

Amiens, le 13 janvier 2016



MINISTÈRE  
DE L'ÉDUCATION NATIONALE,  
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR  
ET DE LA RECHERCHE

**LE RECTEUR DE L'ACADEMIE D'AMIENS**  
**Chancelier des Universités**

à

Messieurs les Présidents d'Université  
Messieurs les Inspecteurs Académiques - Directeurs  
Académiques des Services de l'Éducation Nationale de l'Aisne,  
de l'Oise et de la Somme  
Monsieur le Délégué régional à l'ONISEP  
Monsieur le Directeur du CROUS  
Monsieur le Directeur de CANOPE  
Madame la Directrice régionale de la jeunesse, des sports et de  
la cohésion sociale (DRJSCS)  
Madame la Directrice et Messieurs les Directeurs  
départementaux de la cohésion sociale de l'Aisne, de la Somme  
et de l'Oise  
Mesdames et Messieurs les Directeurs des instituts du CNED  
Mesdames et Messieurs les chefs d'établissement (EPLÉ)  
Mesdames et Messieurs les Directeurs de CIO  
Mesdames et Messieurs les conseillers techniques et chargés  
de mission  
Mesdames et Messieurs les délégués académiques  
Mesdames et Messieurs les chefs de division

**Rectorat**

**Direction des Ressources  
Humaines**

Dossier suivi par :  
Serge PENNAGUER  
Correspondant RH des  
dispositifs d'accompagnement  
médical

☎ 03 22 82 69 50  
☎ 03 22 92 82 12  
✉ [serge.pennaquer@ac-amiens.fr](mailto:serge.pennaquer@ac-amiens.fr)

**Médecine de prévention**

AISNE  
Dr Monique VILLETTE  
☎ 03 23 26 20 37

OISE  
Dr Jean-Pierre PORCHER  
☎ 03 44 06 45 85

SOMME  
Dr Véronique PODVIN  
☎ 03 22 82 37 56

20, boulevard  
d'Alsace-Lorraine  
80063 Amiens cedex 9

Horaires d'ouverture :  
du lundi au vendredi,  
de 8h00 à 18h00

**Objet** : Allègement de service pour raisons de santé pour les personnels enseignants titulaires et assimilés du second degré public - Année scolaire 2016-2017

**Pièce jointe** : Imprimé de demande d'allègement de service

**Références** :- Décret n°2007-632 du 27 avril 2007 relatif à l'adaptation du poste de travail de certains personnels enseignants, d'éducation et d'orientation  
- Circulaire ministérielle n°2007-106 du 9 mai 2007 (BOEN n°20 du 17 mai 2007) relative au dispositif d'accompagnement des personnels enseignants, d'éducation et d'orientation confrontés à des difficultés de santé

Dans le cadre juridique ci-dessus référencé, la présente circulaire a pour objet de vous présenter les modalités de mise en oeuvre du dispositif d'allègement de service pour raisons de santé, au titre de l'année scolaire 2016-2017.

**I. Bénéficiaires du dispositif**

L'allègement de service constitue une modalité d'adaptation du poste de travail, ouverte aux personnels enseignants, d'éducation et d'orientation titulaires. Ce **dispositif exceptionnel** tend à permettre de concilier l'état de santé du demandeur, qui continue à percevoir l'intégralité de son traitement, avec les exigences de la continuité du service, par un aménagement du rythme et des conditions de travail. Il s'agit, par exemple, de permettre aux personnels suivant un traitement lourd de poursuivre leur activité professionnelle ou de faciliter une reprise d'activité après une affectation sur poste adapté.

**II. Quotité de l'allègement**

Conformément aux dispositions du décret cité en référence, l'allègement de service ne peut être envisagé que dans la limite maximale du **tiers** des obligations réglementaires de service de l'agent. Il porte obligatoirement sur un nombre entier d'heures hebdomadaires.

Il peut être accordé à un agent exerçant à temps partiel mais ne saurait se cumuler avec le temps partiel thérapeutique.

Il est attribué pour une durée maximale d'une année scolaire, sans garantie de reconduction automatique. Son renouvellement peut donner lieu à une quotité dégressive, afin que l'agent revienne progressivement vers un service complet.

2/2

### **III. Instruction des demandes**

Les demandes, y compris celles de renouvellement, sont à formuler sur l'imprimé prévu à cet effet et doivent être transmises avant le **1<sup>er</sup> mars 2016**, à l'adresse suivante :

Rectorat d'Amiens  
DRH - M. Serge PENNAGUER  
20, boulevard d'Alsace-Lorraine  
80 063 AMIENS CEDEX 9

Chaque candidature, adressée sous couvert du chef d'établissement/de service, doit être obligatoirement accompagnée :

- d'un certificat médical détaillé sous pli confidentiel à destination du médecin de prévention,
- pour les personnels concernés, de la notification de la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé ou de la décision du bénéfice de l'obligation d'emploi délivrée par la Maison Départementale des Personnes Handicapés,

permettant au médecin de prévention d'apprécier la demande dans toutes ses dimensions.

L'avis du médecin de prévention est requis par la DRH et donne lieu à l'examen individualisé de la situation particulière de chaque demandeur.

### **IV. Décision d'allègement**

Les décisions d'attribution d'allègement de service sont prises par le Recteur suite à une commission. Les avis du médecin de prévention et du supérieur hiérarchique sont recueillis. Les décisions sont notifiées par voie hiérarchique.

Je vous rappelle que les bénéficiaires d'un allègement de service ne peuvent se voir attribuer des HSE/HSA, ni bénéficier d'une autorisation de cumul d'activités.

La présente circulaire est consultable et téléchargeable sur le site Internet de l'académie d'Amiens, à l'adresse suivante : <http://www.ac-amiens.fr> (rubrique Accueil > Espace pro > Les ressources humaines > L'accompagnement des parcours professionnels > La mobilité professionnelle).

Les différents acteurs chargés de cette opération (corps médicaux et correspondant RH) se tiennent à l'entière disposition des personnels pour leur communiquer tous renseignements complémentaires utiles.

Pour le Recteur et par délégation  
Le Secrétaire Général d'Académie



Grégory CHEVILLON

**DEMANDE D'ALLEGEMENT DE SERVICE POUR RAISONS DE SANTE**  
**des personnels enseignants titulaires et assimilés**  
**du second degré public**  
**Année scolaire 2016-2017**

DRH

*Imprimé à retourner au Rectorat, à la DRH, **avant le 1<sup>er</sup> mars 2016**\**

**1<sup>ère</sup> demande**

**Renouvellement**

Je soussigné(e),

Prénom, NOM : .....

Né(e) le : ..... / ..... / 19 .....

Corps : ..... Discipline : .....

Etablissement d'exercice : .....

Ville : .....

À titre définitif

Titulaire sur zone de remplacement

À temps plein

À temps partiel - quotité : ..... %

En cas de renouvellement, nombre d'heures d'allègement de service accordé pour **2015-2016** :

1

2

3

4

5

6

7

8

Êtes-vous reconnu(e) travailleur handicapé ?  oui  non

*(Si oui, joindre une copie de l'attestation transmise par la MDPH)*

Demande en cours ?  oui  non

Quotité de travail prévue pour **2016-2017** :

Temps plein

Temps partiel - Quotité demandée : ..... %

Nombre d'heures d'allègement de service souhaité pour **2016-2017** :

1

2

3

4

5

6

7

8

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur le présent formulaire.

À ....., le ..... / ..... / 20 .....

Signature

Avis du chef d'établissement/de service

Avis du médecin de prévention  
*(après réception de la demande)*