

NOTICE EXPLICATIVE RELATIVE AU TEMPS PARTIEL THERAPEUTIQUE

Textes de référence :

- article 57 (4° bis) de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale ;
- circulaire du 25 avril 2018 relative au temps partiel pour raison thérapeutique dans la fonction publique.

PINCIPALES REGLES D'ATTRIBUTION DU TEMPS PARTIEL THERAPEUTIQUE

Le temps partiel thérapeutique est une modalité d'organisation du temps de travail permettant au fonctionnaire soit de concilier les soins rendus nécessaires par son état de santé dans un objectif de maintien dans l'emploi, soit de reprendre progressivement pour raison thérapeutique le service dans un objectif de retour dans l'emploi.

Les principales caractéristiques du temps partiel thérapeutique sont :

	<i>Après un congé de maladie ordinaire, un congé de longue maladie ou un congé de longue durée</i>	<i>Après un congé pour invalidité temporaire imputable au service</i>
Quotité	Prévues pour le temps partiel sur autorisation, 50 %, 60 %, 70 %, 80 % 90 %	Prévues pour le temps partiel sur autorisation (de 50 % à moins de 100 %)
Durée de la période	Par période de 3 mois	Par période allant jusqu'à 6 mois
Durée maximale cumulée, en cas de	1 an au titre de la même affection	1 an au titre de la même affection
Rémunération	<i>Intégralité du traitement, de l'indemnité de résidence et du supplément familial de traitement. Le montant des primes et indemnités est calculé au prorata de la durée effective du service.</i>	

CONSEIL A DESTINATION DU FONCTIONNAIRE

Au regard des délais de procédure, vous êtes invité à **formuler votre demande** de temps partiel thérapeutique **le plus en amont possible de votre date de reprise**.

Si vous envisagez, avec votre médecin traitant et/ou le médecin de prévention / du travail, de solliciter un temps partiel thérapeutique, vous êtes invité à demander un entretien de maintien et de retour dans l'emploi auprès de votre employeur et, le cas échéant, du médecin de prévention / du travail de votre service.

Vous recevrez toutes les explications relatives au temps partiel thérapeutique et vous pourrez **évoquer les modalités pratiques de votre maintien ou de votre retour dans l'emploi**.

Un formulaire de demande de temps partiel thérapeutique vous sera remis et, après avoir consulté votre médecin traitant, vous serez dirigé vers le médecin agréé attaché auprès de votre employeur qui assurera l'examen médical.

Si votre demande est liée à une demande de reprise à l'issue de 12 mois de congé de maladie ordinaire ou d'une période de congé de longue maladie ou de longue durée, le médecin agréé se prononcera à la fois sur votre aptitude à la reprise et sur votre demande de temps partiel thérapeutique, étant précisé que **le comité médical émettra obligatoirement un avis sur votre demande de reprise.**

Enfin, votre attention est appelée sur la **nécessité de fournir un dossier le plus complet et le plus explicite possible**, notamment afin qu'en cas d'avis divergent entre le médecin traitant et le médecin agréé, le comité médical puisse se prononcer en toute connaissance de cause, les contre-expertises n'étant pas alors systématiques.

INFORMATION A DESTINATION DU MEDECIN TRAITANT

- En qualité de médecin traitant, vous pouvez proposer à votre patient le temps partiel thérapeutique dès lors que vous considérez, en lien éventuellement avec les médecins spécialistes suivant votre patient, que **son état de santé est compatible avec un exercice à temps partiel de ses fonctions ou qu'il nécessite pendant une période donnée qu'il travaille à temps partiel :**
 - soit parce que **la reprise des fonctions à temps partiel est reconnue comme étant de nature à favoriser l'amélioration de l'état de santé de l'intéressé**
 - soit parce que **l'intéressé doit faire l'objet d'une rééducation ou d'une réadaptation professionnelle pour retrouver un emploi compatible avec son état de santé**

Vous vous prononcerez également sur la quotité de temps de travail 50 %, 60 % 70 % 80 % 90 % (Pour la Commission de Réforme de 50 % à moins de 100 %), ainsi que sur la durée de la période de temps partiel lorsque la demande de temps partiel thérapeutique relevant de la Commission de Réforme est effectuée en lien avec un congé pour invalidité temporaire imputable au service.

- Votre patient est susceptible d'avoir eu un entretien de maintien et de retour dans l'emploi auprès de son employeur et, avec le médecin de prévention / du travail de son service. Vous pouvez contacter :

Pour toutes questions relatives aux activités de l'agent	Pour toutes questions relatives à la situation médicale de l'agent
<i>Coordonnée du référent de la collectivité</i>	<i>Coordonnées du médecin de prévention / travail suivant le fonctionnaire</i>
Prénom NOM	Prénom NOM
☎ :	☎ :
Courriel :	Courriel :

Au terme de l'examen médical, vous porterez votre avis sur le certificat médical contenu dans le formulaire de demande de temps partiel thérapeutique remis par votre patient et vous lui remettrez ce document ainsi que, sous pli confidentiel, les pièces médicales que vous jugerez utiles pour son examen par le médecin agréé

FORMULAIRE DE DEMANDE DE TEMPS PARTIEL THERAPEUTIQUE RELEVANT DE LA COMMISSION DE REFORME

(Incluant le Certificat Médical du Médecin traitant et du Médecin agréé).

A renvoyer à l'employeur

1. Partie à remplir par l'autorité territoriale

.....
(Identification de l'autorité territoriale)

Service de Médecine Préventive / Travail (chargé du suivi médical de l'agent)

NOM : _____

☎ : _____

@ : _____

2. Partie à remplir par le fonctionnaire

Je soussigné(e),

Nom d'usage	N° Séc. Sociale							
Nom	Prénom(s)							
Grade	Fonction exercées							
Poste occupé*								
Adresse personnelle								
Code postal	/Ville							

demande un temps partiel thérapeutique à compter du : .../.../...

selon les modalités suivantes :

.....
.....

Cette demande concerne :

- un accident de service ou de trajet
 une maladie professionnelle ou d'origine professionnelle
- une première demande un renouvellement

A _____, le

Signature

*(incluant la **fiche de poste** sur le descriptif des missions et des tâches effectuées)

3. Avis du médecin traitant / médecin praticien hospitalier

Je soussigné(e), Docteur _____, certifie que l'état de santé de

Nom _____ Prénom(s) _____

nécessite un travail à temps partiel thérapeutique à compter du : .../.../...

selon les modalités suivantes :

.....

Justification du TPT :

- la reprise des fonctions à temps partiel est reconnue comme étant de nature à favoriser l'amélioration de l'état de santé du fonctionnaire
- ou
- le fonctionnaire doit faire l'objet d'une rééducation ou d'une réadaptation professionnelle pour retrouver un emploi compatible avec son état de santé

Durée préconisée :

- 1 mois 2 mois 3 mois 4 mois 5 mois 6 mois

Quotités de travail d'un temps complet (le temps partiel thérapeutique **ne peut être inférieur au mi-temps**) :

- 50 % 60 % 70 % 80 % 90 %

Durée et périodicité : un an maximum, par période allant jusqu'à six mois :

- 1^{ère} période 2^{ème} période

A _____, le

Signature + coordonnées du praticien

Partie à compléter uniquement si le médecin traitant n'a pas complété le présent formulaire.

L'employeur coche la case correspondante et agrafe une copie du Cerfa au formulaire.

- Cerfa « certificat médical accident du travail /maladie professionnelle » avec prescription d'un travail léger pour raison médicale

Le point 4 à Renseigner sauf si la demande émane d'un Médecin praticien hospitalier

4. Avis du médecin agréé

Je soussigné(e), Docteur _____, médecin agréé certifie que l'état de santé de :

Nom _____ Prénom(s) _____

➤ **Avis favorable**

nécessite un travail à temps partiel thérapeutique à compter du : .../.../...
selon les modalités suivantes :

.....

Justification du TPT :

- la reprise des fonctions à temps partiel est reconnue comme étant de nature à favoriser l'amélioration de l'état de santé du fonctionnaire
- ou
- le fonctionnaire doit faire l'objet d'une rééducation ou d'une réadaptation professionnelle pour retrouver un emploi compatible avec son état de santé

Durée préconisée pour la 1^{ère} période :

- 1 mois 2 mois 3 mois 4 mois 5 mois 6 mois

Quotités de travail d'un temps complet (le temps partiel thérapeutique **ne peut être inférieur au mi-temps**) :

- 50 % 60 % 70 % 80 % 90 %

Durée préconisée pour la 2^{ème} période :

- 1 mois 2 mois 3 mois 4 mois 5 mois 6 mois

Quotités de travail d'un temps complet (le temps partiel thérapeutique **ne peut être inférieur au mi-temps**) :

- 50 % 60 % 70 % 80 % 90 %

Dans l'hypothèse où l'agent a **déjà bénéficié de périodes de travail à temps partiel thérapeutique**, préciser si la présente demande est effectuée au titre de la même affection :

Périodes précédemment accordées (cases à compléter par l'employeur)	Demande en cours (cases à cocher par le médecin agréé)	
du au	Affection identique <input type="checkbox"/>	Affection différente <input type="checkbox"/>
du au	Affection identique <input type="checkbox"/>	Affection différente <input type="checkbox"/>
du au	Affection identique <input type="checkbox"/>	Affection différente <input type="checkbox"/>

➤ **Avis défavorable**

émet un **avis non concordant** avec l'avis du médecin traitant, selon conclusions médicales jointes.

Joindre l'expertise (sous pli confidentiel)

A _____, le

Signature

MODELE DE COURRIER

A DESTINATION DU MEDECIN AGREE

(Octroi ou Prolongation de Temps partiel thérapeutique).

[Nom de l'employeur]

Direction des ressources humaines

[Adresse 1]

[Adresse 2]

Date

Dr XXX

Médecin agréé

Objet : demande de temps partiel thérapeutique présentée par M. ou Mme

Docteur,

En application de l'article 57 (4°bis) de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale, l'autorisation de travailler à temps partiel thérapeutique d'un fonctionnaire est accordée après avis concordants du médecin traitant et du médecin agréé.

Vous trouverez ci-joint le formulaire de demande de temps partiel thérapeutique de

M. ou Mme

comportant le certificat médical complété par son médecin traitant, ainsi que les éléments médicaux confidentiels correspondants, sous pli confidentiel.

Vous voudrez bien recevoir M. ou Mme en consultation et déterminer, au regard de l'avis formulé par son médecin traitant, si l'exercice de ses fonctions à temps partiel thérapeutique est justifié :

- soit parce que la reprise des fonctions à temps partiel est reconnue comme étant de nature à favoriser l'amélioration de l'état de santé de l'intéressé ;
- soit parce que l'intéressé doit faire l'objet d'une rééducation ou d'une réadaptation professionnelle pour retrouver un emploi compatible avec son état de santé.

Au terme de cet examen, vous porterez votre avis dans la partie réservée à cet effet du formulaire de demande de temps partiel thérapeutique ci-joint.

Vous vous prononcerez également sur la quotité de temps de travail (de 50 %, 60 % 70 % 80 % 90 %) ainsi que sur la durée de la période de temps partiel (de 1 à 6 mois) lorsque la demande de temps partiel thérapeutique est effectuée en lien avec un congé pour invalidité temporaire imputable au service.

L'intéressé est susceptible d'avoir bénéficié d'un entretien de maintien et de retour dans l'emploi auprès de son employeur et, le cas échéant, avec le médecin de prévention / du travail de son service. Vous pouvez contacter ces deux entités selon les modalités suivantes :

Pour toutes questions relatives aux activités de l'agent	Pour toutes questions relatives à la situation médicale de l'agent
<i>Coordonnée du référent</i>	<i>Coordonnées Médecin de prévention / travail</i>
Prénom	Prénom
NOM	NOM
Adresse 1	Adresse 1
Adresse 2	Adresse 2
N° de téléphone :	N° de téléphone :
Courriel :	Courriel :

Pour votre information, M. ou Mme a déjà bénéficié de périodes de travail à temps partiel thérapeutique selon le calendrier suivant :

- du au
- du au

Vous voudrez bien, en conséquence, déterminer si cette demande est effectuée en lien avec la/les affection(s) ayant déjà donné lieu à temps partiel thérapeutique.

A l'issue de l'examen médical pratiqué, vous me renverrez le formulaire de demande de temps partiel thérapeutique dûment complété par vos soins ainsi que, en cas d'avis non concordant, vos conclusions médicales sous pli confidentiel.

Vos honoraires sont pris en charge par l'administration, il convient à cet effet de ne pas utiliser la carte vitale du fonctionnaire mais de me transmettre les documents suivants :

- le relevé d'honoraire, conformément aux tarifs fixés par l'arrêté du 3 juillet 2007
- le relevé d'identité bancaire (RIB) ou postal (RIP) ou de caisse d'épargne (RICE) ;
- le numéro de Système d'identification du répertoire des établissements (SIRET) composé de 14 chiffres.

Veillez, agréer, Docteur, l'assurance de ma considération distinguée.

(Signature)

Direction des ressources humaines