

## FICHE PROCEDURE : REFORME DU TEMPS PARTIEL THERAPEUTIQUE

(Agents stagiaires et titulaires à temps complet ou non complet supérieur ou égal à 28 h hebdomadaires affiliés à la CNRACL – Régime spécial)

\*\*\*\*\*

En application de l'ordonnance n° 2020-1447 du 25 novembre 2020 portant diverses mesures en matière de santé et de famille dans la fonction publique, le décret n° 2021-1462 du 08 novembre 2021 précise les conditions d'octroi et de renouvellement d'une autorisation d'exercer un service à temps partiel pour raison thérapeutique.

Pour rappel, l'ordonnance apporte au dispositif les modifications ci-après :

- Suppression de la condition d'arrêt de travail préalable
- Suppression du plafonnement à un an pour une même affection
- Reconstitution des droits à l'issue d'un délai minimal d'un an
- Portabilité en cas de mobilité au sein de la Fonction Publique Territoriale et entre les Fonctions Publiques

### PROCEDURE :

#### **Demande l'agent (annexe 1) :**

L'agent doit adresser à son employeur une demande d'autorisation de travailler à temps partiel thérapeutique (TPT) (même sans arrêt de travail) accompagnée d'un **certificat médical (annexe 2)** indiquant :

- La quotité de temps de travail (**50 %, 60 %, 70 %, 80 % ou 90 %** de la durée de service hebdomadaire à temps plein)
- La durée du TPT (**de 1 à 3 mois**) (chaque période de 1 à 3 mois est renouvelable dans la limite d'un an maximum)
- Les modalités d'exercice de ce temps partiel

#### **Décision de l'autorité territoriale :**

**Pour la première demande de 1 à 3 mois**, l'autorisation est délivrée **dès réception de la demande**, étant précisé que l'autorité territoriale peut faire procéder à tout moment à l'examen de l'agent par un médecin agréé.

Le médecin de prévention est informé des demandes d'exercice des fonctions à TPT et des autorisations accordées à ce titre.

La collectivité prend un arrêté (*voir modèle joint*) et le transmet au Pôle Santé au Travail pour mise à jour du dossier médical de l'agent et au Pôle Conseil et Accompagnement Statutaire pour mise à jour du dossier carrière de l'agent.



**Saisine obligatoire du Comité Médical** lorsque le TPT est sollicité dans les situations suivantes :

- Après 12 mois consécutifs de congé de maladie ordinaire ou
- A l'issue ou pendant une période de congé de longue maladie ou de congé de longue durée

### **Prolongation au-delà de 3 mois :**

Si l'agent demande la prolongation de l'autorisation d'exercer à TPT au-delà de trois mois avec à l'appui un certificat médical, l'autorité territoriale doit faire procéder sans délai à un **examen obligatoire par un médecin agréé généraliste (annexe 3)**. Les honoraires du médecin agréé sont à la charge de la collectivité. La période de 3 mois au-delà de laquelle toute prolongation du TPT ne peut être autorisée sans l'avis du médecin agréé s'entend comme une **période continue ou discontinue**.

Le médecin agréé rend un avis sur la demande de prolongation au regard de sa justification médicale, de la quotité de travail sollicitée et de la durée de travail à TPT demandée.

Le Comité Médical peut être saisi pour avis en cas de contestation de l'avis du médecin agréé par la collectivité ou par l'agent.

### **Période intercalaire :**

L'agent qui a épuisé ses droits à exercer un service à temps partiel thérapeutique ne peut bénéficier d'une nouvelle autorisation qu'à l'issue d'un délai minimal d'un an.

Pour le calcul du délai d'un an permettant de bénéficier d'une nouvelle autorisation, seules sont prises en compte les périodes effectuées par le fonctionnaire dans les positions d'activité et de détachement.

### **Informations complémentaires :**

#### **Sur demande du fonctionnaire :**

- Modification de la quotité de travail ou fin anticipée à la période en cours sur présentation d'un nouveau **certificat médical**
- Fin anticipée de la période si congé maladie depuis + de 30 jours (de toute nature ou en congé d'invalidité temporaire imputable au service – CITIS)
- Interruption en cas de congé de maternité, paternité et accueil de l'enfant, congé d'adoption

#### **Plus de notion d'affection ou de pathologie**

**Fin du temps partiel de droit ou sur autorisation pendant le temps partiel thérapeutique. La quotité est un % de la durée hebdomadaire à temps plein.**

L'autorisation de TPT est suspendue pendant les périodes de formation incompatibles avec un service à temps partiel que l'agent peut suivre à sa demande et sur présentation d'un certificat médical.

#### **Modèles de courriers en annexe :**

*Annexe 1 : Courrier de l'agent – demande de temps partiel thérapeutique*

*Annexe 2 : Avis du médecin traitant – certificat médical*

*Annexe 3 : Modèle de courrier pour expertise médicale auprès d'un médecin agréé et avis du médecin agréé*

**Modèle courrier agent demande de temps partiel thérapeutique**

**(Annexe 1)**

Je soussigné(e)

NOM :

Prénom :

Grade :

Collectivité employeur :

N° de sécurité sociale :

Adresse :

Demande un temps partiel thérapeutique à : % (50 %, 60 %, 70 %, 80 %, ou 90 %)

A compter du (date) :

Cette demande est :  Une première demande

Un renouvellement

A....., le.....

Signature de l'agent

**Avis du médecin traitant – Certificat médical**

**(Annexe 2)**

Je soussigné(e)

Docteur.....certifie que l'état de santé de

M. ou Mme :

Collectivité employeur :

Poste occupé :

Nécessite un travail à temps partiel thérapeutique à :

50 %  60 %  70 %  80 %  90 %

A compter du :

Durée préconisée :  1 mois  2 mois  3 mois

Justification du temps partiel thérapeutique :

- le maintien ou le retour à l'emploi de l'intéressé(e) est reconnu comme étant de nature à favoriser l'amélioration de son état de santé
- permet à l'intéressé de bénéficier d'une rééducation ou d'une réadaptation professionnelle pour retrouver un emploi compatible avec son état de santé

A....., le.....

Signature et coordonnées du praticien

Modèle de courrier pour expertise auprès d'un médecin agréé

(Annexe 3)

**Partie à compléter par la collectivité**

Docteur,

M. ou Mme NOM de l'agent :

Prénom :

Collectivité employeur :

Poste occupé :

est en arrêt de maladie depuis le :

n'est pas en arrêt de maladie

L'agent demande à travailler à temps partiel thérapeutique.

Vous trouverez ci-joint le certificat médical de son médecin traitant.

L'agent a déjà bénéficié de périodes de temps partiel thérapeutique au cours des 12 derniers mois :

OUI     NON

Si oui, périodes de temps partiel thérapeutique déjà octroyées :

.....mois, du.....au.....

.....mois, du .....au.....

.....mois, du .....au.....

.....mois, du .....au.....

**Partie à compléter par le médecin agréé**

Date de l'expertise :    /    /

**Avis favorable** à la reprise/prolongation à temps partiel thérapeutique

Quotité :            % (minimum 50 %)

Aménagements nécessaires :

OUI, à préciser :

.....

.....

NON

Durée :  1 mois             2 mois             3 mois

**Avis défavorable** à la reprise à temps partiel thérapeutique

L'agent n'est pas apte à la reprise. Durée de l'arrêt :

La reprise peut s'effectuer à plein temps (le temps partiel thérapeutique n'est pas justifié)

Cachet et signature du médecin agréé,