



**ACADÉMIE
DE RENNES**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Rectorat

Rennes, le 13 février 2024

NOTE

Service Médical Académique

T 02 23 21 73 53
ce.sma@ac-rennes.fr

96 rue d'Antrain - CS 10503
35705 RENNES Cedex 7

Dossier de demande de priorité au titre du handicap
dans le cadre du
Mouvement National à Gestion Déconcentrée
des personnels enseignants du second degré public,
des personnels d'éducation et des psychologues de
l'éducation nationale
Phase Intra-Académique – Rentrée 2024

Dans le cadre de la participation au mouvement intra-académique, les personnels enseignants et d'éducation et les psychologues de l'éducation nationale peuvent solliciter une majoration de barème au titre du handicap.

Ci-après la liste des documents et informations à communiquer au service médical académique pour constitution du dossier à cet effet

Personnels concernés par la présente bonification au titre du handicap :

Peuvent prétendre à une priorité de mutation au titre du handicap les bénéficiaires de l'obligation d'emploi prévue par la loi du 11 février 2005 portant sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

Pour être recevable, la situation doit répondre à la définition du handicap telle que prévue à l'article 2 de la loi précitée.

« Constitue un handicap toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie par une personne dans son environnement en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de la santé invalidant ».

Types de bonifications au titre du handicap :

Bonification automatique

Chaque candidat ou candidate bénéficiaire de l'obligation d'emploi (BOE) se voit attribuer, une bonification automatique de 100 points sur chaque vœu émis, dès lors qu'il transmet à son service de gestion, avec la confirmation de demande de mutation, une RQTH ou un justificatif équivalent. Conformément à la note de service ministérielle DGRH B2-2 parue au BO spécial n° 6 du 28 octobre 2021 et de la note de service ministérielle MENH2228652N du 20 octobre 2022.

Bonification exceptionnelle

Sans cumul avec la précédente, une bonification spécifique de 1000 points peut être attribuée par le Recteur aux agents la sollicitant au titre du handicap ou de la maladie grave dans le cas où la mutation améliorerait sensiblement les conditions de vie et d'exercice de l'agent. Dans ce cas il convient de constituer un dossier médical à transmettre au Service Médical Académique pour évaluation des pathologies et des besoins spécifiques de l'agent par un médecin de l'Académie.

Qui doit être concerné par le handicap ou la maladie grave ?

L'agent peut soumettre un dossier concernant :

- Sa propre situation de santé
- La situation de santé de son conjoint ou conjointe
- La situation de santé d'un enfant à charge (moins de 20 ans au 31 août 2024).

Situation de santé de l'enseignant lui même	Situation de santé du conjoint	Situation de santé d'un enfant à charge (moins de 20 ans au 31 août 2024).
-titulaire -stagiaire -être bénéficiaire de l'obligation d'emploi, notamment au titre d'une reconnaissance en qualité de travailleur handicapé (RQTH) ou en tant que titulaire d'une pension d'invalidité	- être bénéficiaire de l'obligation d'emploi, notamment au titre d'une reconnaissance en qualité de travailleur handicapé (RQTH) ou en tant que titulaire d'une pension d'invalidité	- handicap faisant l'objet d'un suivi par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) - s'agissant d'un enfant non connu en MDPH : existence d'une pathologie de gravité exceptionnelle nécessitant des soins spécifiques, notamment en milieu hospitalier spécialisé

Ne relèvent pas de la majoration de barème : les situations de santé concernant les ascendants ou des collatéraux

Demander la bonification de 1000 points au titre du handicap

L'**objectif** de cette bonification de 1000 points est **d'améliorer les conditions de vie** de l'agent au regard de la situation de santé pathologique. Ainsi la mutation demandée est un incontestable moyen **d'optimiser de façon objective et spécifique la compensation du désavantage lié au handicap**, notamment en raison de conditions nouvelles qui ne seraient pas réunies dans la précédente affectation.

L'obtention de l'affectation demandée est une alternative à la remise en cause du maintien en activité professionnelle.

Procédure :

1. L'agent transmet un dossier médical au Service Médical Académique
2. Le médecin conseiller technique du Recteur émettra un avis auprès du Recteur au vu du dossier médical transmis par l'agent au regard des critères strictement médicaux arrêtés dans le cadre de la politique de gestion des ressources humaines.
3. Le Recteur après avoir pris connaissance de l'avis du médecin conseiller technique attribue la bonification conformément aux orientations exposées dans la circulaire DGRH N°2021 n°2016-0077.

Constituer son dossier :

Dates limites de dépôt :

Votre dossier complet doit parvenir au Service Médical de Académique au plus tard:

- Pour les candidats actuellement affectés dans l'académie (à titre définitif) : le **jeudi 29 février 2024**
- Pour les candidats ayant obtenu leur mutation dans l'académie de Rennes à la rentrée scolaire, entrants dans l'académie : le mercredi 27 mars 2024

Les situations des candidats au mouvement sont étudiées sur dossier exclusivement :

Tout dossier incomplet ou insuffisamment renseigné ne pourra être instruit.

Composition du dossier : Pièces à transmettre

1. **Formulaire** relatif à une demande d'attribution de la bonification au titre du handicap ou d'une situation médicale grave – Disponible **page 4**
2. Courrier type « **lettre de motivation** » expliquant les raisons de la demande et des vœux formulés. **NB** : Si vous avez déjà constitué un dossier une année précédente ou bien si vous avez été suivi par la médecine des personnels de l'Académie de Rennes, merci de le préciser à ce niveau
3. Eléments constitutifs de la **situation de santé** tel que suit :

Situation de santé de l'enseignant lui même	Situation de santé du conjoint	Situation de santé d'un enfant à charge (moins de 20 ans au 31 août 2024).
- copie de la RQTH (reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé) en cours de validité ou copie de la reconnaissance d'invalidité, telles que délivrées par la Maison Départementale des Personnes Handicapées.	- copie de la RQTH (reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé) en cours de validité ou copie de la reconnaissance d'invalidité, telles que délivrées par la Maison Départementale des Personnes Handicapées	- copie de la notification par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées relative à l'allocation d'éducation spéciale et au taux d'incapacité – attestation de l'orientation pour une scolarisation adaptée en milieu ordinaire ou en établissement spécialisé selon les cas. - attestation de soins spécifiques ou suivi médical

4 Pièces médicales :

Un bilan de situation détaillé et récent (moins de 6 mois), effectué par le médecin généraliste ou par le médecin spécialiste concerné (nature et histoire de la pathologie, traitements suivis et/ou en cours, perspectives évolutives, retentissement professionnel tel que arrêts de travail pour congé de maladie au cours des 3 dernières années, éventuellement : reconnaissance d'aidant familial).


Il y sera joint photocopie de toutes pièces utiles (bulletin d'hospitalisation, compte-rendu opératoire, interprétation d'imagerie médicale, bilan biologique, prise en charge rééducative, etc.)

Transmission du dossier :

Ce dossier sera mis sous enveloppe cachetée, à l'attention du médecin conseiller du recteur.

Le médecin conseiller du Recteur
Service Médical Académique
96 rue d'Antrain CS 10503 – 35705 Rennes Cedex 7
Tél : 02 23 21 73 53

NB : Il est préférable d'envoyer les pièces en version papier sous courrier postal. Nous vous recommandons d'utiliser le service « recommandé avec accusé de réception ».

	FORMULAIRE RELATIF À UNE DEMANDE D'ATTRIBUTION DE LA BONIFICATION AU TITRE DU HANDICAP OU D'UNE SITUATION MÉDICALE GRAVE	<input type="checkbox"/> AU TITRE DU HANDICAP (RQTH)
		<input type="checkbox"/> AU TITRE D'UNE SITUATION MÉDICALE GRAVE

Ce document, dûment complété, doit être adressé directement au médecin conseiller du Recteur pour le :

- Pour les candidats actuellement affectés dans l'académie (à titre définitif) : le **jeudi 29 février 2024**

- Pour les candidats ayant obtenu leur mutation dans l'académie de Rennes à la rentrée scolaire, entrants dans l'académie : le mercredi 27 mars 2024

à l'adresse suivante :

Le médecin conseiller du Recteur Service Médical Académique Rectorat de Rennes 96 rue d'Antrain – CS 10503 35705 RENNES cedex 7

Il doit être accompagné du dossier de majoration de barème au titre de la priorité « handicap » dont la composition est énumérée sur la note du service médical page 3.

Partie 1 : Identité et vœux

Identité :

Nom d'usage : Nom Patronymique :

Prénom :

Date de naissance : /_/_ /_/_ /_/_/_/

Adresse de résidence actuelle :

Ligne 1 :

Ligne 2 :

Code Postal : Ville :

Affectation actuelle

Corps / Discipline :

Situation actuelle : Titulaire Stagiaire TZR ATP

Nom de l'établissement :

Code Postal : Ville :

Souhaits et vœux :

Je souhaite :

- Changer de lieu de travail Me rapprocher de mon domicile Obtenir un poste fixe Intégrer l'Académie

Vœux :

Vœux 1 :

Vœux 2 :

Vœux 3 :

Sollicite la bonification au titre de la situation de santé :

Sa propre situation de santé

La situation de santé de son conjoint ou conjointe Nom : Prénom :

La situation d'un enfant à charge Nom : Prénom :
Date de naissance : /_/_ /_/_ /_/_/_/_

Partie 2 : Domicile

Cochez ou complétez les cases si après si elles vous concernent

Je vis seul(e)..... Oui Non

Je vis avec quelqu'un..... Oui Non

Je suis marié(e) / pacsé(e)..... Oui Non

J'ai un ou des enfant(s)..... Oui Non

Nombre d'enfant(s)..... /_/_

Nombre d'enfant(s) ayant une maladie grave ou RQTH..... /_/_

Je vis dans :

Une maison de plain-pied..... Oui Non

Une maison avec étage..... Oui Non

Un appartement..... Oui Non

Autre (préciser) :

J'ai accès à un ascenseur pour pouvoir accéder aux étages..... Oui Non

----- La partie ci-dessous est à compléter par la personne déposant le dossier : -----

Je dirais que ma qualité de vie est améliorée:

En vivant dans mon domicile actuel Oui Non

En vivant avec les occupants actuels de mon domicile..... Oui Non

Grâce aux équipements matériels de mon domicile..... Oui Non

Grâce à l'environnement social (amis, famille, voisins) de mon domicile..... Oui Non

Grâce à la taille de mon domicile (nombre de pièces, m2 total, jardins)..... Oui Non

Grâce à l'environnement urbain de mon domicile (transports, isolement ou non, verdure, accessibilité)..... Oui Non

A la maison je m'occupe de :

Des tâches ménagères (ménage, cuisine, ...) à..... /_/_/_/ %

Des tâches relatives à ou aux enfants (devoirs, école, soins, ...) à..... /_/_/_/ %

Je partage mes tâches..... Oui Non

Si Oui, avec qui ?.....

Je m'occupe seul de certaines taches : Oui Non

Si Oui, préciser :

-----*La partie ci-dessous est à compléter par la personne concernée par la situation de santé si elle est différente de la personne déposant le dossier*-----

Je dirais que ma qualité de vie est améliorée:

En vivant dans mon domicile actuel Oui Non

En vivant avec les occupants actuels de mon domicile..... Oui Non

Grâce aux équipements matériels de mon domicile..... Oui Non

Grâce à l'environnement social (amis, famille, voisins) de mon domicile..... Oui Non

Grâce à la taille de mon domicile (nombre de pièces, m2 total, jardins)..... Oui Non

Grâce à l'environnement urbain de mon domicile (transports, isolement ou non, verdure, accessibilité)..... Oui Non

A la maison je m'occupe de :

Des tâches ménagères (ménage, cuisine, ...) à..... /_/_/_/ %

Des tâches relatives à ou aux enfants (devoirs, école, soins, ...) à..... /_/_/_/ %

Je partage mes tâches..... Oui Non

Si Oui, avec qui ?.....

Je m'occupe seul de certaines taches : Oui Non

Si Oui, préciser :

Partie 3 : Lieu de Travail

Je me rends au travail seul par mes propres moyens..... Oui Non

Je me rends au travail à :

A pied..... Oui Non

A vélo..... Oui Non

En transports en commun..... Oui Non

En voiture..... Oui Non

Autre (préciser) :

Pour aller au travail, il me faut /_/_/_/ minutes

Pour rentrer du travail, il me faut..... /_/_/_/ minutes

J'ai un aménagement matériel de mon poste de travail..... Oui Non

J'ai tout le temps la même salle de classe..... Oui Non

Je change de salle de classe..... Oui Non

Je dois monter des escaliers..... Oui Non

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| Les conditions de travail actuelles me conviennent..... | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| L'équipement matériel disponible me convient..... | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| L'emploi du temps actuel me convient..... | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Le volume horaire actuel me convient..... | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| L'équipe de travail actuelle me convient..... | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Je bénéficie d'un aménagement de mon emploi du temps | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Je bénéficie d'un allègement de service..... | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Je bénéficie d'un temps partiel thérapeutique..... | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Je bénéficie d'un temps partiel de droit..... | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| J'ai été en arrêt de travail sur l'année scolaire 2023-2024...
Plus d'un mois..... | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| J'ai été en arrêt de travail sur l'année scolaire 2022-2023
Plus d'un mois..... | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

Partie 4 : Suivi Médical

NB: Pour cette partie, des justificatifs sont à joindre au dossier pour chaque réponse positive

La situation de santé pour laquelle le dossier médical est déposé a-t-elle les éléments suivants ?

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| Il y a une RQTH (en cours ou équivalent)..... | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Année d'obtention de la RQTH | / / / / / | |
| Année de début de la pathologie..... | / / / / / | |

La personne est suivie pour sa pathologie..... Oui Non

Par son médecin traitant..... Oui Non

- | | |
|--|---|
| Code postal..... | Ville : |
| <input type="checkbox"/> Au moins 1 fois par semaine | <input type="checkbox"/> Au moins 2 fois par mois |
| <input type="checkbox"/> Au moins 2 fois par trimestre | <input type="checkbox"/> Au moins 2 fois par semestre |
| <input type="checkbox"/> Au moins 1 fois par an | |

Par un médecin spécialiste..... Oui Non

- Spécialiste 1 (préciser la spécialité)
- | | |
|--|---|
| Code postal..... | Ville : |
| <input type="checkbox"/> Au moins 1 fois par semaine | <input type="checkbox"/> Au moins 2 fois par mois |
| <input type="checkbox"/> Au moins 2 fois par trimestre | <input type="checkbox"/> Au moins 2 fois par semestre |
| <input type="checkbox"/> Au moins 1 fois par an | |

- Spécialiste 2 (préciser la spécialité)
- | | |
|--|---|
| Code postal..... | Ville : |
| <input type="checkbox"/> Au moins 1 fois par semaine | <input type="checkbox"/> Au moins 2 fois par mois |
| <input type="checkbox"/> Au moins 2 fois par trimestre | <input type="checkbox"/> Au moins 2 fois par semestre |
| <input type="checkbox"/> Au moins 1 fois par an | |

- Spécialiste 3 (préciser la spécialité)
- | | |
|--|---|
| Code postal..... | Ville : |
| <input type="checkbox"/> Au moins 1 fois par semaine | <input type="checkbox"/> Au moins 2 fois par mois |
| <input type="checkbox"/> Au moins 2 fois par trimestre | <input type="checkbox"/> Au moins 2 fois par semestre |
| <input type="checkbox"/> Au moins 1 fois par an | |

Spécialiste 4 (préciser la spécialité)

Code postal.....

Ville :.....

Au moins 1 fois par semaine

Au moins 2 fois par mois

Au moins 2 fois par trimestre

Au moins 2 fois par semestre

Au moins 1 fois par an

Spécialiste 5 (préciser la spécialité)

Code postal.....

Ville :.....

Au moins 1 fois par semaine

Au moins 2 fois par mois

Au moins 2 fois par trimestre

Au moins 2 fois par semestre

Au moins 1 fois par an

Préconisations

A compléter par le médecin référent

Type de transport à privilégier :

Pied

Vélo

Voiture

Transport en commun

Temps de trajet maximum : /_/_/_/ minutes

Type d'aménagement recommandé :

Horaire :

.....

.....

Matériel :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Date :

Date :

Signature et cachet du médecin :

Signature de l'agent :