

CIRCULAIRE N° 2408

DATE 20/08/2008

<u>Circulaire</u>	Informative	Administrative	Projet
<u>Emetteur</u>	Direction générale de l'Enseignement Obligatoire		AGERS
<u>Destinataire</u>	Centres Psycho-médico-sociaux		
<u>Contact</u>	Guy BLIN	02.690.85.03	guy.blin@cfwb.be
<u>Document à renvoyer</u>	OUI		NON
<u>Date limite d'envoi</u>	OUI		
<u>Objet</u>	Circulaire de rentrée pour les Centres psycho-médico-sociaux organisés par la Communauté française		

Renvoi(s) :

Nombre de pages : - texte : 4 p - annexes : 16 p
duplicata : www.adm.cfw.be
Mots-clés : Rentrée - 2008-2009.

Destinataires: - Aux Directions des centres psycho-médico-sociaux organisés par la Communauté française,

Pour information:

- Aux Inspecteurs des centres P.M.S.
- Aux Vérificateurs des centres P.M.S.

Objet : Centres psycho-médico-sociaux organisés par la Communauté française - Circulaire de rentrée pour l'année scolaire 2008-2009.

- *Effectifs du personnel technique, des médecins, du personnel administratif et du personnel d'entretien.*
- *Horaire des prestations.*
- *Description du ressort.*
- *Liste des cabinets P.M.S.*

Je vous prie de faire parvenir à la Direction générale de l'enseignement obligatoire, pour le 13 octobre 2008 au plus tard, les tableaux ci-joints dûment complétés selon les instructions reprises ci-dessous.

Veillez à ne pas utiliser les tableaux des années antérieures: ceux-ci ont pu être modifiés, ce qui obligerait l'administration à vous les retourner. Tous les tableaux doivent être dactylographiés.

A. Effectifs du personnel technique, des médecins, du personnel administratif et du personnel d'entretien (tableaux 1a, 1b, 2, 3, 4, 5, 6 et 7)

Dispositions communes aux tableaux 1a, 1b, 2, 3 et 4.

(1) NOM ET PRENOM de l'agent

Pour le personnel féminin, le nom de jeune fille sera indiqué en premier lieu, suivi du prénom puis du nom d'épouse (ex: DUPONT Jeanne, épouse DURANT).

(2) AFFECTATION

Il y a lieu d'indiquer ici le centre ou le cabinet de consultation où le membre du personnel effectue les prestations dont la durée hebdomadaire est la plus importante.

(3) CHARGE

Lorsque la charge n'est pas égale à l'unité, elle sera exprimée en dixièmes.

(4) OBSERVATIONS

Dans cette colonne, il faut indiquer les raisons qui justifient l'absence d'un agent du centre P.M.S. pour une longue période (15 semaines au moins).

(5) CENTRE D'ORIGINE

A préciser uniquement lorsque l'intéressé est rappelé provisoirement à l'activité de service.

Dispositions particulières.

➤ Tableaux 1a et 1b. Personnel titulaire.

Dans la colonne "Fonction", préciser CPP, AS ou APM.

Tous les titulaires d'emplois sont repris, même s'ils sont absents du centre.

Les agents mis en disponibilité par défaut d'emploi dans leur centre d'origine et rappelés provisoirement à l'activité de service dans votre centre doivent être repris parmi le personnel remplaçant (tableau 2).

Les tableaux 1a et 1b doivent également être adressés, en copie, à Madame Samray, inspectrice coordinatrice des Centres PMS.

➤ Tableau 2. Personnel remplaçant.

Les agents qui sont appelés à remplacer un titulaire absent du service sont repris sur ce tableau.

Les agents mis en disponibilité par défaut d'emploi dans leur centre d'origine et rappelés provisoirement à l'activité de service dans votre centre doivent être repris sur ce tableau.

Au point "1.Dir" du tableau, il y a lieu d'indiquer le nom du conseiller appelé à l'exercice de fonctions supérieures en remplacement du directeur momentanément absent. Ce conseiller doit également être repris sous la rubrique "CPP" du cadre du personnel titulaire des emplois (tableau 1a).

Le tableau 2 doit également être adressé, en copie, à l'inspectrice coordinatrice.

➤ Tableau 3. Personnel technique en disponibilité.

Les agents mis en disponibilité par défaut d'emploi dans votre centre doivent figurer sur ce tableau, même s'ils sont rappelés provisoirement à l'activité de service dans un centre P.M.S. Il est bien entendu que s'ils sont réaffectés dans un centre, ils ne doivent plus figurer sur ce tableau.

➤ Tableau 4. Personnel technique hors cadre.

Mentionner ici le personnel qui ne figure sur aucun des tableaux 1a, 1b, 2 ou 3.

B. Horaire des prestations (tableau 8).

Les horaires de prestations doivent être conformes aux règles établies par la circulaire 98/09 du 10 mars 1998.

Pour les agents qui effectuent leurs prestations à temps partiel, vous voudrez bien préciser dans la colonne "observations" le régime des prestations hebdomadaires choisi.

C. Description du ressort (tableaux 9, 9bis, 10 et 11).

La description sera établie en complétant le tableau 9 ci-joint (description du ressort), selon les instructions figurant au tableau 9 bis.

Il convient également de fournir une attestation de population scolaire (tableau 10) pour chaque établissement figurant dans la description du ressort de votre centre, ainsi que, s'il y a lieu, une attestation de population scolaire (tableau 11) pour chaque implantation.

J'attire votre attention sur le fait que depuis l'année scolaire 2004-2005, les tableaux 9, 10 et 11 doivent mentionner les n° d'identification « FASE » attribués au centre P.M.S. et aux établissements scolaires.

D. Liste des cabinets P.M.S. (tableau 12).

Le tableau 12 doit être dûment complété par le nombre, l'adresse, le n° de téléphone ainsi que le cas échéant, le n° de fax et l'adresse courriel du centre et des cabinets de consultation.

Ces informations doivent permettre la mise à jour de la liste des centres et cabinets P.M.S.

ATTENTION: Veillez à préciser le coût annuel, hors examens médicaux, de chaque cabinet. Cette information est en effet utilisée lors du calcul de la dotation initiale du centre. Les cabinets pour lesquels aucun coût n'est renseigné seront considérés comme n'étant pas financièrement à charge du centre.

La Directrice générale

Lise-Anne HANSE

Tableau 1A : CADRE DU PERSONNEL TECHNIQUE TITULAIRE DES EMPLOIS (sauf C.E.F.A.)

(Loi du 1er avril 1960 relative aux centres P.M.S.)

--

Fonction (CPP,AS,APM)	Nom et prénom de l'agent (1)	Position administrative dans le centre	Centre d'origine (5)	Affectation (2)	Charge (3)	Observations (4)
1. Dir.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						
11.						
12.						
13.						

Total des charges
prévues au cadre :

--

Tableau 1B : CADRE DU PERSONNEL TECHNIQUE TITULAIRE POUR LE C.E.F.A.

Fonction (à préciser: CPP, AS, APM)	Nom et prénom de l'agent (1)	Position administrative précédant l'affectation au C.E.F.A.	Affectation (2)	Charge (3)	Observations (4)
1.					
2.					
3.					
4.					
Total :					

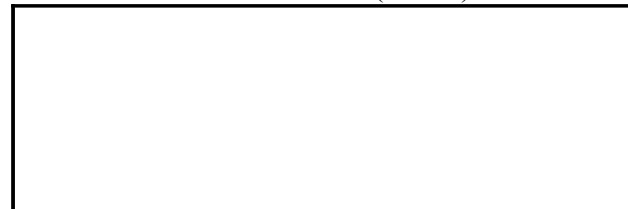


Tableau 2 : PERSONNEL TECHNIQUE REMPLACANT

Fonction (CPP, AS, APM)	Nom et prénom de l'agent (1)	Entrée en fonctions	Position administrative dans le centre	Centre d'origine (5)	Nom de la personne remplacée et motif du remplacement	Charge (3)	Observations (4)
1. Dir.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							

Total :

--

Tableau 3 : PERSONNEL TECHNIQUE MIS EN DISPONIBILITE



Fonction (à préciser: CPP, AS, APM)	Nom et prénom de l'agent (1)
1.	
2.	
3.	
4.	

Tableau 4 : PERSONNEL TECHNIQUE HORS CADRE

--

Fonction (à préciser: CPP, AS, APM)	Nom et prénom de l'agent (1)	Position administrative	Affectation (2)	Charge (3)	Observations (4)
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
Total :					

MEDECINS

du centre P.M.S. de la Communauté française à

NOM - PRENOM (*)	ADRESSE PRIVEE	CENTRE OU CABINET	DATE D'ENTREE EN FONCTION	DATE DE NAISSANCE

(*) A classer par ordre alphabétique.

Pour les femmes mariées, indiquer le nom de jeune fille suivi de "épouse", puis le nom du mari.

Année scolaire 2008-2009

Centre P.M.S. de la C. F. à : (cachet)

Tableau 6 : PERSONNEL ADMINISTRATIF

--

NOM - PRENOM	GRADE	OBSERVATIONS

Tableau 7 : PERSONNEL D'ENTRETIEN

--

Nom et prénom	Entretien locaux et surfaces extérieures (1)	Entretien jardin (2)	Nettoyage vitres (3)	Total (4)	Observations
Total	(5)	(5)	(5)	(6)	

(1) Indiquer le temps consacré à cette tâche en heures/semaine.

(2) Indiquer le temps consacré à cette tâche en heures/année.

(3) Comptabiliser les heures de nettoyage par prestation.

(4) Total du temps consacré par chaque membre du personnel aux différentes tâches, en heures/année.

(5) Total par poste, en heures/année.

(6) Total général, en heures/année.

--	--	--	--

Centre P.M.S. de la C. F. à : (cachet)

N° FASE du Centre:

Tableau 9
(CPMS pour l'enseignement ordinaire)

DESCRIPTION DU RESSORT

POPULATION SCOLAIRE DESSERVIE AU 01.10.2008 (1)

<u>ADRESSE COMPLETE DE CHAQUE ETABLISSEMENT D'ENSEIGNEMENT ET DE SES IMPLANTATIONS (2)</u>	N° FASE	RESEAU (3)	MATERNEL	PRIMAIRE	SECONDAIRE (4)	SECONDAIRE EN ALTER-NANCE (5)	SUPERIEUR AUTRE QU'UNIVERSITAIRE (4)
TOTAUX							

RESERVE A L'ADMINISTRATION

Signature du Directeur du centre:

P.M.S.

P.S.E.

Tableau 9 bis

(CPMS pour l'ens. ordinaire)

- (1) Seuls les élèves répondant à la notion d'élève régulier telle qu'elle est définie par l'arrêté royal du 13 août 1962 (Chap. 1, art. 2, pt. 8) peuvent être comptabilisés.

Indiquer les chiffres réels sans appliquer de pondération.

Les chiffres à fournir doivent correspondre aux chiffres officiels établis à l'intention des différentes directions générales d'enseignement pour le calcul de l'encadrement des établissements scolaires.

- (2) Mentionner le nom et l'adresse complète des établissements concernés, par ordre alphabétique des localités où ils se trouvent. Lorsqu'un établissement compte plusieurs implantations, chacune d'elle doit apparaître au tableau 9 (un tableau 11 sera également complété pour chaque implantation).

- (3) Indiquer la lettre correspondant à la situation décrite ci-dessous:

C.F. Etablissement de la Communauté française

P. Etablissement provincial (*)

C. Etablissement communal (*)

L.C. Etablissement libre confessionnel (*)

L.N.C. Etablissement libre non confessionnel (*)

(*) Pour les établissements qui n'appartiennent pas au réseau de la Communauté française, il y a lieu de fournir à l'administration, si cela n'a déjà été fait, un contrat d'une durée de 6 ans minimum justifiant la prise en charge des élèves par le centre (la preuve de la prolongation éventuelle des contrats doit être jointe la 1^{ère} année de leur entrée en vigueur).

- (4) Sont seuls pris en considération les élèves de l'enseignement de plein exercice.
- (5) Les élèves de l'enseignement secondaire en alternance (C.E.F.A.) ne peuvent être comptabilisés que dans cette colonne. Ils bénéficient pour l'encadrement PMS, de normes fixées annuellement par le Ministre et pour l'encadrement PSE, des normes fixées par l'A.G. du 30 janvier 2003.

REMARQUES IMPORTANTES

1. Le tableau de la description du ressort est signé par le directeur du centre qui en certifie ainsi la concordance avec les attestations jointes.
2. Joindre l'attestation de population scolaire de chaque établissement d'enseignement (tableau 10) et, s'il y a lieu, de chaque implantation (tableau 11).
3. Un même étudiant ne peut être comptabilisé qu'une seule fois. Il ne peut donc apparaître à la fois dans la population scolaire de l'établissement et dans celle de l'implantation.
4. Si le tableau 9 comporte plusieurs pages, n'indiquer les totaux que sur la dernière page.

Centre P.M.S. de la C. F. à : (cachet)

N° FASE du Centre:

Tableau 9
(CPMS pour l'enseignement spécialisé)

DESCRIPTION DU RESSORT

POPULATION SCOLAIRE DESSERVIE AU 01.10.2008 (1)

ADRESSE COMPLETE DE CHAQUE ETABLISSEMENT D'ENSEIGNEMENT ET DE SES IMPLANTATIONS (2)	N° FASE	RESEAU (3)	SPECIALISE		
			MATERNEL	PRIMAIRE	SECONDAIRE
TOTAUX					

Signature du Directeur du centre:

Réservé à l'Administration

P.M.S.

P.S.E.

**ATTESTATION DE POPULATION SCOLAIRE POUR LES ETABLISSEMENTS D'ENSEIGNEMENT
DONT LA GUIDANCE PSYCHO-MEDICO-SOCIALE EST ASSUREE PAR LE CENTRE P.M.S. DE :**

(Cachet du Centre)

Je soussigné(e) NOM :

PRENOM :

FONCTION :

DENOMINATION ET ADRESSE DE **l'ETABLISSEMENT:**

N° FASE:

.....

Rue : N°

à :

certifie que le nombre d'élèves réguliers inscrits à la date du **1er octobre 2008** est de:

NIVEAU	ENSEIGNEMENT ORDINAIRE	ENSEIGNEMENT SPECIALISE
MATERNEL		
PRIMAIRE		
SECONDAIRE		
SUPERIEUR		

ENSEIGNEMENT SECONDAIRE EN ALTERNANCE

Fait à

Le
(Signature du chef d'établissement)

**ATTESTATION DE POPULATION SCOLAIRE POUR LES ETABLISSEMENTS D'ENSEIGNEMENT
DONT LA GUIDANCE PSYCHO-MEDICO-SOCIALE EST ASSUREE PAR LE CENTRE P.M.S. DE :**

(Cachet du Centre)

Je soussigné(e) NOM :

PRENOM :

FONCTION :

DENOMINATION ET ADRESSE DE **L'IMPLANTATION:**

N° FASE:

.....

Rue : N°

à :

certifie que le nombre d'élèves réguliers inscrits à la date du **1er octobre 2008** est de:

NIVEAU	ENSEIGNEMENT ORDINAIRE	ENSEIGNEMENT SPECIALISE
MATERNEL		
PRIMAIRE		
SECONDAIRE		
SUPERIEUR		

ENSEIGNEMENT SECONDAIRE EN ALTERNANCE

Fait à

Le

(Signature du chef d'établissement)

Cachet du centre P.M.S.

--

Centre et nombre total de cabinets (année scolaire 2008/2009)

	Localité	Code postal	Rue et N°	N° Téléphone, Fax
Centre P.M.S. de :				Tél: Fax:
				Adresse e-mail:
<u>Cabinets entièrement à charge du CPMS</u> Indiquer le coût annuel de chaque cabinet (hors honoraires médicaux)				Tél:
<u>Cabinets partiellement à charge du CPMS</u> Indiquer pour chaque cabinet le montant annuel pris en charge par le centre (hors honoraires médicaux)				
<u>Cabinets sans charge</u>				Tél:

Signature du Directeur: