



REVUE DES DÉPENSES

CONGÉ POUR PRESTATIONS RÉDUITES (CPR) BÉNÉFICIAINT AUX MEMBRES DU PERSONNEL EN DISPONIBILITÉ POUR CAUSE DE MALADIE OU D'INFIRMITÉ À DES FINS THÉRAPEUTIQUES

RAPPORT

19 septembre 2024



REVUE DES DÉPENSES 2024

CONGÉ POUR PRESTATIONS RÉDUITES (CPR) BÉNÉFICIAINT AUX MEMBRES DU PERSONNEL EN DISPONIBILITÉ POUR CAUSE DE MALADIE OU INFIRMITÉ À DES FINS THÉRAPEUTIQUES

RAPPORT – 19 SEPTEMBRE 2024

Table des matières

Introduction.....	3
1. Mise en place et analyse globale.....	4
1.1 Le CPR à des fins thérapeutiques	4
1.2 Situation en Flandre	5
2. Analyse des facteurs de croissance	6
2.1 Evolution démographique du personnel de l'enseignement	6
2.2 Evolution de la santé	8
2.3 Evolution du contexte réglementaire en FWB	8
3. Analyse des résultats du CPR à des fins thérapeutiques.....	10
4. Options d'amélioration	12
5. Annexe.....	16
Analyses des différentes options d'amélioration.....	16

Introduction

Le Congé pour Prestations Réduites (CPR) à des fins thérapeutiques représente, depuis 2014, une réponse aux besoins des membres du personnel, nommés à titre définitif, en disponibilité pour maladie ou infirmité, de reprendre leurs fonctions à mi-temps, tout en préservant leur rémunération (100% pour le mi-temps presté, et à 80% pour la partie non prestée, soit 90% du brut d'activité). Au fil du temps, un nombre croissant de membres du personnel de l'enseignement a eu recours à cette solution chaque année pour faire face à leurs difficultés de santé. Cependant, cette augmentation du recours au CPR à des fins thérapeutiques soulève des préoccupations quant à sa soutenabilité budgétaire à long terme.

L'objectif de cette revue de dépenses est de maîtriser le coût de ce dispositif dans le cadre de la soutenabilité budgétaire. Pour répondre à cet objectif, les questions spécifiques du cahier de charges ont trait à trois thématiques : l'analyse des facteurs de croissance du recours au CPR à fins thérapeutiques, l'analyse des liens entre ce dispositif et d'autres politiques visant les membres du personnel de l'enseignement nommés à titre définitif et l'optimisation de la collaboration entre l'organisme de contrôle des absences maladies et l'AGE.

Diverses approches ont été mobilisées au sein du groupe de travail pour répondre à cette problématique. La première approche consiste en une analyse documentaire afin de favoriser une meilleure compréhension de l'objectif du CPR à fins thérapeutiques. Parallèlement, des analyses comparatives ont été mobilisées. Il s'agit d'une part de comparer ce dispositif au regard de ce qui est entrepris pour répondre à ce type de besoin en Région flamande. D'autre part, il s'agit d'explorer le processus guidant les choix des enseignants en situation de maladie, en mettant l'accent sur les options légales disponibles et les critères qui influencent leurs décisions. Enfin, les analyses statistiques, complétées par des analyses de diverses enquêtes de bien-être, sont également utilisées pour identifier les facteurs de croissance du CPR à des fins thérapeutiques.

1. Mise en place et analyse globale

1.1 Le CPR à des fins thérapeutiques

Le public cible du CPR à des fins thérapeutiques, visé dans le Décret du 11 avril 2014 portant diverses dispositions en matière de statut des membres du personnel de l'enseignement (MDP)¹, est le MDP nommé ou engagé à titre définitif pour plus d'une demi-charge, en position administrative de disponibilité pour cause de maladie ou d'infirmité.

Lorsqu'un enseignant nommé à titre définitif épuise son quota annuel de jours de congé de maladie, il est placé en disponibilité pour cause de maladie. Durant cette période, il perçoit un traitement d'attente réduit : 80% du dernier traitement brut d'activité durant les 12 premiers mois, 70% pendant les 12 mois suivants, et 60% au-delà des vingt-quatre mois de disponibilité. Le CPR à mi-temps thérapeutique offre une alternative permettant à ces enseignants de continuer à travailler à mi-temps, en conservant une rémunération avantageuse par rapport à l'indemnité de disponibilité, puisqu'ils perçoivent 90% de leur salaire brut d'activité.

Le MDP peut demander la reprise de ses fonctions par demi-prestation pour une durée de six mois renouvelables sur avis du médecin traitant. Jusqu'à la rentrée scolaire 2023-2024, le MDP pour pouvoir bénéficier de ce congé, devait avoir obtenu l'accord du médecin contrôleur de l'organisme de contrôle médical, en plus de l'avis du médecin traitant. Cependant, ce processus de contrôle a été abandonné au profit de contrôles aléatoires, étant donné que le nombre de refus d'accord pour une reprise du travail à ½ temps émis par l'organisme de contrôle médical est quasi nul.

Le congé ne peut débuter qu'au premier jour ouvrable de la rentrée scolaire, au 1er octobre ou au premier jour ouvrable qui suit le 1er janvier. Lorsque le MDP bénéficie du CPR à des fins thérapeutiques, l'emploi est non vacant à la nomination à titre définitif.

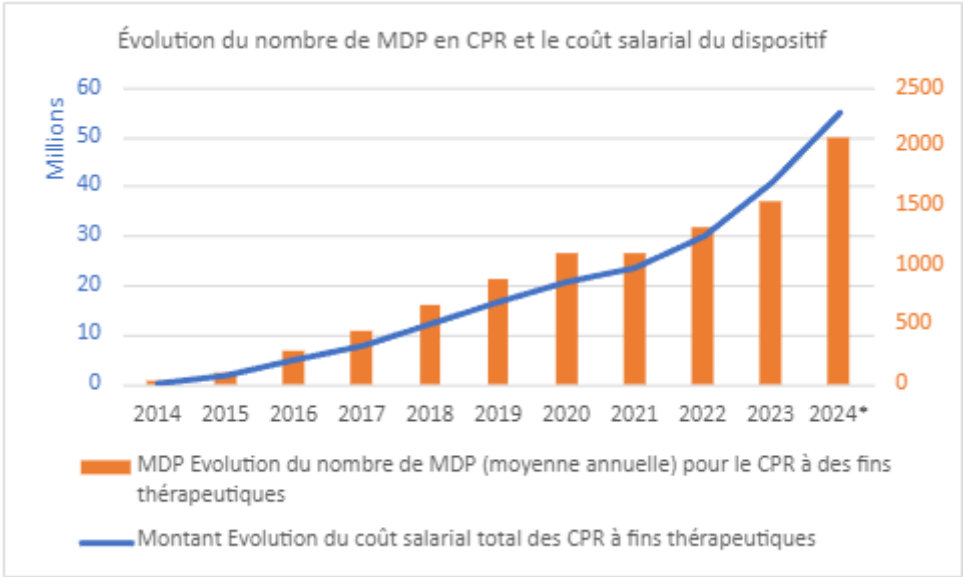
La lecture du Décret du 11 avril 2014 est insuffisante pour comprendre pleinement l'objectif du CPR à des fins thérapeutiques, car le décret n'indique que les conditions d'éligibilité. Pour clarifier cet objectif, les travaux parlementaires ainsi que les négociations sectorielles ont été examinés. Ces documents révèlent que le CPR à des fins thérapeutiques a été créé pour deux raisons principales : permettre aux membres du personnel ayant souffert d'une maladie grave ou chronique de continuer à travailler à mi-temps pendant leur convalescence, et offrir une possibilité de travail à mi-temps pour une durée plus longue que le mi-temps médical, lequel est limité à 120 jours par dix ans de carrière, car le CPR à des fins thérapeutiques n'a pas de limite de temps.

Depuis son introduction en 2014, le nombre de MDP ayant recours au CPR à des fins thérapeutiques n'a cessé de croître. Le nombre de MDP en CPR à des fins thérapeutiques a fortement augmenté à partir de 2014, pour s'établir à 2082 MDP en moyenne mensuelle en 2024, contre 1547 MDP en 2023 et 23 MDP en 2014.²

¹ modifiant l'Arrêté royal du 15-01-1974 pris en application de l'article 160 de l'arrêté royal du 22 mars 1969 fixant le statut des membres du personnel directeur et enseignant, du personnel auxiliaire d'éducation, du personnel paramédical des établissements d'enseignement gardien, primaire, spécialisé, moyen, technique, artistique et normal de l'Etat, des internats dépendant de ces établissements et des membres du personnel du service d'inspection chargé de la surveillance de ces établissements

² Statistiques de l'AGE en mai 2024

Le graphique ci-dessous met en évidence la croissance du nombre de MDP en CPR pour des raisons thérapeutiques et du coût salarial annuel des équivalents temps pleins (ETP) qui ont recours à ce dispositif (pécule de vacances et prime de fin d'année compris) entre 2014 et 2024.



*Chiffres provisoires

1.2 Situation en Flandre

En Flandre, il existe deux types de congés permettant de travailler à temps partiel pour cause de maladie : Verlof voor verminderde prestaties wegens ziekte (VVP ziekte) et le Langdurig verlof voor verminderde prestaties om medische redenen (LVVPmed).

Le VVP ziekte vise à offrir aux membres du personnel en incapacité de travail en raison d'une maladie grave ou de longue durée la possibilité de reprendre partiellement le travail, dans l'optique d'une reprise complète. L'objectif est que, après un certain temps, l'agent puisse reprendre entièrement les fonctions qu'il occupait avant son départ.

Le LVVPmed est une incapacité médicale de longue durée empêchant la reprise totale de la mission initiale. L'idée derrière ce congé est qu'en l'état actuel de la science médicale, le membre du personnel ne pourra plus jamais assumer pleinement ses fonctions. C'est pourquoi ce congé est accordé immédiatement pour une plus longue période.

Ces systèmes se distinguent du CPR à des fins thérapeutiques principalement sur trois points : les conditions d'entrée, la rémunération et les contrôles organisés.

Critère	VVPziekte	LVVmed	CPR à des fins thérapeutiques
Conditions d'entrée	Certificat médical du médecin traitant avec date prédéterminée	Certificat médical d'un médecin spécialiste indiquant l'inaptitude	Certificat médical d'un médecin traitant

	de reprise complète du travail	médicale et les prestations maximales possibles pour l'agent	
Rémunération	100%	60% pour la partie non prestée	80% pour la partie non prestée
Contrôles	À l'entrée dans le système et ensuite tous les deux mois	À l'introduction de la demande et à chaque demande de prolongation (minimum 12 mois)	Aléatoires
Durée	Jusqu'à la date de reprise complète du travail prédéterminée et maximum 24 mois	Indéfinie, reprise à temps plein uniquement si progrès médicaux significatifs	6 mois, renouvelable

En raison du faible nombre de MDP bénéficiant du CPR à des fins thérapeutiques qui ont été remis au travail, des questions ont été adressées à la Flandre sur l'efficacité des contrôles dans les différents systèmes, notamment en sollicitant leurs statistiques sur les remises au travail à l'issue de ces contrôles. Ces données n'étant pas disponibles, l'optimisation de la collaboration entre l'organisme de contrôle et l'administration ne sera pas examinée plus en détail dans le cadre de cette revue des dépenses.

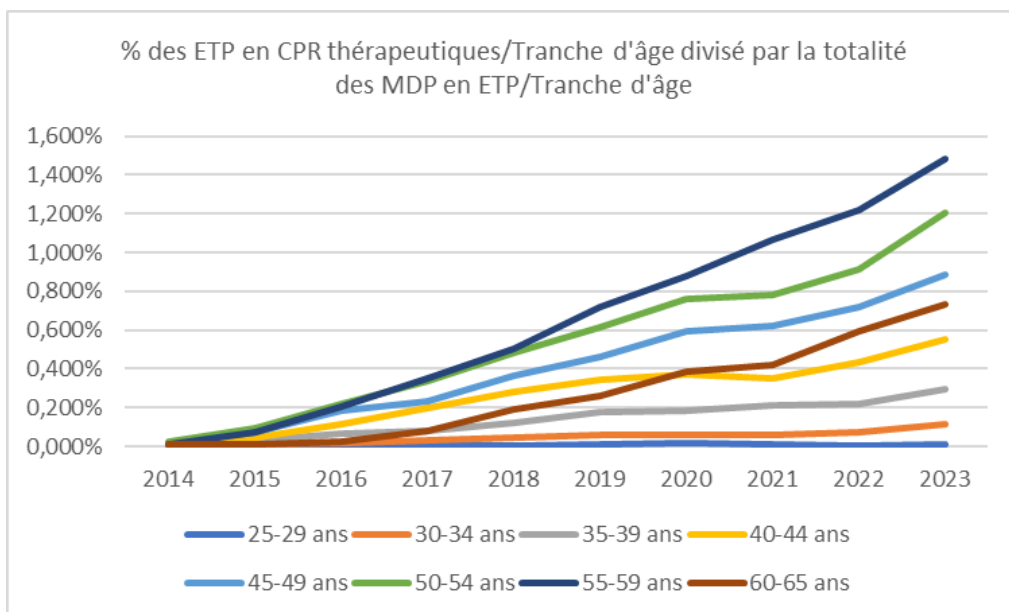
2. Analyse des facteurs de croissance

Dans le cadre de cette revue des dépenses, un des objectifs est d'identifier les facteurs qui ont influencé les croissances passées ainsi que la manière dont ces facteurs vont impacter la croissance future. Parmi ces facteurs, il convient de déterminer ceux sur lesquels le gouvernement pourrait intervenir. Trois catégories de facteurs ont été identifiées : évolution démographique, évolution de la santé (mentale) et évolution du contexte réglementaire. L'analyse se concentre sur ces trois facteurs en raison du fait qu'aucun autre facteur n'a pu être déterminé dans les limites de la revue des dépenses. Les contraintes de temps et les informations disponibles ont restreint la capacité à explorer d'autres variables.

2.1 Evolution démographique du personnel de l'enseignement

Sur les dix dernières années, la population enseignante exprimée en ETP a connu une augmentation de 2,2 % dans l'enseignement maternel ordinaire, de 8,1 % au niveau primaire et de 7,4 % au niveau secondaire. Cette augmentation des MDP entraîne par conséquent une utilisation accrue du dispositif. L'analyse révèle également que la proportion de MDP bénéficiant du CPR à des fins thérapeutiques est en hausse générale.

Dans le cadre de l'analyse démographique, l'objectif est d'identifier les groupes ayant le plus recours au CPR à des fins thérapeutiques. L'âge est le critère le plus pertinent pour cette analyse, compte tenu des données disponibles.



Le graphique présenté illustre le pourcentage des ETP en CPR thérapeutiques par tranche d'âge par rapport à la totalité des membres du personnel en ETP par tranche d'âge. Son objectif est d'étudier l'évolution de l'occurrence dans un groupe d'âge donné afin d'analyser l'impact des facteurs démographiques sur la tranche d'âge observée.

Concernant les MDP ayant recours au CPR à des fins thérapeutiques, la plus forte croissance est observée dans la population des plus de 45 ans.

La proportion de personnes âgées de 55 à 59 ans est généralement la plus élevée parmi toutes les tranches d'âge. De plus, on constate que le pourcentage de la tranche d'âge de 60 à 65 ans connaît une croissance, notamment à partir de 2017, après une croissance limitée précédemment. Cela s'explique en partie par l'allongement des carrières, à la suite de plusieurs réformes majeures intervenues depuis 2012.

La réforme fédérale des pensions entrée en vigueur en 2012 a repoussé l'âge minimum de la retraite anticipée à 62 ans, tandis que la Disponibilité pour convenances personnelles précédant la pension de retraite (DPPR) a également été modifiée, imposant un système de "pot" limitant le temps maximal passé en DPPR partielle en fonction de l'ancienneté, à l'exception du personnel âgé de 55 ans ou plus au 31 décembre 2011. Cette période transitoire a pris fin en 2017-2018, entraînant ainsi une prolongation de la carrière des enseignants et un retard éventuel de leur entrée en DPPR.

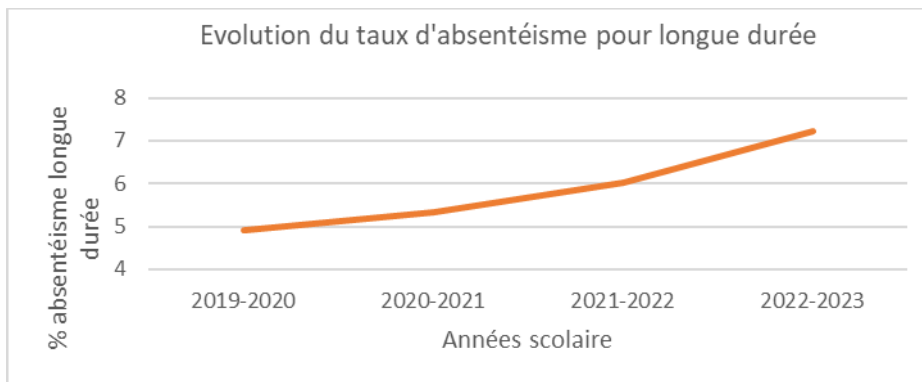
La réforme fédérale des pensions de 2015 a amplifié cet effet en portant progressivement à 63 ans l'âge minimum de la pension anticipée.

D'après les indicateurs de l'enseignement de 2023, un vieillissement du personnel enseignant dans l'enseignement maternel et primaire est observé. Dans l'enseignement secondaire ordinaire, une diminution de l'âge moyen devrait être constatée dans les années à venir, en raison de l'accroissement de la population scolaire et des départs à la retraite. Vu que le pourcentage de MDP en CPR thérapeutique varie en fonction de l'âge, cela pourrait avoir un impact global sur le recours au CPR, toutes choses égales par ailleurs. Mais cet impact est limité.

Bien que l'analyse se soit focalisée sur les années précédentes sans extrapolation, il semble probable que la croissance du recours au CPR à des fins thérapeutiques se poursuivra à court et moyen terme en raison de ce facteur, même si le facteur démographique est lié aux deux autres facteurs analysés..

2.2 Evolution de la santé

Au sein du personnel de l'enseignement en FWB, l'évolution du taux d'absentéisme pour courte et moyenne durée est relativement stable au fur et à mesure des années (<1%). Cependant, le taux d'absentéisme pour les longues durées croît chaque année.



Au niveau de l'évolution des facteurs liés à la santé, il convient de noter l'absence d'enquêtes sur le bien-être du personnel de l'enseignement au niveau de la FWB, pouvoir régulateur. Par conséquent, l'analyse repose essentiellement sur des enquêtes externes (Statbel, Sciensano, SPF Emploi, Serv, INAMI) ainsi que sur les rapports CERTIMED. Ces sources indiquent une augmentation des maladies psychosociales au fil du temps, avec une prévalence croissante du stress et de l'épuisement.

Le rapport de l'INAMI montre une augmentation significative des burnouts et des dépressions de longue durée entre 2016 et 2021. En 2021, ces troubles représentaient environ 36% des incapacités de longue durée.³

Bien que les données sur les pathologies associées à l'absentéisme des membres du personnel de l'enseignement transmises par CERTIMED ne soient pas exhaustives, les maladies psychosociales semblent être la principale cause d'absentéisme..

Cette tendance, tout comme le facteur démographique, est susceptible de contribuer à une augmentation continue du recours au dispositif dans les années à venir.

2.3 Evolution du contexte réglementaire en FWB

Les conditions d'entrée dans le CPR à des fins thérapeutiques se limitent à deux critères : la nomination ou l'engagement définitif et la disponibilité pour cause de maladie. Les MDP bénéficient d'un quota annuel de 15 jours ouvrables de congé maladie par année scolaire, avec la possibilité de capitaliser les jours non pris tout au long de leur carrière jusqu'à un pot maximum de 182 jours ouvrables.

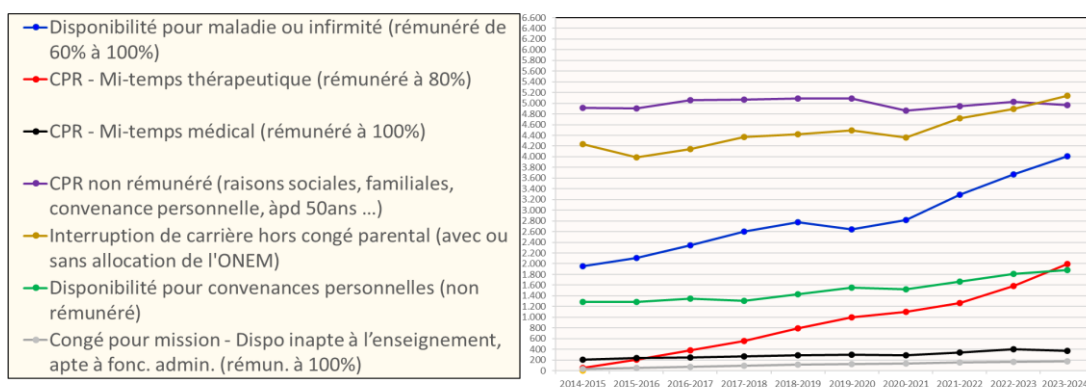
Le nombre de MDP en disponibilité pour maladie a fortement augmenté à partir de 2014, pour s'établir à au moins 3818 MDP en moyenne mensuelle en 2024 (chiffres provisoires), soit une augmentation de 5.82% en 1 an et de 149.38% en 10 ans. Cette augmentation des mises en disponibilité pour maladie est en lien avec les différentes réformes fédérales et réglementaires en FWB, qui ont eu pour corollaire

³ <https://www.inami.fgov.be/fr/statistiques/statistiques-indemnitees/incapacite-de-travail-de-longue-duree-combien-de-burnouts-et-de-depressions-de-longue-duree-quel-cout-pour-l-assurance-indemnitees>

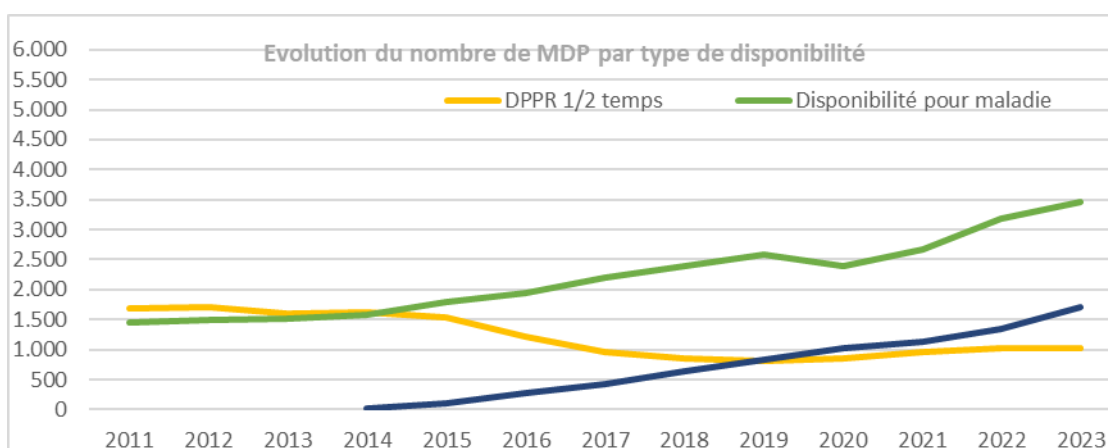
l'allongement progressif de la carrière. Cela signifie que depuis l'introduction du CPR à fins thérapeutiques en 2014, de plus en plus de MDP remplissent les conditions pour en bénéficier.

Un cadastre exhaustif des congés existants, accessibles aux enseignants engagés à titre définitif, a été réalisé. Il s'agit de comparer les conditions du CPR à des fins thérapeutiques avec trois catégories de congés permettant des réductions de temps de prestation : les congés liés à la maladie, ceux liés à la famille ou à des raisons personnelles, et enfin ceux liés à la fin de carrière, afin d'identifier les éventuels glissements d'un système à un autre depuis la création du CPR thérapeutique en 2014.

Evolution des nombres annuels moyens de MDP en dispo maladie, CPR, IC, dispo pour convenance personnelle



Le graphique ci-dessus montre l'évolution des nombres annuels moyens des MDP dans tous les types de congés et disponibilités qui rentrent dans les trois catégories de congés identifiées. Ces différents congés ou disponibilités s'adressent au même public cible ou pourraient être des alternatives au CPR à fins thérapeutiques. Il est difficile, sur la base de ces données, de conclure à un glissement de ces dispositifs vers le CPR à des fins thérapeutiques. Néanmoins, ce graphique met en évidence la tendance des MDP à recourir à des dispositifs leur permettant de réduire leurs prestations.



Le graphique ci-dessus montre l'évolution des MDP en DPPR à mi-temps, en disponibilité maladie et en CPR à fins thérapeutiques.

Seule la DPPR à mi-temps parmi toutes les DPPR existantes a été comparée au CPR à des fins thérapeutiques, étant donné qu'elle permet la même réduction de prestation. Pour la période 2014-

2019, une évolution inverse apparaît dans les deux systèmes. Cela pourrait s'expliquer d'une part par un glissement des DPPR à mi-temps vers le CPR à des fins thérapeutiques et, d'autre part, par la réforme de la DPPR en 2012, exposée dans les facteurs démographiques relatifs à l'allongement des carrières.

La récente révision du système de pension pour inaptitude physique est également susceptible d'avoir des répercussions sur les absences pour raison de santé et la fin de carrière.

3. Analyse des résultats du CPR à des fins thérapeutiques

L'analyse des facteurs de croissance met en évidence un besoin chez les MDP de disposer d'un dispositif permettant une rémunération pendant une période où un travail à temps plein n'est pas possible. Ce besoin devrait continuer à augmenter dans les années à venir, en raison de facteurs sous-jacents tels que la démographie, le bien-être et l'évolution du contexte réglementaire

Cependant, cela ne signifie pas nécessairement que maintenir le système de CPR inchangé constitue la solution adéquate. Pour répondre à cette question, il est nécessaire d'analyser de manière approfondie si le CPR thérapeutique parvient à atteindre les objectifs initiaux qui ont motivé sa création. Pour rappel, l'objectif était de maintenir les MDP ayant des problèmes de santé à mi-temps dans le système éducatif, avec l'attente qu'ils puissent revenir à temps plein par la suite.

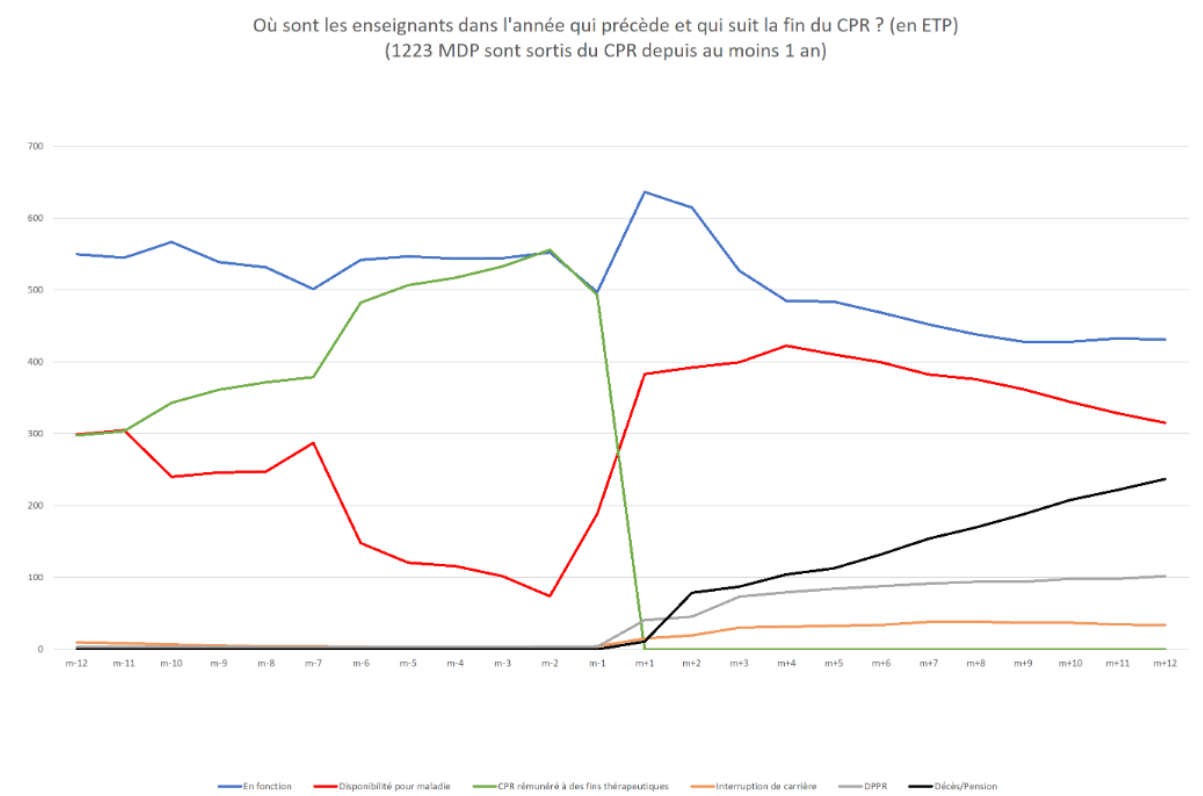
Dans le cadre de cette revue des dépenses, une analyse approfondie et le croisement des bases de données pertinentes n'ont pas pu être réalisés. Cependant, une première analyse a permis de tirer plusieurs constats. En ce qui concerne l'objectif de réintégrer les MDP à 100 % au travail après leur période de recours au CPR thérapeutique, deux études ont été menées. Les données les plus récentes indiquent que la plupart des MDP ayant recours au CPR thérapeutique ne retournent pas durablement à leur fonction à temps plein. Depuis la mise en place du système jusqu'en février 2024, 3732 MDP ont eu recours au CPR. En février 2024, la majorité de ces MDP (2109, soit 57%) étaient encore en CPR thérapeutique. Parmi ceux qui ont cessé de recourir au CPR, 586 MDP ont pris leur retraite ou sont décédés (les données ne permettent pas de faire la distinction) dans les 12 mois suivant la fin du CPR.

Nombre de MDP qui (s)ont

Eu recours au CPR	3732	100%
En CPR au 02-24	2109	57%
Sorti du CPR au 02-24	1623	43%
Eu au moins un CPR et sont à la pension au 02-24	586	16%

Lorsqu'on analyse plus en détail les 1623 MDP qui ont quitté le système pendant au moins un an (environ 400 MDP étaient sortis du système mais n'avaient pas encore atteint une année complète en février 2024), les données montrent que le niveau d'emploi en ETP pour ces MDP n'augmente pas de façon durable après leur sortie, contrairement à l'objectif initial, mais se stabilise légèrement en dessous du niveau observé pendant la période du CPR thérapeutique. En revanche, le temps passé en

disponibilité pour maladie, combiné à la période de retraite et de la DPPR, devient plus important après quelques mois.



En combinant ces éléments, il est clair que le système du CPR thérapeutique ne permet pas à une proportion significative des MDP de reprendre le travail à temps plein pour plus d'ETP que pendant leur période de CPR.

4. Options d'amélioration

À l'issue de l'analyse, les options d'amélioration sont décrites ci-dessous. Toutefois, il convient de souligner que toutes ces propositions doivent être intégrées dans une analyse plus large de l'ensemble des dispositifs existants à destination des MDP de l'enseignement au sein de la FWB. La complexité de l'interconnexion entre les différents systèmes n'a pas pu être pleinement explorée dans le cadre de cette revue des dépenses, ce qui a limité les possibilités d'amélioration.

Une série d'analyses a été réalisée dans le but de modéliser l'évolution des flux financiers selon les options d'amélioration proposées dans cette RD. Cette section présente uniquement les conclusions. L'annexe peut être consultée pour obtenir des informations complémentaires.

Option 1 : Non-reconstitution et non-capitalisation du quota annuel de jours de congé de maladie pendant le CPR

Cette option propose de suspendre la constitution et la capitalisation du quota annuel de jours de congé de maladie pendant la période du CPR à des fins thérapeutiques. Actuellement, les jours non pris tout au long de leur carrière peuvent être accumulés jusqu'à un maximum de 182 jours ouvrables (« pot maladie »). Une alternative à cette option serait que le quota annuel de jours de congé de maladie se reconstitue partiellement (à moitié) durant la période de CPR à des fins thérapeutiques.

Cette option n'aurait pas d'impact direct sur le coût du système CPR à des fins thérapeutiques puisque la rémunération des personnes bénéficiant du CPR à des fins thérapeutiques ne serait pas affectée. Toutefois, il pourrait y avoir un impact indirect si cette mesure incite certaines personnes à quitter le CPR à des fins thérapeutiques plus tôt. Cet impact indirect est difficile à mesurer et n'a donc pas été pris en compte. En revanche, la mesure aurait un effet sur le coût du traitement maladie, car les MDP qui quitteraient le CPR à des fins thérapeutiques pour revenir dans le système de disponibilité maladie ne pourraient plus bénéficier d'une rémunération de 100 % pendant un certain temps (le temps nécessaire à la reconstitution du quota annuel de jours de congé de maladie durant la période CPR à des fins thérapeutiques), mais recevraient immédiatement traitement d'attente perçu en disponibilité maladie .

Sur base des données disponibles, l'implémentation de cette option entraînerait une économie équivalente à 3,71 ETP. En considérant un salaire moyen de 55 000 euros, cela représenterait une économie de 204 k€. L'économie calculée est probablement sous-estimée et devrait croître les années suivantes vu l'augmentation du nombre de MDP bénéficiant du dispositif.

Option 2 : Limitation du recours au dispositif dans le temps

Cette option propose de fixer une durée limitée pour l'utilisation du CPR à des fins thérapeutiques. Actuellement, une durée moyenne d'un peu plus de deux ans est observée. Cette mesure vise à éviter que le CPR à des fins thérapeutiques ne devienne une solution structurelle de réduction du temps de travail à long terme, rémunérée à 90 % du salaire brut d'un MDP travaillant à temps plein. Le faible différentiel de rémunération entre une personne en mi-temps thérapeutique et un MDP travaillant à temps plein n'encourage pas fortement à reprendre une activité à 100 %. Cela constitue un argument supplémentaire en faveur de la limitation de la durée à une période déterminée, comme c'est déjà le cas en Flandre.

Une analyse a été réalisée afin d'estimer l'évolution des flux financiers en cas de limitation du recours au CPR à des fins thérapeutiques à une durée maximale de 2 ans. Le choix de cette durée a été motivé par le fait qu'elle correspond à la durée moyenne pendant laquelle les MDP bénéficient du système. Cette limitation aura un impact sur le comportement des personnes n'ayant plus la possibilité de bénéficier du CPR à des fins thérapeutiques. Elles pourraient soit reprendre le travail (à plein temps ou non), soit faire une transition vers le système de congé maladie ou, en fonction de leur âge, au système de DPPR à mi-temps. Comme il n'a pas été possible, dans le cadre de cette RD, de déterminer la proportion des MDP reprenant le travail de manière effective, nos calculs viseront à déterminer le pourcentage des MDP qui reprennent le travail à 100 % nécessaire pour équilibrer budgétairement la mesure.

Cette option entraînerait une augmentation des coûts de 25,5 % et nécessiterait le recrutement de nouveaux MDP. Pour éviter ce surcoût, 47 % des MDP qui ne pourraient plus bénéficier du CPR à des fins thérapeutiques devraient reprendre le travail à plein temps, avec un besoin d'embauche supplémentaire pour maintenir le même effectif en classe. Étant donné qu'environ 50 % des MDP quittant volontairement le CPR à des fins thérapeutiques reprennent immédiatement le travail à temps plein, et que ce pourcentage diminue jusqu'à moins de 40 % après un an, il y a un risque que cette option soit plus coûteuse que le système actuel.

En combinant cette option avec une des autres options, l'impact financier diminuerait mais resterait important. Par exemple, en combinant l'option 2 et 3 (dégressivité de la rémunération), le taux de reprise de travail à plein temps nécessaire pour obtenir une neutralité budgétaire serait encore 42% (au lieu de 47%), ce qui est encore supérieur au pourcentage de MDP qui reprennent le travail à plein temps après le CPR à des fins thérapeutiques.

Option 3 : Mise en place d'une dégressivité de la rémunération pour la partie non prestée

Cette mesure propose d'introduire une dégressivité de la rémunération pour la partie non prestée dans le cadre du CPR à des fins thérapeutiques, similaire à celle appliquée en cas de disponibilité maladie. L'objectif est d'éviter que le CPR à des fins thérapeutiques ne devienne une solution structurelle de réduction du temps de travail à long terme, rémunérée à 90 % du salaire brut d'un MDP travaillant à temps plein. Actuellement, le faible différentiel de rémunération entre un MDP en mi-temps thérapeutique et un MDP travaillant à temps plein n'incite pas suffisamment à reprendre une activité à 100 %.

Pour remédier à cela, il est proposé que la rémunération pour la partie non prestée soit dégressive. La rémunération de la partie non prestée au début du recours au CPR à des fins thérapeutiques s'élèverait à 80 %. Ensuite, le pourcentage de rémunération pour la partie non prestée serait réduit à 70 %, jusqu'à atteindre 60 %.

Cette dégressivité progressive vise à encourager le retour à une activité à temps plein tout en évitant un recours prolongé au CPR à des fins thérapeutiques.

Une analyse a été menée pour estimer l'impact financier de la mise en place d'une dégressivité de la rémunération pour la partie non prestée. L'hypothèse est que l'entrée dans le dispositif se fait au moment où le bénéficiaire voit son traitement diminué (du quota annuel de jours de congé de maladie à la disponibilité maladie ou du traitement d'attente perçu en disponibilité maladie).

En appliquant les hypothèses explicitées en annexe aux bénéficiaires du CPR à des fins thérapeutiques en février 2024 (2109 MDP), le coût du système serait réduit de 3,5 %.

En 2023, le coût salarial annuel (hors pécule de vacances et prime de fin d'année) des ETP en Congé pour prestations réduites à des fins thérapeutiques s'élève à 37,7 millions €. Ainsi, selon ces hypothèses, l'économie réalisée s'élèverait à 1,3 million €.

L'économie pourrait être supérieure, car tous les MDP ne basculent pas dans le système de CPR à des fins thérapeutiques au moment où leur rémunération diminue. Cependant, cette différence serait limitée.

En plus de cet impact financier positif sur le système du CPR à des fins thérapeutiques, il est probable que certains MDP reprennent plus rapidement le travail à plein temps. Bien que cet impact n'ait pas pu être estimé dans le cadre de cette RD, il est probable que cet effet sur la réduction de la pénurie soit encore plus important que le gain financier.

Option 4 : aligner le pourcentage de compensation pour la partie non prestée sur le pourcentage traitement d'attente perçu en disponibilité maladie

Le pourcentage de compensation pour la partie non prestée est déterminé en fonction du pourcentage du traitement d'attente perçu au moment où le MDP est entré dans le dispositif du CPR à des fins thérapeutiques.

Trois cas sont possibles :

Année	Rémunération en disponibilité maladie (% du brut d'activité)	Rémunération en CPR à des fins thérapeutiques (% du brut d'activité)
1	80%	90%
2	70%	85%
3	60%	80%

Dans cette option, la rémunération pour la partie non prestée pendant le CPR à des fins thérapeutiques serait directement alignée sur le pourcentage de compensation que le MDP percevrait s'il était en disponibilité maladie. Concrètement, cela signifie que le MDP continuerait à percevoir la rémunération correspondant à son statut en disponibilité maladie au moment où il commence son CPR à des fins thérapeutiques.

Dans cette option, à l'instar de l'option 3, le pourcentage de rémunération pour la partie non prestée continuerait à diminuer au fil du temps. Afin d'estimer l'économie de cette option, on utilise les mêmes hypothèses que dans l'option 3, mais la rémunération initiale ne serait donc pas de 90 %, mais dépendrait du pourcentage de rémunération du MDP le mois précédant sa première entrée dans le CPR à des fins thérapeutiques

Cette analyse révèle que la majorité des MDP entrent dans le système CPR alors qu'ils recevaient une rémunération de 80 %. En l'absence de données combinant la rémunération précédant le CPR et la durée du dispositif, plusieurs scénarios ont été envisagés. Le scénario le plus pessimiste, basé sur l'hypothèse que les MDP basculent dans le CPR à des fins thérapeutiques dès l'épuisement de leur quota de congé de maladie, entraînerait une réduction de 4,7 % du coût du système.

Dans le scénario le plus optimiste, où les MDP basculent en CPR à des fins thérapeutiques durant le dernier mois de rémunération où ils peuvent encore bénéficier d'un certain pourcentage de rémunération, l'économie pourrait atteindre 7,9 %. La majorité des MDP recevraient une rémunération réduite dès le premier mois.

Le troisième scénario se situe entre les deux : à l'exception des MDP qui entrent en CPR à des fins thérapeutiques directement après l'épuisement du quota annuel de jours de congé de maladie, tous les bénéficiaires recevraient une rémunération réduite après 12 mois, et s'ils bénéficient encore du CPR après 36 mois, leur rémunération serait réduite à 80 %. Ce scénario médian résulterait en une économie de 5,6 %.

En 2023, le coût salarial annuel (hors pécule de vacances et prime de fin d'année) des ETP en Congé pour prestations réduites à des fins thérapeutiques s'élève à 37,7 millions €. Par conséquent, selon les hypothèses précédemment formulées, l'économie de cette option se situe entre 1,77 million € et 2,98 millions €.

Comme dans les options précédentes, en plus de l'économie réalisée dans le système de CPR à des fins thérapeutiques, cette option encouragerait les MDP à reprendre (plus tôt) le travail à temps plein.

Option 5 : conditionner l'octroi – certificat spécialiste.

Étant donné que l'obtention d'un certificat médical prescrit par un spécialiste représente un effort supplémentaire pour le MDP, il est proposé de conditionner l'octroi du CPR à des fins thérapeutiques à la présentation d'un certificat médical prescrit par un spécialiste. Cette condition pourrait être motivée par l'absence d'avis défavorable émis par les médecins traitants de l'organisme de contrôle. Toutefois, il est important de prendre en compte les délais souvent longs pour obtenir un rendez-vous avec un spécialiste. Ainsi, il serait préférable que le médecin traitant puisse délivrer un premier certificat en attendant la consultation avec le spécialiste.

L'impact budgétaire est probablement limité, mais il n'y a pas suffisamment d'informations pour en faire une estimation précise.

Option 6 : modification décrétole

Une modification décrétole devrait intervenir pour modifier l'AR du 15-01-1974, afin de stipuler clairement que l'exercice d'une activité complémentaire n'est pas autorisé lorsqu'un MDP recourt au CPR à des fins thérapeutiques. Pour l'instant, cet élément est indiqué dans la circulaire, mais il ne repose sur aucune base décrétole.

5. Annexe

Analyses des différentes options d'amélioration

Une série d'analyses a été réalisée dans le but de modéliser l'évolution des flux financiers selon les options d'amélioration proposées dans cette RD, à savoir :

- Option 1 : ne plus permettre la constitution ni la capitalisation du quota annuel de jours de congé de maladie durant le CPR à des fins thérapeutiques
- Option 2 : limiter le recours au dispositif dans le temps
- Option 3 : prévoir une dégressivité de la rémunération pour la partie non prestée
- Option 4 : aligner le pourcentage de compensation pour la partie non prestée sur le pourcentage traitement d'attente perçu en disponibilité maladie sans limiter le recours au dispositif dans le temps

Les données exploitées pour l'estimation de l'impact financier de ces options proviennent d'une extraction des bases de données de la DGPE, contenues dans deux fichiers reprenant les numéros de matricules ainsi que les informations principales (âge, genre, date de la pension/décès) de chaque MDP ayant eu recours au moins un mois au CPR à des fins thérapeutiques. Le premier fichier retrace l'évolution de la charge mensuelle (en ETP) des MDP par code DI, tandis que le second indique l'évolution du pourcentage de rémunération perçu par les MDP par rapport à leur traitement complet. Ces données couvrent la période de septembre 2013 à février 2024.

Option 1 : Ne plus permettre la constitution ni la capitalisation du quota annuel de jours de congé de maladie

Cette première option repose sur l'idée que lorsqu'un MDP bénéficie d'un traitement à mi-temps, son quota annuel de jours de congé de maladie avec la possibilité de capitaliser les jours non pris tout au long de leur carrière jusqu'à un pot maximum de 182 jours ouvrables. (« pot maladie ») ne se reconstitue pas pendant cette période. Une alternative à cette option serait que le quota annuel de jours de congé de maladie se reconstitue partiellement (à moitié) durant la période de CPR à des fins thérapeutiques. Pour estimer l'impact financier, ce rapport se base sur l'hypothèse la plus extrême, à savoir l'absence de reconstitution du quota annuel de jours de congé de maladie.

Cette option n'aurait pas d'impact direct sur le coût du système CPR à des fins thérapeutiques puisque la rémunération des personnes bénéficiant du CPR à des fins thérapeutiques ne serait pas affectée. Toutefois, il pourrait y avoir un impact indirect si cette mesure incite certaines personnes à quitter le CPR à des fins thérapeutiques plus tôt. Cet impact indirect est difficile à mesurer et n'a donc pas été pris en compte. En revanche, la mesure aurait un effet sur le coût du traitement maladie, car les MDP qui quitteraient le CPR à des fins thérapeutiques pour revenir dans le système de disponibilité maladie ne pourraient plus bénéficier d'une rémunération de 100 % pendant un certain temps (le temps nécessaire à la reconstitution du quota annuel de jours de congé de maladie durant la période CPR à des fins thérapeutiques), mais recevraient immédiatement traitement d'attente perçu en disponibilité maladie.

Pour calculer l'économie potentielle de cette option, nous avons sélectionné, dans un premier temps, les MDP qui sont sortis du CPR à des fins thérapeutiques en 2022. Le choix de cette année, plutôt que de 2023, se justifie par le fait qu'il permet de déterminer si ces personnes ont repris le travail à temps plein de manière durable (au moins 12 mois). Étant donné que les données ne permettent pas de distinguer entre les MDP ayant effectivement repris le travail et ceux qui continuent à être rémunérés à 100 % grâce à la reconstitution de leur pot maladie durant la période CPR à des fins thérapeutiques, nous distinguons les MDP qui ont repris le travail pendant au moins 12 mois des autres MDP faisant l'hypothèse que ce dernier groupe n'utilise pas le quota annuel de jours de congé de maladie durant les 12 premiers mois.

Au total, 262 MDP sont sortis du CPR à des fins thérapeutiques en 2022. Parmi eux, 70 MDP ont repris le travail d'enseignant durant au moins 12 mois après la sortie du CPR à des fins thérapeutiques. Pour ce groupe de MDP, l'option n'aurait pas d'impact.

Pour les autres MDP sortis du CPR à des fins thérapeutiques en 2022, 67 d'entre eux bénéficient de leur pension dans les premiers mois suivant leur sortie. Pour ce groupe, nous partons de l'hypothèse qu'ils ne bénéficient pas de la reconstitution de leur quota annuel de jours de congé de maladie

Cette option repose sur l'hypothèse que les autres MDP, ceux qui ne reprennent pas durablement leur travail à 100 % et qui n'entrent pas en pension dans les mois suivant leur sortie du CPR à des fins thérapeutiques, profitent pleinement de la constitution et de la capitalisation de leur quota annuel de jours de congé de maladie avant de passer à une rémunération partielle, selon la durée de disponibilité dont ils ont déjà bénéficié avant d'entrer en CPR à des fins thérapeutiques. La période pendant laquelle cet avantage s'applique dépend en partie du temps passé en CPR à des fins thérapeutiques (avec une reconstitution de 15 jour ouvrable par an).

Sur base des données disponibles, il est possible d'estimer cet avantage pour chaque MDP. Pour 12 mois de CPR à des fins thérapeutiques, il y a une reconstitution du quota annuel de jours de congé de maladie de 15 jours ouvrables. Étant donné qu'un mois comprend en moyenne 22 jours ouvrables, le MDP reconstitue un mois de disponibilité maladie après 18 mois de CPR à des fins thérapeutiques. Dès lors, on divise le nombre de mois pendant lesquels ils ont bénéficié du CPR à des fins thérapeutiques par 18.

Ensuite, on combine cette information avec le niveau de rémunération avant l'entrée en CPR à des fins thérapeutiques. Pour les MDP qui sont passés en CPR à des fins thérapeutiques après avoir épuisé leur quota annuel de jours de congé de maladie, ainsi que ceux qui bénéficiaient d'une rémunération de 80 % de leur salaire avant d'entrer en CPR à des fins thérapeutiques, la différence serait de 20 % de leur salaire. Pour les MDP qui sont entrés en CPR à des fins thérapeutiques en touchant 70 % ou 60 % de leur salaire, la différence serait respectivement de 30 % ou 40 %.

Sur base des données disponibles, l'implémentation de cette option entraînerait une économie équivalente à 3,71 ETP. En prenant un salaire moyen de 55 000 euros, cela représenterait une économie de 204 k€.

Étant donné que cette option est basée sur l'hypothèse selon laquelle MDP prenant sa pension dans les 12 mois qui suivent la sortie du CPR à des fins thérapeutiques et aucun MDP qui reprend le travail de façon durable ne bénéficie pour un mois (voire 2 mois) de son pot maladie reconstitué, on peut considérer qu'il s'agit d'une sous-estimation de l'économie potentielle. De plus, vu la croissance les dernières années des MDP qui entrent dans le dispositif, il y aura probablement plus de MDP qui sortent du CPR à fins thérapeutiques, ce qui fera augmenter les économies durant les années suivantes.

Une approche alternative de l'estimation de l'impact financier de cette option, est l'estimation du coût de la reconstitution du pot maladie que les MDP en CPR à des fins thérapeutiques réalisent chaque année.

Chaque année, un MDP en CPR à des fins thérapeutique reconstitue 15/22 d'un mois du pot maladie. Partant de l'hypothèse d'un salaire moyen de 55.000 euro brut, une différence entre l'indemnité payée au MDP ayant un pot maladie (100%) et l'indemnité pour disponibilité maladie (80% comme hypothèse) et le constat qu'environ 1/3 des MDP qui sortent du CPR à des fins thérapeutiques bénéficient durant au moins un mois de disponibilité maladie, on obtient une estimation de 659 k€ pour les 2109 MDP qui sont en CPR à des fins thérapeutiques.

Ceci n'équivaut pas à une économie annuelle (car il faudrait encore prendre en considération le pourcentage des MDP qui quittent le CPR à des fins thérapeutiques), mais démontre toutefois que l'estimation de 204 k€ établie dans l'option 1 représente la marge inférieure de l'économie potentiellement réalisable.

Option 2 : Limitation du recours au dispositif dans le temps

Cette option propose de fixer une durée limitée pour l'utilisation du CPR à des fins thérapeutiques. Actuellement, une durée moyenne d'un peu plus de deux ans est observée. Cette mesure vise à éviter que le CPR à des fins thérapeutiques ne devienne une solution structurelle de réduction du temps de travail à long terme, rémunérée à 90 % du salaire brut d'un MDP travaillant à temps plein. Le faible différentiel de rémunération entre une personne en mi-temps thérapeutique et un MDP travaillant à temps plein n'encourage pas fortement à reprendre une activité à 100 %. Cela constitue un argument supplémentaire en faveur de la limitation de la durée à une période déterminée, comme c'est déjà le cas en Flandre.

Une analyse a été réalisée afin d'estimer l'évolution des flux financiers en cas de limitation du recours au CPR à des fins thérapeutiques à une durée maximale de 2 ans. Le choix de cette durée a été motivé par le fait qu'elle correspond à la durée moyenne pendant laquelle les MDP bénéficient du système. Cette limitation aura un impact sur le comportement des personnes n'ayant plus la possibilité de bénéficier du CPR à des fins thérapeutiques. Elles pourraient soit reprendre le travail (à plein temps ou non), soit faire une transition vers le système de congé maladie ou, en fonction de leur âge, au système de DPPR à mi-temps. Comme il n'a pas été possible, dans le cadre de cette RD, de déterminer la proportion des MDP reprenant le travail de manière effective, nos calculs viseront à déterminer le pourcentage des MDP qui reprennent le travail à 100 % nécessaire pour équilibrer budgétairement la mesure.

La simulation prend en considération les 909 MDP qui étaient en CPR à des fins thérapeutiques en février 2024 depuis au moins 24 mois (2 ans). Parmi eux, 672 ont moins de 58 ans, tandis que 237 ont 58 ans ou plus et pourraient donc basculer dans le système de la DPPR.

Le scénario part de l'hypothèse que les mesures ci-dessous sont mises en œuvre au mois avec effet immédiat :

- L'ensemble des MDP en CPR à des fins thérapeutiques depuis plus de deux ans et ayant moins de 58 ans bascule vers le mécanisme de disponibilité maladie. Bien que cette hypothèse ne se réalisera pas entièrement, elle permet d'estimer le pourcentage des

MDP qui devraient reprendre le travail à temps plein pour que cette option soit budgétairement neutre.

- L'ensemble des MDP en CPR à des fins thérapeutiques depuis plus de deux ans et ayant au moins 58 ans bascule vers la DPPR mi-temps (scénario le moins coûteux pour cette partie de la population).
- Il n'y a pas de reconstitution du quota annuel de jours de congé de maladie pendant le CPR à des fins thérapeutiques.

Cette option n'a pas d'implication pour les MDP bénéficiant du dispositif pendant un maximum de deux ans, et le coût du dispositif ne changera pas pour ces personnes. Cependant, la rémunération des MDP qui ne pourront plus bénéficier du CPR à des fins thérapeutiques diminuera. Au lieu d'être rémunérés à 90 % (100 % pour le mi-temps presté et 80 % pour le mi-temps non presté), ils seront rémunérés en fonction de leur nouvelle situation.

Le traitement des MDP qui retomberont en disponibilité maladie dépendra de leur situation avant leur entrée en CPR à des fins thérapeutiques. Sur la base des données de février 2024, 672 MDP avaient déjà bénéficié du CPR à des fins thérapeutiques pendant au moins 24 mois. Parmi eux :

- 148 MDP étaient rémunérés à 100 % le mois précédant le CPR à des fins thérapeutiques (en touchant leur rémunération intégrale qui est versée pendant la période du quota annuel de jours de congé de maladie).
- 370 MDP étaient rémunérés à 80 % le mois précédant le CPR à des fins thérapeutiques (première année de disponibilité maladie).
- 105 MDP étaient rémunérés à 70 % le mois précédant le CPR à des fins thérapeutiques (deuxième année de disponibilité maladie).
- 49 MDP étaient rémunérés à 60 % le mois précédant le CPR à des fins thérapeutiques (après la deuxième année de disponibilité maladie).

Puisque cette option (comme toute autre option dans ce rapport) repose sur l'hypothèse que, contrairement à la situation actuelle, le quota annuel de jours de congé de maladie ne se reconstitue pas durant la période CPR à des fins thérapeutiques, le traitement sera, pour la plupart des MDP, identique à celle du mois précédant leur entrée en CPR à des fins thérapeutiques. L'exception concerne les personnes qui sont entrées dans le CPR à des fins thérapeutiques après l'épuisement du quota annuel de jours de congé de maladie (148 MDP), qui retomberont à 80 % puisqu'elles entreront dans leur première année de disponibilité maladie. Pour les MDP qui percevaient 80 % ou 70 % de leur rémunération avant le CPR à des fins thérapeutiques, nous partons de l'hypothèse que 1/12 de ces MDP percevront moins que le mois précédent le CPR à des fins thérapeutiques, car ils passeront respectivement de la première à la deuxième année de disponibilité maladie.

En ce qui concerne les MDP de ce groupe âgés d'au moins 58 ans (237 MDP), ils bénéficieraient tous d'une rémunération de 75 %, comme prévu actuellement dans le système de DPPR à mi-temps.

Ces hypothèses permettent de calculer le coût, exprimé en ETP, de la situation dans laquelle ces 909 MDP (672 + 237) auraient continué à prester à 50 % pour une rémunération de 90 % et la situation où ces personnes seraient obligées de sortir du système CPR à des fins thérapeutiques après deux ans.

Dans la situation actuelle (où les MDP peuvent continuer à bénéficier du CPR à des fins thérapeutiques), il faut prévoir un salaire équivalent à 818,1 ETP pour une prestation de 454,5 ETP en classe (909 MDP qui travaillent à mi-temps dans le système CPR à des fins thérapeutiques).

Selon les hypothèses de cette option d'amélioration, comme explicité précédemment, ces personnes recevraient une rémunération équivalente à 691,1 ETP (les 909 MDP sont donc en moyenne rémunérés à 76 %) et il faudrait en plus payer 336 MDP supplémentaires pour remplacer les MDP qui rentreraient dans le système de disponibilité maladie. Les 237 personnes qui entreraient dans le système de DPPP partiel ne devraient pas être remplacées. Au total, cela reviendrait à une rémunération de 1027,1 ETP.

Cela signifie que cette option d'amélioration entraînerait une croissance du coût de 25,5 % dans les hypothèses formulées ainsi qu'un nombre important de nouveaux MDP. Pour éviter ce coût supplémentaire, 47 % des MDP qui ne pourraient plus bénéficier du CPR devraient reprendre le travail à temps plein, et il faudrait encore embaucher de nouvelles personnes (24 MDP à temps plein) pour atteindre le même nombre de MDP en classe. Étant donné qu'environ 50 % des MDP qui quittent volontairement le système CPR reprennent le travail à temps plein immédiatement après et que ce pourcentage diminue jusqu'à moins de 40% après un an, il existe un risque que cette option soit plus coûteuse que le maintien du système actuel, et qu'il faille en plus recruter des enseignants supplémentaires.

En combinant cette option avec une des autres options, l'impact financier diminuerait mais resterait important. Par exemple, en combinant l'option 2 et 3 (dégressivité de la rémunération), le taux de reprise de travail à plein temps nécessaire pour obtenir une neutralité budgétaire serait encore 42% (au lieu de 47%), ce qui est encore supérieur au pourcentage de MDP qui reprennent le travail à plein temps après le CPR à des fins thérapeutiques.

Option 3 : Mise en place d'une dégressivité de la rémunération pour la partie non prestée

Cette mesure propose d'introduire une dégressivité de la rémunération pour la partie non prestée dans le cadre du CPR à des fins thérapeutiques, similaire à celle appliquée en cas de disponibilité maladie. L'objectif est d'éviter que le CPR à des fins thérapeutiques ne devienne une solution structurelle de réduction du temps de travail à long terme, rémunérée à 90 % du salaire brut d'un MDP travaillant à temps plein. Actuellement, le faible différentiel de rémunération entre un MDP en mi-temps thérapeutique et un MDP travaillant à temps plein n'incite pas suffisamment à reprendre une activité à 100 %.

Pour remédier à cela, il est proposé que la rémunération pour la partie non prestée soit dégressive. La rémunération de la partie non prestée au début du recours au CPR à des fins thérapeutiques s'élèverait à 80 %. Ensuite, le pourcentage de rémunération pour la partie non prestée serait réduit à 70 %, jusqu'à atteindre 60 %.

Cette dégressivité progressive vise à encourager le retour à une activité à temps plein tout en évitant un recours prolongé au CPR à des fins thérapeutiques..

Le scénario repose sur l'hypothèse que les mesures suivantes ont été appliquées dès le début du CPR à des fins thérapeutiques des MDP en janvier 2025 :

1. Le quota annuel de jours de congé de maladie ne se reconstitue pas lorsque le MDP est en CPR à des fins thérapeutiques.
2. Chaque jour en mi-temps CPR à des fins thérapeutiques est comptabilisé comme un demi-jour de disponibilité maladie, ce qui signifie par exemple que les MDP qui rentrent dans le système CPR à des fins thérapeutiques immédiatement après l'épuisement du quota annuel de jours de congé de maladie verront leur niveau de rémunération passer de 90 % à 85 % après deux ans de CPR à des fins thérapeutiques.

Une analyse a été menée pour estimer l'impact financier de la mise en place d'une dégressivité de la rémunération pour la partie non prestée. L'analyse part de l'hypothèse que l'entrée dans le dispositif se fait au moment où le bénéficiaire bascule du quota annuel de jours de congé de maladie à la disponibilité maladie (pour ceux qui bénéficiaient d'un traitement à 100 % avant d'entrer en CPR à des fins thérapeutiques), ou au moment où leur traitement passerait de 80 % à 70 %, puis de 70 % à 60 %. Ainsi, chaque personne bénéficierait d'une rémunération de 90 % pendant les deux premières années, avant de voir celle-ci diminuer.

Si on applique ces hypothèses aux bénéficiaires du CPR à des fins thérapeutiques en février 2024 (2109 MDP), le coût du système diminuerait de 3,5 %.

En 2023, le coût salarial annuel (hors pécule de vacances et prime de fin d'année) des ETP en Congé pour prestations réduites à des fins thérapeutiques s'élève à 37,7 millions €. Par conséquent, selon les hypothèses précédemment formulées, l'économie de cette option s'élèverait à 1,3 million €.

L'économie pourrait être supérieure, car tous les MDP ne basculent pas dans le système de CPR à des fins thérapeutiques au moment où leur rémunération diminue. Cependant, cette différence serait limitée.

En plus de cet impact financier positif sur le système du CPR à des fins thérapeutiques, il est probable que certains MDP reprennent plus rapidement le travail à plein temps. Bien que cet impact n'ait pas pu être estimé dans le cadre de cette RD, il est probable que cet effet sur la réduction de la pénurie soit encore plus important que le gain financier.

Option 4 : aligner le pourcentage de compensation pour la partie non prestée sur le pourcentage traitement d'attente perçu en disponibilité maladie

Le pourcentage de compensation pour la partie non prestée est déterminé en fonction du pourcentage du traitement d'attente perçu au moment où le MDP est entré dans le dispositif du CPR à des fins thérapeutiques.

Trois cas sont possibles :

Année	Rémunération en disponibilité maladie (% du brut d'activité)	Rémunération en CPR à des fins thérapeutiques (% du brut d'activité)
1	80%	90%
2	70%	85%
3	60%	80%

Dans cette option, la rémunération pour la partie non prestée pendant le CPR à des fins thérapeutiques serait directement alignée sur le pourcentage de compensation que le MDP percevrait s'il était en disponibilité maladie. Concrètement, cela signifie que le MDP continuerait à percevoir la rémunération correspondant à son statut en disponibilité maladie au moment où il commence son CPR à des fins thérapeutiques.

Dans cette option, à l'instar de l'option 3, le pourcentage de rémunération pour la partie non prestée continuerait à diminuer au fil du temps. Afin d'estimer l'économie de cette option, on utilise les mêmes hypothèses que dans l'option 3, mais la rémunération initiale ne serait donc pas de 90 %, mais dépendrait du pourcentage de rémunération du MDP le mois précédant sa première entrée dans le CPR à des fins thérapeutiques. Pour la grande majorité des MDP, il s'agit d'une rémunération de 100 % (au moment où le quota annuel de jours de congé de maladie est épuisé, ils passent en CPR à des fins thérapeutiques à 80 %, 70 % ou 60 %). Pour certains, la situation est plus complexe et résulte en un pourcentage différent (77 MDP sur un total de 2109 qui bénéficiaient du CPR à des fins thérapeutiques en février 2024). Pour ces MDP, on a estimé que le pourcentage de rémunération était égal au seuil supérieur (100 % pour toutes les valeurs entre 80 et 100 %, par exemple).

Cette analyse montre que la plupart des MDP entrent dans le système CPR alors qu'ils recevaient un traitement de 80 %. Vu que les bases de données ne nous ont pas permis de combiner les données sur la rémunération du mois précédant le CPR à des fins thérapeutiques avec la durée du CPR à des fins thérapeutiques, plusieurs scénarios ont été envisagés. Pour les MDP qui bénéficiaient d'une rémunération de 80 % avant le CPR à des fins thérapeutiques, le premier scénario part de l'hypothèse que ces personnes sont entrées en CPR à des fins thérapeutiques après le premier mois où leur quota annuel de jours de congé de maladie n'était plus disponible et qu'ils touchaient donc 80 %. Cela signifie qu'ils ont basculé dans le système presque en même temps que les MDP entrant en CPR après l'épuisement de leur quota annuel de jours de congé de maladie. Pour les MDP qui touchaient 70 % ou 60 % de leur rémunération avant d'entrer en CPR à des fins thérapeutiques, on part de la même hypothèse (basculément dès le début). Ce scénario est le plus pessimiste en termes d'économie. En appliquant ces hypothèses, le coût du système diminuerait de 4,7 %.

En revanche, si on considère le scénario le plus optimiste pour cette option, c'est-à-dire l'hypothèse que les MDP basculent en CPR à des fins thérapeutiques durant le dernier mois où ils peuvent encore bénéficier d'un certain pourcentage de rémunération, l'économie peut être estimée à 7,9 %, puisque la majorité des MDP recevraient une rémunération réduite par rapport à la situation actuelle dès le premier mois. Seuls les MDP qui entrent directement dans le CPR à des fins thérapeutiques après avoir épuisé le quota annuel de jours de congé de maladie (377 MDP sur la base des données) pourraient encore bénéficier d'une rémunération de 90 % durant 2 ans, avant de passer à 85 %.

Le troisième scénario se situe entre les deux : à l'exception des MDP qui entrent en CPR à des fins thérapeutiques directement après l'épuisement du quota annuel de jours de congé de maladie, tous les bénéficiaires recevraient une rémunération réduite après 12 mois, et s'ils bénéficient encore du CPR après 36 mois, leur rémunération serait réduite à 80 %. Ce scénario médian résulterait en une économie de 5,6 %.

En 2023, le coût salarial annuel (hors pécule de vacances et prime de fin d'année) des ETP en Congé pour prestations réduites à des fins thérapeutiques s'élève à 37,7 millions €. Par conséquent, selon les hypothèses précédemment formulées, l'économie de cette option se situe entre 1,77 million € et 2,98 millions €.

Comme dans les options précédentes, en plus de l'économie réalisée dans le système de CPR à des fins thérapeutiques, cette option encouragerait les MDP à reprendre (plus tôt) le travail à temps plein.

Différence entre les options 3 et 4 :

Option 3 : La rémunération pour la partie non prestée commence uniformément à 80 %, indépendamment du statut antérieur du MDP, puis diminue progressivement.

Option 4 : La rémunération pour la partie non prestée commence directement au pourcentage déjà applicable en disponibilité maladie (par exemple 80 %, 70 %, ou 60%), reflétant la situation antérieure du MDP.

Dans les deux cas, la mesure vise à encourager le retour à temps plein, mais la manière dont la rémunération est calculée au début du CPR à des fins thérapeutiques diffère.