



direction des services  
départementaux  
de l'éducation nationale  
Oise



Division de la gestion des personnels

Bureau DGP1  
Jane-Florentine RICHARD  
Tél. 03.44.06.45.82  
Mél. : [ce.dgp60-adj1@ac-amiens.fr](mailto:ce.dgp60-adj1@ac-amiens.fr)

Dossier suivi par :  
Nicolas COUTON

Réf. : NC - 2019-2020

Tél : 03.44.06.45.39  
Fax : 03.44.48.67.25  
Mél : [ce.dgp1collective@ac-amiens.fr](mailto:ce.dgp1collective@ac-amiens.fr)

22, avenue Victor Hugo  
60025 BEAUVAIS CEDEX

Horaires d'accueil du public  
et d'accueil téléphonique :  
- du lundi au vendredi :  
de 8h30 à 12h30 et  
de 13h30 à 17h30

Beauvais, le 28 février 2019

L'Inspecteur d'académie  
Directeur Académique des Services de  
l'Éducation Nationale de l'Oise

à

Mesdames et Messieurs des directeurs  
d'écoles

s/c de Mesdames et Messieurs les Inspecteurs  
de l'Education nationale

s/c de Mesdames et Messieurs les Chefs  
d'établissement comportant une SEGPA

**Objet : Allègement de service pour raisons de santé pour les personnels enseignants du 1<sup>er</sup> degré public - Année scolaire 2019-2020.**

**Réf. : Articles R.911-12 à R.911-18 du code de l'Education.**

**Annexe : Formulaire de demande d'allègement de service pour raison de santé.**

J'ai l'honneur de porter à votre connaissance les dispositions réglementaires ci-dessus référencées, qui prévoient la possibilité pour certains personnels de solliciter un aménagement de leur poste de travail au titre de l'année scolaire 2019-2020.

Je vous saurais gré de bien vouloir assurer la meilleure diffusion de la présente circulaire auprès de l'ensemble des personnels de votre établissement.

Il vous appartient également de transmettre celle-ci aux personnels placés en congé de maladie et de longue maladie. Mes services transmettront la présente circulaire aux personnels placés en congé de longue durée et en disponibilité d'office pour raisons de santé.

## **I - BENEFICIAIRES DU DISPOSITIF**

Les dispositions du code de l'éducation citées en références offrent la possibilité aux personnels enseignants, d'éducation et d'orientation titulaires confrontés à une altération de leur état de santé de solliciter un aménagement de leur poste de travail. L'allègement de service constitue une modalité d'adaptation du poste de travail.

Ce dispositif **exceptionnel et temporaire** tend à permettre de concilier l'état de santé du demandeur (qui continue à percevoir l'intégralité de 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 - QUOTITE DE L'ALLEGEMENT

Conformément à la réglementation citée en référence, l'allègement de service ne peut être envisagé que dans la limite maximale du **tiers** des obligations réglementaires de service. Il peut être accordé à un agent à temps partiel mais ne saurait se cumuler avec le temps partiel thérapeutique.

La durée de service consécutive au bénéfice d'un allègement de service, doit correspondre à un nombre entier de demi-journées hebdomadaires. A titre d'exemple un enseignant dans une école maternelle ou élémentaire bénéficiant d'un allègement de service d'un quart accomplira un service hebdomadaire de 6 demi-journées travaillées.

Il est attribué pour une durée maximale **d'une année scolaire, sans garantie de reconduction**. L'allègement de service, qui correspond à un accompagnement limité dans le temps, ne peut être envisagé comme une compensation d'un handicap pérenne. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle il est attribué au titre d'une année scolaire et n'est pas reconduit de manière automatique, et, s'il l'est, c'est généralement de manière dégressive.

Si la possession de la RQTH peut être prise en compte dans certains cas, elle ne donne cependant pas droit à un accès systématique et définitif au dispositif.

## III - DECISION D'ALLEGEMENT

Les décisions d'allègement de service seront prises après avis du médecin de prévention et consultation de la commission administrative paritaire départementale puis seront notifiées par la voie hiérarchique.

## IV - ACHEMINEMENT DES DEMANDES

Les personnels devront adresser leur demande, y compris celle de renouvellement, par la voie hiérarchique sur le formulaire en annexe de cette circulaire, accompagné d'un certificat médical sous pli confidentiel et, pour les personnels concernés, de la notification de la reconnaissance de travailleur handicapé à l'adresse suivante :

**Direction des Services Départementaux de l'Éducation Nationale de l'Oise  
Division de la Gestion du Personnel 1 - porte 115  
22, avenue Victor Hugo  
60025 Beauvais Cedex**

**Pour le 25 mars 2019 délai de rigueur**



Jacky CREPIN

**DEMANDE D'ALLÈGEMENT DE SERVICE POUR RAISONS DE SANTÉ  
des personnels enseignants titulaires et assimilés du premier degré  
public**

Imprimé à retourner à

**Direction des services départementaux de l'éducation nationale de l'Oise  
DGP 1 - porte 115  
Mèl : ce.dgp1collective@ac-amiens.fr  
22, avenue Victor Hugo 60025 BEAUVAIS Cedex  
avant le 25 mars 2019**

1<sup>ère</sup> demande

Renouvellement

Je soussigné(e),

Nom, prénom : .....

Né(e) le : ..... / ..... / .....

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

Établissement d'exercice : .....

Ville : .....

À titre définitif

À temps plein

À temps partiel – quotité : ..... %

En cas de renouvellement, nombre de ½ journées d'allègement de service accordé pour **2018-2019**:

1

2

3

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 **2019-2020** :

Temps plein

Temps partiel – Quotité demandée : ..... %

Nombre de ½ journées d'allègement de service souhaité pour **2019-2020** :

1

2

3

Je joins au présent imprimé un certificat médical sous pli confidentiel  (cocher)

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur le présent formulaire et reconnais avoir pris connaissance des modalités d'attribution des allègements de service.

À ....., le ..... / ..... / .....  
Signature

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