



DEMANDE

Temps partiel thérapeutique



IDENTIFICATION DE L'AGENT

Nom de naissance

N° de SS

Nom d'usage

Statut

Prénom

Corps*

N° de téléphone

Grade*

Affectation

Adresse mèl

Adresse
personnelle

*à renseigner, seulement si l'agent est titulaire



INFORMATIONS RELATIVES A LA DEMANDE

Initiale

Renouvellement

Date d'effet souhaitée

Durée demandée

Quotité de travail

Demandée

Modalités (Préciser les jours et les demi-journées travaillés et non travaillés) :

Annexe 1 : Avis du médecin traitant

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

Nom _____ Prénom(s) _____

nécessite un travail à temps partiel thérapeutique à : _____ %

à compter du :

selon les modalités suivantes (préciser les périodes travaillées et non travaillées) :

La demande est en lien avec un accident de service ou une maladie professionnelle :

☐ Oui

☐ Non

Durée préconisée (uniquement pour les accidents de service et les maladies professionnelles) :

☐ 1 mois ☐ 2 mois ☐ 3 mois

Nota : pour les reprises suite à maladie d'origine non professionnelle, le TPT est accordé par période de 3 mois.

Justificatif du temps partiel thérapeutique :

☐ la reprise des fonctions à temps partiel est reconnue comme étant de nature à favoriser l'amélioration de l'état de santé du fonctionnaire

☐ le fonctionnaire doit faire l'objet 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

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 « avis d'arrêt de travail » avec prescription d'un temps partiel pour raison médicale

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

**Avis du médecin agréé**

*le cas échéant, et sur demande
de l'administration)*

**Accord d'indemnisation
de la CPAM** *(Agent contractuel)***Avis du comité médical**

(le cas échéant)

**Avis de conformité du service
gestionnaire RH**

Nom de l'agent du service RH

Date

Timbre et signature du service RH



Références :

- loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 modifié portant dispositions statutaires relatives à la FPE, article 34 bis ; décret n° 86-83 du 17 janvier 1986 relatif aux dispositions générales applicables aux agents contractuels de l'Etat, article 34 bis ;
- décret n°86-442 du 14 mars 1986 relatif à la désignation des médecins agréés, à l'organisation des comités médicaux et des commissions de réforme, aux conditions d'aptitude physique pour l'admission aux emplois publics et au régime de congés de maladie des fonctionnaires.

L'agent peut être autorisé à travailler à temps partiel pour raison thérapeutique dans l'une des situations suivantes :

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

Dès lors, le travail à temps partiel pour raison thérapeutique peut intervenir lorsque l'état de santé de l'agent le justifie ou à la fin d'un congé de maladie. A noter que l'agent n'a pas besoin d'être en arrêt de travail pour solliciter un temps partiel pour raison thérapeutique.

Les fonctionnaires stagiaires peuvent être autorisés à travailler à temps partiel pour raison thérapeutique sauf si leur stage comporte un enseignement professionnel ou doit être accompli dans un établissement de formation. Le temps partiel pour raison thérapeutique ne peut pas être inférieur au mi-temps.

L'autorisation de travail à temps partiel pour raison thérapeutique est accordée et renouvelée, par période de 1 à 3 mois, dans la limite d'un an. Le travail à temps partiel pour raison thérapeutique peut être exercé de manière continue ou discontinue pour une durée maximale d'un an. À la fin de la période d'un an, l'agent peut demander une nouvelle autorisation de temps partiel pour raison thérapeutique. Pour le calcul du délai d'un an, seules les périodes effectuées en position d'activité et en situation de détachement sont prises en compte.

Lorsque l'agent est autorisé à accomplir un service à temps partiel pour raison thérapeutique au-delà d'une période totale de trois mois, l'administration fait procéder sans délai par un médecin agréé à l'examen de l'intéressé, qui est tenu de s'y soumettre sous peine d'interruption de l'autorisation dont il bénéficie.

L'autorisation de travail à temps partiel doit débiter à la date de réception de la demande de l'agent par l'administration.

Pour les agents contractuels, l'autorisation de service à temps partiel pour raison thérapeutique est subordonnée à l'accord d'indemnisation de la caisse primaire d'assurance maladie à laquelle l'agent est affilié.



PIECES A JOINDRE

- Ce formulaire complété et signé
- Accord d'indemnisation de la CPAM pour les agents contractuels
- Annexe 1 : Certificat médical mentionnant les informations suivantes : quotité de temps partiel souhaitée (50 %, 60 %, 70 %, 80 % ou 90 %), durée du temps partiel (de 1 à 3 mois), les conditions d'exercice des fonctions à temps partiel (en continu ou en discontinu, par journées ou demi-journées non travaillées ou sous forme de réduction journalière de la durée de travail).