



MINISTÈRE
DE L'ÉDUCATION

P O L Y N E S I E F R A N Ç A I S E

DIRECTION GÉNÉRALE DE L'ÉDUCATION
ET DES ENSEIGNEMENTS

Le Directeur général

N° 43088 /MEE/DGEE/DRHM/BRH/PRH2/hd

PIRAE, le

26 SEP. 2023

Affaire suivie par :
Hinari DEVENDEVILLE
Tél. (689) 40 470 539
E-mail. : hinarii.devendeville@education.pf

à

Mesdames et Messieurs les chefs d'établissements
Mesdames et Messieurs les inspectrices(teurs) de l'éducation nationale
Madame la directrice du Centre d'Information et d'Orientation
Madame la directrice du GREPFOC
Mesdames et Messieurs les chefs de département de la DGEE

Objet : Procédure liée au temps partiel thérapeutique (TPT)

Réf. : - Vie professionnelle et situation personnelle – Temps partiel thérapeutique issue du bulletin officiel de l'éducation nationale
- Décret n° 86-442 du 14 mars 1986 modifié

Le temps partiel thérapeutique est un dispositif d'organisation du temps de travail qui peut être accordé aux agents lorsque la reprise de fonction à temps partiel suite à un congé long favoriserait l'amélioration de leur état de santé ou lorsqu'ils font l'objet d'une rééducation ou d'une réadaptation professionnelle compatible avec leur état de santé.

Selon le bulletin officiel de l'éducation nationale, ce dispositif peut être autorisé lorsque l'agent a été placé au préalable en :

- Congé de maladie ordinaire de six mois consécutifs pour la même affection (CMO)
- Congé longue maladie (CLM)
- Congé longue durée (CLD)
- Congé pour accident de service ou maladie professionnelle (CITIS)

Le temps partiel thérapeutique est accordé pour une durée d'un à trois mois dans la limite d'un an pour une même affection ou pour une durée de 6 mois renouvelable une fois pour accident de service ou maladie professionnelle. Ce dispositif peut être pris en continu ou en discontinu.

La durée et la quotité de travail fixées à 50%, 60%, 70%, 80% ou 90% sont déterminées initialement par le médecin traitant de l'agent puis par le médecin agréé lors des demandes de renouvellement.

A cet effet, une demande de temps partiel thérapeutique pourra être sollicitée si l'agent a été placé en amont en congé long susmentionné. Le cas échéant, ladite demande sera expressément refusée par l'administration.

Par conséquent, l'administration se réserve un délai d'un mois pour donner suite aux demandes.

Je vous remercie de bien vouloir appliquer et respecter la procédure mise en place par la Direction générale de l'éducation et des enseignements et d'en informer les agents concernés.

Copie(s) :

MEE 1
DGEE 1
PRH 1 et 2
Médecine
préventive 1



Pour le Ministre et par délégation

Eric TOURNIER



MINISTÈRE
DE L'ÉDUCATION

DIRECTION GÉNÉRALE DE L'ÉDUCATION
ET DES ENSEIGNEMENTS

DEMANDE DE TEMPS PARTIEL THÉRAPEUTIQUE
Loi 84-16 du 11 janvier 1984 modifiée – Loi 84-53 du 26 janvier 1984 modifiée – Loi 86-33 du 09 janvier 86 – Circulaire B9/07-177
du 01 juin 2007 abrogée – Circulaire du 15 mai 2018

1. Partie à remplir par le fonctionnaire

Je soussigné(e),

Nom d'épouse		N° sécurité sociale	
Nom de jeune fille		Prénom(s)	
Corps		Grade	
Affectation			
Adresse personnelle			
Code postal		Ville	

demande un temps partiel thérapeutique à :% à compter du :
..... selon les modalités suivantes (préciser
les périodes travaillées et non travaillées) :

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

Cette demande est

une première demande

un renouvellement

Fait à, le

Signature

2. 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 4 mois 5 mois 6 mois

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

B.P. 20673, 98713 Papeete – TAHITI, Polynésie française – Rue Tuterai Tane, (route de l'hippodrome) – Pirae
Tél. : (689) 40 47 05 00 – Fax. : (689) 40 42 40 39 – Email : courrier@education.pf – <http://www.education.pf>

Justification 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

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

Fait à, le

Signature + 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

3. Avis du médecin agréé

Je soussigné(e), docteur, médecin agréé certifie que l'état de santé de Nom Prénom(s)

Avis favorable

Nécessite un travail à temps partiel thérapeutique à :%

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

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

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

1 mois 2 mois 3 mois 4 mois 5 mois 6 mois

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

Justification 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

OU

le fonctionnaire doit faire l'objet d'une rééducation ou d'un réadaptation professionnelle pour retrouver un emploi compatible avec son état de santé

Dans l'hypothèse où l'agent a déjà bénéficié de périodes de travail à temps partiel thérapeutique, préciser si la présente demande est effectuée au titre de la même affectation :

Périodes précédemment accordées (cases à compléter par l'employeur)	Demande en cours (cases à cocher par le médecin agréé)	
du au	affectation identique <input type="checkbox"/>	affectation différente <input type="checkbox"/>
du au	affectation identique <input type="checkbox"/>	affectation différente <input type="checkbox"/>
du au	affectation identique <input type="checkbox"/>	affectation différente <input type="checkbox"/>

Avis défavorable

Emet un avis non concordant avec l'avis du médecin traitant, selon conclusions médicales jointes sous pli confidentiel.

Fait à, le
Signature