectives, a annoncé que le service de téléconsultations de sa compagnie recevait « *plusieurs centaines d'appels par semaine* ». « *La tendance est à la hausse mais il est difficile de connaître le taux d'accélération d'ici un an ou le nombre de médecins dont nous aurons besoin* », a-t-il expliqué, lors d'un échange organisé à Paris par Nile consultants.

Le dirigeant a par ailleurs affirmé que ce service de consultation par téléphone officiellement lancée début janvier 2016 par la compagnie d'assurance correspondait à un réel besoin du « *client* ». En mai 2015, l'assureur AXA avait créé la surprise en annonçant l'ouverture d'un service de consultations médicales par téléphone 24h/24 pour les quelque 2,2 millions de clients de sa complémentaire santé collective.

29 médecins salariés

Les téléconsultations téléphoniques sont réalisées par 29 généralistes libéraux salariés d'AXA. Les médecins font le point avec les patients, établissent un diagnostic et peuvent, s'ils le jugent nécessaire rédiger une ordonnance qui peut être transmise au pharmacien choisi par l'assuré avec son accord. Le service exclut la délivrance de certificats médicaux ou d'arrêts de travail.

« *La téléconsultation est incluse dans le contrat santé de votre entreprise, explique AXA sur son site. Les salariés couverts et leur famille peuvent en bénéficier sans frais supplémentaire.* »

« *Ce projet est innovant, explique Didier Weckner. Nous avons mis plus de six mois à avoir toutes les autorisations après un an et demi de préparation.* »

Accueil glacial des syndicats

Toutefois, le nouveau service a reçu un accueil glacial des centrales syndicales et provoqué l'inquiétude de l'Ordre des médecins. Parmi les points épineux figurent la rémunération des médecins par l'assureur pour ces téléconsultations, la question de la prescription, l'accès aux données personnelles de santé des patients, la crainte de l'instauration de réseaux de soins incluant des médecins (aujourd'hui interdits par la loi) mais surtout le contournement du médecin traitant.

« *Nous nous inscrivons en complément du parcours de soins et non en opposition. Il y a une connexion au médecin traitant, nous proposons à nos patients de leur communiquer leur dossier* », assure le patron d'Axa. Un premier pas vers l'assurance-maladie a également été réalisé, annonce Didier Weckner. « *La CNAM est intéressée par le dossier, il y a un intérêt fort. Pour l'instant il est à l'étude mais c'est motivant* », précise-t-il, sans donner plus de détails.

La vidéo très demandée par les assurés

Les profils des assurés recourant à ce service sont variés (villes, déserts médicaux, appels de jour comme de nuit etc.). « *La téléconsultation par téléphone est une première étape. La vidéo est très demandée par nos assurés* », indique-t-il.

Pour leur part, les syndicats de médecins libéraux, en pleines négociations conventionnelles, restent campés sur leur position. « *L'intérêt du patient passe par le parcours de soins avec au centre le médecin traitant. Ici c'est un accès désordonné, les médecins salariés ne connaissent ni l'histoire du patient, ni les antécédents...* », réagit le Dr Jean-Paul Ortiz, président de la CSMF.

Toutefois, les cinq syndicats de médecins libéraux ont indiqué dans leur récente plateforme commune qu'ils souhaitaient que la future convention médicale permette la rémunération du conseil médical téléphonique et la valorisation des actes de télé médecine, mais uniquement « *dans le cadre du parcours de soins* », prévient le Dr Ortiz.

Le SML avait quant à lui déjà demandé mi-janvier la création de consultations téléphoniques rémunérées pour les pathologies sans risque.

Touraine et Hollande vantent dans le « Lancet » le système de santé français

Le Quotidien 02.05.2016 Damien Coulomb



Un drapeau bleu-blanc-rouge flotte sur le site du « Lancet » à l'occasion de la publication d'une série d'articles sur la recherche médicale, les interventions sanitaires internationales et la couverture médicale française. L'objectif : donner un éclairage sur la conception très propre à la France de la couverture sociale. Et la promotion en a été parfaitement orchestrée lors d'une conférence de presse organisée ce lundi 2 mai par la revue britannique au ministère de la Santé, en présence de Marisol Touraine. *« Nous voulions que nos lecteurs adoptent un point de vue français sur les accomplissements du*

système de santé français », a déclaré Richard Horton, rédacteur en chef du « Lancet » en présentant cette édition.

Des contributions signées par la ministre de la Santé, le Pr Jean-François Delfraissy, directeur général de l'Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites virales (ANRS), le Pr Christian Bréchet, directeur général de l'Institut Pasteur, Michel Sibidé, président d'ONUSIDA, avec en point d'orgue une tribune de François Hollande, font entendre la voix de la France dans un monde médical mis en coupes réglées par les Anglo-Saxons.

« La domination de l'anglais comme langue des sciences et, de plus en plus en tant que langage de la santé publique, a tendance à fermer les portes de l'histoire sur les autres expériences », relève Richard Horton. Et de saluer la lutte de la France pour la mise en place d'une couverture médicale universelle.

Un engagement contre le prix élevé des traitements

Dans un éditorial consacré à la sécurité sanitaire globale, François Hollande rappelle les 4 priorités qu'il avait fixées le 23 mars dernier, lors d'une conférence sur le sujet : *« améliorer globalement les mécanismes de surveillance, d'alerte, de diagnostic et les plans de réponse aux crises sanitaires. Renforcer le rôle des populations locales, des experts locaux et de la société civile, renforcer la recherche médicale, en sciences sociales. Appliquer la régulation sanitaire internationale avec une gouvernance globale et transparente »*.

La France est *« déterminée à se battre contre le prix prohibitif de certains nouveaux traitements*, réaffirme-t-il, *la France a d'ailleurs pris l'initiative de mobiliser le G7 : pour la première fois, cette année, les ministres de la Santé des 7 pays les plus riches vont entamer une discussion et coordonner une action avec les autorités de régulation »*.

La Sécurité sociale, « large et distributive »

Outre ces différentes prises de position, « The Lancet » a également publié un article du Pr Olivier Ney (université Paris 1 Panthéon-Sorbonne) et ses collègues, questionnant la capacité du système de redistribution français à remplir ses objectifs, compte tenu des évolutions démographiques et épidémiologiques. Leurs conclusions ne sont pas totalement optimistes : *« La Sécurité sociale française reste large et redistributive, comparée à d'autres pays de l'OCDE »*, notent les auteurs, estimant toutefois que l'éparpillement institutionnel et le manque de coordination restent un sérieux défi pour l'efficacité des services de santé français qui justifient la mise en place de mécanismes de contrôle comme la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) qualifiée de *« méthode de régulation du marché de la santé »*.

Les valeurs françaises en modèle

Le soutien de la France aux pays du Sud est également abordé. *« La France n'a jamais fait défaut*, note Richard Horton dans son éditorial, *alors que les débats du monde anglophone se concentrent sur l'acheminement des soins, les Français sont préoccupés par les valeurs et les principes [...] au lieu d'attendre la prochaine crise, l'approche historique de la France devrait nous inciter à prévenir les prochaines urgences »*, poursuit-il.

Entre autres contributions, celle du Pr Laëticia Atlani-Duault, du département des sciences socio-économiques de l'université de Columbia, corédigée avec le Pr Delfraissy et le Pr Jean-Paul Moatti, président de l'Institut de recherche pour le développement (IRD), porte plus précisément sur l'évolution de l'assistance sanitaire française au cours des 100 dernières années.

Desvallières et Maignan. Au tournant de deux siècles

Le Quotidien 14.04.2016 Caroline Chaîne

Le Petit Palais rend hommage au peintre Georges Desvallières, l'un des fondateurs du Salon d'automne en 1903, avec 90 œuvres démontrant que ses talents vont bien au-delà de son image de renovateur de l'art religieux après la première guerre mondiale. À voir aussi, à la Fondation Taylor, « Albert Maignan, décorateur du Paris fin de siècle ».



Desvallières, " La Grèce (Childe Harold) », 1910

Élève de Delaunay et de Gustave Moreau, **Georges Desvallières** (1861-1950) commence sa carrière influencée par le premier dans ses portraits de famille et des grands formats mettant en scène des corps en tension dans des sujets mythologiques (« Naïade ») et par le second dans des compositions symbolistes. En 1903, à Londres, il est un fin observateur de la vie nocturne avant de créer avec les anciens élèves de Moreau (Matisse, Marquet...) le Salon d'automne, qui accueille les avant-gardes du fauvisme et du cubisme.

Rouault l'encourage dans une recherche spirituelle qui prend une grande ampleur lorsqu'il s'engage dans la guerre à 53 ans, décidant de consacrer sa peinture à Dieu. De retour du front, il fonde avec Maurice Denis les Ateliers d'Art Sacré. Il mêle son inspiration personnelle, des figures profanes et des apparitions mystiques, que l'on retrouve dans les cartons de vitraux de l'ossuaire de Douaumont, dans la cathédrale d'Arras et, à Paris, dans le chemin de croix de l'église du Saint-Esprit, à l'Exposition coloniale de 1931 et à l'exposition des Arts et Techniques de 1937.

En 1905, Desvallières avait décoré l'hôtel particulier du directeur de l'Opéra Garnier, Jacques Rouché, avec le peintre symboliste **Albert Maignan** (1845-1908). On retrouve ce dernier avec une exposition organisée dans son atelier de la **Fondation Taylor** (Maignan a légué sa maison-atelier à la fondation dédiée au soutien des artistes). Après une carrière reconnue au Salon, Maignan réalise de grands décors à l'Hôtel de Ville de Paris, à l'Opéra-Comique et pour le restaurant le Train Bleu à la Gare de Lyon, ainsi que des cartons de vitraux de l'église Saint-Philippe-du-Roule.

Si l'exposition se termine le 7 mai, on peut assister dans ce même atelier, jusqu'au 16 juillet, à la restauration d'une toile monumentale du peintre, « les Voix du tocsin ».

– Petit Palais, tous les jours sauf le lundi de 10 à 18 heures, le vendredi jusqu'à 21 heures. Jusqu'au 17 juillet. Tél. 01.53.43.40.00, www.petitpalais.paris.fr.

Au musée d'Orsay, le douanier Rousseau

Le père de la modernité

Le Quotidien 21.04.2016

Henri Rousseau (1844-1910) est un peintre à part, identifié par ses tableaux « naïfs ». L'exposition du musée d'Orsay s'attache à cet archaïsme en inscrivant le peintre dans l'histoire de l'art et en le confrontant à ses contemporains de l'avant-garde artistique et littéraire, Picasso, Delaunay, Kandinsky, Léger, qui le considéraient comme le père de la modernité et qui ont collectionné ses œuvres.



" Le Rêve », 1910

Autodidacte, Henri Rousseau commence à peindre à 40 ans, après avoir travaillé à l'octroi de Paris, ce qui lui vaudra son surnom de douanier. Il s'attache à garder l'originalité de sa technique par « *un travail opiniâtre* ». Retranscription sur la toile d'une image mentale, avec un dessin précis, repris souvent de photos, personnages figés de manière frontale, liberté vis-à-vis de la perspective, le tout contribue à donner une impression d'étrangeté.

Présentée par thèmes, l'exposition, sous-titrée « l'Innocence archaïque », propose un va-et-vient entre les sujets de prédilection de l'artiste et le regard de ses contemporains. Le portrait-paysage (« Moi-même. Portrait-paysage »), qu'il croit inventer, est inspiré de ceux de la Renaissance. Mais il introduit la modernité, avec la Tour Eiffel ou des tours d'usine ; Fernand Léger s'en inspire dans « le Mécanicien ». Picasso achète chez un brocanteur une de ses femmes monuments, massives et sculpturales, sur fond plat, qu'il installe au Bateau-Lavoir. Les portraits d'enfants expriment solitude et étrangeté avec leur regard d'adulte. « L'Enfant à la poupée », assis de face, sans cou, avec les jambes de profil, tient une poupée masculine qui inspire Picasso et l'italien Carlo Carrà.

Il y a aussi une recherche d'intemporalité dans ses natures mortes lyriques, qui inspireront Giorgio Morandi, et dans ses représentations irréalistes de la guerre, où, grâce à l'allégorie, il recherche le symbole. Les paysages et jungles créent un monde imaginaire. Les premiers, immobiles, silencieux, sans perspective, renvoient à un monde primitif et évoquent le Paradis perdu. Ils seront regardés par les surréalistes, Victor Brauner, Max Ernst, Paul Delvaux. Il est aussi pour Kandinsky la racine du nouveau réalisme et un précurseur du Blaue Reiter. Les jungles associent des visions fantastiques au réalisme des animaux, faisant dire à son ami Apollinaire que Rousseau est « *le plus étrange, le plus audacieux et le plus charmant des peintres de l'exotisme* ».

Apollinaire à l'Orangerie

Ce même Guillaume Apollinaire a eu entre 1902 et 1918 un rôle central comme poète-critique d'art, passeur des nouveaux courants artistiques. Ami de Matisse, Braque, Delaunay, Chirico et, bien sûr, de Picasso, il s'enthousiasme aussi bien pour les arts premiers et populaires que pour le cubisme. Acteur de la modernité, il trouve sa place, au musée de l'Orangerie, dont le fonds est constitué de la donation du marchand et collectionneur d'art moderne Paul Guillaume, qu'Apollinaire conseille après l'avoir introduit dans le cercle de ses relations. Une exposition intitulée « Apollinaire, le regard du poète ».

– Musée d'Orsay, tous les jours sauf le lundi de 9 h 30 à 18 heures, jeudi jusqu'à 21 h 45.

Jusqu'au 17 juillet. Tél. 01.40.49.48.14, www.musee-orsay.fr

– Musée de l'Orangerie, tous les jours sauf le mardi de 9 à 18 heures. Jusqu'au 18 juillet. Tél. 01.44.77.80.07, www.musee-orangerie.fr