

**CIRCULAIRE N° 1187**

**DU 19/07/2005**

**Objet : Centres psycho-médico-sociaux**  
**Circulaire de rentrée pour l'année scolaire 2005-2006**  
**Réseaux : CF**  
**Niveaux et services : Centres PMS (ordinaires et spécialisés)**  
**Période: : Année scolaire 2005-2006**

- Aux Directeurs(trices) 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.

**Autorités : Directrice générale** **Signataire : Lise-Anne HANSE**  
**Gestionnaires : Direction générale de l'Enseignement obligatoire CPMS**  
**Personne(s) ressource(s) : Guy BLIN - Bureau 1F130,**  
Rue A. Lavallée, 1 – 1080 Bruxelles Tél. 02/690.85.03  
**Référence facultative : CIRCULAIRE C.F. 2005 / 03- PMS/02/05/05 15 :56**

**Renvoi(s) : -**  
**Nombre de pages : 3 pages** **- annexes : 16 pages**  
**Téléphone pour duplicata : 02/690.85.03**  
**Mots - clefs : Rentrée 2005-2006**

- Objet :
- 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 14 octobre 2005 au plus tard, les tableaux ci-joints dûment complétés selon les instructions reprises ci-dessous. Vous voudrez bien veiller à ce que ces tableaux soient 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, épse 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).

### - 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).

### - 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 le n° d'identification FASE attribué, selon le cas ; au centre P.M.S. ou à l'établissement scolaire.

**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.

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 2005-2006

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 01.10.2005 (1)

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

RESERVE A L'ADMINISTRATION

Signature du Directeur du centre:

P.M.S.

P.S.E.


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 01.10.2005 (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.



## **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<sup>ère</sup> 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 à horaire réduit (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.

## **Tableau 9 bis**

(CPMS pour l'ens. spécialisé)

- (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<sup>ère</sup> année de leur entrée en vigueur).

### **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.

**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 2005** est de:

NIVEAU	ENSEIGNEMENT ORDINAIRE	ENSEIGNEMENT SPECIALISE
MATERNEL		
PRIMAIRE		
SECONDAIRE		
SUPERIEUR		

ENSEIGNEMENT  
SECONDAIRE A  
HORAIRE REDUIT

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 2005** est de:

NIVEAU	ENSEIGNEMENT ORDINAIRE	ENSEIGNEMENT SPECIALISE
MATERNEL		
PRIMAIRE		
SECONDAIRE		
SUPERIEUR		

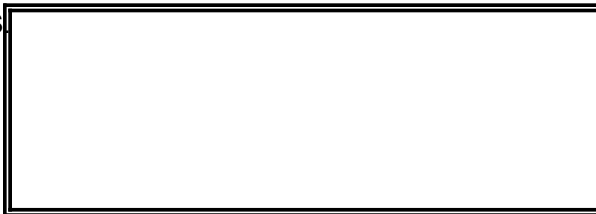
ENSEIGNEMENT  
SECONDAIRE A  
HORAIRE REDUIT

Fait à .....

Le .....  
(Signature du chef d'établissement)



Cachet du centre P.M.S.



**Centre et nombre total de cabinets (année scolaire 2005/2006)**

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

Signature du Directeur: