

**MODELE d'ARRETE PLACANT UN FONCTIONNAIRE  
A TEMPS PARTIEL POUR RAISON THERAPEUTIQUE ( 1 mois à 3 mois) fonctionnaire CNRACL**

Le Maire (ou Le président) de .....

Vu le code général de la fonction publique ;

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

*(À mentionner si l'agent est à temps non complet)* Vu le décret n° 91-298 du 20.03.91 modifié portant dispositions statutaires applicables aux fonctionnaires territoriaux nommés dans des emplois permanents à temps non complet,

*(A mentionner si l'agent est stagiaire)* Vu le décret n°92-1194 du 4 novembre 1992 fixant les dispositions applicables aux fonctionnaires stagiaires de la fonction publique territoriale,

Considérant que M..... est titulaire du grade de ..... (à préciser) à temps complet,

(Eventuellement) Considérant que M..... a été placé en congé de maladie ordinaire (ou congé de longue maladie, longue durée ou pour CITIS),

Considérant que le fonctionnaire 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,

Vu la demande d'autorisation de travail à temps partiel pour raison thérapeutique présentée par M..... accompagnée d'un certificat médical indiquant la quotité de temps de travail, la durée et les modalités d'exercice des fonctions à temps partiel pour raison thérapeutique prescrites,

(Eventuellement) Vu l'avis du médecin agréé,

(Eventuellement) Vu l'avis du conseil médical,

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 :** M..... (grade) ..... est autorisé à reprendre ses fonctions ( ou est placé) à temps partiel pour raison thérapeutique à compter du ..... pour une durée de ..... (1 mois à 3 mois).

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'agent effectuera son service à.....% et percevra l'intégralité de son traitement afférent au .....<sup>ème</sup> échelon de son grade, indice brut ..... ainsi que l'intégralité de l'indemnité de résidence et du supplément familial.

**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 présent arrêté sera :

- notifié à l'agent - 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 2 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](http://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**

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<sup>ème</sup>  Titulaire régime général -28/35<sup>ème</sup>  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<sup>ème</sup>  Titulaire régime général -28/35<sup>ème</sup>  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<sup>ème</sup>), 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

**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<sup>ème</sup>  Titulaire régime général -28/35<sup>ème</sup>  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