

Conférence des Doyens
des facultés de Médecine



Le 5 mars 2024

POSITION DES CONFÉRENCES SUR LA RÉFORME DE LA RETRAITE DES HOSPITALO-UNIVERSITAIRES (HU)

Exposé des motifs :

Après la publication du rapport Uzan sur la réforme des retraites HU (1), la loi dite « Valletoux » a consacré un élément clé de la réforme des retraites HU en inscrivant la possibilité de cotisation retraite sur les rémunérations hospitalières (2). Au cours des Assises hospitalo-universitaires à Versailles en décembre 2023, la ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche et le ministre de la santé et de la prévention se sont engagés à mettre en œuvre les différents éléments de cette réforme, répondant ainsi à l'attente des Conférences exprimées au cours de ces Assises (3).

Bien que la solution du service des retraites de l'État (SRE) était privilégiée par l'ensemble des syndicats, les Conférences ont pris en compte l'arbitrage gouvernemental sur le principe d'une cotisation à l'Ircantec pour les émoluments hospitaliers. Les Conférences signataires souhaitent exprimer à ce sujet leur analyse afin de peser sur les arbitrages à venir, arbitrages qui ont été retardés par l'incomplétude des équipes ministérielles ces dernières semaines. En effet, ces arbitrages doivent être les plus justes possibles et ne sacrifier aucune génération.

Analyse des Conférences:

1) Taux de remplacement Ircantec

A plusieurs reprises, l'ancien Ministre de la santé Aurélien Rousseau nous avait dit que

le Gouvernement n'envisageait pas, pour les HU, un taux de remplacement supérieur à celui des PH, principe que nous avons entendu à défaut de l'accepter, compte-tenu de la charge de travail que supporte les HU (temps de travail de 11 demi-journées soit 10% de plus que les PH probablement très sous-estimé cf enquête Happy HU (4), absence de RTT, de CET et de TTA), de l'importance nationale de leurs missions extra-hospitalières (enseignement, recherche) et de leur départ plus tardif à la retraite. Le Ministre avait alors considéré que le taux de conversion des PH était de 44,5%. Or, les syndicats après simulation ne retrouvent pas le même taux de remplacement que celui exposé par les services du Ministère et indiquent que le taux actuel de conversion des PH est de 55,1% (documentation APH et FHF : majorations de l'IESPE, prise en compte des primes, gardes, astreintes majorant la partie valorisée sur la tranche B de l'Ircantec). La position gouvernementale d'aligner le taux de conversion des HU sur celui des PH est critiquable puisque les HU n'ont ni le taux de conversion attendu des fonctionnaires dont ils devraient bénéficier, ni la reprise de la totalité de leurs services auxiliaires alors qu'ils réalisent pour certains toute leur carrière dans le même établissement de santé. Un taux de conversion final similaire à celui des PH pourrait s'entendre à la condition qu'il ne concerne que la partie des émoluments hospitaliers, la partie universitaire restant sur la base des fonctionnaires donc plus proche de 75%.

2) Intégration de la totalité de la CNAV

Il convient également de signaler des anomalies incompréhensibles sur l'intégration de la CNAV, faussant le raisonnement de revalorisation des retraites HU sur les cotisations hospitalières. Il est ainsi incompréhensible que les PH temps partiel bénéficient de l'intégration de la totalité de la CNAV et que cela ne soit pas le cas pour les HU. La cotisation Ircantec qui est une cotisation complémentaire s'entend en complément de la pension CNAV versée et ces deux pensions doivent se cumuler pour que la partie hospitalière des cotisations retraites des HU sur leur temps clinique soit valorisée à sa juste valeur dans la solution présentée par les ministres qui était déjà moins disante vis à vis de l'intégration de la totalité des émoluments des HU dans le SRE. Cet élément a disparu dans le tableau de synthèse du rapport Uzan (Page 29) au cours de son élaboration sans explication (1). Cela représenterait un différentiel d'environ 1 000 euros nets mensuels. Si on rajoute la création d'un taux à 9,5%, inférieur à celui de la tranche B des PH, il est légitime d'y voir une série de mesures injustes de réduction des futurs droits à la retraite. En tout cas, l'application d'un taux réduit de l'Ircantec d'une part et l'absence de prise en compte de la CNAV d'autre part, constituent de fait une double peine pour les droits des HU.

3) Rachats des services auxiliaires

Le rachat des services auxiliaires a été d'emblée écarté alors que cette mesure existait avant 2013 et que sa suppression a introduit d'une part une inéquité de traitement entre générations au détriment des plus jeunes et d'autre part une inéquité de traitement entre hommes et femmes. L'argument que le rachat des services auxiliaires coûterait trop cher aux HU n'est pas recevable. Cette possibilité doit être laissée au choix des HU et ils doivent disposer alors d'une information claire pour orienter au mieux leur décision.

Les calculs présentés par le Ministère pour estimer le coût de la reprise des services auxiliaires nous semblent biaisés (non prise en compte sans surcoût des 4 trimestres correspondant au 4^{ème} et 5^{ème} année d'étude, non prise en compte sans surcoût des années de thèse d'université et de mobilité (cf infra), inclusion dans le calcul de la part employeur des cotisations sociales).

Un point doit retenir l'attention et mérite une analyse juridique précise. Lorsque les HU passent du statut hospitalier à un statut HU, ils conservent le plus souvent le même employeur

secondaire (le CHU) et, en devenant fonctionnaire, ils perdent alors une grande partie de leurs droits à retraite. Il convient donc de vérifier que ces droits seront effectivement conservés pour les cotisations hospitalières effectués antérieurement et de s'interroger sur la légalité de la perte d'ancienneté en termes de semestres acquis.

4) Intégration automatique des périodes de thèse d'université et de mobilité

Pour devenir HU, la réalisation d'une thèse d'université est un impératif de même que la réalisation d'une mobilité pour devenir PUPH. Ceci se traduit par une ou des années de cotisation (estimées entre 4 à 8 trimestres). Lors de l'intégration HU, les trimestres concernant les années de thèse ou de mobilité devraient être pris en comptes comme c'est le cas pour d'autres fonctionnaires ou agents de la fonction hospitalière (IBODE, IADE, cadre de santé, directeur).

5) Disparition de l'abondement à un contrat épargne retraite (CER).

Sur le site du Ministère de la santé, il est écrit que « *Le régime d'abondement à un contrat d'épargne retraite spécifique aux personnels HU (abondement à due proportion par l'employeur hospitalier) va être amené à disparaître pour les personnels HU* » (5). Afin que la plus ancienne génération ne soit pas lésée par cette réforme des retraites en plus de ne pas en bénéficier, il convient de maintenir la possibilité d'abondement pendant une période transitoire. La durée de cette période transitoire doit être calculée en tenant compte de plusieurs éléments :

1) les effets positifs limités de l'application de la nouvelle réforme sur les anciennes générations en terme d'avantage social supplémentaire obtenu ; 2) les effets négatifs compte tenu de la suppression de l'abondements, y compris les avantages fiscaux inhérents. Un travail de simulation est nécessaire afin de définir la durée de maintien de cette possibilité. Cette mesure est d'autant plus nécessaire que la plupart des HU qui ont choisi un CER ont bénéficié d'un rendement médiocre de cet investissement et que l'abondement lui-même a été insuffisant pendant de nombreuses années.

6) Départ à la retraite et espérance de vie

En 2022, l'âge moyen du départ des HU est plus tardif (MCU-PH 66,3 ans ; PUPH 66,5 ans) que celui des PH (65,8 ans). Pour rappel, dans le privé l'âge de liquidation de la retraite est en général de 62,4 ans. Cet écart sur le départ à la retraite est en train de s'accroître en raison des possibilités de prolongation pour les PUPH et, à l'avenir, la plupart sinon la quasi-totalité des MCUPH termineront leur carrière comme PUPH. La réforme des retraites de 2023 va également majorer le nombre de trimestres nécessaires pour les HU pour bénéficier d'un taux plein. Par ailleurs, il manque les données sur l'espérance de vie des HU pour évaluer le coût réel de la modification envisagée sur leur retraite. Ainsi l'espérance de vie à la retraite des PH est de 15 ans quand celle des cotisants de l'Ircantec est de 16,6 ans (données APH). Il est urgent d'obtenir des chiffres nationaux.

Position des Conférences

En résumé, voici les demandes des Conférences :

- 1) Bien qu'il soit considéré par les Conférences comme insuffisamment justifié, le principe d'égalité future entre le taux de conversion des PH et des HU ne saurait aboutir à un taux inférieur au véritable taux de conversion des PH qui est aujourd'hui

de 55,1%.

- 2) La cotisation Ircantec est une cotisation complémentaire qui ne se conçoit qu'en complément de la pension CNAV de base qui doit donc être versée en totalité aux HU.
- 3) La possibilité de rachat des services auxiliaires doit être laissée au choix des HU et ils doivent pour cela disposer d'une information claire pour orienter au mieux leur décision.
- 4) Lors de l'intégration HU, les trimestres concernant les années de thèse d'université ou de mobilité doivent être prises en comptes sans surcoût.
- 5) L'abondement à un CER doit être maintenu pour les plus anciennes générations pendant une durée transitoire à déterminer.
- 6) Il est nécessaire de pouvoir disposer de l'âge de départ à la retraite des PUPH et de leur espérance de vie afin que les décisions sur la retraite des HU soient prises de manière juste et équitable.

Pr. Benoît Veber, Président de la Conférence nationale des Doyens des facultés de médecine

Pr. Vincent Lisowski, Président de la Conférence nationale des Doyens des facultés de pharmacie

Pr Vianney Descroix, Président de la Conférence nationale des Doyens des facultés d'odontologie

Pr Rémi Salomon, Président de la Conférence nationale des PCME de CHU

Pr. Bertrand Godeau, Président du CNU santé

Pr. Luc Mouthon, Président de la Coordination nationale des collèges d'enseignants en médecine

Références :

1. Uzan C. 2023. Rapport sur la mission relative à la retraite hospitalo-universitaire. https://aph-france.fr/IMG/pdf/rapport_retraites_hu_uzan_2023_08042023.pdf (Dernier accès le 2(février 2024).
2. République Française. 2023. Loi n° 2023-1268 du 27 décembre 2023 visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000048678304> (Dernier accès le 24 février 2024)
3. Conférence des Doyens de médecine. 2024. 10 propositions clés des 3 conférences HU. <https://conferencedesdoyensdemedecine.org/10-propositions-cles-des-trois-conferences-de-chu/> (Dernier accès le 24 février 2024)
4. Dres M, Copin MC, Cariou A, Mathonnet M, Gaillard R, Riou B, Darmon M, Azoulay Z. Burnout, job Strain, and suicidal ideation in tenured university-hospital faculty in France: A nationwide cross-sectional survey. *JAMA Open Network* 2023; 6:e233652.
5. Ministère de la santé et des solidarités. 2023. Un régime de retraite amélioré pour les professionnels hospitalo-universitaires. <https://sante.gouv.fr/professionnels/se->

[former- s-installer-exercer/article/un-regime-de-retraite-ameliore-pour-les-professionnels- hospitalo-universitaires](#) (Dernier accès le 24 février 2024).