



**Lettre rectificative au projet de loi relatif à la rénovation
du dialogue social dans la fonction publique**

**Suppression de la catégorie active des corps et cadres d'emplois
d'infirmier et de personnel paramédicaux dans le cadre de la
réforme LMD**

ETUDE D'IMPACT

23 février 2010

I. SITUATION ET DIAGNOSTIC

1. Contexte

Dans le prolongement de la mise en œuvre du standard européen et dans le cadre de la réforme dite « Licence Master Doctorat » (LMD), le Président de la République a pris des engagements en 2007 en faveur de la reconnaissance du diplôme des infirmiers au niveau licence, du passage en catégorie A de ces personnels et de la revalorisation de leurs perspectives de carrière.

Le protocole d'accord présenté aux organisations représentatives propose ainsi aux personnels une nouvelle grille indiciaire pour les corps classés en catégorie A, qui sera « accessible aux professionnels paramédicaux dont la formation, de trois ans après le baccalauréat, aura été reconstruite conformément au standard européen LMD et aura été reconnue par le ministère de l'enseignement supérieur et les universités. ».

Cette réforme concerne au premier chef, tant en termes d'effectifs que de calendrier, les 266 000¹ infirmières diplômées d'Etat (IDE) de la fonction publique hospitalière (FPH) aujourd'hui classées en catégorie B. Elle a vocation à être déclinée dans les trois versants de la fonction publique, pour les corps infirmiers et les autres corps paramédicaux actuellement classés en catégorie active, qu'ils relèvent de la catégorie statutaire A ou B. La réforme sera de moindre ampleur dans la fonction publique de l'Etat (FPE) et la fonction publique territoriale (FPT) dans lesquelles seuls les corps infirmiers de l'Etat classés en catégorie active (personnel infirmier de l'administration pénitentiaire et le personnel infirmier de l'Institut national des Invalides, soit moins de 300 agents) et les personnels paramédicaux de la fonction publique territoriale également classés en catégorie active (infirmiers et puéricultrices affectés en services de santé, manipulateurs d'électroradiologie médicale, soit environ 7 000 agents) sont susceptibles de bénéficier du dispositif.

A l'issue de l'intégration de la formation correspondant à leur métier dans le dispositif LMD, les professionnels paramédicaux antérieurement diplômés et actuellement en poste pourront choisir, dans le cadre d'un droit option, entre le reclassement dans les nouveaux grades proposés aux personnels paramédicaux, relevant de corps de catégorie A sédentaire, et le maintien dans les corps actuels dont les emplois sont classés en catégorie active.

2. Les infirmiers et les autres personnels paramédicaux dans la fonction publique : des conditions statutaires distinctes mais largement convergentes

La « filière soignante et de rééducation », prise dans son ensemble, est au coeur de la fonction publique hospitalière. La répartition par filières met en évidence le poids considérable des personnels soignants et rééducateurs : infirmiers et infirmiers spécialisés, aides soignants et, dans une moindre mesure, rééducateurs (diététiciens, masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes, psychomotriciens). Avec les deux tiers des agents, ces personnels représentent la ressource humaine non médicale principale de l'hôpital public. La répartition globale entre les différentes filières reste stable depuis 1997.

Les effectifs de la filière connaissent un fort renouvellement : sur le plan démographique, la fonction publique hospitalière se caractérise par un taux important de départs à la retraite.

¹ Source : DREES, Série statistiques, *Les professions de santé au 1^{er} janvier 2009*, n° 131 - avril 2009

Entre 2005 et 2008, environ 75 600 agents ont fait valoir leurs droits en retraite dont 75 % appartiennent à la filière soignante et de rééducation. Cette tendance va se poursuivre dans les années à venir. Un infirmier sur deux sera ainsi parti en retraite d'ici 2015. Pour les aides soignants, on estime à 5000 par an les départs à la retraite dans les dix prochaines années.

Il convient de souligner que le renouvellement de ces professionnels se trouve globalement assuré par un niveau de recrutement important qui permet de compenser l'effet des départs en retraite.

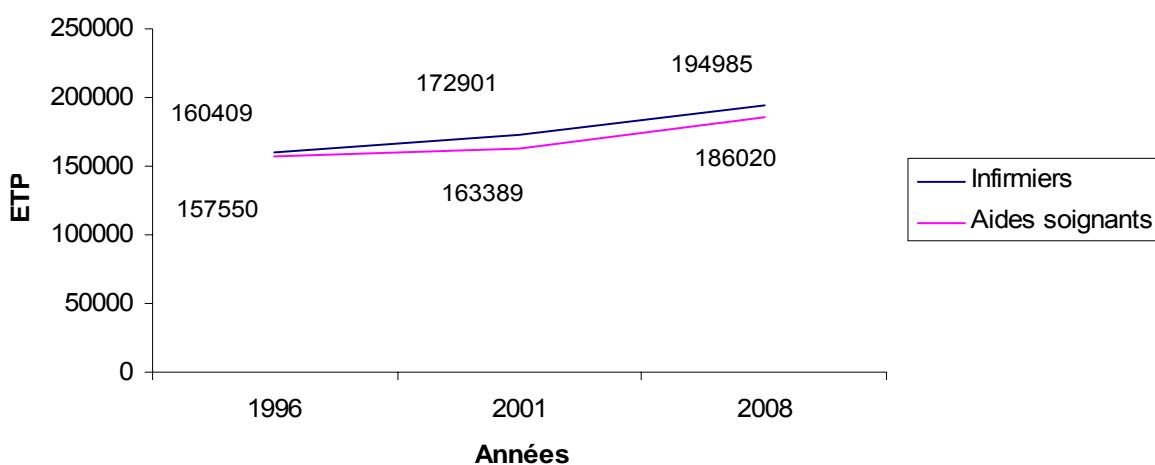
La répartition des corps entre catégories statutaires s'est modifiée au cours des dernières années, avec une augmentation du nombre d'agents de catégorie A. Le classement des infirmières spécialisées et des cadres de santé dans cette catégorie explique notamment cette évolution.

Au total, les effectifs cumulés en équivalent temps plein (ETP) connaissent une augmentation significative qui s'établit comme suit, avec, à partir de 2001, une accélération du recrutement des aides-soignants :

Corps	1996 ETP			2001 ETP			2008 ETP		
	Titulaires	Non titulaires	Total	Titulaires	Non titulaires	Total	Titulaires	Non titulaires	Total
Infirmiers	156501	3908	160409	166736	6165	172901	188073	6912	194985
Aides soignants	154423	3127	157550	157811	5578	163389	178914	7106	186020

source SAE 2007

Evolution des ETP FPH (sanitaire) de 1996 à 2008 - Infirmiers en soins généraux et aides soignants



La filière soignante et de rééducation de la FPH compte plusieurs corps d'infirmiers et d'autres personnels paramédicaux.

Les personnels infirmiers de la FPH sont régis par le décret n° 88-1077 du 30 novembre 1988.

Ils se répartissent en quatre corps : le corps des infirmiers (IDE), classé en catégorie B, corps des infirmiers de bloc opératoire (IBODE), des infirmiers anesthésistes (IADE) et corps des puéricultrices, classés en catégorie A.

▪ Corps des IDE

Les infirmiers sont recrutés à la suite d'un concours sur titres ouvert, dans chaque établissement mentionné à l'article 2 du titre IV du statut général, aux candidats titulaires du diplôme d'Etat d'infirmier. Ce diplôme est préparé en trois ans dans les instituts de formation en soins infirmiers (IFSI).

Les candidats ainsi recrutés bénéficient, à l'entrée dans le corps, d'une bonification d'un an, en contrepartie de la durée de formation de trois ans.

Le corps des IDE comporte deux grades : la classe normale qui comprend huit échelons et la classe supérieure qui en comprend six. La classe supérieure est accessible, au choix, aux infirmiers de la classe normale situés au moins au 5^e échelon et ayant accompli dix ans de service effectifs.

Le protocole dit « Bertrand » a permis de relever en trois ans, de 2007 à 2009, le quota statutaire d'infirmiers appartenant à la classe supérieure par rapport à l'effectif total du corps. Depuis le 1^{er} janvier 2009, il s'établit à 40 %.

Le bornage de la grille indiciaire est l'indice brut 322 en début de carrière et 638 en fin de carrière. L'indice sommital du corps peut être atteint, sur la base des durées moyennes de chaque échelon et pour un avancement dès lors que les conditions statutaires sont remplies, au bout de vingt-deux ans.

Selon les dernières données issues de l'enquête du ministère de la santé, l'effectif total du corps des IDE était de 266 000 agents² (74 % en classe normale), au 1^{er} janvier 2009.

Les IDE ont la possibilité de suivre une spécialisation pour devenir, par promotion interne, soit IBODE, soit encore IADE, ou encore puéricultrice.

▪ Corps des IBODE, des puéricultrices et des IADE

La plupart des dispositions régissant ces trois corps sont relativement similaires. Les différences touchent à la formation requise et à la grille indiciaire.

Les IBODE sont notamment chargés de l'entretien et de la stérilisation du matériel opératoire (lutte contre les infections nosocomiales). Ils sont titulaires du diplôme d'Etat d'infirmier de bloc opératoire qui se prépare en dix-huit mois dans des écoles agréées par le préfet de région.

Le recrutement se fait par concours sur titres. Les candidats recrutés bénéficient à l'entrée dans le corps d'une bonification de six mois.

Il en est de même pour le recrutement dans le corps des puéricultrices, après une formation de douze mois.

Les IADE participent notamment à la sécurité des soins lors des interventions chirurgicales. Ils sont titulaires du diplôme d'infirmier anesthésiste qui se prépare en vingt-quatre mois dans des écoles d'infirmiers anesthésistes agréées par le préfet de région.

² Source : DREES, Série statistiques, *Les professions de santé au 1^{er} janvier 2009*, n° 131 - avril 2009

Le recrutement se fait par concours sur titres. Les candidats recrutés bénéficient à l'entrée dans le corps d'une bonification de dix-huit mois.

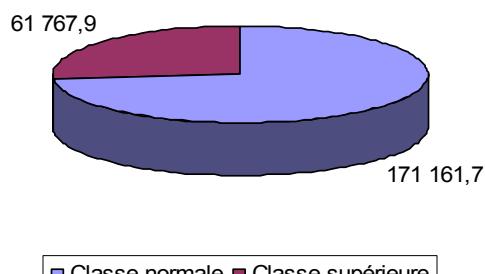
Les trois corps possèdent la même architecture statutaire : deux grades, la classe normale comportant huit échelons et la classe supérieure en comportant sept. L'accès à la classe supérieure est ouvert, au choix, aux agents situés au moins au 5^e échelon de la classe normale et ayant accompli dix ans de service effectifs dans l'un des trois corps d'infirmiers.

Le bornage indiciaire du corps des IBODE et des puéricultrices est identique, soit un indice brut de 368 en début de carrière et de 685 en fin de carrière. Celui des IADE comporte un indice brut de 408 en début de carrière et de 730 en fin de carrière.

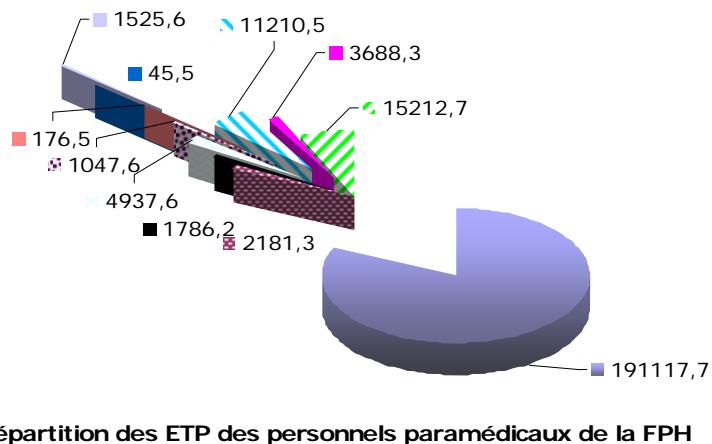
Au 1^{er} janvier 2009, il y avait 13 000 IBODE (43 % en classe normale) et près de 7 700 IADE (27 % en classe normale).

La répartition par grade pour l'ensemble des corps paramédicaux est la suivante :

Répartition des ETP des Personnels paramédicaux de la FPH totaux (source : SAE)



En équivalent temps plein, la répartition entre ces différents corps paramédicaux de catégorie B s'établit comme suit (source SAE 2007) :

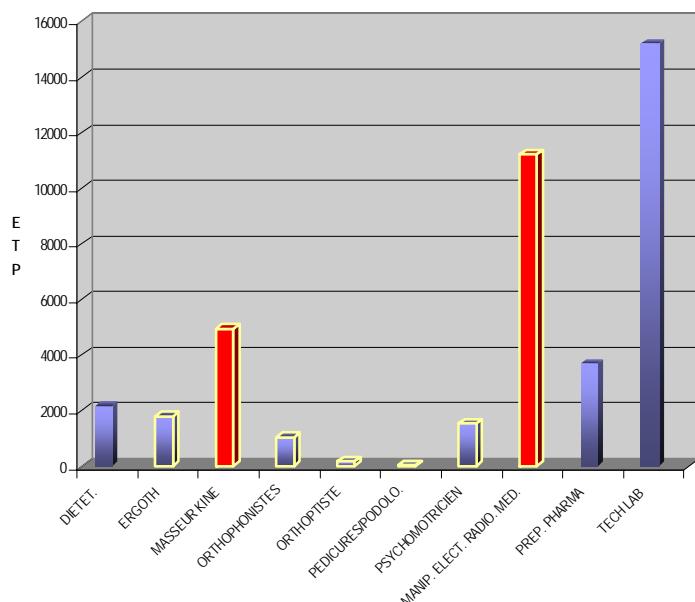


Répartition des ETP des personnels paramédicaux de la FPH

■ INFIRMIER EN SG	■ DIETET.
■ ERGOTH.	■ MASSEUR KINE
■ ORTHOPHONISTES	■ ORTHOPTISTE
■ PEDICURES/PODOLO.	■ PSYCHOMOTRICIEN
■ MANIP. ELECT. RADIO. MED.	■ PREP. PHARMA
■ TECH LAB	

La répartition des effectifs paramédicaux en E.T.P. hors personnels infirmiers en soins généraux est la suivante (source SAE 2007)³:

Répartition des effectifs paramédicaux hors infirmiers en soins généraux



³ Les corps classés en catégorie active dans la F.P.H. sont ceux des infirmiers, des masseurs kinésithérapeutes et des manipulateurs en électroradiologie médicale (notés en rouge). Les corps qui aujourd'hui ne font pas encore l'objet d'une intégration dans le format L.M.D. sont les diététiciens, les techniciens de laboratoire et les préparateurs en pharmacie (notés en bleu). Les corps qui sont entrés dans le processus L.M.D. sont encadrés de jaune. Le droit d'option sera donc proposé, dans un premier temps, aux seuls corps qui relèvent de la catégorie active. Ceux qui intègrent le grade de « Licence » seront reclassés automatiquement en catégorie A et ceux qui n'intègrent pas le grade de « Licence » bénéficieront d'une revalorisation sur leur corps de catégorie B.

3. Principales données statistiques concernant la carrière des infirmiers et autres personnels paramédicaux

- Pyramide des âges des IDE - FPH**

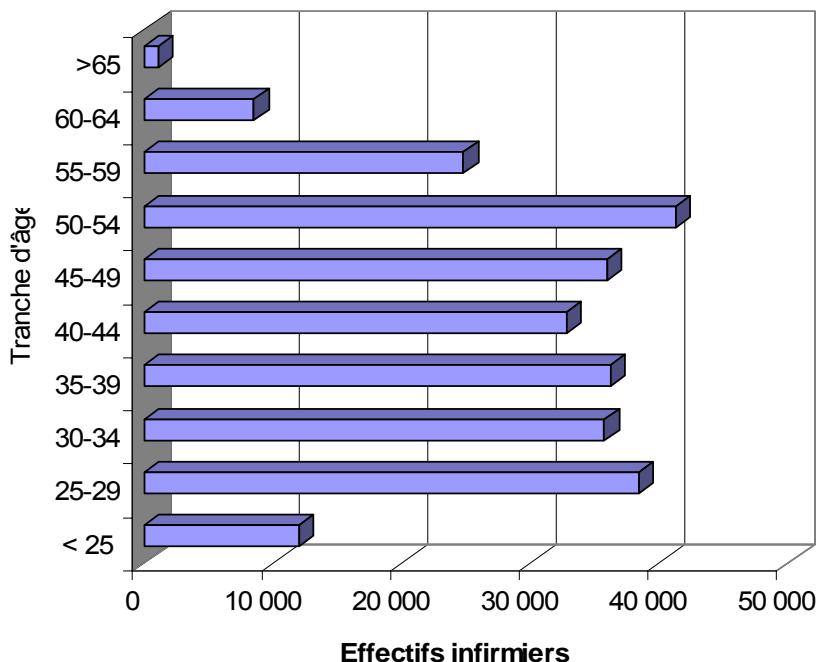
Infirmiers diplômés d'Etat au 1^{er} janvier 2009
(établissements publics de santé*)

Tranche d'âge	en %	en effectifs
< 25	4,5	11 990
25-29	14,4	38 367
30-34	13,4	35 703
35-39	13,6	36 236
40-44	12,3	32 772
45-49	13,5	35 969
50-54	15,5	41 298
55-59	9,3	24 779
60-64	3,2	8 526
>65	0,4	1 066
Total	100,1	266 704

source : DREES, Série statistiques, *Les professions de santé au 1^{er} janvier 2009, n°131 - avril 2009* (pages 32-33)

* hors établissements privés (PSPH ou non PSPH), hors établissements pour pers. handicapées et hors établissements pour pers. âgées

Pyramide des âges -
Infirmiers des établissements publics au 1^{er} janvier 2009
Infirmiers des établissements publics



On observe ainsi, au 1^{er} janvier 2009, que :

- plus de la moitié (54%) des infirmiers des établissements publics de santé ont 40 ans ou plus
- près d'un tiers (28 %) des infirmiers des établissements publics de santé ont 50 ans ou plus.

■ Nombre de départs à la retraite des infirmiers de la FPH

Le nombre de départs à la retraite, pour les infirmiers (tous infirmiers confondus) de la fonction publique hospitalière, après avoir été assez stable entre 1993 et 1998 (entre 3000 et 3500) est en constante augmentation depuis 1999 (mises à part les années 2003 et 2004, très spécifiques), passant de 3500 en 1998 à plus de 8000 en 2008.

Entre 1993 et 2008, le nombre de départs à la retraite pour les infirmiers de la fonction publique hospitalière a progressé proportionnellement plus rapidement que la moyenne de la fonction publique hospitalière ; en effet, le nombre de départs à la retraite entre 1993 et 2008 a été multiplié par :

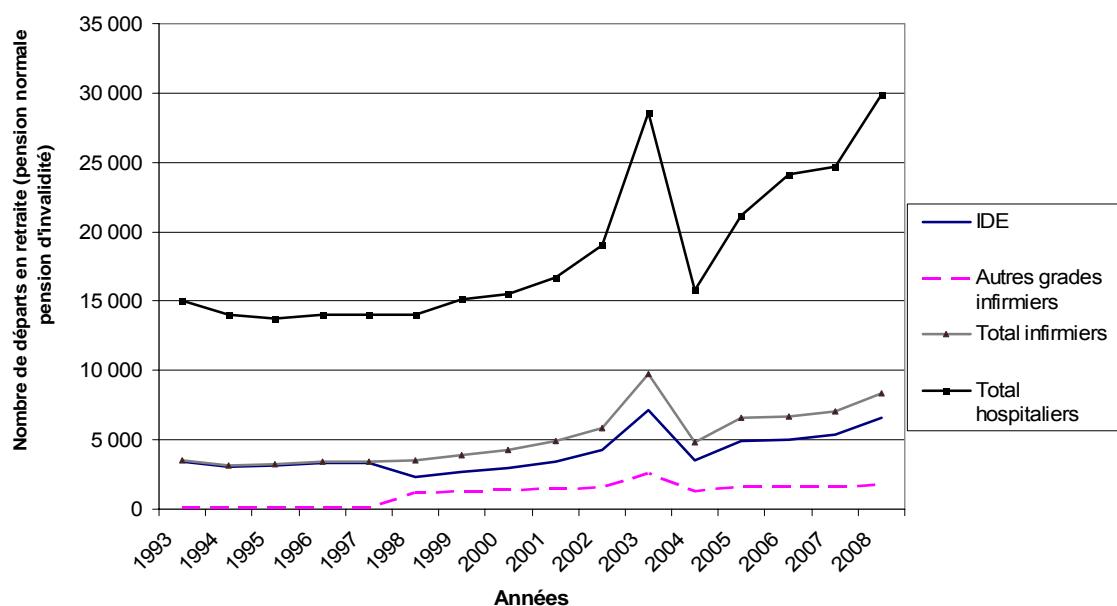
- 2,3 pour les infirmiers (tous infirmiers confondus) de la fonction publique hospitalière
- contre 1,9 pour la fonction publique hospitalière dans son ensemble

Nombre de départs à la retraite pour la FPH de 1993 à 2008 pour la population des infirmiers (pension normale + pension d'invalidité)																	
Secteur	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	
IDE	3 426	3 091	3 185	3 301	3 326	2 359	2 668	2 957	3 466	4 250	7 189	3 516	4 903	4 971	5 372	6 553	
Autres grades infirmiers	132	68	94	92	135	1 215	1 265	1 350	1 461	1 604	2 576	1 298	1 700	1 706	1 667	1 757	
Total Infirmiers	3 558	3 159	3 279	3 393	3 461	3 574	3 933	4 307	4 927	5 854	9 765	4 814	6 603	6 677	7 039	8 310	
Total hospitaliers	15 065	14 012	13 719	14 024	14 018	13 976	15 101	15 499	16 736	19 057	28 569	15 747	21 196	24 101	24 734	29 874	

Source : CNRACL

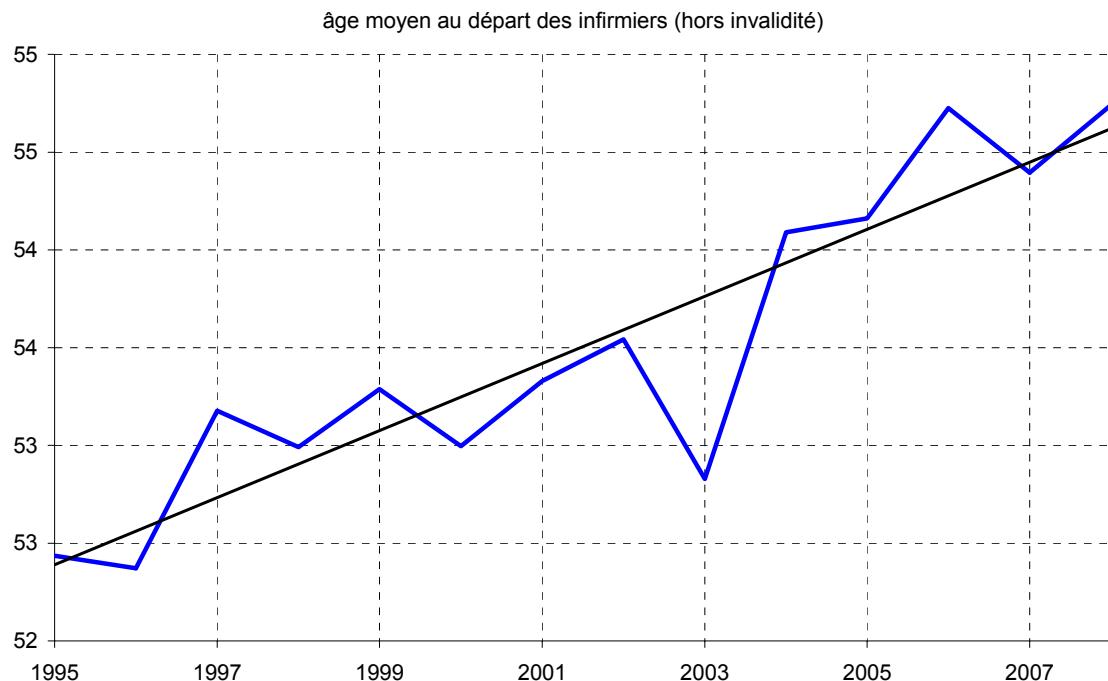
Remarque : la catégorie « IDE » regroupe les emplois d'infirmiers de classe normale et de classe supérieure. La catégorie « autres » comprend tous les grades d'infirmiers de salle d'opération, les anesthésistes, ainsi que les infirmiers cadres de santé.

Nombre de départs à la retraite pour la FPH 1993-2008

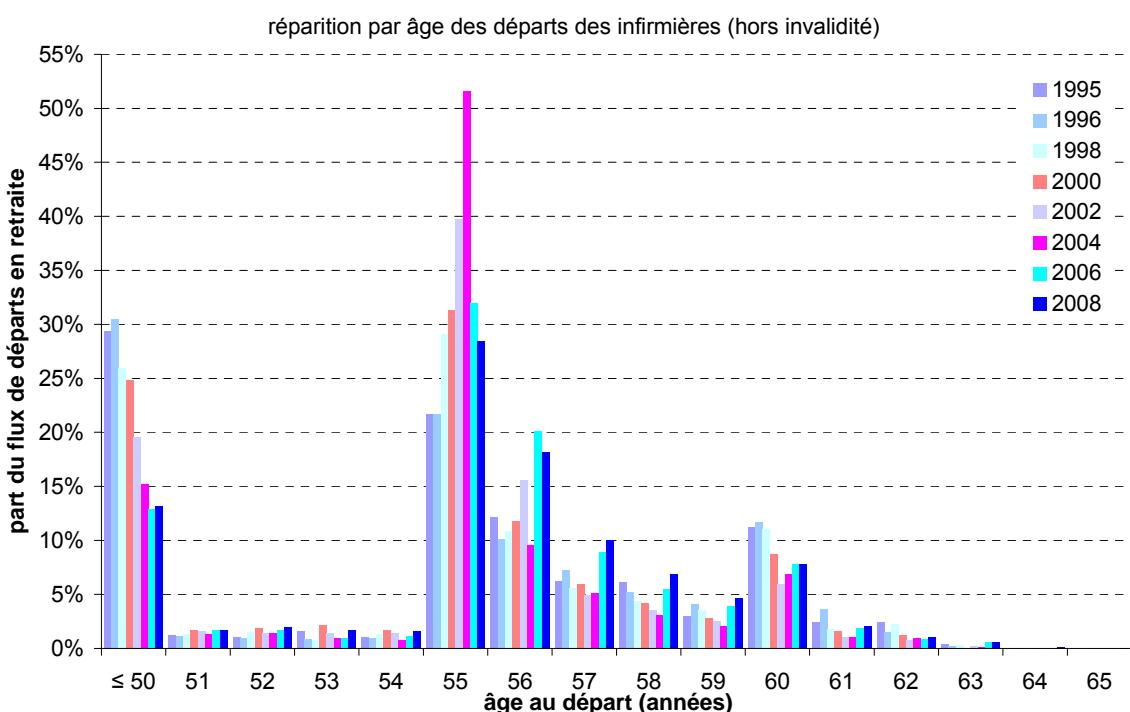


- **Age moyen de départ à la retraite**

Hormis les départs pour invalidité, l'âge moyen de départ des infirmiers s'est décalé de 2,5 années entre 1995 et 2008, passant de 52,4 ans en 1995 à 54,7 ans en 2008. En 2009, l'âge moyen de départ (hors départs pour invalidité ou parent de trois enfants) est de 56,7 ans. Du fait de l'augmentation de la durée d'assurance prévue par la loi de réforme des retraites de 2003 et de la montée en charge concomitante de la décote jusqu'en 2020, cette tendance devrait se poursuivre même en l'absence de nouvelles mesures.



On observe en particulier une baisse de la part des départs avant 50 ans (mères de trois enfants) et une augmentation depuis 2003 de la part des départs après 55 ans (effet de la réforme de 2003).



Source : données CNRACL

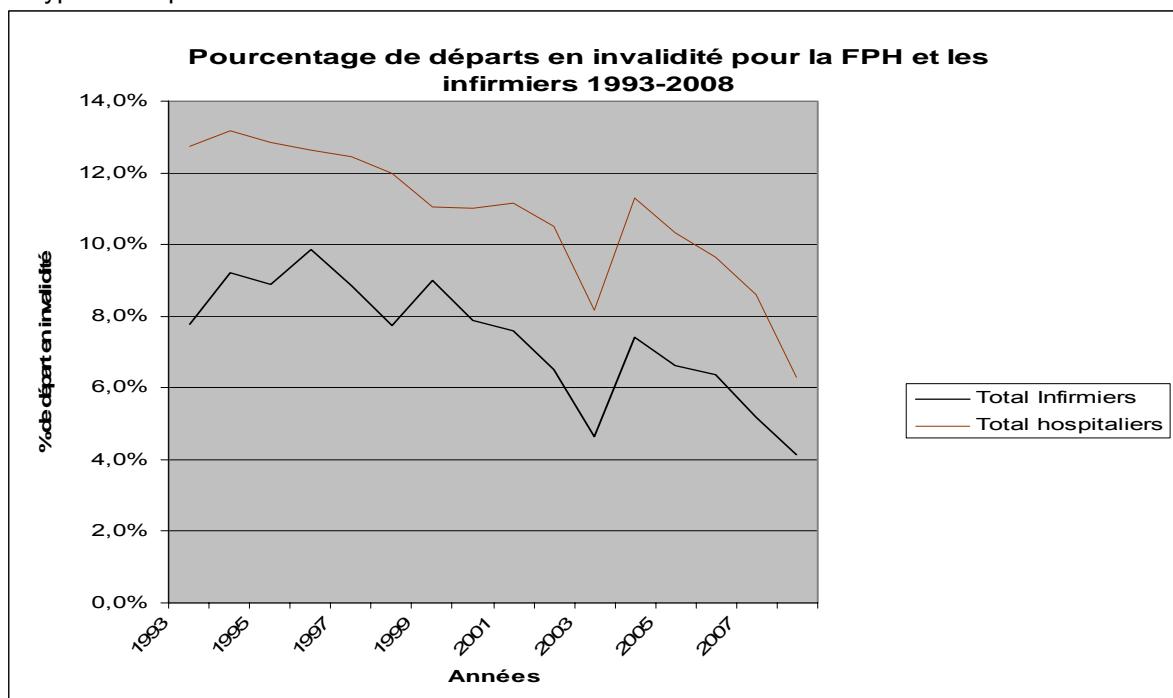
- **Eléments de comparaison internationale sur l'âge de départ en retraite:**

Il apparaît, à partir des données disponible au sein de l'Union européenne et d'autres Etats comparables, que l'âge actuel d'ouverture, en France, des droits à la retraite pour les infirmiers de la FPH (55 ans du fait du classement de l'emploi en catégorie active, contre 60 ans pour leurs homologues exerçant dans le secteur privé) est actuellement inférieur à la majorité de celui des autres pays (généralement entre 60 et 65 ans, avec parfois une différence selon qu'il s'agit de population féminine ou masculine) – voir tableau comparatif en annexe.

Par ailleurs, plusieurs pays européens ont mis en œuvre des réformes dont l'objectif est de repousser, progressivement, cet âge d'ouverture pour l'ensemble des professionnels, dans un objectif de pérennité de leur système de retraite, réformes qui s'appliquent également aux infirmiers.

- **Départs pour invalidité :**

Répartition professionnelle des nouveaux pensionnés infirmiers hospitaliers de droit direct en fonction du type de risque

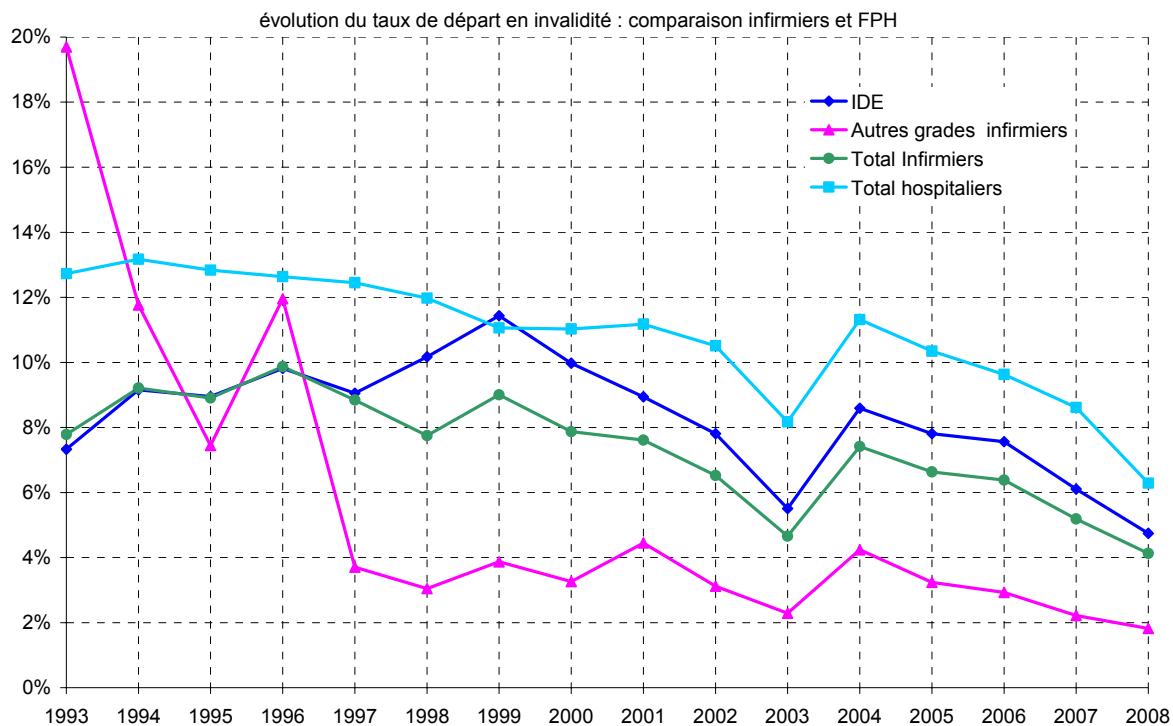


Source : CNRACL

Répartition des départs à la retraite pour la FPH de 1993 à 2008 pour la population des infirmiers																
Secteur	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Total Infirmiers	3 558	3 159	3 279	3 393	3 461	3 574	3 933	4 307	4 927	5 854	9 765	4 814	6 603	6 677	7 039	8 310
pensions normales	3 281	2 868	2 987	3 058	3 155	3 297	3 579	3 968	4 552	5 472	9 310	4 457	6 165	6 251	6 674	7 967
<i>pensions d'invalidité</i>	<i>277</i>	<i>291</i>	<i>292</i>	<i>335</i>	<i>306</i>	<i>277</i>	<i>354</i>	<i>339</i>	<i>375</i>	<i>382</i>	<i>455</i>	<i>357</i>	<i>438</i>	<i>426</i>	<i>365</i>	<i>343</i>
% départs pour invalidité	7,8%	9,2%	8,9%	9,9%	8,8%	7,8%	9,0%	7,9%	7,6%	6,5%	4,7%	7,4%	6,6%	6,4%	5,2%	4,1%

Source : CNRACL

Remarque : la catégorie « IDE » regroupe les emplois d'infirmiers de classe normale et de classe supérieure.
La catégorie « autres » comprend tous les grades d'infirmiers de salle d'opération, les anesthésistes, ainsi que les infirmiers cadres de santé.



Le tableau ci-dessous donne le détail de la part des départs en retraite pour cause d'invalidité sur 2006 – 2008 pour les différents corps d'infirmiers et pour les trois fonctions publiques dans leur ensemble :

Cadre d'emploi	départs pour cause d'invalidité dans le flux de liquidants :		
	2 006	2 007	2 008
Infirmiers	7,5%	6,2%	4,7%
Infirmiers anesthésistes réanimation surveillants chefs	2,5%	0,0%	0,0%
Infirmiers de salle d'opération	3,8%	8,4%	1,9%
Infirmiers de salle d'opération surveillants chefs	2,9%	0,0%	0,0%
Infirmiers spécialisés en anesthésie réanimation	9,3%	4,0%	2,0%
Infirmiers surveillants chefs	2,2%	1,3%	1,9%
Infirmiers (ensemble)	6,4%	5,3%	4,1%
Total FPH :	10,3%	8,6%	6,3%
Total FPT :	15,3%	12,1%	9,1%
Total FPE (civils) :	7 %	5,8%	5,3%

Sources : CNRACL et « Jaunes » pensions 2008, 2009 et 2010.

Il ressort de ces données les éléments suivants :

- d'une part, le pourcentage de départ en invalidité pour les infirmiers de la FPH est en forte diminution depuis 15 ans (1993-2008), passant de 7,8% en 1993 à 4,1% en 2008 (soit une diminution du pourcentage de moitié)
- d'autre part, ce pourcentage est toujours nettement inférieur au pourcentage moyen de la FPH (ex. : 6,3% en 2008 pour la FPH, contre 4,1% pour les infirmiers de la FPH) ainsi que des fonctions publiques d'Etat et territoriales (respectivement 5,1% et 9,1%).

▪ **Espérance de vie :**

Le tableau ci-dessous présente les espérances de vie en 2007 et 2008 pour les infirmières pensionnées de la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL), comparées aux espérances de vie calculées à partir des tables prospectives de l'Insee 2005-2050 sur l'ensemble de la population féminine française.

Espérance de vie (en années)

Espérance de vie à :	Infirmières CNRACL		Femmes INSEE tables 2005-2050	
	2007	2008	2007	2008
60 ans	27,1	27,0	27,0	27,1
65 ans	22,7	22,6	22,6	22,7

Les niveaux constatés sont très proches. Dès lors qu'elles sont parties à la retraite et en invalidité, les infirmières disposent d'une espérance de vie similaire à celle de l'ensemble des femmes françaises au même âge. En revanche, en terme d'évolution entre les deux années 2007 et 2008, le sens est presque systématiquement inverse (même s'il est d'intensité identique) et marqué par une diminution de l'espérance de vie pour les infirmières et une augmentation pour les françaises. Il est possible que le calcul de la CNRACL subisse à la marge, des biais liés à la taille de la population.

Pour les hommes, les faibles effectifs d'infirmiers concernés rendent toute statistique non significative.

4. Le protocole d'accord du 2 février 2010

La réforme envisagée s'inscrit dans le cadre d'un protocole d'accord signé entre la ministre de la santé et des sports et les partenaires sociaux, le 2 février 2010, relatif, d'une part, à l'intégration dans la catégorie A de la FPH des infirmiers et des autres professions paramédicales, dont les diplômes reconnus au sein du LMD, et, d'autre part, à l'intégration des corps de catégorie B de la FPH dans le nouvel espace statutaire de cette catégorie.

La réforme envisagée par ce protocole comporte six volets :

- la création de nouveaux corps classés en catégorie A composés de deux à quatre grades pour les personnels paramédicaux selon les filières ;

- l'accès des cadres de santé à une grille rénovée de la catégorie A en juillet 2012 ;
- le droit d'option entre le reclassement dans une nouvelle grille indiciaire de catégorie B et l'un des nouveaux corps de catégorie A classés en catégorie sédentaire ;
- le reclassement des personnels administratifs, techniques, ouvriers et socio éducatifs de catégorie B dans le nouvel espace statutaire ;
- l'amélioration des conditions de travail des personnels paramédicaux de la fonction publique hospitalières et l'accompagnement de l'allongement des carrières ;
- des perspectives de valorisation des métiers paramédicaux, par l'évolution des métiers proprement dits et la construction de parcours professionnels attractifs.

La reconnaissance des qualifications et des compétences des infirmiers marque la première étape concrète de la réforme LMD pour les professionnels paramédicaux.

Fruit d'une intense concertation avec les organisations représentatives de la fonction publique hospitalière, ce protocole annonce une importante revalorisation pour les personnels paramédicaux, au premier rang desquels les infirmiers.

Cette revalorisation s'accompagne, aux termes du protocole, d'un choix, offerts aux infirmiers, entre le maintien dans leur situation actuelle ou l'intégration dans la catégorie A, avec une durée de carrière prolongée. Chaque professionnel concerné sera invité, à partir du mois de juin 2010, à faire connaître son choix, en fonction de sa situation et de ses projets propres.

Au terme de cette réforme, qui sera conduite sur 5 années, les infirmiers seront rémunérés sur des bases très proches des infirmiers spécialisés actuels (indice brut sommital de 730, comme les infirmiers anesthésistes actuels). Cela représentera, à l'issue des opérations de reclassement, en 2015, en moyenne, une majoration de plus de 2000 € nets par an.

Le protocole prévoit également, comme corollaire de l'allongement de la durée des carrières, le renforcement des démarches de prévention des risques professionnels et d'amélioration de la qualité de vie au travail.

Si le protocole d'accord concerne principalement les personnels paramédicaux, il comporte également des dispositions très importantes pour les personnels administratifs, techniques, ouvriers et socio-éducatifs de la FPH, classés en catégorie B. Le protocole décline les conditions de leur intégration dans le « nouvel espace statutaire » (NES) qui se traduira également par une importante revalorisation, tant sur le plan statutaire qu'indemnitaire. Ces mesures seront étendues aux personnels administratifs des centres 15, les permanenciers auxiliaires de régulation médicale (PARM), qui sont actuellement classés en catégorie C et qui, grâce à ce protocole, pourront intégrer la catégorie B revalorisée.

Enfin, il est prévu de redynamiser la promotion professionnelle et fluidifier les parcours professionnels. Le protocole prévoit des mesures qui s'appliqueront dans les établissements dès 2011.

4. Difficultés auxquelles la réforme entend remédier

Le principe retenu par cette réforme conduit à proposer aux personnels concernés occupant aujourd'hui des emplois classés en catégorie active, un arbitrage individuel entre revalorisation indiciaire et maintien de la possibilité de partir à la retraite dès l'âge de 55 ans.

Les fonctionnaires qui choisissent, à titre individuel, d'être intégrés dans les nouveaux corps des infirmiers et des autres personnels paramédicaux, classés en catégorie A, ne peuvent en effet être admis à la retraite sur leur demande qu'à partir de l'âge de 60 ans. Ceux qui choisissent de rester dans les corps actuels conservent le bénéfice de la catégorie active et la faculté de partir à la retraite à 55 ans, mais ne bénéficient que du niveau de revalorisation indiciaire de la catégorie B.

Il s'agit donc de déterminer un dispositif qui permette à la fois, dans le cadre de la mise en œuvre de la reconnaissance du diplôme infirmier au sein du LMD :

- de lier les avantages de la revalorisation indiciaire et du classement en catégorie A à la perte de la catégorie active et d'offrir à chaque agent un choix individuel ;
- d'accompagner le relèvement des âges réels de départ à la retraite, notamment des infirmières de la FPH et d'atténuer les difficultés actuelles de recrutement de ces personnels ;
- d'améliorer l'attractivité du métier infirmier.

5. Cette voie ne peut être suivie sans l'intervention du législateur

L'intervention du législateur est nécessaire à plusieurs égards.

Elle est d'abord nécessaire pour déroger à la règle, prévue au 1° du I de l'article L 24 du code des pensions civiles et militaires de retraite, selon laquelle les fonctionnaires qui ont occupé pendant plus de 15 ans un ou des emplois classés en catégorie active conservent la possibilité de liquider leur pension dès l'âge de 55 ans, voire à un âge inférieur pour certaines catégories de personnels très particulières⁴. Or, une proportion importante de fonctionnaires occupant des emplois de la fonction publique hospitalière classés en catégorie active remplit déjà la condition des quinze ans de services actifs.

La loi est également nécessaire pour déroger à l'article 1-2 de la loi du 13 septembre 1984 relative à la limite d'âge dans la fonction publique et le secteur public, issu de la loi n°2003-775 du 21 août 2003, qui permet à l'agent intégré dans un corps dont la limite d'âge est fixée à 65 ans - et qui, de fait, n'est pas classé en catégorie active - de continuer à bénéficier, pour l'application de la décote, de sa limite d'âge antérieure. Cette disposition, instaurée en 2003, a été prévue pour répondre notamment à la situation des instituteurs devenus professeurs des écoles et des personnels des centres de tri de La Poste, afin de permettre le calcul de la décote par rapport à l'ancienne limite d'âge fixée à 60 ans. Dans le cadre d'une réforme reposant sur l'exercice individuel d'un droit d'option, la perte du bénéfice de la catégorie active en cas d'intégration dans les nouveaux corps doit conduire à calculer la décote sur la limite d'âge de droit commun, à 65 ans.

Enfin, l'intervention du législateur se justifie pour permettre de déroger à l'article 78 de la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites lequel prévoit que : « Pour l'application des dispositions du I de l'article L. 14 du code des pensions civiles et militaires de retraite aux fonctionnaires relevant de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions

⁴ L'article L 24 du code des pensions civiles et militaires de retraite, applicable aux fonctionnaires affiliés à la CNRACL en vertu de l'article 25 du décret n°2003-1306 du 26 décembre 2003 relatif au régime de retraite des fonctionnaires affiliés à la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales , prévoit ainsi que « I. - La liquidation de la pension intervient : 1° Lorsque le fonctionnaire civil est radié des cadres par limite d'âge, ou s'il a atteint, à la date de l'admission à la retraite, l'âge de soixante ans, ou de cinquante-cinq ans s'il a accompli au moins quinze ans de services dans des emplois classés dans la catégorie active ».

statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, dont la limite d'âge est fixée à soixante ans et qui réunissent les conditions prévues au I de l'article L. 24 du même code à compter de l'année 2008, la durée d'assurance fait l'objet d'une majoration. Cette majoration est fixée à un an par période de dix années de services effectifs. ».

II. OBJECTIF

Le présent article de loi permet juridiquement la mise en œuvre de cette réforme et du protocole qui en résulte. Il vise à permettre la conciliation des différents intérêts en présence.

III. OPTIONS POSSIBLES ET MESURE RETENUE

Le schéma de référence est que le classement en catégorie A avec la revalorisation indiciaire afférente s'accompagne pour le volet retraite du classement en catégorie sédentaire avec la perte des avantages retraite associés à la catégorie active (âge minimal départ, bonification du 1/10^{ème} notamment).

Plusieurs options alternatives peuvent être envisagées :

- Option n° 1 : cette mesure consisterait à classer en catégorie sédentaire le nouveau corps et à n'appliquer qu'aux nouveaux fonctionnaires ainsi qu'aux fonctionnaires en poste ne totalisant pas 15 années de services en catégorie active le classement en catégorie sédentaire. L'absence de remise en cause des avantages liés au fait d'avoir occupé pendant 15 années des emplois classés en catégorie active, limiterait la mise en œuvre de la réforme pour les personnels en activité.
- Option n° 2 (scénario correspondant à une réforme statutaire sans option) : cette mesure consisterait à classer les nouveaux corps en catégorie sédentaire, sans ouvrir aux personnels un droit d'option.

Option n° 3 (scénario correspondant à une réforme statutaire avec droit d'option) : cette mesure consiste à laisser le choix aux personnels en place entre les 2 options : demeurer en catégorie B et en catégorie active ; être reclassé en catégorie A ainsi qu'en catégorie sédentaire. Ainsi, chaque agent en place a loisir de décider l'option préférable au vu de considérations personnelles.

L'option n° 3 correspond à l'orientation retenue par le Gouvernement considérant que ce droit d'option est le garant d'une mise en œuvre à court terme de la réforme aux personnels en activité.

Si la réforme peut être opérée par la voie législative s'agissant du « volet retraite », son « volet statutaire » relève en revanche de décrets en Conseil d'Etat.

IV. CONSULTATIONS PREALABLES

Compte tenu de la portée et du champ d'application de la mesure envisagée, il était nécessaire de la soumettre à la consultation de divers organismes compétents, en particulier, en matière de règles statutaires et de pensions dans les trois fonctions publiques.

Sur le plan statutaire, il a ainsi été procédé à la consultation du conseil supérieur de la fonction publique hospitalière (CSFPH), ainsi que du conseil supérieur de la fonction publique territoriale (CSFPT), en application, respectivement, de l'article 12 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière et de l'article 9 de loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale.

Le CSFPT, qui s'est réuni les 15 et 16 février 2010, a émis un avis défavorable. Le CSFPH, qui s'est réuni à deux reprises, les 12 et 17 février 2010, sans que le quorum ait été atteint, a été régulièrement saisi du projet de texte.

Tant le volet « indiciaire » que le volet « retraite » de la réforme du LMD ont été présentés aux organisations représentatives de la profession au cours des discussions engagées depuis juillet 2009 avec la Ministre de la santé et des sports.

La consultation des collectivités d'outre-mer n'est quant à elle pas nécessaire. Les dispositions contenues dans le projet ne touchent pas, en effet, l'organisation particulière des collectivités et départements d'outre-mer, et elles ne sont pas considérées comme des adaptations particulières aux spécificités de ces collectivités.

V. RESPECT DES NORMES SUPERIEURES ET INSERTION DANS L'ORDONNANCEMENT JURIDIQUE

1. Les normes et principes constitutionnels

La mesure adoptée respecte les principes et normes de droit constitutionnel :

Le Conseil constitutionnel admet la possibilité de modifier à tout instant les règles de liquidation des pensions de retraite dans la fonction publique⁵ : pas plus qu'il n'existe de principe constitutionnel d'« intangibilité des droits à retraite liquidés »⁶, il n'existe pas de principe constitutionnel d'intangibilité des droits à pension, avant liquidation ;

S'agissant du principe d'égalité, le Conseil constitutionnel juge de manière constante « *que le principe d'égalité ne s'oppose ni à ce que le législateur règle de façon différente des situations différentes, ni à ce qu'il déroge à l'égalité pour des raisons d'intérêt général, pourvu que, dans l'un et l'autre cas, la différence de traitement qui en résulte soit en rapport direct avec l'objet de la loi* » (DC, 14/08/2003, n°2003-483, Loi portant réforme des retraites considérant 23).

A cet égard, il convient de relever que les infirmières et les personnels de la filière paramédicale ne sont pas dans la même situation que les autres fonctionnaires occupant des emplois en catégorie active et que la disposition législative proposée répond à un motif d'intérêt général.

⁵ « 38. Considérant que les auteurs des saisines reprochent à ces nouvelles dispositions de prévoir des montants de pension différents pour les mêmes périodes de service (...) 39. Considérant, en premier lieu, qu'ainsi qu'il a été dit ci-dessus, il était loisible au législateur de modifier le taux de rémunération des annuités liquidables ;40. Considérant, en deuxième lieu, que les règles applicables au calcul du montant de la pension sont celles en vigueur à la date d'ouverture des droits ;» (DC, 14/08/2003, n° 2003-483, Loi portant réforme des retraites)

⁶ DC, 3 août 1994 - n° 94-348, Loi relative à la protection sociale complémentaire des salariés et portant transposition des directives n° 92-49 et n° 92-96 des 18 juin et 10 novembre 1992 du Conseil des communautés européennes

A titre liminaire, il convient de relever que plusieurs corps de fonctionnaires bénéficient d'ores et déjà de règles spécifiques relatives à l'âge de départ à la retraite ou au mode de computation des durées de services retenues : possibilité d'un départ dès 50 ans pour les personnels actifs de la police nationale (après 25 ans de services actifs)⁷ et les ingénieurs du contrôle de la navigation aérienne (après 15 ans)⁸ ; nombreuses bonifications de durée de services accordées à certaines catégories actives seulement (branche surveillance des douanes, sapeurs pompiers ou les personnels paramédicaux de la FPH).

En outre, il est peu contestable que les personnels paramédicaux sont dans une situation différente des autres personnels en catégorie active. Tout d'abord, les personnels de la filière paramédicale sont caractérisés par une réduction sur longue période et récemment de la fatigue et de la pénibilité associée à ces métiers : à titre d'exemple, le taux d'admission à la retraite pour invalidité des personnels infirmiers dans leur ensemble est passé de 6,4% en 2006 à 5,3% en 2007 et 4,1 % en 2008. L'arbitrage entre retraite anticipée et rémunération, qui permettra aux personnels de rester dans les corps actuels, mis en extinction, ou d'intégrer les nouveaux corps et cadres d'emplois, classés en catégorie statutaire traduit cette évolution. La réforme statutaire de la filière se démarque ensuite des précédentes réformes ayant concerné des emplois en catégorie active, en raison du caractère novateur de l'intégration directe à titre individuel sur simple exercice d'un droit d'option. Dans les précédents, en effet, il n'y avait que des intégrations collectives automatiques ou des intégrations individuelles subordonnées, non pas uniquement à la demande de l'intéressé, mais également à une procédure d'appréciation des mérites. C'est donc la première fois que l'appartenance statutaire résulte exclusivement du choix des intéressés. Enfin, il convient de relever que le protocole social comporte un volet relatif à l'amélioration des conditions de travail qui tire les conséquences de l'orientation du Gouvernement de traiter la question de la pénibilité avec des instruments plus adaptés que les seuls avantages retraite.

S'agissant du motif d'intérêt général, le relèvement des âges de départ à la retraite et le rééquilibrage financiers des régimes par répartition ont été admis par le Conseil Constitutionnel dans sa décision sur la loi n°2003-775 du 21 août 2003. Or, compte tenu de l'importance numérique des infirmières notamment dans la FPH, la réforme opérée par le présent projet de loi aura un impact réel et significatif sur cet équilibre.

2. Droit européen

La mesure n'applique pas une mesure de droit dérivé de l'Union européenne, mais procède de la seule compétence des Etats membres.

La réforme proposée respecte par ailleurs l'article 1^{er} du premier protocole additionnel à la CEDH qui garantit à tout citoyen le droit au respect de ses biens. Le Conseil d'Etat assimile à de tels biens la créance détenue par le fonctionnaire qui remplit l'ensemble des conditions posées par la loi pour bénéficier d'un avantage retraite⁹. Il fait toutefois une application mesurée des exigences imposées par la CEDH. Dans l'avis d'assemblée du 27 mai 2005, la haute assemblée admet ainsi la compatibilité à cette convention de l'article 136 de la loi de finances rectificative réformant le droit des fonctionnaires parents de trois enfants et plus à la jouissance immédiate de leur pension en tant qu'il applique la règle nouvelle aux fonctionnaires qui remplissaient déjà l'ensemble des conditions requises avant réforme. Le

⁷ Article 2 de la loi n° 57-444 du 8 avril 1957

⁸ 4 de la loi n° 89-1007 du 31 décembre 1989

⁹ CE, A, avis contentieux, 27 mai 2005, n°277975 ; voir également CE, avis contentieux, 3 novembre 2003, n°257946 ; voir avec le même raisonnement pour la pension de réversion CE, 6 février 2002, n°219383, Ministre de l'économie, des finances et de l'industrie

Conseil d'Etat n'écarte comme incompatible avec la CEDH que la disposition remettant en cause le droit des agents qui, remplissant ces conditions, avaient en outre présenté une demande qui avait donné lieu à une décision de refus avant l'entrée en vigueur de la réforme.

En l'occurrence, une réforme reposant sur un droit d'option individuel et ne revenant donc pas sur les demandes de liquidation présentées avant intégration respecte ces stipulations.

Enfin, à supposer que les limites d'âge puissent être regardées comme constituant une discrimination fondée sur l'âge au regard de l'article 14 de la CEDH, il convient de relever que le dispositif proposé n'institue pas ces limites et tend au contraire à les relever pour les corps concernés.

VI. EVALUATION DES IMPACTS

1. Impact financier

La suppression de la catégorie active a pour effet de retarder le départ à la retraite des agents. Le principal impact porte sur la CNRACL, consistant en :

- une moindre charge de pensions, liée au décalage des départs, pour les régimes de retraite
- un supplément de cotisation au titre des infirmiers qui prolongent leur activité.

Avec l'hypothèse d'un taux d'option pour la catégorie A de 50 % parmi les infirmiers susceptibles de liquider leur retraite dans la décennie 2010-2020 et avec des variantes à 25% et 75 %, l'impact annuel de la mesure sur les comptes de la CNRACL serait le suivant :

En M€constants	2010	2011	2012	2015	2020
Taux d'option : 50 %					
gain en cotisations :	1	11	33	53	44
gain en pensions :	2	49	90	240	197
Gain total :	3	60	123	293	241
Taux d'option : 25 %					
gain en cotisations :	1	5	17	27	22
gain en pensions :	1	25	45	120	98
Gain total :	2	30	61	146	120
Taux d'option : 75 %					
gain en cotisations :	2	16	50	80	66
gain en pensions :	4	74	134	359	295
Gain total :	5	90	184	439	361

Il est à noter qu'en 2009, l'âge moyen de départ à la retraite des infirmières (hors invalidité ou parents de 3 enfants) est de 56,7 années.

Méthode d'évaluation :

Périmètre : les calculs sont effectués sur le périmètre des infirmières diplômées d'Etat (IDE) relevant de la FPH. Pour les infirmiers relevant des catégories actives de la fonction publique de l'Etat ou la territoriale, l'impact n'a pas été chiffré car tout à fait marginal (ces personnels représentant de l'ordre de 3% des effectifs concernés dans la FPH).

Eléments pris en compte : l'impact sur les pensions est constitué par :

- un gain au titre des pensions non versées pour les agents qui reculent leur âge de départ en retraite (premier impact) ;
- une perte sur les pensions une fois liquidées pour les mêmes agents au titre des annuités supplémentaires ainsi validées (impact différé) ;
- pas de changement pour les agents qui choisissent de rester en catégorie B.

L'impact sur les cotisations est constitué par le différentiel de cotisation entre les traitements de début et de fin de carrière, l'allongement des fins de carrière étant supposé se substituer aux recrutements (dans la proportion d'un pour un).

Effectifs des corps concernés :

Pour la FPH :

- les infirmiers diplômés d'Etat soit 194 000 agents¹⁰, répartis comme suit :

échelon	Effectifs infirmiers
Classe supérieure	
7	
6	16 250
5	26 080
4	5 790
3	1 560
2	150
1	10
Classe normale	
8	22 660
7	16 290
6	18 850
5	21 310
4	21 470
3	25 710
2	17 800
1	70
Total	194 000

- les infirmiers spécialisés qui opteront pour le nouveau grade : infirmiers de bloc opératoire (13 100 agents dont 5 600 au 1^{er} grade et 7500 au 2^e grade) et infirmiers anesthésistes (7 700 agents dont 2 100 au 1^{er} grade et 5600 au 2^e grade)
- aux masseurs kinésithérapeutes.

¹⁰ Effectif rémunéré réel , en équivalent temps plein

Pour la FPE :

- les personnels infirmiers de l'administration pénitentiaire (moins de 100 agents) ;
- le personnel infirmier de l'Institut national des Invalides (moins de 200 agents).

Pour la FPT :

- les personnels paramédicaux classés en catégorie active : infirmiers affectés en services de santé (moins de 5 000 agents) et puéricultrices en service de pédiatrie, soit environ 2 000 agents ;

- les personnels médico-techniques : manipulateurs d'électroradiologie : 150 agents.

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux

a) Impacts économiques et budgétaires

L'application de la réforme, conformément au protocole d'accord passé le 2 février 2009, induira une charge pour les établissements publics de santé à raison du gain indiciaire résultant du reclassement des infirmiers dans les nouveaux corps de catégorie A et de l'effet de la création du nouvel espace indiciaire en catégorie B. L'effet cumulé est estimé à 900 millions d'euros sur une période de 6 ans pour les personnels de la fonction publique hospitalière, selon une hypothèse haute. Ce chiffrage ne constitue cependant qu'un ordre de grandeur puisqu'il est largement dépendant du taux d'option parmi les personnels actuellement classés en catégorie active.

S'agissant de la fonction publique d'Etat, le coût pour les employeurs serait faible compte tenu des effectifs (300 agents soit 0,16% de l'effectif FPH en ETP). L'application du protocole aux 7 150 agents relevant de la fonction publique territoriale pourrait conduire, par analogie, à une charge supplémentaire cumulée pour les collectivités territoriales de l'ordre de 33,7 millions d'euros sur les six ans.

b) Impacts sociaux

La mesure restreint les possibilités de départ de la fonction publique avant l'âge de 60 ans. Elle s'inscrit dans la continuité du rapport de l'IGAS et l'IGEN de MM. Morelle, Veyret et Lesage sur l'évaluation de l'impact du dispositif LMD sur les formations et le statut des professions médicales en prévoyant la perte du classement en catégorie active en contrepartie d'une amélioration des carrières des professions paramédicales. Les agents qui choisiront d'intégrer les corps des infirmiers et paramédicaux réformés se verront en effet proposer une revalorisation importante en termes de rémunération, notamment indiciaire, qui majorera également les droits à retraite (à titre d'exemple, l'indice terminal du second grade infirmier représente un gain de 70 points d'indice majorés par rapport à la grille actuelle du B CII).

En ce qui concerne le corps des infirmiers, l'entrée dans le premier grade se fera au premier échelon, à l'indice brut 379 (IM 349). Par ailleurs, l'échelon sommital du premier grade correspond à l'indice brut 680 (IM 566), soit un gain de 85 points d'indice majoré.

Les gains de rémunération nette (traitement indiciaire et primes) seront, pour les infirmiers relevant de la catégorie A, les suivants :

- début de carrière : 2 118 €en plus annuellement ;
- fin de carrière : 3 801 €en plus annuellement.

Les infirmiers spécialisés optant pour les nouveaux grades bénéficieront de gains de rémunération nette (traitement indiciaire et primes) suivants :

- pour les infirmiers de bloc opératoire et puéricultrices :
 - début de carrière : 3 366 €en plus annuellement ;
 - fin de carrière : 3 312 €en plus annuellement ;
- pour les infirmiers anesthésistes :
 - début de carrière : 2 879 €en plus annuellement ;
 - fin de carrière : 2 064 €en plus annuellement.

c) Impacts sur l'environnement

Sans objet.

VII. INTRODUCTION DE LA MESURE DANS L'ORDONNANCEMENT JURIDIQUE NATIONAL

1. Possibilité de codification

La mesure, à caractère transitoire, n'a pas vocation à être codifiée.

2. Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

3. Application de la mesure envisagée dans les collectivités d'outre mer

La mesure sera applicable dans les départements d'outre-mer ainsi qu'à Saint-Pierre-et-Miquelon, Saint-Barthélemy et Saint-Martin (pas de mesure spécifique à prévoir). Elle est applicable dans l'immédiat à Mayotte (voir ci-dessous), pour les fonctionnaires ayant déjà fait l'objet d'une mesure d'intégration dans un corps de la fonction publique hospitalière de droit commun.

La mesure est applicable aux fonctionnaires de l'Etat soumis aux dispositions du titre IV du statut général en poste en Nouvelle-Calédonie, en Polynésie française et à Wallis et Futuna sans qu'une disposition expresse d'extension à ces collectivités soit nécessaire. En effet, les dispositions considérées comme directement attachées au statut de ces agents leur sont applicables quel que soit le lieu de leur affectation. Les dispositions du projet ne touchent pas en effet l'organisation particulière des collectivités et départements d'outre-mer, et elles ne sont pas considérées comme des adaptations particulières aux spécificités de ces collectivités, mais comme des mesures d'organisation interne des services de l'Etat.

Les dispositions en vigueur s'appliquent-elles dans la collectivité ?	Régime législatif applicable	l'application expresse ou l'adaptation ou la non-application	Pourquoi ?
DOM	Oui	Non	Application automatique de la mesure (identité législative)
Saint-Pierre-et-Miquelon	Oui	Non	Application automatique de la mesure (identité législative)
Mayotte	Oui	Oui	La loi n° 2001-616 du 11 juillet 2001 relative à Mayotte prévoit l'intégration des fonctionnaires mahorais dans les 3 fonctions publiques métropolitaines au plus tard le 31 décembre 2010 et leur affiliation, à compter de leur titularisation, aux régimes de la fonction publique correspondants (SRE ou CNRACL). Même si les fonctionnaires mahorais relèvent avant cette intégration qui est en cours d'un régime d'assurance vieillesse spécifique (régime géré par la Caisse de retraites des fonctionnaires et agents des collectivités publiques de Mayotte), la mesure est donc immédiatement applicable à Mayotte.
Saint-Barthélemy	Oui	Non	Application automatique de la mesure (identité législative)
Saint-Martin	Oui	Non	Application automatique de la mesure (identité législative)

VIII. MISE EN ŒUVRE, SUIVI ET EVALUATION DE LA MESURE

1. Liste des textes d'application nécessaires et délai prévisionnel de leur publication

Pour le régime des pensions civiles et militaires de l'Etat, la mesure ne nécessite pas de décret d'application.

Eventuelles mesures transitoires : les personnels n'optant pas pour être intégrés dans les nouveaux corps conservent la possibilité d'un départ à la retraite à 55 ans après 15 ans de services en catégorie active.

2. Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants

L'entrée en vigueur interviendra après la publication de la loi au JORF, mais la loi ne produira des effets juridiques qu'après intervention des décrets statutaires créant les nouveaux corps.

3. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Une information spécifique devra être mise en place par les régimes concernés auprès des assurés et auprès des employeurs.

4. Suivi de la mise en œuvre

Il sera pertinent d'effectuer un bilan du taux d'option pour l'intégration dans les nouveaux corps.

ANNEXES

Comparaison internationale
Age d'ouverture des droits à la retraite pour les infirmiers(ères)

Ce document de synthèse relatif à l'âge de départ en retraite pour les infirmiers(ères) (pays de l'UE, Etats-Unis, Canada), s'attache à différencier les données suivantes :

- âge de départ à la retraite pour les infirmiers(ères) exerçant dans le secteur public dans le cas de l'existence d'une fonction publique hospitalière ou l'équivalent
- âge de départ à la retraite pour les infirmiers(ères) exerçant dans le secteur privé

Tableau récapitulatif

Pays	Age de départ à la retraite des infirmières		
	Secteur public ou équivalent	Secteur privé	Observations
France	55 ans	60 ans	
Allemagne	Pas de fonction publique hospitalière. Environ 1/3 des établissements ont toutefois un statut public.	65 ans	Il est aujourd'hui de 65 ans et sera augmenté progressivement de deux ans entre 2012 et 2029 (un mois les 12 premières années, deux mois les 6 suivantes) pour atteindre 67 ans .
Finlande	Le salarié peut prendre sa retraite sans minoration entre 63 et 68 ans. <i>(pas de dérogation : cette législation, mise en place en 2005, s'applique à tous les citoyens finlandais, donc aux IDE des secteurs public et privé)</i>		L'âge effectif moyen de retraite est de 59,3 ans . Il se situe à un niveau supérieur à cette moyenne pour les infirmières : entre 60 et 61 ans .
Italie	Jusqu'au 31/12/09 : 65 ans pour les hommes et 60 ans pour les femmes et n'importe quel âge si l'on totalise 40 années de cotisations Les hommes à 65 ans. L'âge de départ à la retraite des femmes doit augmenter de façon progressive pour passer de 60 ans à 65 ans à compter de 2018 .	65 ans pour les hommes et 60 ans pour les femmes.	Pour les non-salariés qui peuvent aussi exercer leur activité libérale au sein d'hôpitaux publics ou de cliniques privées 65 ans pour les hommes et pour les femmes avec au moins 5 ans de cotisations ou à partir de l'âge de 57 ans, si l'on a cotisé au moins pendant 40 ans .
Pologne	Il n'existe pas de fonction publique hospitalière. 80% des IDE sont	60 ans pour les femmes et 65	

Pays	Age de départ à la retraite des infirmières		
	Secteur public ou équivalent	Secteur privé	Observations
	salariés (public : 65% ; privé : 15%).	ans pour les hommes	
Hongrie	Cet âge se situe depuis cette année à 62 ans , sans distinction liée au sexe. Toutefois, des possibilités de départ anticipé sont prévues pour les travailleurs comptant au moins 37 ans d'assurance ou ayant exercé au cours de leur carrière des travaux pénibles.		En matière d'âge de départ à la retraite, comme pour toute autre disposition concernant les conditions de travail, il n'existe pas en Hongrie de régime spécifique pour les agents relevant du secteur public à l'exception de ceux relevant des forces armées ou de la police.
Slovaquie	62 ans <i>(Pas de régime spécifique pour les IDE)</i>	62 ans	Comme en France, les femmes bénéficient d'une réduction de temps de cotisation par enfant à charge. Pour prétendre à ses droits à la retraite il faut avoir cotisé au moins 15 ans .
Suède	Départ à la retraite possible entre 61 et 67 ans		Généralement du secteur public et, très rarement, du privé, les infirmiers sont soumis au même dispositif que le restant des citoyens .
Etats-Unis	Pas de fonction publique hospitalière.	62 ans	<p>La retraite à taux plein est attribuée à 65 ans aux personnes nées avant 1938 et à 67 ans pour celles nées après 1960.</p> <p>Dans le secteur public fédéral l'ouverture des droits à pension est fixée à 55 ans après 30 ans de service, 60 ans après 20 ans de service et 62 ans après 5 ans de service.</p> <p>Aux Etats-Unis la retraite n'est pas obligatoire, et il est possible de continuer à travailler tout en percevant une pension de retraite.</p>
Canada (Colombie Britannique)	IDE soumis au régime de départ à la retraite de droit commun. Indemnité partielle si départ à 60 ans et sous conditions. Intégralité de la pension dès 65 ans.	65 ans	Existence de départs à la retraite anticipés => L'âge moyen de départ à la retraite est de 61,6 ans .

1. CATEGORIES ACTIVES : LE DROIT A LIQUIDATION ANTICIPEE ET L'AGE MOYEN AU DEPART OBSERVE

Source : rapport sur les pensions de retraite de la fonction publique annexé au projet de loi de finances pour 2010 (« jaune pensions »).

Le tableau ci-dessous reprend pour chacune des trois fonctions publiques les principaux emplois classés en catégorie active ainsi que l'âge d'ouverture des droits et la limite d'âge qui leur sont applicables.

EMPLOIS	ÂGE D'OUVERTURE DES DROITS	LIMITE D'AGE
Fonction publique de l'État		
Personnels actifs de la police nationale	50 ans si 25 ans de services	55 ans (1)
Personnels de surveillance de l'administration pénitentiaire		
Ingénieurs du contrôle de la navigation aérienne	50 ans	57 ans
Personnels de la surveillance des douanes		
Instituteurs (2)		
Agents d'exploitation des travaux publics de l'État	55 ans	60 ans
Éducateurs de la protection judiciaire de la jeunesse		
Personnels paramédicaux des hôpitaux militaires		
Contrôleurs des affaires maritimes et syndics des gens de mer (certains emplois)	55 ans	62 ans
Fonction publique territoriale		
Agents des réseaux souterrains des égouts	50 ans	
Sapeurs pompiers professionnels		
Agents de salubrité		
Agents de police municipale		60 ans
Agents de surveillance de la préfecture de police	55 ans	
Agents d'entretien (certains emplois)		
Agents techniques (certains emplois)		
Fonction publique hospitalière		
Personnels paramédicaux dont l'emploi comporte un contact direct et permanent avec des malades : surveillants, infirmiers, infirmiers spécialisés, aides soignants, agents de services hospitaliers, sages-femmes		
Assistantes sociales dont l'emploi comporte un contact direct et permanent avec des malades	55 ans	60 ans
Puéricultrice en fonction dans les services de pédiatrie		
Maîtres ouvriers et ouvriers professionnels (certaines fonctions)		
Agents d'entretien (certaines fonctions)		
Agents de service mortuaire et de désinfection		

(1) 57 ans pour les commissaires et les commissaires principaux ; 58 ans pour les commissaires divisionnaires.

(2) Corps mis en extinction par le décret n° 2003-1262 du 23 décembre 2003

Le tableau ci-dessous détaille l'impact des départs précoce en 2008 pour les principaux métiers de la fonction publique concernés (toutes catégories confondues).

METIERS	EFFECTIFS DES LIQUIDATIONS	ÂGE MOYEN D'ENTREE EN JOUSSANCE
Professeurs des écoles et instituteurs	11.043	56,3 ans
Police	4.308	54,6 ans
Administration pénitentiaire	736	54,6 ans
Ouvriers d'entretien et d'accueil et ouvriers professionnels des établissements. d'enseignement	1.604	57,0 ans
Agents d'exploitation, chefs d'équipe et contrôleurs des TPE	723	59,3 ans
Administration des douanes	2.742	56,5 ans
Catégories actives de la FP territoriale	1 580	56,4 ans
Catégories actives de la FP hospitalière	10 203	56,4 ans

Source : MBCPFP, Service des pensions et CNRACL

Champ : pensions de retraites, ayants droit, entrées en paiement en 2008

Il convient de noter que dans la catégorie « professeurs des écoles et instituteurs », les professeurs des écoles, classés en catégorie sédentaire, sont très largement majoritaires. L'âge moyen précoce de liquidation s'explique par l'utilisation du dispositif de départ anticipé par les professeurs des écoles, au titre des services effectués en catégorie active lorsque ces professeurs relevaient encore du corps des instituteurs.

ANNEXE

LE RECOL DES DEPARTS A LA RETRAITE DES FONCTIONNAIRES : PREMIERES OBSERVATIONS

source : rapport sur les pensions de retraite de la fonction publique annexé au projet de loi de finances pour 2010 (« jaune pensions »).

1.1. Évolution de l'âge au départ

Entre 2003 et 2008, la durée d'assurance requise pour le taux plein a augmenté pour les fonctionnaires de **+2,5 années (passage de 37,5 ans à 40 ans)**. Concomitamment, l'âge moyen de départ en retraite des fonctionnaires a d'ores et déjà augmenté sur la période de :

- 9 mois dans la fonction publique d'État (fonctionnaires civils uniquement)
- 10 mois dans la fonction publique territoriale et hospitalière.

Les effets de la réforme de 2003 se concrétisent donc par un décalage de l'âge moyen au départ à la retraite des fonctionnaires.

A/ Fonctionnaires civils de l'État

Dans la fonction publique d'État, l'âge de départ des fonctionnaires classés en catégorie sédentaire (départ ouvert à 60 ans) est resté stable sur la période, toujours proche de 60 ans et demi. L'âge moyen au départ des fonctionnaires classés en catégorie active (départ ouvert à 50 ou 55 ans) a par contre progressé de 6 mois entre 2002 et 2008. Au total, et compte tenu notamment de la déformation de la structure des départs¹¹, l'âge moyen au départ a progressé de 8 mois sur l'ensemble des fonctionnaires civils.

Âge moyen au départ, par année et par sexe dans la fonction publique de l'État (civils) :

		2002	2004	2005	2006	2007	2008 (p)
Actifs	hommes	55,3	55,4	55,5	55,7	55,8	55,9
	femmes	56,1	56,1	56,2	56,4	56,6	56,9
	ensemble	55,6	55,7	55,8	55,9	56,1	56,2
Sédentaires	hommes	60,8	60,8	60,9	60,6	60,7	60,7
	femmes	60,6	60,5	60,6	60,4	60,5	60,6
	ensemble	60,7	60,6	60,7	60,5	60,6	60,7
Ensemble civils	hommes	58,1	58,2	58,3	58,6	58,8	58,9
	femmes	59,1	59,1	59,2	59,4	59,6	59,8
	ensemble	58,6	58,7	58,7	59,0	59,2	59,4

Source : MBCPFP- Service des pensions, bases des pensions 2002 à 2008 (provisoire pour 2008)

Champ : Flux de nouveaux retraités civils ayant-droit liquidant pour ancienneté dont la pension a commencé à être payée l'année considérée

B/ Militaires

Pour les militaires, l'âge moyen au départ reste stable, aux alentour de 45 ans et demi.

¹¹ Notamment la plus faible part des catégories actives dans l'ensemble du flux, qui passe de 39,4 % du total en 2002 à 24,9 % en 2008.

Age moyen au départ, par année et par sexe dans la fonction publique de l'État (civils) :

	2002	2004	2005	2006	2007	2008 (p)
militaires	45,3	45,7	45,9	45,2	45,5	45,5

Source : MBCPFP- Service des pensions, bases des pensions 2002 à 2008 (provisoire pour 2008)

Champ : Flux de nouveaux retraités civils ayants-droit liquidant pour ancienneté dont la pension a commencé à être payée l'année considérée

C/ Fonctions publiques territoriale et hospitalière

Âge moyen au départ, par année et par type de départ à la CNRACL :

Type de départs	Année de liquidation						
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Carrière longue				59,2	58,7	58,5	57,8
Pension normale	60,7	60,8	60,6	60,7	60,6	60,8	60,9
Catégorie active	56,0	56,1	56,0	56,2	56,4	56,5	56,5
Catégorie insalubre	53,0	52,3	52,4	52,6	53,0	53,3	52,8
Raisons familiales	49,2	49,3	49,9	50,1	50,8	51,1	52,0
Fonctionnaire handicapé							57,6
Total vieillesse	57,1	56,2	57,6	57,4	58,0	57,9	57,8

La CNRACL présente un bilan comparable au régime des fonctionnaires de l'État, avec une stabilité des départs des sédentaires, autour de 60,9 ans, et une élévation de l'âge moyen de départ des catégories actives de l'ordre de 5 mois entre 2002 et 2008.

Au total, et compte tenu de la déformation de la structure du flux¹², l'âge moyen au départ progresse de 7 mois environ à la CNRACL entre 2002 et 2008.

¹² La part des catégories actives dans le flux de départs et celle des parents de trois enfants diminuent entre 2002 et 2008.

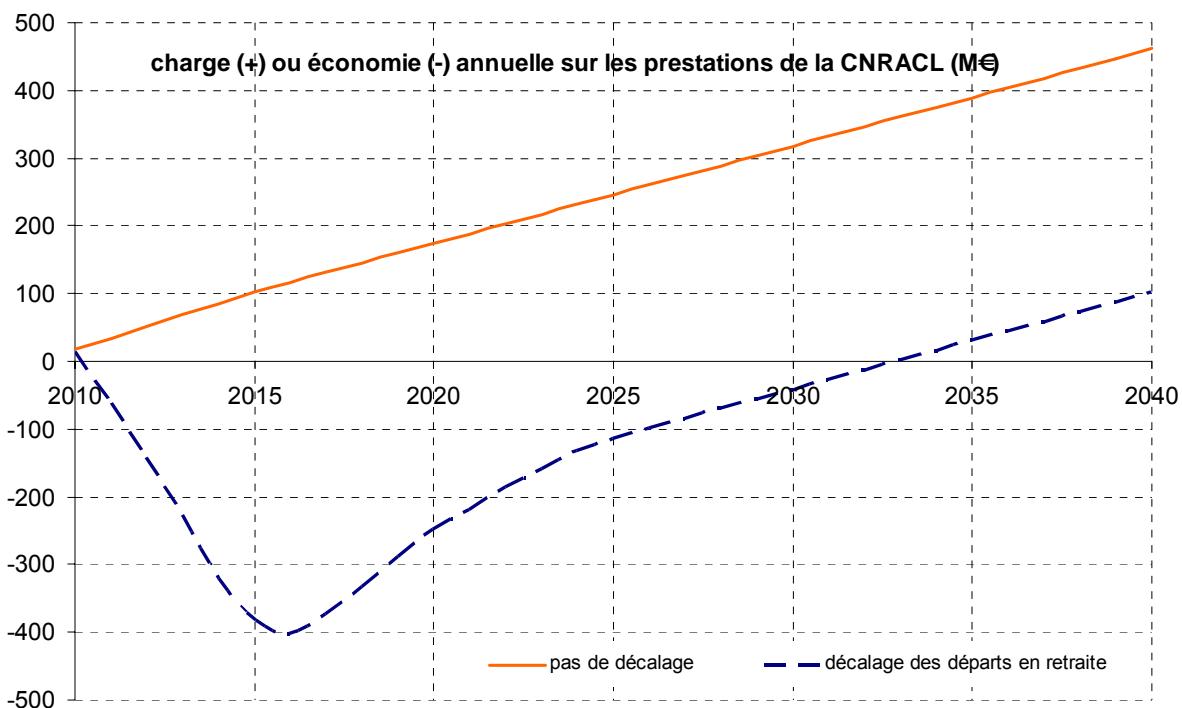
ANNEXE

2. CHIFFRAGE DES DIFFERENTS SCENARIOS DE REFORME

La revalorisation des indices terminaux des infirmiers implique un surcroît de charges de pensions pour la caisse de retraite. Selon l'hypothèse choisie pour les départs en retraite :

- pas de remise en cause du droit au départ anticipé (pas de décalage de l'âge moyen de départ en retraite) ou
- suppression du droit au départ anticipé au titre de la catégorie active pour tous les infirmiers (décalage immédiat des départs en retraite),

Le coût ou l'économie pour la caisse de retraite a été chiffré comme suit :



La modalité retenue est le passage en catégorie A assorti de la perte de la catégorie active sur option individuelle des infirmiers.

Les impacts indiqués ci-dessus dépendront de fait de la proportion d'infirmiers qui opteront pour la catégorie A. Le taux d'option parmi ces infirmiers dépendra probablement de leur âge : les fonctionnaires proches de la retraite étant probablement plus sensibilisés à l'âge de départ tandis que les fonctionnaires qui en sont éloignés seront susceptibles de privilégier la revalorisation salariale.