

| | | | |
|----------------------------|--|----------------|-----------------------|
| <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> | Fabrice Aerts-Bancken | 02.690.84.69 | Fabrice.aerts@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 : 11 p

duplicata : www.adm.cfw.be

Mots-clés : Rentrée - 2009-2010.

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 2009-2010.

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

Je vous prie de faire parvenir à la Direction générale de l'enseignement obligatoire, pour le 30 octobre 2009 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, 1c, 2, 3, 4, 5, 6 et 7)

Dispositions communes aux tableaux 1a, 1b, 1c, 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, 1b et 1c. Personnel titulaire.

Il convient de bien distinguer ici le cadre de base (1a) des cadres complémentaires (CEFA: tableau 1b et indice socio-économique: tableau 1c)

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, 1b et 1C 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, 1c, 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. Liste des cabinets P.M.S. (tableau 9).

Le tableau 9 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.

Pour la Directrice générale absente,
Le Directeur général adjoint,

Marc VAN RIET.

Tableau 1A : CADRE DE BASE DU PERSONNEL TECHNIQUE
TITULAIRE DES EMPLOIS

(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 de
base:

| |
|--|
| |
|--|

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

(Section 3 du Décret du 19 février 2009 organisant le renforcement différencié)

| |
|--|
| |
|--|

| 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 1C : CADRE COMPLEMENTAIRE DU PERSONNEL TECHNIQUE
SELON INDICE SOCIO-ECONOMIQUE.

(Section 4 du Décret du 19 février 2009 organisant le renforcement différencié)

| Fonction (à préciser: CPP, AS, APM) | Nom et prénom de l'agent (1) | Position administrative précédant l'affectation au cadre complémentaire | 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. | |

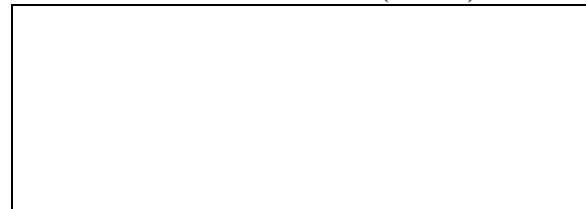


Tableau 4 : PERSONNEL TECHNIQUE HORS CADRE

| 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 2009-2010

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.

Cachet du centre P.M.S.

| |
|--|
| |
|--|

Centre et nombre total de cabinets (année scolaire 2009/2010)

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

Signature du Directeur: