



FICHE DE PROCEDURE

LES NOUVELLES MODALITES DE MISE EN ŒUVRE DU TEMPS PARTIEL THERAPEUTIQUE

L'article 8 de l'ordonnance n° 2017-53 du 19 janvier 2017 modifie le 4° bis de l'article 57 de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 qui précise les conditions d'attribution du temps partiel thérapeutique. Les dispositions de cet article visent à **améliorer et à simplifier l'accès au temps partiel thérapeutique en modifiant** :

1 - Les conditions d'ouverture du droit au temps partiel thérapeutique.

La **condition de six mois d'arrêts consécutifs** pour une maladie d'origine non professionnelle pour prétendre à l'ouverture du droit à temps partiel thérapeutique **est supprimée**. Un fonctionnaire peut dorénavant solliciter un temps partiel thérapeutique à l'issue d'un congé de maladie ordinaire inférieur à six mois d'arrêts consécutifs.

2 - La saisine des instances médicales par la Collectivité (Comité Médical Départemental ou Commission Départementale de Réforme).

- Après 6 mois de congé maladie ordinaire, congé longue maladie et congé longue durée : **la saisine** des instances médicales **est obligatoire**.
- Avant 6 mois de congé maladie ordinaire : **pas de saisine** des instances médicales **sauf en cas d'avis non concordant du médecin traitant et du médecin généraliste agréé** (sur l'octroi, la quotité et la durée).

Pour vous aider dans la mise en œuvre de ces nouvelles modalités **d'octroi et de renouvellement du temps partiel thérapeutique**, vous trouverez en annexe une note récapitulant la procédure ainsi que différents modèles de courriers.

Pour tout renseignement complémentaire, je vous invite à contacter le secrétariat des instances médicales à instances.medicales@cdg41.org ou au 02.54.56.28.62

PROCEDURE D'INSTRUCTION DES DEMANDES DE TEMPS PARTIEL THERAPEUTIQUE

La demande d'autorisation de travailler à temps partiel thérapeutique devra être adressée par l'agent à sa Collectivité employeur avec **le certificat médical établi par son médecin traitant** attestant que l'état de santé de l'agent justifie l'attribution ou le renouvellement d'un temps partiel thérapeutique.

Le certificat médical devra comporter les informations suivantes :

- La date à compter de laquelle le temps partiel thérapeutique est sollicité
- La durée d'attribution sollicitée
- La quotité de travail adaptée à l'état de santé de l'agent (50 %, 60 %, 70 %, 80 % et 90 %)
- Les éventuels aménagements de poste complémentaires à mettre en place dans le cadre de la reprise du travail.

A réception de ces documents, la Collectivité instruit la demande et doit diligenter une expertise médicale auprès d'un médecin agréé généraliste. (Voir liste sur le site du CDG 41 dans l'onglet Santé au travail).

Il est également recommandé de solliciter l'avis du médecin de prévention dans le cadre de l'examen d'une demande de reprise à temps partiel thérapeutique.

Une fois le rendez-vous fixé avec le médecin agréé, il est recommandé à l'autorité territoriale :

- d'adresser **à l'agent une convocation écrite** pour lui demander de se rendre au cabinet du médecin agréé chargé de l'examiner **(voir modèle courrier – annexe 1)**.
- d'adresser **au médecin agréé préalablement à l'examen un dossier** comportant :
 - . Un courrier décrivant précisément l'objet de l'examen **(voir modèle – annexe 2)**
 - . Un ordre de mission + Etat d'honoraires **(annexe 3 et annexe 4)**
 - . La fiche de poste de l'agent
 - . La demande écrite de l'agent
 - . Le certificat médical du médecin traitant de l'agent
 - . Toutes les pièces médicales remises par l'agent pour l'examen de son dossier, « **sous pli confidentiel** » (*si l'agent vous a remis de tels documents*)
 - . L'avis du médecin de prévention (*si l'autorité territoriale a sollicité cet avis*)



Le rapport d'expertise médicale susceptible de contenir des informations relevant du secret médical doit être transmis sous pli confidentiel cacheté au secrétariat des instances médicales.

L'avis du médecin de prévention

Bien que l'ordonnance du 19 janvier 2017 ne prévoise pas de recueillir l'avis du médecin de prévention dans le cadre de l'examen d'une demande de temps partiel thérapeutique, il est recommandé de lui demander de recevoir l'agent préalablement à la reprise.

Dans ce cadre, il convient de demander au médecin de prévention :

- d'émettre un avis sur la compatibilité de l'état de santé de l'agent à son poste de travail
- de formuler des recommandations relatives aux éventuels aménagements de poste complémentaires à mettre en place dans le cadre de la reprise de l'agent

Si des aménagements de poste semblent médicalement justifiés, l'autorité territoriale pourra ainsi en étudier la faisabilité et informer le médecin agréé des éventuelles difficultés concernant leur mise en place.

La décision de l'autorité territoriale

Si les avis du médecin traitant et du médecin agréé sont concordants, l'autorité territoriale doit prendre une décision écrite et la notifier à l'agent (sous la forme d'un arrêté).

Si les avis du médecin traitant et du médecin agréé ne sont pas concordants, l'autorité territoriale doit saisir l'instance médicale compétente à l'aide des formulaires de saisine habituels :

- **Le Comité Médical Départemental** lorsque le temps partiel thérapeutique est sollicité à l'issue d'un congé de maladie **non imputable au service**.
- **La Commission Départementale de Réforme**, lorsque le temps partiel thérapeutique est sollicité à l'issue d'un congé pour accident ou maladie **imputable au service**.

LES CAS PARTICULIERS :

➤ L'octroi d'un temps partiel thérapeutique à l'issue d'un congé de longue maladie ou d'un congé de longue durée

L'ordonnance du 19 janvier 2017 ne modifie pas les dispositions de l'article 31 du décret n° 87-602 du 30 juillet 1987 qui stipulent que « **Le bénéficiaire d'un congé de longue maladie ou de longue durée ne peut reprendre ses fonctions à l'expiration ou au cours dudit congé que s'il est reconnu apte après examen par un spécialiste agréé et avis favorable du Comité Médical compétent** ».

Aussi, **si la reprise à temps partiel thérapeutique est sollicitée à l'issue d'un congé longue maladie ou de longue durée, l'autorité territoriale ne peut pas prendre une décision attribuant le temps partiel thérapeutique sans avoir recueilli au préalable l'avis favorable du Comité Médical Départemental.**

En conséquence, le secrétariat du Comité Médical Départemental continuera d'instruire le dossier et d'assurer la réalisation de l'expertise médicale comme cela était le cas jusqu'alors et fera figurer la première période de reprise à temps partiel thérapeutique dans le cadre de l'avis émis par cette instance.

➤ **L'octroi d'un temps partiel thérapeutique à l'issue d'un congé pour accident ou maladie imputable au service**

Lorsque la demande de reprise à temps partiel thérapeutique est sollicitée à la suite d'un accident ou d'une maladie faisant l'objet d'une demande de reconnaissance d'imputabilité au service, il convient d'étudier l'imputabilité au service des arrêts de travail avant d'examiner la demande de reprise à temps partiel thérapeutique qui en découle.

Si l'autorité territoriale reconnaît l'imputabilité au service de l'accident ou de la maladie professionnelle et que les avis du médecin traitant et du médecin agréé sont concordants pour l'octroi ou le renouvellement du temps partiel thérapeutique, l'autorité territoriale pourra alors prendre une décision concernant la reprise ou le renouvellement de temps partiel thérapeutique, et la notifier à l'agent (sous la forme d'un arrêté).

Si les avis du médecin traitant et du médecin agréé ne sont pas concordants, l'autorité territoriale devra saisir la Commission Départementale de Réforme, préalablement à la reprise.

ANNEXE 1
MODELE DE CONVOCATION A L'AGENT

Logo ou en-tête de la Collectivité

Madame/Monsieur NOM et Prénom
Adresse

A
Le

Dossier suivi par :
Tél :
Courriel :

Objet : Expertise médicale

Madame, Monsieur,

J'ai l'honneur de vous demander de bien vouloir vous présenter au cabinet du

Docteur XXXXXX
Situé : Adresse
Tél :

Le (jour) à (heure)

Cette expertise médicale est exigée pour examiner votre demande de reprise à **temps partiel thérapeutique**.

Les honoraires du médecin agréé seront pris en charge par nos soins.

Lors de la consultation, vous voudrez bien communiquer tous les documents, susceptibles d'intéresser le médecin agréé : radiographies, résultats d'examens....

Je vous informe que cette expertise revêt un caractère obligatoire.

En cas d'impossibilité à vous rendre à cette consultation, je vous serais obligé de bien vouloir nous en informer (Tél :). Le cas échéant, vous devrez également produire un justificatif auprès de nos services.

Le médecin agréé nous transmettra ses conclusions administratives et le rapport d'expertise médicale « **sous pli confidentiel** ». Ce rapport sera adressé aux instances médicales du Centre de Gestion pour mise à jour de votre dossier.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Signature du Maire/Président (e),

ANNEXE 2
MODELE DE COURRIER AU MEDECIN AGREE

Logo ou en-tête de la Collectivité

DOCTEUR XXXXXX
ADRESSE
CP VILLE

A,
Le

Objet : expertise médicale

Docteur,

Conformément à l'ordonnance n° 2017-53 du 19 janvier 2017 introduisant à son article 8 de nouvelles modalités d'attribution du temps partiel thérapeutique, vous allez recevoir, le **(date)** à votre cabinet, **«Civilite» «Prenom» «Nom»**, pour une expertise médicale à la suite de ***(préciser la nature du congé en cours : congé maladie ordinaire, congé longue maladie, congé longue durée, accident de service ou maladie professionnelle)***.

En conséquence, je vous prie de bien vouloir statuer sur :

- l'octroi ou le renouvellement d'un temps partiel thérapeutique,
- la durée accordée,
- la quotité (50%, 60%, 70%, 80% ou 90%).

Vous voudrez bien m'adresser dans les meilleurs délais :

1°) **l'ordre de mission complété** (ci-joint) ou vos **conclusions administratives**. **Le rapport médical devra être adressé « sous pli confidentiel » au Comité Médical.**

2°) votre **note d'honoraires** (ci-jointe) accompagnée d'un relevé d'identité bancaire afin que je puisse procéder au règlement par mandat administratif.

Vous en remerciant à l'avance,

Je vous prie de recevoir, Docteur, mes salutations respectueuses.

Le Maire, Président (e),

PJ :

- ⇒ certificat du médecin traitant,
- ⇒ arrêt de travail en cours et historique des arrêts maladie,
- ⇒ copie de la fiche de poste de l'agent.

Ordre de mission

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Collectivité : Mairie de

Grade ou fonction :

Congés antérieurs :

Situation actuelle :

Motif de l'expertise :

L'intéressé s'est-il rendu au rendez-vous d'expertise ? ☐ Oui ☐ Non

L'arrêt est-il médicalement justifié au titre :

☐ d'un congé de maladie ordinaire

☐ d'un congé de longue maladie

☐ d'un congé de longue durée

☐ d'un congé de grave maladie

L'état de santé de l'agent lui permet-il de reprendre ses fonctions ? ☐ Oui ☐ Non

☐ à temps complet

☐ sous forme d'un temps partiel thérapeutique* dont le pourcentage du temps de travail sera de :

☐ 50 %

☐ 60 %

☐ 70 %

☐ 80 %

☐ 90 %

pour une durée de mois à compter du /..... /20....

*Possible après un congé de maladie ordinaire, un congé de longue maladie ou un congé de longue durée pour la même pathologie (par période de 3 mois renouvelable dans la limite d'un an par affection)

*Possible après un congé pour accident de service ou maladie contractée dans l'exercice des fonctions (six mois maximum renouvelable une fois)

*Pourcentage du temps de travail ne doit pas être inférieur à un mi-temps

Le poste de l'agent nécessite-t-il un aménagement de poste ?

☐ Oui

☐ Non

Détails des aménagements :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

L'état de santé de l'agent nécessite-t-il un reclassement ?

☐ Oui

☐ Non

Détails :

.....

.....

.....

L'agent est-il inapte à ses fonctions ?

☐ Oui

☐ Non

L'agent est-il inapte à toutes fonctions ?

☐ Oui

☐ Non

Le taux d'invalidité selon le barème des pensions civiles et militaires de retraite en vue de constituer un dossier de mise à la retraite est fixé à %

Le barème indicatif d'invalidité annexé au code des Pensions Civiles et Militaires de Retraite a été abrogé par le décret n°2001-99 du 31 janvier 2001 et publié au Journal Officiel du 4 février 2001.

☐ En raison de pièces manquantes au dossier, je n'ai pu répondre à la mission qui m'a été confiée

J'ai demandé à l'agent de me fournir ces pièces, dès que je serai en possession de tous les éléments nécessaires, je communiquerai mes conclusions administratives rapidement.

Rédigé en toute sincérité, le

Signature et cachet du médecin agréé

ANNEXE 4

**REGLEMENT DES HONORAIRES DUS AUX MEDECINS AGREES POUR
L'EXAMEN DES AGENTS DES COLLECTIVITES TERRITORIALES**

ETAT DES SOMMES DUES

(le médecin expert devra renvoyer cet état de frais directement à la Collectivité)

DOCTEUR (Nom – Prénom) :

Qualité (généraliste ou spécialiste) :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Relevé d'identité bancaire ou postal (à joindre impérativement pour être rémunéré)

NOM et Prénom de l'agent examiné :

NOM de la Collectivité demanderesse :

Nature de l'examen :

Montant des honoraires :

Certifié conforme le présent état s'élevant à la somme de :

Lu et approuvé,

A

, le

Signature et cachet du médecin agréé,