

**Modèle d'Arrêté plaçant un fonctionnaire IRCANTEC
à temps partiel pour raison thérapeutique**

Le Maire (ou Le président) de

Vu le Code général des collectivités territoriales

Vu le code général de la fonction publique ;

Vu le code de la sécurité sociale et ses dispositions concernant l'assurance maladie (notamment les articles L.313-1, L.323-3 et R.323-3),

Vu le décret n°60-58 du 11 janvier 1960 relatif au régime de sécurité sociale des agents permanents des départements, des communes et de leurs établissements publics n'ayant pas le caractère industriel ou commercial,

Vu le décret n° 87-602 du 30 juillet 1987 relatif à l'organisation des conseils médicaux, aux conditions d'aptitude physique et au régime des congés de maladie des fonctionnaires territoriaux,

Vu (le cas échéant) le décret n° 92-1194 du 4 novembre 1992 fixant les dispositions communes applicable aux fonctionnaires stagiaires de la fonction publique territoriale,

Vu le décret n° 91-298 du 20 mars 1991 portant dispositions statutaires applicables aux fonctionnaires territoriaux nommés dans des emplois permanents à temps non complet (chapitre IV),

Vu le décret n°2021-1462 du 8 novembre 2021 relatif au temps partiel pour raison thérapeutique dans la Fonction Publique Territoriale,

Vu la demande de l'agent en date du

Vu le certificat médical du médecin traitant de l'intéressé(e) en date du prescrivant une reprise du travail à temps partiel thérapeutique (un temps partiel thérapeutique) et indiquant la quotité de temps de travail, la durée et les modalités d'exercice des fonctions à temps partiel pour raison thérapeutique,

Considérant que l'agent en activité peut être autorisé à accomplir un service à temps partiel pour raison thérapeutique lorsque l'exercice des fonctions à temps partiel permet :

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

Considérant que l'intéressé remplit les conditions requises,

(le cas échéant) Vu l'avis du Conseil médical départemental en date du prononçant l'aptitude à la reprise des fonctions à l'issue d'un congé de maladie ordinaire (CMO) ou d'un congé de grave maladie (CGM) à Nom patronymique (nom de naissance).....Nom d'usage (nom d'épouse)..... à compter du

(éventuellement) Considérant que M..... a été placé(e) en congé de maladie ordinaire (ou de grave maladie, pour accident de travail ou maladie professionnelle) du .../.../..... au .../.../..... ;

*Vu l'avis du médecin conseil de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (C.P.A.M.) autorisant le versement d'indemnités journalières d'assurance maladie afin de compléter le traitement perçu par l'intéressé(e) pour la période du au.....,

Considérant que M a déjà bénéficié d'un temps partiel thérapeutique d'une durée de

Vu, l'information du médecin du travail en date du

ARRETE

Article 1 :

Nom patronymique (nom de naissance)

Nom d'usage (nom d'épouse)

Prénomné(e) le.....

(grade et emploi) bénéficie d'un temps partiel pour raison thérapeutique pour une période de à compter du

Le temps de travail est organisé de la façon suivante : ... (Préciser les périodes travaillées et non travaillées selon le cas, sur la journée, la semaine).

Article 2 :

Pendant cette période, l'intéressé(e) percevra sa rémunération correspondant à la quotité de travail effectuée, (le cas échéant) la totalité du supplément familial, ainsi que le maintien d'une partie ou de la totalité des indemnités journalières d'assurance maladie versées par la Caisse de Sécurité Sociale. Il (elle) assurera une durée hebdomadaire de service de

(si l'agent est recruté en contrat à durée déterminée)La durée du temps partiel pour raison thérapeutique ne pourra excéder le terme du contrat.

Article 3 : A l'issue de la période de travail à temps partiel thérapeutique, M. / Mme est réintégré(e) dans ses fonctions à temps plein.

Article 4 :

Le Secrétaire de Mairie (ou le Directeur Général des Services) de la commune est chargé de l'exécution du présent arrêté dont amputation sera insérée au dossier individuel de l'agent et :

Notifié à l'intéressé - Transmis au comptable de la collectivité - Transmis au Président du Centre de Gestion 66

Le Maire (ou Le Président) certifie sous sa responsabilité le caractère exécutoire de cet acte, informe que le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours pour excès de pouvoir, devant le Tribunal Administratif de Montpellier 6, rue Pitot 34000 Montpellier dans un délai de deux mois, à compter de la présente notification. Le Tribunal Administratif peut aussi être saisi par l'application informatique « Télérecours Citoyens » accessible par le site internet www.telerecours.fr.

Signature de l'agent :

Fait à

Le

Notifié le :

(signature de l'autorité territoriale)

Le présent modèle proposé par le Centre de Gestion est indicatif : il appartient à l'autorité territoriale de vérifier qu'il correspond à ses besoins et de l'amender le cas échéant

*pour obtenir l'indemnisation par la CPAM :

l'agent devra transmettre à la CPAM sa prescription initiale de temps partiel thérapeutique ainsi que l'attestation de son employeur, qui donnera ou pas son accord (après, le cas échéant, avis du médecin-conseil).

Sur ce point, il convient de rappeler que c'est dans le cadre normal des suivis des arrêts maladie par la CPAM qu'un agent IRCANTEC sera susceptible d'être convoqué par le médecin-conseil de l'Assurance Maladie pour contrôler son TPT.

Ainsi, ni la CPAM ni le médecin-conseil n'interviennent pour apprécier les modalités du TPT (quotité, durée, horaire, ...) mais uniquement en fin de chaîne pour valider ou non l'indemnisation du TPT.

A noter que, contrairement aux fonctionnaires CNRACL qui perçoivent l'intégralité de leur traitement pendant un TPT, l'agent IRCANTEC perçoit sa rémunération calculée au prorata de la durée effective du service.

L'employeur a l'obligation de transmettre mensuellement une attestation de salaire (*via netentreprise*), afin que l'Assurance Maladie verse des indemnités journalières soit directement à l'agent, soit à l'employeur en cas de subrogation.

① Document agent
Demande de Temps Partiel pour raison Thérapeutique

Je soussigné(e),

Madame/Monsieur

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

.....

Téléphone(s) :

Grade : durée temps de travail

Titulaire CNRACL +28/35^{ème} Titulaire régime général -28/35^{ème} contractuel de droit public

Employeur(s) :

Sollicite :

un octroi du Temps Partiel pour raison Thérapeutique

OU

un renouvellement du Temps Partiel pour raison Thérapeutique

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

Durée : 1 mois 2 mois 3 mois

Date d'effet :

A, le

Signature

**② Document médecin traitant (ou spécialiste)
Demande de Temps Partiel pour raison Thérapeutique**

Je soussigné(e),

Docteur :

Adresse :

Téléphone :

Certifie que l'état de santé de :

Madame/Monsieur Nom :

Prénom :

Employeur (s) :

Nécessite :

un octroi du Temps Partiel pour raison Thérapeutique

OU

un renouvellement du Temps Partiel pour raison Thérapeutique

Justification du TPT :

Permettre le maintien ou le retour à l'emploi de l'intéressé reconnu comme étant de nature à favoriser l'amélioration de son état de santé.

ou

Permettre à l'intéressé de bénéficier d'une rééducation ou d'une réadaptation professionnelle pour retrouver un emploi compatible avec son état de santé.

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

Durée : 1 mois 2 mois 3 mois

À compter du :

Modalités d'exercice (restrictions, aménagement de poste) (préciser les périodes travaillées et non travaillées) :

.....
.....
.....

A, le

Signature + cachet

③ Document médecin agréé
Ordre de mission

Docteur Prénom NOM
Généraliste Adresse Ville

Objet : demande d'avis médical
P.J. : courrier de l'agent + courrier du médecin traitant + fiche de poste

Docteur,

En application du décret n° 2021-1462 du 8 novembre 2021, l'autorisation de travailler à Temps Partiel pour raison Thérapeutique d'un fonctionnaire est renouvelé après avis du médecin agréé.

Madame/Monsieur,

Nom Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Grade :

Titulaire CNRACL +28/35^{ème} Titulaire régime général -28/35^{ème} contractuel de droit public

Actuellement en : Congé de Maladie Ordinaire, Congé de Longue Maladie, Congé de Longue Durée, Congé de Grave Maladie disponibilité d'office pour raison de santé en Temps Partiel pour raison Thérapeutique depuis le en activité à temps plein (..../35^{ème}), sollicite la prolongation du Temps Partiel pour raison Thérapeutique (TPT) à compter du

En conséquence, merci de bien vouloir procéder à l'examen médical de l'agent afin de déterminer si l'état de santé justifie la prolongation du TPT à compter du..... en indiquant la quotité et la durée. Dans le cas d'un avis favorable, merci d'indiquer les modalités d'exercice (restrictions, aménagement de poste).

Dans le cas d'un avis défavorable au TPT, une expertise médicale devra être rédigée sous pli confidentiel, vous voudrez bien indiquer si l'agent est :

apte à la reprise de **ses anciennes fonctions** à temps plein,

inapte temporairement à l'exercice de **ses anciennes fonctions**.

OU {

- *Merci de préciser sur le Congé de Maladie Ordinaire doit-être maintenu et/ou si la pathologie relève du Congé de Longue Maladie*
- *Merci de préciser si le Congé de Longue Maladie ou Congé de Longue Durée doit-être prolongé.*

inapte définitivement et de façon permanente à l'exercice de **ses anciennes fonctions**, et si un reclassement professionnel pour inaptitude physique est nécessaire,

inapte définitivement et de façon permanente à l'exercice de **toutes fonctions**, c'est alors une mise à la retraite pour invalidité qui s'applique.

Pour toutes questions relatives à la situation de l'agent :

Coordonnées du médecin de prévention :

Docteur : Structure : PST 66

Adresse : Tél. :

Au terme de cet examen, vous porterez votre avis sur le formulaire réservé à cet effet « Avis du médecin agréé ». Dans le cas d'un avis défavorable au Temps Partiel pour raison Thérapeutique, merci de bien vouloir joindre un rapport médical **SOUS PLI CONFIDENTIEL**.

Vos honoraires sont pris en charge par l'administration, merci de transmettre votre note d'honoraire accompagnée d'un Relevé d'Identité Bancaire.

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

Signature + date

④ Document médecin agréé

Avis du médecin agréé Demande de Temps Partiel pour raison Thérapeutique

Je soussigné(e),

Docteur :

Médecin agréé,

Adresse :

Téléphone :

Certifie avoir examiné :

Madame/Monsieur

Nom :

Prénom :

Grade :

Titulaire CNRACL +28/35^{ème} Titulaire régime général -28/35^{ème} contractuel de droit public

Employeur(s) :

Et émet l'avis suivant :

FAVORABLE

Nécessite :

un octroi du Temps Partiel pour raison Thérapeutique

OU

un renouvellement du Temps Partiel pour raison Thérapeutique

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

Durée : 1 mois 2 mois 3 mois

À compter du :

Modalités d'exercice (restrictions, aménagement de poste) (préciser les périodes travaillées et non travaillées) :

.....

.....

.....

Justification du Temps Partiel pour raison Thérapeutique :

le Temps Partiel pour raison Thérapeutique est reconnu 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

DEFAVORABLE Dans ce cas, merci de bien vouloir joindre un rapport médical détaillé SOUS PLI CONFIDENTIEL.

A, le

Signature + cachet

