

## LE TEMPS PARTIEL POUR RAISON THÉRAPEUTIQUE (TPT)



**Formation compétente**  
Formation restreinte



**Agents concernés**

- Stagiaires affiliés au régime général IRCANTEC / au régime spécial CNRACL
- Titulaires affiliés au régime général IRCANTEC / au régime spécial CNRACL

### Dans quel cas saisir le conseil médical départemental ?

La **contestation** d'un avis médical rendu par un médecin agréé concernant une autorisation de servir à temps partiel pour raison thérapeutique

#### RAPPEL

**Article 13-2 du décret n°87-602 du 30 juillet 1987 :**

L'autorisation prend effet à la date de la réception de la demande par l'autorité territoriale, sous réserve des dispositions de l'article 5<sup>1</sup>

**Article 13-3 du décret n°87-602 du 30 juillet 1987 :**

L'autorité territoriale peut faire procéder **à tout moment** par un médecin agréé à l'examen du fonctionnaire intéressé.

**Article 13-4 du décret n°87-602 du 30 juillet 1987 :**

Lorsque le fonctionnaire demande la prolongation de l'autorisation d'accomplir un service à temps partiel pour raison thérapeutique **au-delà d'une période totale de trois mois**, l'autorité territoriale fait procéder sans délai par un médecin agréé à l'examen de l'intéressé.



**Lorsque l'avis du conseil médical départemental est obligatoire  
préalablement à la reprise des fonctions,  
c'est le secrétariat de l'instance qui évalue la nécessité de mener  
une expertise médicale préalablement à l'examen du dossier en séance.**  
(consulter la fiche n°12 relative à l'aptitude à l'exercice des fonctions)

N'hésitez pas à consulter régulièrement cette fiche  
qui est susceptible de faire l'objet de mises à jour.

<sup>1</sup> Date d'effet reportée en cas de saisine du conseil médical départemental



## Les pièces à transmettre :

	obligatoire	facultative
<ul style="list-style-type: none"><li>Le <b>formulaire de saisine</b></li></ul>	✓	
<ul style="list-style-type: none"><li>Une copie de la <b>demande écrite de l'agent</b> ou de son représentant légal de servir à temps partiel pour raison thérapeutique</li></ul>	✓	
<ul style="list-style-type: none"><li>Une copie du <b>certificat médical</b> du médecin traitant et/ou spécialiste qui suit l'agent, attestant que son état de santé justifie un temps partiel pour raison thérapeutique</li></ul>	✓	
<ul style="list-style-type: none"><li>Un pli confidentiel contenant une copie des <b>pièces médicales</b> en rapport avec l'affection en cause (comptes-rendus opératoires, radiologiques, avis spécialisés, protocoles de soins...) <b>et/ou administratives</b> que l'agent souhaite transmettre à l'appui du dossier</li></ul>		✓
<ul style="list-style-type: none"><li>Un pli confidentiel contenant une copie des <b>documents établis par le médecin agréé dont l'avis est contesté</b></li></ul>	✓	
<ul style="list-style-type: none"><li>Un pli confidentiel contenant une copie des <b>documents établis par un médecin agréé</b> (si la collectivité a sollicité l'avis d'un tel médecin à d'autres occasions)</li></ul>	✓	
<ul style="list-style-type: none"><li>Un pli confidentiel contenant une copie des <b>documents rédigés par le médecin du travail</b> (si la collectivité a sollicité l'avis d'un tel médecin)</li></ul>	✓	
<b>Si la contestation émane de l'agent concerné :</b>		
<ul style="list-style-type: none"><li>Une copie de la <b>demande écrite de l'agent</b> ou de son représentant légal indiquant expressément qu'il sollicite la contestation d'un avis médical rendu par un médecin agréé devant le conseil médical départemental</li></ul>	✓	
<b>Si les fonctions exercées sont substantiellement modifiées dans le cadre du temps partiel pour raison thérapeutique :</b>		
<ul style="list-style-type: none"><li>Une copie de la <b>fiche descriptive du poste proposé</b> dans le cadre du temps partiel pour raison thérapeutique</li></ul>	✓	