



# CDG 38

CENTRE DE GESTION DE L'ISÈRE  
FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE

Partagez et réutilisez le  
contenu de ce document



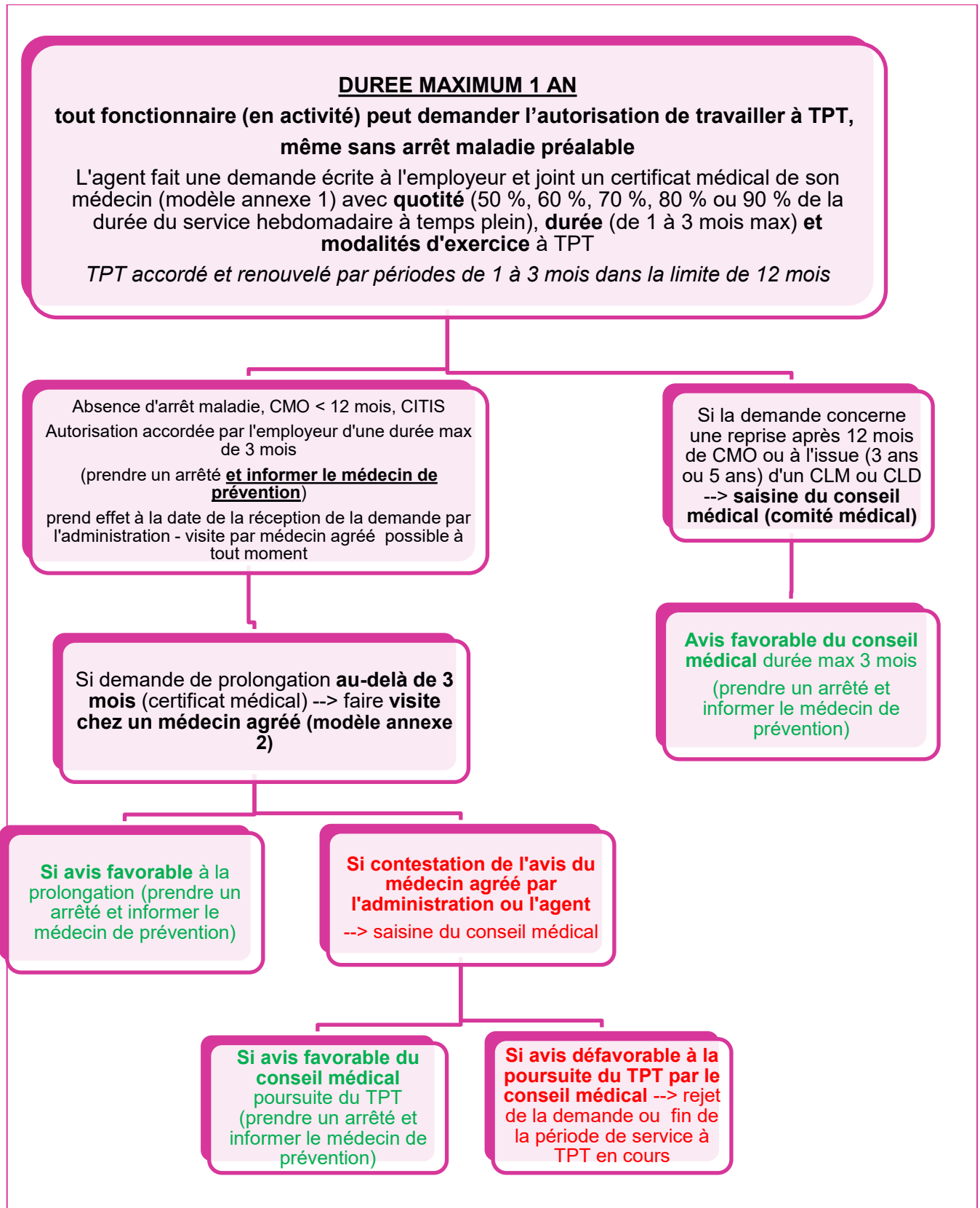
## LE TEMPS PARTIEL THERAPEUTIQUE

- > **Date** : 01/12/2021
- > **Pôle** : Instances Médicales
- > **Contact** :
- > Responsable de pôle  
[instancesmedicales@cdg38.fr](mailto:instancesmedicales@cdg38.fr)

## Table des matières

1	Fonctionnaires CNRACL – traitement d'une demande _____	2
2	Fonctionnaires à temps non complet (Ircantec) et Contractuels : traitement d'une demande ___	4
3	Annexes _____	5
3.1	Annexe 1 – Certificat médical _____	5
3.2	Annexe 2 – Modèle d'expertise pour le médecin agréé _____	6

# 1 Fonctionnaires CNRACL – traitement d'une demande



- **Plus de notion d'affection ou de pathologie.**
- **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
  - interruption en cas de congés maternité, paternité et accueil de l'enfant, congé d'adoption
- **Renouvellement des droits :** pour le calcul du délai d'un an pour nouvelle autorisation, seules sont prises en compte les périodes effectués par le fonctionnaire dans les positions d'activité et de détachement.
- **Mesures dérogatoires :** Les fonctionnaires bénéficiant d'un TPT (dispositions antérieures à l'entrée en vigueur du présent décret) continuent d'en bénéficier dans les conditions prévues par ces dispositions jusqu'au terme de la période en cours. La prolongation s'effectue dans les conditions prévues par le présent décret.
- **Portabilité du droit auprès de tous les employeurs publics**
- **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.**

Note détaillée sur demande par mail → [carole.casadei@cdg38.fr](mailto:carole.casadei@cdg38.fr)

## 2 Fonctionnaires à temps non complet (Ircantec) et Contractuels : traitement d'une demande

<p>Tout fonctionnaire ou agent (en activité) peut demander l'autorisation de travailler à TPT, même sans arrêt maladie préalable</p> <p>L'agent relevant du régime général doit remplir les conditions de l'art. L323-3 du code de la SS</p> <p>Les démarches à effectuer par l'employeur et l'agent auprès de la CPAM pour la reprise à TPT sont identiques à celles effectuées avant la parution du décret</p>
<p>Désormais, l'agent doit faire :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- une demande écrite à l'employeur</li> <li>- joindre un certificat médical qui précise (<a href="#">modèle annexe 1</a>) : <ul style="list-style-type: none"> <li>- la quotité (50 %, 60 %, 70 %, 80 % ou 90 % de la durée du service hebdo à temps plein),</li> <li>- la durée (de 1 à 3 mois max),</li> <li>- les modalités d'exercice</li> </ul> </li> </ul>
<p>L'autorisation accordée et renouvelée par période de un à trois mois dans la limite d'une année. <i>Compte tenu de l'affiliation au régime général, l'autorisation de TPT délivrée par l'employeur est subordonnée à la décision du médecin conseil de la CPAM</i></p>
<p><b>Sur demande de l'agent :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Modification de la quotité de travail ou fin anticipée à la période en cours sur présentation d'un nouveau certificat médical</li> <li>- fin anticipée de la période si congé maladie depuis + de 30 jours</li> <li>- interruption en cas de congés maternité, paternité et accueil de l'enfant, congé d'adoption</li> </ul>
<p><b>Information du médecin de prévention de l'octroi et des prolongations</b></p>
<p>Le fonctionnaire/contractuel autorisé à accomplir un service à temps partiel pour raison thérapeutique ne peut pas effectuer d'heures supplémentaires</p>
<p>Fin du temps partiel de droit ou sur autorisation pendant le temps partiel thérapeutique</p>
<p>Droits à congés annuels et ARTT identiques à ceux d'un agent effectuant un temps partiel sur autorisation</p>
<p>Possibilité de suivre une formation d'une quotité &gt; au temps partiel thérapeutiques sous certaines conditions</p>

Quotités :

- **Fonctionnaire à temps non complet** → % de la durée hebdomadaire de service du ou des emplois à temps non complet que le fonctionnaire occupe
- **Contractuel** → % de la durée hebdomadaire de service que les agents contractuels à temps plein exerçant les mêmes fonctions doivent effectuer.
- **Contractuel à temps non complet** → % de la durée hebdomadaire de service du ou des emplois à temps non complet qu'il occupe

Note détaillée sur demande par mail → [carole.casadei@cdg38.fr](mailto:carole.casadei@cdg38.fr)

Annexes

**2.1 Annexe 1 – Certificat médical du médecin**

<b>CERTIFICAT MEDICAL MEDECIN</b>
<b>DEMANDE DE TEMPS PARTIEL POUR RAISON THERAPEUTIQUE POUR UN AGENT DE LA FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE</b>
Je soussigné Docteur .....
Certifie que l'état de santé de
M/Mme .....
Employeur : .....
Poste occupé : .....
nécessite l'accomplissement de son service à temps partiel pour raison thérapeutique.
Justification du TPT :
<input type="checkbox"/> 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 ; et/ou
<input type="checkbox"/> 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 compter du : ...../...../.....
Durée (1 à 3 mois max) : <input type="checkbox"/> 1 mois <input type="checkbox"/> 2 mois <input type="checkbox"/> 3 mois
Quotité : <input type="checkbox"/> 50 % <input type="checkbox"/> 60 % <input type="checkbox"/> 70 % <input type="checkbox"/> 80 % <input type="checkbox"/> 90 %
Modalités d'exercices : (ex. répartition horaire)..... ..... ..... ..... .....
Aménagements de poste à prévoir :
<input type="checkbox"/> oui (avis du médecin de prévention conseillé) <input type="checkbox"/> non
A,    le
Signature + coordonnées du praticien
Information : <i>Le service accompli à temps partiel pour raison thérapeutique peut être exercé de manière continue ou discontinue pour une période dont la durée totale peut atteindre un an au maximum.</i>

## 2.2 Annexe 2 – Modèle d'expertise pour le médecin agréé

### EXPERTISE MEDICALE POUR UNE REPRISE OU PROLONGATION A TEMPS PARTIEL THERAPEUTIQUE

#### Partie à compléter par la collectivité

Docteur,

Mr/Mme nom de l'agent :

.....

Prénom : .....

Collectivité : .....

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.

Nous vous remercions de bien vouloir vous prononcer sur cette demande.

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

NON

OUI

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

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

Quotité :  50 %  60 %  70 %  80 %  90 %

Durée :  1 mois  2 mois  3 mois

Aménagements de poste à prévoir :

oui (avis du médecin de prévention conseillé)  non

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

l'agent n'est pas apte à la reprise.

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

Date de l'expertise :

Cachet et signature du médecin

Note détaillée sur demande par mail → [instancesmedicales@cdg38.fr](mailto:instancesmedicales@cdg38.fr)