

**ANNEXE 2**

**Demande d’occupation**

**à titre thérapeutique (O.T.T)**

Mme 🞎 M. 🞎 NOM : …………….……………….…………

Date de naissance : …………… Grade : ……………………….

Prénom : …………………..………………

Discipline : …………………………..………

Établissement d’exercice : …………………………………………………………………………………………..…………

Adresse personnelle :

……………………………………………………………………………………………………..

Ville :

……………………………………………………………...

Code postal : …………………………………..

Tél. fixe : ……………..………. Mobile : ………………………...

Courriel : …………………………………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ⚫ Êtes-vous titulaire d’une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) ? | oui 🞎 | non | 🞎 |
|  |  |  |  |
| Si oui, date début : ……………………….. date fin : ……………………… | *(Joindre la copie)* |  |  |
| Avez-vous une demande en cours d’instruction auprès de la MDPH ?  (Maison Départementale des Personnes Handicapées) | oui 🞎 | non | 🞎 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Le supérieur hiérarchique | 🞎 | L’Assistant social des personnels | 🞎 |
| La Conseillère mobilité carrière ou | 🞎 | Le Médecin du travail | 🞎 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

⚫ Situation actuelle :

CLM 🞎 du ……………….. au ………………… ou CLD 🞎 du …………….. au ………….……..

⚫ Occupation initiée par :

L’agent 🞎

L’Adjoint à la Secrétaire générale - DRH 🞎 Le corps d’inspection 🞎

⚫Objectif(s) de l’occupation à titre thérapeutique :

Retour progressif aux fonctions d’origine 🞎

Reconversion professionnelle 🞎

Projet : …………………………..…………………………..……

…………………………..…………………………………...……

Le : …………………………………….

Signature de l’agent :

⚫Nature des activités confiées à l’agent : …………..……………………......................................................................................

…………………………………………………………………………………………….…………………………………..……

………………………………………………………………………………………………….……………………………..……

⮱Les tâches confiées impliquent-elles un travail avec des élèves ?

oui 🞎 non 🞎

⚫ Période concernée :

du ………………………… au

…………………………

Emploi du temps *(****Indiquez les horaires*** */ Rappel :* ***cette activité ne peut excéder un mi-temps****)*

Suivi assuré par : …………………………………………………..

Fonction : …………………………………………

NOM de l’agent : …………………………………………………………………………………………………….……………...

Nom de la structure d’accueil : ………………………………………………………………………………………………….….. Adresse : …………………………………………………………………………………………………………………….…… Téléphone : …………………………………………………… Courriel : ……………………….……….…………….……….

Nom du responsable : ………………………………………………………………………………………………………..………

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Lundi | Mardi | Mercredi | Jeudi | Vendredi |
| Matin |  |  |  |  |  |
| Après-midi |  |  |  |  |  |

Le : ………………… Le : …………………

Signature et cachet du responsable de la structure d’accueil Signature et cachet de l’IA-IPR de la discipline d’accueil

|  |
| --- |
| **Cadre réservé à l’administration** |
| **Avis du Médecin du travail :** ………………………………………………………………………………….…………….  …………………………………………………………………………………….………………………………………………...  ………………………………………………………………………………………………………………………………………  Le : …………………………… Signature et cachet : |
| **Avis de l’Adjoint à la Secrétaire générale en charge des ressources humaines, de l’accompagnement des carrières et des moyens :** ……………………………………………………………………………...…  …………….....………………………………………………………………………………………………………………………  O.T.T du………………………….………..…....….…….……… au …….…...…....……..………………….………..…………  Le : …………………………… Signature et cachet : |

**OCCUPATION À TITRE THÉRAPEUTIQUE (OTT) : NOTICE**

# Présentation du dispositif

L’occupation à titre thérapeutique est un dispositif réservé aux personnels en congé de longue maladie (CLM) ou en congé de longue durée (CLD) et dont l’état de santé ne justifie plus un maintien permanent à domicile.

Elle est soumise à validation du médecin de prévention. Elle peut être demandée à tout moment de l’année. Il s’agit d’une activité professionnelle bénévole, sans responsabilité, d’une durée ne pouvant excéder un mi-temps (selon la prescription médicale). Le contenu du travail et les conditions d’accueil sont définis par l’intéressé(e) et la structure d’accueil, puis notés sur le formulaire de demande d’OTT.

En fonction de l’évolution de l’état de santé de la personne et/ou du projet professionnel, le contenu et la durée de l’OTT pourront être modifiés, mais seulement avec l’accord du médecin de prévention et de la Direction des ressources humaines.

## A chaque prolongation du CLM ou CLD accordée par le Conseil médical départemental, une copie de l’arrêté de prolongation devra être obligatoirement envoyée au médecin du travail et au Secrétariat général en charge des ressources humaines, de l’accompagnement des carrières et des moyens qui reconduiront d’autant l’OTT.

1. **Objectifs de l’OTT**

- Sortir de la maladie et rompre l’isolement.

- Permettre un retour progressif aux fonctions d’origine.

- Reprendre progressivement une activité professionnelle en dehors des contraintes d’une situation de responsabilité.

- Découvrir, tester, se former dans une nouvelle activité professionnelle.

- Pouvoir suivre des formations ou des stages du Plan Académique de Formation après accord du Secrétariat général et de l’EAFC.

# Procédure :

- La recherche de la structure d’accueil doit être faite par l’intéressé(e), éventuellement accompagné(e) par la conseillère mobilité carrière. Une OTT peut être exercée dans toute structure relevant de l’éducation nationale (écoles, EPLE, CANOPÉ, services académiques, établissements d’enseignement supérieur, GRETA, CNED, etc.), au sein des associations agréées par l'éducation nationale, dans des structures de la fonction publique hors éducation nationale (avec mise en place d'une convention de mise à disposition).

- La première page du formulaire est à compléter et signer par l’intéressé(e).

## - La deuxième page doit être complétée et signée par le responsable de la structure d’accueil.

## - Ce formulaire doit être envoyé au médecin du travail à l’adresse suivante :

Direction des services départementaux de l'éducation nationale - bd Pugliesi Conti - BP 832 - 20192 AJACCIO CEDEX 4.

## - Il sera accompagné, sous pli cacheté, d’un certificat récent du médecin traitant ou spécialiste, précisant de manière détaillée la nature de la maladie et les difficultés ou l’incapacité qu’elle entraîne.

- Le médecin du travail, qui peut demander à recevoir l’intéressé(e), émet un avis et transmet le formulaire au Secrétariat général en charge des ressources humaines, de l’accompagnement des carrières et des moyens.

- Le Secrétariat général entérine l’avis du médecin du travail et transmet un exemplaire de la demande d’OTT à la structure d’accueil, ainsi qu’à l’intéressé(e) et son service de gestion, par courrier électronique.

**Si l’avis est favorable, l’occupation thérapeutique peut alors, et seulement alors, commencer.**

**ATTENTION : L’instruction de la demande d’OTT peut prendre 2 à 3 semaines à partir de sa réception par le médecin du travail, la date de début de l’OTT devra prendre en compte cet éventuel délai.**

# Qui contacter :

## - Le médecin du travail:

## Secrétariat : 04 95 51 59 45 (tous les matins) - Courriel : [medecin.prevention@ac-corse.fr](mailto:medecin.prevention@ac-corse.fr)

## - L’Adjoint à la Secrétaire générale en charge des ressources humaines, de l’accompagnement des carrières et des moyens :

Secrétariat : 04 95 50 33 59 - Courriel : [sgadjoints@ac-corse.fr](mailto:sgadjoints@ac-corse.fr)

## - La responsable académique de la GRH de proximité :

**Catherine Noiray-Vincenti–Rectorat de Corse–04 95 50 34 07–Courriel :** [Catherine.Noiray-Vincenti@ac-corse.fr](mailto:Catherine.Noiray-Vincenti@ac-corse.fr)