



LIGUE MÉDICO-SOCIALE
MIR HËLLEFEN ZËNTER 1908



RAPPORT D'ACTIVITE

2009

RAPPORT D'ACTIVITE 2009

publié par la **LIGUE MEDICO-SOCIALE**

© Ligue luxembourgeoise de Prévention et d'Action médico-sociales
21-23, rue Henri VII
L-1725 LUXEMBOURG

Edition 2010

SOMMAIRE

Patronage de la Ligue luxembourgeoise de Prévention et d'Action médico-sociales.....	9
Le Conseil d'Administration	11
Rapport du Conseil d'Administration	13
Rapport du Conseil de Surveillance.....	21
Rapport sur les Services médico-sociaux	23
1. Les Consultations pour Maladies Respiratoires	23
1.1. Missions et rôles des consultations pour maladies respiratoires.....	23
1.2. Les données générales.....	24
1.3. Activité des consultations pour TB et maladies respiratoires.....	25
1.4. Analyse et interprétation des résultats.....	28
1.5. Conclusion.....	30
2. La Médecine Scolaire	31
2.1. Les Missions.....	31
2.2. La population des enfants scolarisés.....	32
2.3. Activité et bilan du Service Médical Scolaire	32
3. Prévention de la Santé de l'Enfant	42
3.1. Les missions.....	42
3.2. Population de jeunes enfants de 0 à 4 ans.....	42
3.3. Activités et évolution	42
3.4. Projet-pilote	44
4. Prévention, Dépistage, Education et Promotion de la Santé	45
4.1. "Equipe Education et Promotion de la Santé"	45
4.2. Activités d'EPS en rapport avec la MS 46	
4.3. Activités diverses de prévention et d'EPS à visée communautaire	47
4.4. Formation des professionnels	51
5. Information du public, travaux et représentation.....	51
6. Conclusions générales	52
Rapport sur les Services Sociaux	53
1. Service d'Accompagnement Social	53
1.1. Mission.....	53

1.2.	Objectifs spécifiques	53
1.3.	Population cible.....	54
1.4.	Tâches spécifiques	54
1.5.	L'activité du service en 2009	55
1.6.	Les ménages.....	58
1.7.	Analyse des problématiques initiales des nouvelles demandes.....	59
1.8.	La face cachée des demandes initiales en accompagnement social.....	60
1.9.	Les Clôtures.....	62
1.10.	Appréciation générale des dossiers	64
1.11.	Conclusions et constatations.....	65
2.	Service Régional d'Action Sociale	66
2.1.	Mission du service	66
2.1.	Objectifs poursuivis en 2009	69
2.2.	Les activités du Service Régional d'Action Sociale en 2009	69
2.3.	Appréciations générales	71
2.4.	Conclusions et constatations.....	71
	Rapport sur les Services de Conseil	73
1.	Service d'Information et de Conseil en matière de Surendettement	73
1.1.	Introduction	73
1.2.	Le Conseil et l'Information.....	74
1.3.	La Prévention.....	78
2.	Gesond Liewen & Centre de consultations	81
2.1.	Mission du service	81
2.2.	Conclusions.....	81
2.3.	Chiffres.....	82
3.	INFO-SOCIAL - Service d'information téléphonique.....	85
3.1.	Mission.....	85
3.2.	Activités 2009	85
3.3.	Conclusion.....	86
	Le Personnel	88

Le Mot de la Présidente

Si l'année 2008 a été marquée par les événements en rapport avec la célébration du 100^e anniversaire de la Ligue, l'année 2009 doit être considérée comme une année charnière marquée par les lois nouvelles dans le domaine social, mises en vigueur ou en préparation, qui ont une incidence plus ou moins grande sur l'organisation des activités de la Ligue. Il s'agit en l'occurrence de la loi du 16 décembre 2008 relative à l'aide à l'enfance et à la famille, de la loi du 18 décembre 2009 organisant l'aide sociale, et du projet de loi n°6021 sur le surendettement.

Le conseil d'administration a clarifié la position de la Ligue par rapport à ces nouvelles réglementations et a tracé clairement la voie à suivre à l'avenir, à savoir :

Maintien des trois grands domaines d'activité qui sont actuellement:

- **les services médico-sociaux :**
 - Consultation des maladies respiratoires
 - Médecine scolaire
 - Prévention de la santé de l'enfant
 - Prévention, dépistage, éducation et promotion de la santé

- **les services sociaux :**
 - Service d'accompagnement social (aide sociale à moyen et à long terme)
 - Service régional d'action sociale
 - Service pour mineurs et majeurs protégés

- **les services de consultations et de conseil**
 - Service d'information et conseil en matière de surendettement
 - Service « Gesond Liewen » et Centre de consultations
 - Info-social

La Ligue continuera comme par le passé à s'investir dans le travail social à long terme par son Service d'Accompagnement Social qui est unique en son genre de par sa transparence et son mode de fonctionnement et offre aux professionnels, tant des nouveaux offices sociaux que des structures sociales déjà en place, un dispositif d'appoint pour les cas sociaux complexes et difficiles.

J'espère que la Ligue pourra, comme par le passé et malgré les temps difficiles, compter sur le soutien moral et financier des autorités gouvernementales, en particulier des ministres de la santé et de la famille. Au nom du Conseil d'administration, je leur exprime nos vifs remerciements ainsi qu'à nos interlocuteurs des différents ministères pour leur aide et leur collaboration efficaces.

Mes remerciements s'adressent également au personnel de la Ligue qui est le garant de la qualité du travail de notre organisation, aux membres du conseil d'administration et du conseil de surveillance et à nos donateurs dont la générosité nous permet d'intervenir dans maintes situations de détresse de notre population.

Pour conclure, je voudrais exprimer un merci spécial au Dr. Jean Goedert qui pendant plus de trente ans a présidé la Ligue avec compétence et engagement et qui continue à faire profiter notre œuvre de son expérience et de ses conseils en tant que membre du conseil d'administration.

Luxembourg, le 16 avril 2010

Marguerite SCHOLTES-LENNERS
Présidente

La Ligue médico-sociale

Sous le haut patronage de Son Altesse Royale
la Grande-Duchesse Maria Teresa



La Ligue luxembourgeoise de Prévention et d'Action médico-sociales fut fondée en 1908 sous l'appellation Ligue luxembourgeoise contre la tuberculose.

Elle a été reconnue d'utilité publique et a obtenu la personnalité civile par la loi du 19 mars 1910.

La loi modificative du 25 avril 1983 a apporté à la fois un changement de dénomination et une adaptation de ses attributions.

Conformément à l'article 1^{ier} de cette loi,

" la Ligue a pour but de contribuer à la promotion de la médecine préventive et sociale et de l'action sociale sous toutes ses formes.

Elle prend toutes initiatives propres à réaliser son objet ".

Ses moyens d'action consistent notamment:

à créer, exploiter et gérer des centres médico-sociaux et à organiser des services sociaux polyvalents;

à prendre des mesures appropriées dans l'intérêt de la prévention, du dépistage et de la surveillance des maladies invalidantes chroniques et plus particulièrement des maladies respiratoires et de la tuberculose sous toutes ses formes;

à participer aux programmes de médecine préventive, d'éducation et d'information sanitaires et d'action sociale de l'Etat, des communes ou d'organismes privés.

PATRONAGE DE LA LIGUE LUXEMBOURGEOISE DE PREVENTION ET D'ACTION MEDICO-SOCIALES

De 1911 à 1927

la Ligue était placée sous le haut patronage de
Son Altesse Royale la Grande - Duchesse Marie – Anne

De 1927 à 1986

la Ligue était placée sous le haut patronage de
Son Altesse Royale la Grande - Duchesse Charlotte

De 1986 à 2005

la Ligue était placée sous le haut patronage de
Son Altesse Royale la Grande - Duchesse Joséphine - Charlotte

Depuis 2005

la Ligue est placée sous le haut patronage de
Son Altesse Royale la Grande - Duchesse Maria Teresa

DECLARATION DE PRINCIPE

La Ligue respecte et fait respecter les principes de la dignité et de la valeur de la personne humaine, de la non-discrimination et de l'égalité des droits, notamment en ce qui concerne le sexe, la race, les ressources physiques, psychiques et mentales, l'origine nationale ou ethnique, la langue, la situation familiale, l'appartenance sociale, la situation de fortune, les convictions philosophiques et religieuses.

Le Conseil d'Administration

LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

Composition suivant assemblée générale du 27 mars 2009

Président d'honneur	Dr Jean GOEDERT, Luxembourg
Vice-Président d'honneur	M. André THILL, Luxembourg
Présidente	Mme Marguerite SCHOLTES-LENNERS, Strassen
Vice-Président	Dr Romain NATI, Luxembourg
Vice-Présidente	Dr Nicole MAJERY, Luxembourg
Trésorier Général	M. Guy DE MUYSER, Luxembourg
Secrétaire Général	M. Jean RODESCH, Luxembourg
Membres	Mme Colette FLESCH, Luxembourg Dr Robert MULLER, Esch/Alzette Me Lucy DUPONG, Luxembourg Dr Yolande WAGENER, Luxembourg
Délégations	Dr Arno BACHE, délégué de Monsieur le Ministre de la Santé Dr Robert MULLER, délégué des médecins

La fonction de Secrétaire - Trésorier est confiée à M. Jean RODESCH.

L'assemblée générale constituante de la Ligue a eu lieu le **5 avril 1908**.

LE CONSEIL DE SURVEILLANCE

M. Joseph LENTZ, secrétaire - trésorier de la CPFEC e.r., Niederanven
M. Romain KETTEL, consultant, Luxembourg
M. Daniel BECKER, économiste, Luxembourg

LE SIEGE SOCIAL

21-23, rue Henri VII, L-1725 Luxembourg
tél. 22 00 99-1, fax 47 50 97
www.ligue.lu
ligue@ligue.lu

RAPPORT D'ACTIVITÉ

RAPPORT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

La dernière assemblée générale s'est tenue le vendredi 27 mars 2009 dans la commune de Steinsel dans la Salle des Fêtes, 3 rue Paul Eyschen à Steinsel en présence de son ministre de tutelle, Monsieur Mars di Bartolomeo.

Au cours de l'exercice écoulé le conseil d'administration a siégé à 7 reprises (28 janvier, 24 février, 7 mai, 3 juin, 28 juillet, 29 septembre, 18 novembre), a eu des entrevues avec le Ministre de la Santé en date du 8 octobre et avec la Ministre de la Famille, en date du 20 octobre 2009.

Pour les besoins de la gestion courante et l'organisation, le conseil s'est réuni régulièrement en petit comité.

Nouvelle répartition des mandats au sein du conseil d'administration:

Lors de la séance du 24 février 2009 le conseil d'administration s'est reformé comme suit :

- de désigner Madame Marguerite SCHOLTES-LENNERS pour le mandat de Présidente de la Ligue médico-sociale pour succéder au Dr Jean GOEDERT.
- de désigner Madame le docteur Nicole MAJERY pour le mandat de Vice-Présidente de la Ligue médico-sociale pour succéder à Madame Marguerite SCHOLTES-LENNERS.
- de désigner Monsieur le docteur Romain NATI pour le mandat de Vice-Président de la Ligue médico-sociale pour reprendre le mandat de Monsieur André THILL.
- de conférer à Monsieur le Dr Jean GOEDERT, le titre de Président d'honneur
- de conférer à Monsieur André THILL, le titre de Vice-Président d'honneur

SITUATION DU PERSONNEL

Au 31 décembre 2009 la Ligue comptait 178 collaborateurs professionnels dont 135 collaborateurs salariés (116 femmes et 19 hommes).

CONVENTIONS

Le conseil d'administration a reconduit pour l'exercice 2009 les conventions suivantes :

Ministère de la Santé

Convention pour le Service médico-social (SMS)

Ministère de la Famille

Convention pour le Service d'accompagnement social (SAS)

Convention pour le Service d'information et de conseil en matière de surendettement (SICS)

Convention pour le Service régional d'action sociale (SRAS)

Convention pour le Service Gesond Liewen (GL)

DOSSIERS TRAITÉS

LOI SUR L'AIDE SOCIALE

Au fil de l'année 2009, le projet de loi N°5830 portant sur l'Aide sociale a pris forme. Le 7 mai le texte a été adopté par la Chambre des Députés. Le Conseil d'Administration se félicite de cet acte important dans l'histoire sociale de notre pays. Les changements suggérés par le Conseil d'Etat ont été incorporés et finalement le texte de loi a été voté le 18 décembre 2009.

Le changement fondamental apporté par cette loi est le droit à l'aide et la possibilité qui est donnée au requérant de demander son droit auprès des juridictions sociales. Le texte secoue à maints endroits d'autres législations notamment l'aide au logement, la loi sur le RMG.

La Ligue s'est beaucoup penchée sur ce dossier, pour situer ses interventions dans ce nouveau contexte.

Comme déjà retenu en 2008, le Conseil d'Administration a décidé de maintenir son cap de spécialiste du travail social à long terme et de ne pas entrer dans une logique de sous-traitance pour un travail social de première ligne que les offices sociaux des communes sont appelés à assurer.

Le ministère de la famille et de l'intégration, conscient de la nécessité d'un service « spécialiste » sur le plan national, même après la mise en application de la loi sur l'Aide sociale et la création des nouveaux Offices sociaux, a conforté la Ligue dans la poursuite de son action.

A titre de rappel, le service d'accompagnement de la Ligue prend en charge tout client qui lui est adressé par un service social de première ligne (Offices sociaux, Croix-Rouge, Caritas, Stëmm vun der Stross, Services sociaux à l'école, Services sociaux des hôpitaux,...) respectivement de tout autre professionnel (médecin, Service d'Information et de Conseil en matière de Surendettement, psychologue, enseignants,...).

Les problèmes sociaux de nos clients qui relèvent de situations sociales complexes et difficiles ne se résument pas à un problème financier, mais nécessitent un accompagnement intensif et spécialisé (surendettement, tutelles, curatelles, tutelles aux prestations sociales, protection de la jeunesse, bénéficiaires du RMG, gestions financières volontaires).

Des efforts seront faits pour mieux faire connaître le fonctionnement et la complémentarité du Service d'Accompagnement social dans le cadre des missions des Offices sociaux.

PANDEMIE – DISPOSITIF DE VACCINATION H1N1/CENTRES DE VACCINATION/REACTION DE LA POPULATION

Dans son rôle de spécialiste de la prévention des maladies respiratoires, la Ligue s'est tenue à disposition des autorités sanitaires du pays (localités, équipements et ressources humaines) et a contribué à relayer les messages de prévention dans le cadre des actions de sensibilisation sur la Grippe H1N1 dans les écoles.

ATTRIBUTIONS DE L'ATM EN RADIOLOGIE

La Ligue a poursuivi ses efforts pour une révision de l'attribution de l'ATM en radiologie pour lui permettre de poser des injections intradermo dans le cadre de ses consultations pour maladies respiratoires. Une révision de cette réglementation permettrait une meilleure organisation de ses consultations et plus particulièrement pour augmenter la force des équipes qui doivent se rendre auprès des entreprises ou autres institutions pour assurer des entourages parfois très importants.

La Ligue a eu gain de cause et ses ATM en radiologie qui ont passé une formation spécifique, appropriée et certifiée sont dorénavant autorisés à faire des injections intradermiques.

ECOLE DE L'ASTHME – SPIROMETRIE – PREVENTION DES MALADIES RESPIRATOIRES

La Ligue a obtenu l'aval de son ministère de tutelle pour la réalisation de ses projets de prévention « Ecole de l'Asthme » et « Spirométrie de dépistage ».

FORMATION DE L'INFIRMIERE EN SANTE COMMUNAUTAIRE

La Ligue a examiné les possibilités de remplacer la formation de l'assistant d'hygiène social (AHS), qui n'existe plus. En cas de départ à la retraite d'une AHS, son remplacement nécessite deux agents, l'un de la formation d'assistante sociale et l'autre d'infirmière ou d'infirmière en pédiatrie.

Des agents de la formation d'Infirmière en Santé Communautaire pourraient utilement compléter les équipes de la Ligue en médecine scolaire. Leur qualification permet d'assurer aussi bien les examens médicaux qu'un travail social de base.

NOUVELLE LOI SCOLAIRE

L'entrée en vigueur de la nouvelle loi sur l'enseignement fondamental a apporté certains changements au niveau de l'organisation des secteurs en médecine scolaire.

Le conseil d'Administration s'est porté fort auprès du Ministère de l'Education Nationale pour que les travailleurs sociaux de la médecine scolaire soient systématiquement consultés par les Commissions d'Inclusion scolaire (CIS) et les équipes multiprofessionnelles en ce qui concerne les enfants de leur secteur.

ANNEE EUROPEENNE DE LA LUTTE CONTRE LA PAUVRETE ET L'EXCLUSION SOCIALE 2010

Le programme national du Grand-duché de Luxembourg pour AE-2010 est arrêté autour des quatre priorités suivantes :

- Briser la chaîne de la transmission intergénérationnelle de la pauvreté et de l'exclusion sociale ;
- Promouvoir l'accès à l'emploi de groupes vulnérables ;
- Faciliter l'accès à des services de qualité ;
- Lutter contre l'exclusion en matière de logement.

Compte tenu de la réduction de 50% du budget européen et national disponible pour subventionner les projets (montant total de 60 000 EUR à répartir entre les 4), la Ligue a décidé de renoncer à une contribution pour 2010.

LOI RELATIF A L'AIDE A L'ENFANCE – OFFICE NATIONAL DE L'ENFANT (ONE) / FUTURS « SERVICES DE COORDINATION DE PROJETS D'INTEGRATION » (CPI)

Compte tenu du périmètre d'intervention de la Ligue et des populations cibles, aucun de ses services ne tombe sous l'emprise de la loi ONE qui à moyen terme prévoit une rémunération des services prestataires à l'acte en remplacement du financement actuel par convention.

Le Conseil d'administration a également examiné les possibilités de participer à la création des nouveaux « Services de coordination de projets d'intervention » (CPI). Compte tenu des éléments ci-après, il a été décidé de renoncer pour l'instant à rentrer dans ce projet.

- ✓ Les moyens financiers mis à disposition pour réaliser ces « Services de coordination de projets d'intégration » ne sont en aucun rapport avec les coûts réels d'une telle structure (continuité du service en cas de maladie, permanences les week-ends, ouverture le soir jusqu'à 19 heures, maintenir des localités et une infrastructure, rémunérer selon la convention collective pour le secteur social, assurer les remplacements, ...)
- ✓ Les services en question risquent d'alourdir d'avantage le processus administratif déjà en place, sans pour autant dispenser l'aide dont les familles, respectivement leurs enfants ont vraiment besoin.
- ✓ la Ligue médico-sociale soucieuse de l'aspect « impartialité » de son intervention estime que pour suffire aux exigences de neutralité, elle devrait mettre en place une entité légale à part pour agir en toute indépendance par rapport à ses autres services
- ✓ le principe de gratuité des prestations dispensées par les services de la Ligue serait mis en cause, car les familles seront tenues de payer une contribution pour la prestation de la CPI

CONSULTATIONS POUR NOURRISSONS ET JEUNES ENFANTS

Depuis le 1er novembre 2009, la Ligue a démarré son projet pilote sur les consultations pour nourrissons et jeunes enfants (CNJE) sur 9 sites pour encore mieux répondre aux besoins et à la demande des jeunes parents. Dans le cadre de ce projet s'ajoutent aux consultations habituelles, des consultations sur rendez-vous, des visites à domicile et des séances d'échanges et d'information sur la santé « INFO-SANTE ».

La nouvelle formule prévoit la participation d'un médecin spécialiste, ainsi que de plusieurs infirmières en pédiatrie et d'assistants d'hygiène sociale dédiés exclusivement à ces consultations.

PROJET DE SYNERGIE LIGUE-ALUPSE

Sur initiative du ministère de la santé, la Ligue a analysé les possibilités de synergies dans le projet « PRO BABY » lancé par le Dr Seligman, qui vise l'amélioration de la prise en charge pluridisciplinaire des jeunes mamans en difficultés.

Il ressort des réflexions que certaines synergies sont possibles :

- La structure du SAS pourrait prendre en charge le suivi social des ménages concernés.
- Les consultations pour nourrissons et jeunes enfants pourraient assurer le suivi de l'enfant.
- Des visites à domicile ponctuelles pourraient être assurées à la demande des intervenants SAS.

PRO BABY vise une coordination nationale de l'activité et permettrait à toutes les maternités du pays d'offrir un encadrement adéquat et pluridisciplinaire aux familles en détresse.

L'accompagnement des femmes enceintes devrait commencer de préférence dès la 20^{ème} semaine de la grossesse.

LOI SUR LE SURENDETTEMENT

Le conseil de la Ligue a examiné avec beaucoup d'attention l'avant-projet de loi sur le surendettement qui introduit la nouvelle notion de « Rétablissement personnel », v. la faillite civile en droit luxembourgeois, élément qui est le maillon manquant dans le dispositif de désendettement actuel.

Le texte en discussion tient compte d'un bon nombre d'adaptations souhaitées par la Ligue, notamment la réforme de la procédure relative à l'introduction de la demande de surendettement, les mesures d'accompagnement social, le renforcement du volet préventif de la lutte contre le surendettement, la définition d'une durée pour les plans conventionnels de redressement. Il reste à préciser les notions de déconfiture totale, liquidateur, mandataire, enquête sociale...

Tout au long de l'année la Ligue s'est investie dans les débats autour du projet dans le but de faire part de son expérience de terrain et de son expertise.

PARTICIPATION DE LA LIGUE A L'AGENCE IMMOBILIERE SOCIALE (AIS)

La Ligue a maintenu sa position sur ce sujet et a marqué son accord pour collaborer avec la Fondation pour l'accès au logement, voir avec l'Agence Immobilière Sociale (AIS).

Début 2010, la Ligue a signé un accord de collaboration avec la Fondation pour l'accès au logement qui porte sur l'accompagnement social des personnes remplissant les conditions pour bénéficier d'un logement loué par l'AIS.

DEMANDE DE LA COMMISSION EUROPEENNE POUR LA PRISE EN CHARGE DES EXAMENS TB DANS LE CADRE DES EXAMENS D'EMBAUCHE

La Ligue a avisé favorablement la demande d'étendre la collaboration en matière de prévention des maladies respiratoires entre la Commission Européenne, Direction Générale, Personnel et Administration et la Ligue médico-sociale qui à l'heure actuelle se limite au contrôle des candidats à l'embauche.

PERSONNEL

PLAN DE FORMATION DU PERSONNEL

La Ligue a poursuivi les efforts de formation de son personnel en 2009.

Ainsi, 1430 heures de formation continue ont été accordées au personnel de la Ligue.

Formations spécifiques :

Un grand nombre des agents du SRAS et du SAS ont participé en 2009 au colloque « Santé mentale, travail et intégration sociale ».

Les intervenants médicaux de la médecine scolaire ont suivi la formation interne sur l'atelier « Bouger c'est la Santé ».

INFRASTRUCTURE ET EQUIPEMENT

En 2009, les efforts de la Ligue ont porté sur

CENTRALE TELEPHONIQUE UNIQUE POUR L'ENSEMBLE DES CMS DE LA LIGUE

Remplacement des centrales téléphoniques par un réseau « Voice over IP » pour passer à un numéro d'appel unique.

CENTRE MEDICO-SOCIAL DIFFERDANGE

Regroupement du personnel de la Ligue sur une étage pour libérer de l'espace pour y accueillir une nouvelle antenne de l'Administration de l'Emploi.

En contrepartie de cet arrangement, la Ville de Differdange prendra en charge les frais d'aménagement du 6^{ème} étage, selon les besoins de la Ligue.

CENTRE MEDICO-SOCIAL ETTTELBRUCK

Les travaux pour la construction d'un nouvel ascenseur et le remplacement de la passerelle existante ont démarré fin octobre 2009. La mise en service du nouvel ascenseur est prévue pour juillet 2010.

CENTRE MEDICO-SOCIAL MERSCH

Démarrage des travaux d'assainissement suite à des infiltrations d'eau.

TOUS LES CENTRES

Mise en sécurité des CMS Wiltz, Mersch, Grevenmacher, Echternach et Esch/Alzette
Système d'alarme et dispositif de surveillance.

DIVERS

6. DÜDELINGER GESUNDHEITSTAG – « GESOND DIDDELENG »

Participation le 4 juillet 2009, à la 6^{ème} Journée Santé de la Ville de Dudelange.

EUROMELANOME 2009

Participation à la Journée Euromelanome 2009 qui s'est tenue en date du 11 mai 2009 dans les Centres médico-sociaux à Esch/Alzette, Luxembourg, Grevenmacher et Ettelbruck.

FLEUR PRINCE JEAN –COLLECTE 2009

La Vente de la Fleur Prince Jean 2009 s'est déroulée du 9 au 29 juin 2009 avec une édition de 25 000 autocollants.

BANQUE ALIMENTAIRE

En 2009 plus de 2600 colis de vivres provenant de la Banque Alimentaire ont été distribués par les assistants sociaux de la Ligue dans le cadre de leur travail de suivi social. Dans la majorité des cas, il s'agissait de personnes seules ou de ménages avec enfants en bas âge sans subsistance.

DELEGATION DU PERSONNEL

La nouvelle délégation sortie des élections du 12 novembre 2008 se compose comme suit :

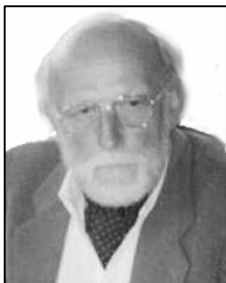
Président :	Marc JOSSE, SRAS Luxembourg
Vice-Présidente:	Manuela GONCALVES, SAS Echternach
Secrétaire :	Stéphanie ADOLPHE, SAS Luxembourg
Membres :	Sylvie MAURICIO, SAS Esch/Alzette Monique SCHEUER, SMS Wiltz

Un merci pour la collaboration constructive dans l'intérêt du personnel de la Ligue.

DEPARTS DE COLLABORATEURS DE LONGUE DATE

Le conseil tient à remercier pour leurs bons et loyaux services pendant de longues années:

- Madame Vicky DECKER-CREVITS
- Madame Eliane KERGER-BOEVER
- Madame Rosy ANISET-LELLIG



Hommage à **Emile MOSAR**
Secrétaire –Trésorier
Membre du Conseil d'Administration
de 1958 à 1998

Cher Mul,

Tu nous as quittés le 15 janvier 2010.

Nous évoquons avec vive reconnaissance les grands services que tu as rendus avec engagement et dévouement pendant tant d'années dans l'intérêt de la Ligue.

Nous garderons de toi un souvenir reconnaissant et inaltérable.

RAPPORT DU CONSEIL DE SURVEILLANCE

RAPPORT

sur la vérification de la gestion comptable de la Ligue luxembourgeoise de Prévention et d'Action médico-sociales pendant l'année 2009.

Conformément aux dispositions de l'article 16 du statut modifié de la Ligue, le conseil de surveillance confirmé par l'assemblée générale ordinaire du 16 avril 2010 a procédé le 13 avril 2010 au contrôle des opérations comptables effectuées par le trésorier de la Ligue pendant l'exercice 2009 au contrôle du bilan de la Ligue arrêté au 31 décembre 2009.

La "caisse" au sens de la gestion comptable étant inexistante auprès de la Ligue, la vérification de la gestion des comptes s'est limitée au contrôle des livres de comptabilité.

Ont participé au contrôle dont question:

- Monsieur Joseph LENTZ, secrétaire - trésorier de la caisse de prévoyance des fonctionnaires et employés communaux e.r., Niederanven ;
- Monsieur Romain KETTEL, consultant, Luxembourg.
- Monsieur Daniel BECKER, économiste, Luxembourg.

LE CONTROLE DU GRAND LIVRE

La vérification s'est concentrée sur les inscriptions et les écritures courantes et cela sur base d'échantillonnage. Aucune irrégularité n'a été constatée.

LE CONTROLE DES PIECES A L'APPUI

La comparaison des écritures au grand livre avec les pièces justificatives (extraits de compte, avis de débit et de crédit des instituts bancaires, quittances et factures) a démontré une parfaite concordance.

Partant, le conseil de surveillance propose d'accorder décharge à ceux qui ont été chargés en 2009 du maniement des fonds de la Ligue.

En conclusion, le conseil de surveillance certifie le bilan de la Ligue tel qu'il lui a été soumis. En effet, le document reflète fidèlement les chiffres accusés par les comptes de l'actif et du passif.

Dès lors, le conseil de surveillance propose à l'assemblée générale ordinaire 2010 d'approuver le bilan 2009 de la Ligue luxembourgeoise de Prévention et d'Action médico-sociales.

Luxembourg, le 13 avril 2010

Le conseil de surveillance,

Joseph LENTZ

Romain KETTEL

Daniel BECKER

RAPPORT SUR LES SERVICES MÉDICO-SOCIAUX

Conformément à la loi du 25 avril 1983 la Ligue médico-sociale assure, dans le cadre de la médecine préventive et sociale, plusieurs missions d'ordre médico-social et délivre diverses prestations par l'intermédiaire de ses différents services :

- Service de consultations pour maladies respiratoires et de lutte contre la tuberculose
- Service médical scolaire
- Consultations pour nourrissons et jeunes enfants
- Service d'éducation et de promotion de la santé
- Consultations d'aide au sevrage tabagique
- Consultations diététiques
- Consultations psychologiques

Les objectifs de ces interventions sont la prévention, le dépistage, le conseil, l'orientation, l'aide, l'accompagnement et le suivi des populations et des personnes, particulièrement lorsqu'elles sont vulnérables et fragilisées, défavorisées ou en difficultés.

Dans ce large domaine d'interventions préventives, l'année 2009 a été marquée par l'élaboration puis la mise en œuvre, à la mi-novembre, d'un projet-pilote concernant le service de prévention de la santé de l'enfant (SPSE) que nous détaillerons ultérieurement dans ce rapport.

1. LES CONSULTATIONS POUR MALADIES RESPIRATOIRES

1.1. Missions et rôles des consultations pour maladies respiratoires

1.1.1. Lutte contre la tuberculose

Pour la Ligue la lutte anti-tuberculose (LAT) dans notre pays est une activité historique et prioritaire de santé publique qu'elle assume pleinement depuis plus de cent ans.

La Ligue exerce cette activité sous le contrôle de la Direction la Santé et en collaboration avec d'autres institutions concernées.

Cette activité consiste à effectuer des examens de dépistage de la tuberculose (TB) :

- lors des enquêtes épidémiologiques au contact d'un malade contagieux (cas index),
- parmi les populations à risque (de développer la maladie) ou défavorisées,
- et enfin dans le cadre d'examens systématiques et/ou légaux de dépistage ou de prévention

Toutes ces investigations sont destinées à identifier d'éventuels malades, mais aussi à repérer les personnes récemment infectées, non malades (infections tuberculeuses latentes), qui risquent d'évoluer vers la tuberculose-maladie en vue de les traiter et ainsi d'interrompre la chaîne de transmission de la maladie.

Les infections tuberculeuses latentes (ITL) ne s'accompagnent d'aucuns signes cliniques ou radiologiques. Elles sont mises en évidence par la seule positivité d'un test immunologique (cutané ou sanguin). En outre ces formes latentes de TB ne sont pas à déclaration obligatoire et ne sont donc

En bref

En 2009 l'activité des « consultations pour maladies respiratoires » a globalement régressé. La fréquentation, avec **16428 consultations**, a diminué de 9,1% influant mécaniquement sur le nombre d'actes effectués. **11803 tests tuberculiques** ont été effectués ou lus (- 10,1%). **6091 radiographies thoraciques** ont été pratiquées (+ 0,9%). **40 dossiers TB** ont été enregistrés dont **2** ont bénéficiés de l'intervention de l'**assistante d'hygiène sociale** du service (AHS).

pas répertoriées par le Ministère de la Santé. Ainsi, cette action préventive et spécifique de la Ligue rend compte de façon plus précise du statut épidémiologique du pays vis à vis de cette maladie transmissible et vient utilement compléter les données du ministère.

La Ligue comptabilise aussi toutes les formes latentes de tuberculose qu'elle dépiste ainsi que les formes actives que la Direction de la Santé lui notifie à chaque déclaration obligatoire (D.O.) de TB. Les enquêtes épidémiologiques d'entourage (qui concernent les personnes en contact avec un cas index) peuvent être réalisées, pour des motifs pratiques, dans les locaux d'une collectivité. Nos équipes sont ainsi amenées à se déplacer dans une école ou une entreprise. Ce dispositif demande une organisation stricte, une coordination et une collaboration étroite avec les collectivités concernées et avec nos partenaires institutionnels (Direction de la Santé, Ministères, services de médecine du travail, ...etc.).

Enfin, la Ligue effectue des contrôles évolutifs réguliers auprès des anciens malades tuberculeux. Les objectifs sont ici de dépister la survenue d'éventuelles rechutes ou récidives, de repérer de possibles séquelles et de déceler les complications à long terme comme l'apparition d'un handicap ou d'une insuffisance respiratoire.

1.1.2. Dépistage et Prévention des maladies respiratoires

Cet autre volet d'activité du service s'effectue dans le même temps que les consultations TB. Les professionnels de l'équipe sont sensibilisés aux antécédents, aux conduites à risque et enfin aux conditions de vie et de travail de nos visiteurs. Ils sont particulièrement attentifs au dépistage et à la prévention des maladies respiratoires chroniques notamment liées aux fumées de tabac ou à l'exposition à d'autres polluants notamment professionnels.

Ainsi la Ligue travaille en étroite partenariat avec les services de santé au travail. Et dans le cadre du dépistage des maladies à caractère professionnel ou des pathologies chroniques respiratoires, les médecins du travail, à l'occasion de visites systématiques ou d'une embauche, adressent régulièrement leurs patients dans les centres de la Ligue pour effectuer des radiographies du thorax de contrôle et de dépistage.

Enfin, le service répond régulièrement aux demandes des médecins ou des clients dans le cadre de pathologies chroniques, là encore souvent liées au tabac ou à la pollution domestique, ou de manifestations respiratoires à inventorier. Ce dernier type d'intervention s'adresse essentiellement à une population moins favorisée qui bénéficie ainsi d'un acte gratuit ou de proximité.

Au terme de la consultation pour maladies respiratoires un diagnostic, strictement confidentiel, est établi. Les différentes pathologies, d'origine tuberculeuse et non tuberculeuse, peuvent ainsi faire l'objet d'études d'évaluation. (Se reporter au chapitre 1.4.).

1.2. Les données générales

1.2.1. Organisation des consultations pour maladies respiratoires

1.2.1.1. Sites et organisation

Le service est constitué de secrétaires, d'infirmiers, d'une AHS, d'un infirmier gradué et de médecins (pneumologues). Chaque circonscription possède un site de consultations où sont effectués gratuitement des tests tuberculiniques, des radiographies thoraciques et où sont prodigués des conseils.

La programmation des consultations dans les 3 centres médico-sociaux est la suivante :

- A Luxembourg : 10 séances hebdomadaires de consultations
- A Esch ; 4 séances hebdomadaires de consultations
- A Ettelbruck ; 3 séances hebdomadaires de consultations

L'infirmier gradué, basé au Centre médico-sociale Luxembourg, prend part aux actes pratiques et coordonne l'activité des 3 sites. Enfin le médecin directeur supervise l'ensemble des activités du service.

1.2.1.2. Déroulement des consultations

Les modalités et le déroulement de la consultation sont similaires sur tous les sites. Les secrétaires accueillent les consultants et remplissent les dossiers administratifs. Ensuite un(e) infirmier(ère) prend en charge la partie paramédicale. L'ATM en radiologie est sollicité lors de la prescription d'une radiographie thoracique. Après avoir vérifié l'absence de toute contre-indication, il réalise le cliché thoracique sous le contrôle et la responsabilité du médecin.

Puis le médecin interprète le cliché et formule un diagnostic. Le consultant est informé du résultat, au besoin examiné, et conseillé sur les démarches éventuelles à entreprendre.

En dernier lieu un rapport médical des actes effectués est adressé par les secrétaires au(x) médecin(s) prescripteur(s) ou correspondant(s).

1.2.2. La population cible

Au 1er janvier 2009 la population grand-ducale était estimée à 493.500 habitants, soit une augmentation de 2% par rapport à l'année précédente. (*Chiffres Statec*)

La proportion de résidents étrangers a progressé de 4,6% et représente actuellement près de 43,7% de la population totale. Il s'agit, dans la grande majorité des cas, de ressortissants de pays de l'U.E. (86,3%).

La plus forte communauté est portugaise et continue d'augmenter (+ 4,4%). Elle représente actuellement 16,2% de la population totale résidant sur le territoire national et 37,2% des étrangers.

Ces données démographiques et migratoires sont importantes pour l'analyse de l'activité et pour l'interprétation des résultats épidémiologiques. (Se reporter aux chapitres 1.3.2. et 1.4.2.1.).

1.3. Activité des consultations pour TB et maladies respiratoires

1.3.1. Volume de l'activité nationale

Au niveau national, les principaux indicateurs d'activité enregistrés en 2009 sont les suivants :

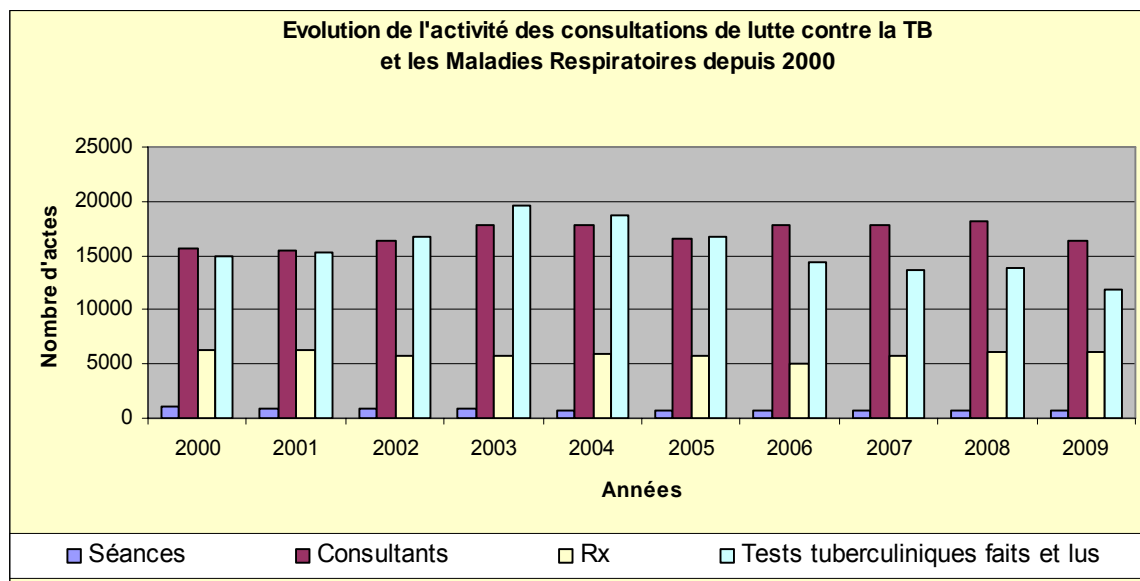
16428	consultants
743	séances de consultations assurées
6091	examens radiologiques réalisés
6424	tests tuberculiques effectués
17296	rapports médicaux rédigés
25	déplacements en entreprise pour des séances de dépistage TB
40	dossiers TB enregistrés
2	dossiers TB ayant bénéficié de l'intervention de l'AHS du service

1.3.2. Evolution de l'activité nationale

Au plan national, bien que la fréquentation soit en baisse (- 9,13%), **6091** examens radiologiques ont été pratiqués, chiffre en discrète progression de 0,88% par rapport à 2008.

Les autres actes sont par contre en baisse. Le personnel a effectué ou lu **11803 tests tuberculiniques** ce qui correspond à une diminution de 10,16%.

Le graphique présenté ci-dessous rend compte de l'évolution des principaux actes prestés au cours de ces 10 dernières années.



L'évolution démographique, les flux migratoires, la persistance des cas de TB sur le territoire national sont des facteurs qui influent, de façon directe ou indirecte, sur la fréquentation des centres et sur l'activité qui reste néanmoins globalement à un niveau élevé. L'on constate en outre en 2009 qu'il y a eu une moindre demande d'examen de la part des services de médecine du travail ce qui témoigne aussi d'un certain impact de la crise économique.

1.3.3. Répartition de l'activité

Différents indicateurs permettent de déterminer un indice d'activité.

Celui-ci cumule le nombre de consultants, les examens radiologiques réalisés, les tests cutanés effectués et lus et enfin les rapports adressés aux médecins. Notons toutefois qu'il mesure uniquement l'activité propre des consultations.

L'ensemble des critères d'activité de chaque site est relevé dans le tableau qui suit.

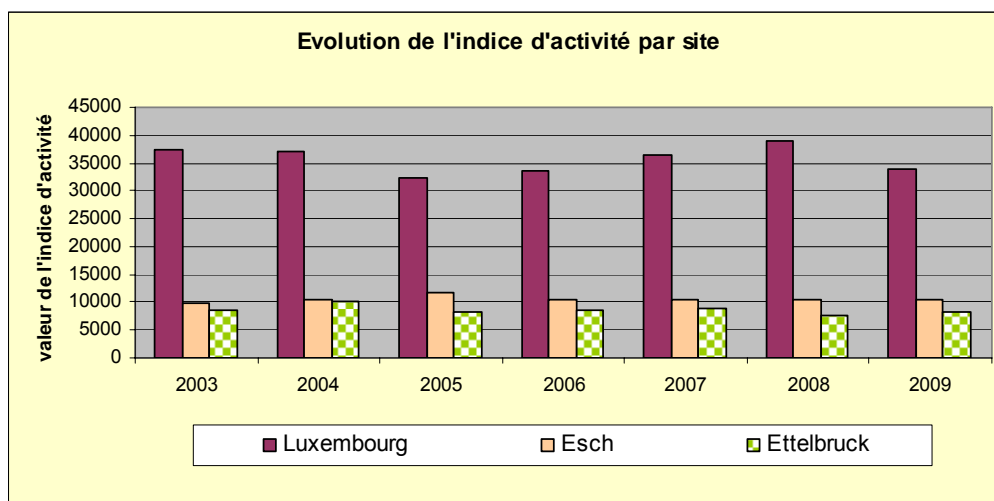
Sites	Luxembourg	Ettelbruck	Esch /Alzette
Critères de l'activité 2009			
séances	421	142	180
consultants	10820	2290	3318
radiographies	3988	873	1230
tests effectués	4139	1078	1207
tests lus	3677	598	1104
dossiers TB enregistrés	17	4	19
rapports rédigés	11302	2420	3574
part de l'activité nationale	64%	16%	20%

Le CMS de Luxembourg-ville réalise 64% de l'activité nationale. Sa part est en baisse par rapport à 2008 au profit du CMS d'Esch (20% du total) dont l'activité est supérieure à celle d'Ettelbruck (16%) qui a aussi progressé.

Toutefois il faut aussi prendre en compte toutes les tâches annexes, non comptabilisées dans cet indice d'activité, pour pouvoir apprécier la charge totale de travail des sites. Celles-ci s'effectuent en dehors des séances de consultations et comprennent le travail administratif, le suivi des consultants et des enquêtes TB, la gestion des convocations, l'archivage des dossiers, les contacts divers avec les correspondants et la gestion des actions de dépistage et des enquêtes d'entourage TB.

1.3.4. Evolution de l'activité par site

Le graphique ci-dessous résume l'évolution de l'indice d'activité globale de chaque site ces sept dernières années.



1.3.4.1. CMS d'Ettelbruck

Pour ce site, il y a trois consultations par semaine. Une infirmière et trois médecins les assurent avec l'aide de deux secrétaires qui participent aussi aux tâches annexes administratives.

La fréquentation de ce site a modérément régressé (- 4,2%) ainsi que le nombre des tests tuberculiques effectués et lus (- 6,9%). Par contre le nombre de radiographies (+ 10,8%) a progressé.

Enfin, remarquons que pour ce site le taux de lecture des tests tuberculiques, effectués par nos professionnels, est de seulement 55% alors qu'il avoisine 90% pour les deux autres. Cette déperdition de lecture de tests est essentiellement liée à l'éloignement des consultants par rapport au CMS et aux difficultés des clients à se déplacer pour faire lire leur test. Et cela ampute significativement la fréquentation du service et par voie de conséquence son activité globale.

Au total, l'activité globale d'Ettelbruck a baissé modestement de 3,15%.

1.3.4.2. CMS de Luxembourg

L'offre de consultations au CMS de Luxembourg est quotidienne (voir 1.2.1.1.) et il s'agit là d'un attrait important pour la clientèle. Trois infirmiers(ères) ainsi que deux secrétaires tournent pour assurer les consultations encadrés par l'infirmier gradué et supervisés par le médecin du jour.

Par rapport à l'exercice précédent la fréquentation est en nette baisse (-12,54%) ce qui a entraîné mécaniquement une diminution de toutes les prestations. Cette baisse est faible pour les radiographies interprétées (- 1,8%) et plus sensible pour les tests tuberculiques effectués et lus (-12,5%). Ainsi l'indice d'activité globale de ce site a diminué de 12,8%. Après quatre années successives de hausse la charge de travail s'est atténuée en 2009 sur ce site.

Enfin, l'AHS du service est intervenue dans 1 dossier TB pour résoudre des situations socio-médicales souvent délicates.

1.3.4.3. CMS d'Esch / Alzette

Le site organise 4 consultations par semaine. Un infirmier et deux médecins les assurent avec l'aide d'une secrétaire.

Par rapport à l'an dernier la fréquentation est stable. A l'exception des tests tuberculiques, en recul modéré (- 3,8%), les autres actes effectués sont quasi inchangés. Et l'indice global d'activité est en discrète régression (- 0,67%).

L'AHS est intervenue dans 1 dossier TB et a effectué 2 interventions.

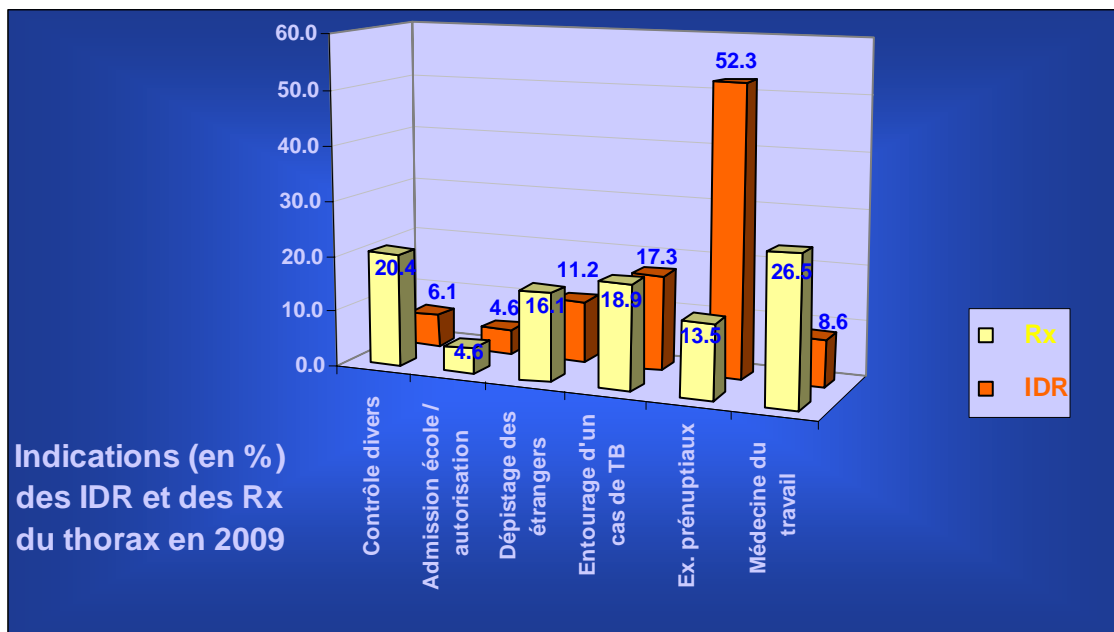
Constatons enfin que la région Sud est la plus grande pourvoyeuse de tuberculose-maladie du pays (voir tableau du paragraphe 1.3.3.).

1.3.4.4. Conclusions

La charge de travail s'est atténuée au niveau national et surtout à Luxembourg principalement en raison d'une fréquentation sensiblement moindre. La démographie ayant progressé en 2009 la baisse de la fréquentation de nos sites est en partie due à la baisse de l'activité économique qui influe sur le marché de l'emploi et du travail et indirectement sur l'activité de notre service.

1.4. Analyse et interprétation des résultats

Si la majorité des tests tuberculiques (52,3%) sont effectués dans le cadre d'examens pré-nuptiaux ceux-ci ne génèrent que 13,5% des radiographies du thorax réalisées. Ces derniers examens sont par ailleurs demandés dans le cadre la médecine du travail (26,5%), de contrôles divers (20,4%) notamment internes, d'enquêtes autour d'un cas de TB (19%) ou de dépistage des migrants (16%).



C'est ainsi que parmi les **6091** radiographies effectuées et interprétées en 2009, **15% des clichés, soit 912 radiographies du thorax présentait une anomalie.**

1.4.1. Affections non tuberculeuses

Parmi ces 912 radiographies, l'on dénombre **645 anomalies radiologiques non en rapport avec une affection tuberculeuse** (soit 10,6% du total des clichés interprétés) dont **325 correspondent à des situations** (soit 5,3% du total des radiographies) qui nécessitaient un contrôle ou un complément de bilan par l'intermédiaire du médecin traitant ou du médecin prescripteur.

1.4.2. Affections en rapport avec une tuberculose

1.4.2.1. Données épidémiologiques générales

En 2009 au Luxembourg 35 tuberculoses (toutes formes) ont été déclarées, dont 34 formes pulmonaires, soit un taux d'incidence de 7,1 cas pour 100.000 habitants. Ce taux est stable par rapport à l'an dernier (7,2 / 10⁵ h.) et reste en dessous de la moyenne de l'Europe de l'Ouest (environ 10 - 12 cas pour 10⁵ h.).

Comme dans la plupart des pays riches, l'on constate une prédominance de tuberculoses dites « importées ». En effet, 66% des cas déclarés en 2009 surviennent parmi la population résidente d'origine étrangère. Enfin, la médiane d'âge est beaucoup plus basse (36 ans) chez les malades étrangers que chez les nationaux (52 ans).

1.4.2.2. Evaluation

En 2009, l'on a répertorié **267 radiographies thoraciques anormales en rapport avec une maladie tuberculeuse**, ancienne ou récente, soit 4,4% des clichés interprétés. Et l'on inclut ici toutes les formes respiratoires de maladie tuberculeuse à déclaration obligatoire (D.O.).

1 Source : Inspection sanitaire (chiffres 2009)

Mais il faut à nouveau insister sur le dépistage des infections tuberculeuses latentes (ITL) non comptabilisées dans ces chiffres et qui ne relèvent pas d'une D.O. et d'un comptage par l'Inspection Sanitaire. Ce travail particulier est exclusivement effectué par la Ligue (se référer au chapitre 1.1.1) qui adopte pour cela 3 principes essentiels :

- Le respect des recommandations du Conseil Supérieur d'Hygiène et des institutions internationales concernant le dépistage des infections tuberculeuses latentes
- La réalisation rigoureuse des enquêtes épidémiologiques d'entourage TB et le dépistage ciblé des personnes ayant été en contact avéré avec un malade.
- Et enfin, la réalisation systématique d'un test cutané tuberculinique lors de ces contacts TB mais aussi lors des dépistages concernant des populations à risque.

Ainsi, en 2009, l'on a comptabilisé 874 infections tuberculeuses latentes, anciennes (> 2ans) ou récentes (< 2 ans), constatées pour la première fois ou à l'occasion d'un contrôle.

1.5. Conclusion

En matière de santé publique et particulièrement de tuberculose les gains ne sont jamais acquis et demeurent fragiles et dépendants de la vigilance des autorités, de la solidité et de la permanence du secteur sanitaire et social. La lutte antituberculeuse requiert une veille sanitaire permanente, des structures centralisées et des équipes compétentes et expérimentées.

L'incidence de la tuberculose dans notre pays est stable malgré une population résidente d'origine étrangère en constante progression. ***Et les résultats de la Ligue en matière de dépistage et de prévention de la TB et des maladies respiratoires témoignent de la qualité de son intervention qui nécessite néanmoins de constantes adaptations.***

Enfin, dans un futur proche, le test sanguin de dépistage de l'infection tuberculeuse latente (ITL), plus sensible et spécifique que le test cutané tuberculinique (IDR ou test de Mantoux), vieux maintenant de cent ans, viendra probablement compléter les pratiques de nos centres de lutte antituberculeuse lorsqu'il sera définitivement validé et adopté.

1 Source : Inspection sanitaire (chiffres 2009)

2. LA MÉDECINE SCOLAIRE

La médecine scolaire (MS) dans l'enseignement fondamental est un autre vaste champ d'intervention de la Ligue médico-sociale. Elle l'effectue pour le compte de la plupart des communes du pays conformément à la loi du 2/12/1987.

L'équipe médico-socio-scolaire d'une commune est constituée du médecin scolaire et d'un(e) infirmier(ère) et/ou d'un(e) AHS et/ou d'une assistante sociale de la Ligue Médico-Sociale.

Les locaux dans lesquels se déroulent les activités de médecine scolaire sont, le plus souvent, mis à disposition par la commune.

2.1. Les Missions

La médecine scolaire comporte un volet médical et un volet social distincts qui sont gérés par l'ensemble de l'équipe médico-socio-scolaire.

En parallèle des examens médicaux légaux la Ligue effectue, dans le cadre de la MS, de **nombreuses interventions d'éducation et de promotion de la santé** (voir chapitre 2.3.3.) selon les besoins et demandes.

2.1.1. Le volet social

La mission du travailleur social en médecine scolaire est inscrite dans la loi du 2 décembre 1987 portant réglementation de la médecine scolaire.

La médecine scolaire a pour objet de collaborer aux tâches sociales en liaison étroite avec les commissions scolaires, le Centre de Logopédie, les Centres régionaux et Instituts spécialisés de l'Education différenciée et les services spécialisés de l'Education nationale, tels que les Commissions d'inclusion scolaire (CIS), les équipes multiprofessionnelles, et les services de psychologie et d'orientation scolaire, en établissant **un bilan social** de l'élève en cas de besoin, en **assurant le suivi et en assistant**, le cas échéant, l'enfant afin qu'il puisse bénéficier effectivement des mesures proposées.

Travaillant à l'intersection du milieu scolaire, du milieu familial, du monde médical et du domaine social, l'assistante sociale occupe une place charnière dans le dispositif médico-socio-scolaire et il lui revient de soutenir l'enfant dans sa famille, puis d'organiser, de suivre et d'assurer la continuité des aides nécessaires à un enfant en difficulté.

De fait coordinatrice, voire case manager, elle est présente sur tout le **processus d'aide** et cela du diagnostic initial à l'évaluation des résultats. Son rôle inclut aussi la fonction de conseillère au sein de la commission d'inclusion scolaire, auprès du personnel enseignant ainsi qu'auprès des parents pour toutes sortes de problématiques sociales.

Le volet social de la médecine scolaire regroupe de nombreuses interventions :

Les contacts et entretiens avec les enfants, les parents, les enseignants, les médecins et les autres professionnels ou services sociaux, le travail en réseau (inspecteurs, équipes multiprofessionnelles, logopédie,...etc), les visites à domicile, les interventions urgentes, les signalements au juge de la jeunesse, les permanences dans les écoles.

2.1.2. Le volet médical

L'équipe médico-socio-scolaire réalise, tout au long de l'année scolaire, plusieurs types d'**examens médicaux** prescrits par le règlement grand-ducal du 21/12/1990.

Les tests systématiques (*ts*) d'évaluation biométrique sont effectués par l'AHS ou l'infirmier(e) de la Ligue pour chacune des classes de l'enseignement fondamental, excepté les classes du précoce.

Et ce même professionnel aide le médecin scolaire lors des examens médicaux systématiques (*ems*), de la 1^{ère} classe du 3^e et 4^e cycle de l'enseignement fondamental, et lors des bilans de santé (*bs*) de la 1^{ère} classe du préscolaire et du 2^e cycle fondamental et de la 2^e classe du 4^e cycle fondamental.

Enfin, toutes les constatations, informations ou demandes particulières d'ordre social, constatées par l'infirmier(ère), sont transmises à son "répondant social" correspondant.

En bref

Au cours de l'année scolaire 2008-2009, le **volet médical** de la **médecine scolaire** a concerné **31581 élèves** pour **2047 classes** réparties dans **113 communes** du territoire national. Les équipes ont effectué **30581 tests biométriques (ts)**, **7948 examens médicaux systématiques (ems)** et **11213 bilans de santé (bs)**. Ces chiffres sont en légère diminution par rapport à l'exercice précédent.

Le nombre des interventions d'**éducation et de promotion de la santé (EPS)** en faveur des élèves sont en **légère diminution** alors que le projet-pilote **Effekt**, trop prenant, n'a pas été reconduit.

2.2. La population des enfants scolarisés

La Ligue conformément aux dispositions de la loi offre ses services en matière de médecine scolaire à **113 communes** du territoire national. Le nombre d'enfants scolarisés dans l'enseignement fondamental et le nombre de classes varient d'une année scolaire à l'autre parallèlement aux évolutions démographiques et aux flux migratoires.

Lors de l'année scolaire 2008 - 2009 l'effectif des enfants assujettis aux contrôles médicaux scolaires organisés par la Ligue s'est élevé à **31581 élèves** (soit une baisse discrète de 0,3% par rapport à l'exercice précédent) répartis dans **2047 classes** (- 1,2%).

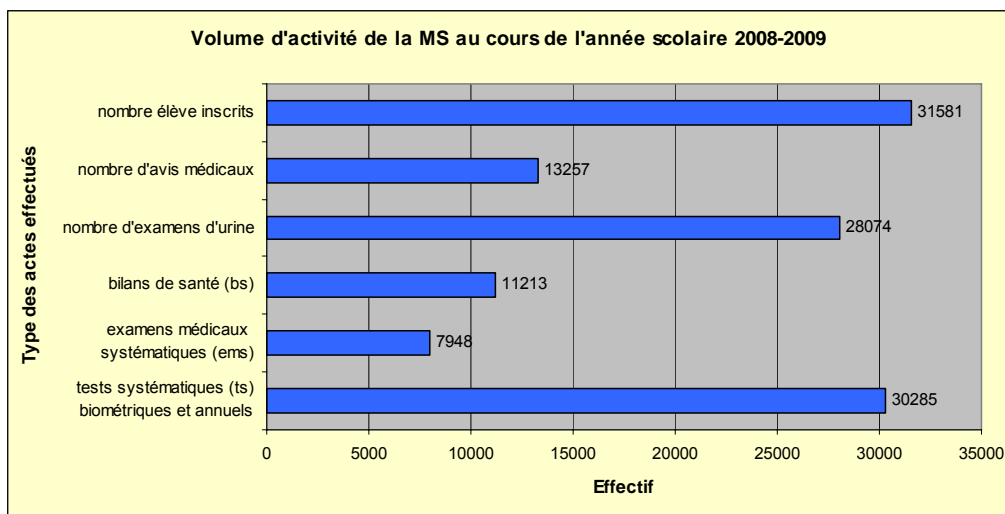
2.3. Activité et bilan du Service Médical Scolaire

2.3.1. La Médecine Scolaire (MS)

Dans le cadre des missions définies par la loi, le personnel médico-socio-scolaire effectue les examens systématiques qui ont été énumérés précédemment (*ts*, *ems* ou *bs*).

Au cours de l'année scolaire 2008 - 2009 les données suivantes ont été comptabilisées (leur évolution, par rapport à l'exercice précédent, est indiquée entre les parenthèses) :

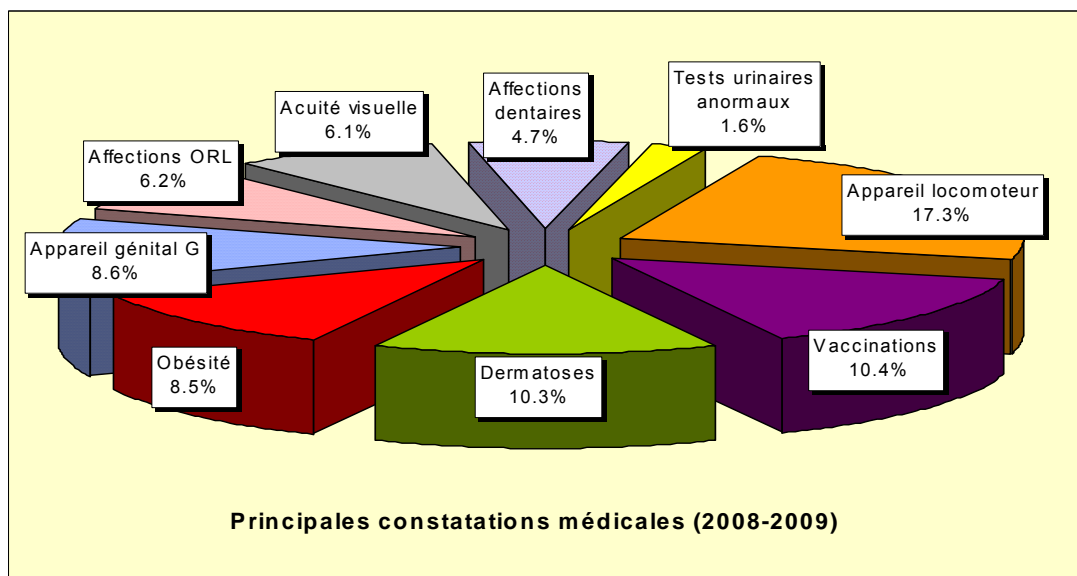
30581	tests systématiques (<i>ts</i>) annuels effectués	(- 0,3%)
7948	examens médicaux systématiques (<i>ems</i>) effectués	(- 3,4%)
11213	bilans de santé (<i>bs</i>) effectués	(- 3,5%)
28074	examens d'urine de dépistage pratiqués	(- 5%)
13257	avis médicaux envoyés aux parents	(- 1,3%)
356	interventions d'éducation et promotion de la santé	(- 32,3%)



Ainsi au cours de cette dernière année scolaire 96,8% des élèves ont rencontrés au moins une fois un professionnel de l'équipe médico-sociale pour un contrôle médical.

Les examens médicaux permettent de constater d'éventuelles anomalies médicales qui peuvent motiver l'envoi d'avis médicaux destinés à inviter les parents à consulter le médecin de leur choix. Ces avis médicaux sont en moyenne au nombre de 6,47 par classe examinée dont l'effectif moyen est de 15,4 élèves. Ces chiffres sont comparables à ceux des exercices précédents.

Au plan épidémiologique les problèmes médicaux les plus fréquents sont représentés dans le graphique suivant :



Plus explicitement ils concernent :

- l'appareil locomoteur (rachis, déformations plantaires, etc.) pour 17,26% des *ems* + *bs*,
- les recommandations vaccinales pour 10,36% des élèves examinés en *ts*,
- les dermatoses dont les pédiculoses pour 10,27% des *ems* et *bs*,
- les anomalies génitales du garçon (8,63% des garçons examinés)
- l'obésité, signalée dans 8,54% des *ts*,
- les affections ORL pour 6,19% des *ems* + *bs*,
- la baisse de l'acuité visuelle (6,13% des *ts*),

- les problèmes dentaires (caries et orthodontie) pour 4,69% des enfants examinés,
- et 1,57% des prélèvements urinaires. Ceux-ci objectivent la présence anormale d'albumine dans 0,5% des cas, de glucose dans 0,13% des prélèvements et enfin de sang dans 0,94% des tests.

Mais, d'une façon générale, remarquons qu'une anomalie constatée lors d'un examen médical ne fait pas systématiquement l'objet de la part du médecin scolaire d'un avis auprès des parents notamment si elle a déjà été notifiée ou prise en charge auparavant. Une sous-notification des affections médicales qui est également observé pour les « pathologies chroniques » telles que l'obésité, l'asthme ou les allergies.

Cette évaluation nous permet de mettre en évidence les principaux problèmes de santé des enfants et de définir des actions et programmes spécifiques d'éducation et de promotion de la santé conçus par la Ligue ou développés en partenariat dans le cadre de programmes nationaux.

2.3.2. Le volet social de la Médecine scolaire

2.3.2.1 Quelques chiffres

Sur une population de 33131 enfants 1, 953 enfants ont bénéficié pendant l'année scolaire 2008/2009 d'une ou de plusieurs interventions sociales de la Ligue médico-sociale.

Cette prise en charge se répartit comme suit :

Centre : 411 dossiers
 Nord : 312 dossiers
 Sud : 230 dossiers

Parmi ces dossiers, 110 ont été clôturés durant l'année scolaire.

2.3.2.2 Constats

Analyse sur le type de problèmes rencontrés chez les enfants (n=953)

PROBLEMES ENFANTS PAR CATEGORIE	%
Problèmes sociaux et socio-scolaires	45,50
Problèmes de santé psychique	18,36
Problèmes socio-familiaux	18,28
Problèmes de santé physique	8,75
Problèmes d'apprentissage scolaire	6,70
Problèmes socio-culturels	2,41
TOTAUX	100%

L'approche holistique du service fait que le problème signalé n'est pas exclusivement traité, mais l'entièreté du « système – enfant ».

En bref

Au sein du Service de Médecine Scolaire, l'assistante sociale est intervenue auprès de **953 enfants scolarisés** pour un problème social. Les problèmes, les plus importants rencontrés au début de la prise en charge chez les enfants sont: les **problèmes sociaux et socio-scolaires** (45.50%), suivis des **problèmes psychiques** (18,36 %) et des **problèmes socio-familiaux** (18,28 %). **25 cas de maltraitance, d'abus sexuels et de manquements** dans l'obligation parentale ont été signalés. **27%** des problèmes ont été **stabilisés** et dans **68%** des cas, le travail social presté a **amélioré** la situation (échantillon de 504 cas).

Les problèmes sociaux et socio-scolaires (45,50%) étant les plus représentatifs en relation avec les enfants, il y a lieu de s'attarder sur ses composantes: le problème isolé le plus représentatif est le problème d'apprentissage scolaire voire celui de la chute des résultats scolaires. Des comportements inadéquats et diverses formes de violences ont interpellé le service (stigmatisation, isolement, agressivité, mobbing etc.).

Près de 10% des problèmes sociaux et socio-scolaires ont trait aux suspicions de violences (abus sexuels, maltraitance et négligence).

En ce qui concerne les problèmes socio-familiaux (18.28%), le service note une part non négligeable (10% des problèmes socio-familiaux) de violences avérées envers les enfants (abus sexuels, maltraitance, enfants exploités).

Les A(H)S sont souvent confrontés à des manquements de la part des parents envers leurs enfants (non-respect des besoins de l'enfant, manque de soins quotidiens).

20% des problèmes socio-familiaux ont trait aux conflits réguliers entre l'enfant avec sa fratrie ou ses parents.

Les suspicions et les cas avérés de maltraitance, d'abus sexuels et de manquements dans l'obligation parentale ont contraint les assistants sociaux à effectuer des signalements au Parquet ou Tribunal de la Jeunesse dans 25 cas (2,6% des dossiers).

Evolution des situations (n= 504)

Evolution de la situation chez l'enfant	%	Evolution de la situation chez les parents	%
positive	24,63	positive	12,69
plutôt positive	43,84	plutôt positive	37,73
stabilisation	27,18	stabilisation	42,61
plutôt négative	3,96	plutôt négative	4,96
négative	0,39	négative	1,98
TOTAL	100	TOTAL	100

Pour un échantillon de 504 situations problématiques, les A(H)S ont pu stabiliser la situation dans 27% des problèmes chez l'enfant. Le travail social presté a amélioré la situation dans 68% des cas.

La stabilisation de la situation est plutôt un résultat positif que négatif vu qu'un processus d'aide a démarré et a suscité une réaction chez l'enfant : le déclin est arrêté. Des facteurs extérieurs, souvent trop défavorables, influent sur le processus de changement : comme le deuil d'un proche, le surendettement des parents,...etc. Ces facteurs influencent négativement la situation sociale.

Dans le cadre de ses interventions pour clarifier les situations problématiques des enfants, l'équipe médico-socio-scolaire de la Ligue médico-sociale a relevé en outre 1184 problèmes auprès des parents ou familles monoparentales. Il faut savoir que le travailleur social en médecine scolaire a pour mission d'assurer le suivi social de l'enfant et dans ce cadre, il n'a pas de disponibilités pour assurer un accompagnement social à long terme du ménage. Le cas échéant, le dossier est transféré au Service d'Accompagnement Social de la Ligue ou à toute autre instance compétente qui prendra en charge le ménage en difficulté.

Les problèmes les plus importants retrouvés chez les ménages sont les problèmes dus aux relations socio-familiales, suivis de problèmes socio-économiques, des problèmes de comportements sociaux et/ou de rôles sociaux et problèmes psychiques/psychosomatiques.

Evaluation de la motivation des parents

Motivation mère	Nbre	%	Motivation père	Nbre	%
bonne	146	32%	bonne	91	20%
plutôt bonne	180	39%	plutôt bonne	117	26%
plutôt mauvaise	67	15%	plutôt mauvaise	71	16%
mauvaise	31	7%	mauvaise	41	9%
aucune	32	7%	aucune	136	29%
	456	100%		456	100%

Le service note une variation importante dans la motivation des parents à s'investir dans la relation d'aide : alors que la motivation des mères est bonne dans 71% des cas, celle des pères est de 46%. Le degré de motivation à s'investir dans le processus de changement a évidemment une influence sur la réussite de l'intervention de l'A(H)S.

2.3.2.3 Autres activités

Depuis 2007, la Ligue s'est investie dans le développement de programmes de prévention sociale spécifiques et ciblées pour répondre à la demande des enseignants qui constatent que le comportement social des enfants est souvent dysfonctionnel. Les problèmes d'agressivité (violences, ...) et de discipline se multiplient et le corps enseignant est à la recherche de solutions efficaces pour y réagir. C'est ainsi que la Ligue s'est décidée à lancer un projet pilote visant à renforcer les compétences sociales des enfants de manière précoce en se basant sur le programme « EFFEKT » (EntwicklungsFörderung in Familien : Eltern- und Kinder-Training), développé par la 'Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg.

Suite à l'avis favorable du ministère de la santé en date du 31 mars 2008 la formation a été lancée dans les écoles. L'atelier EFFEKT est organisé principalement par les intervenants sociaux en médecine scolaire. Il s'adresse aux enfants du préscolaire et à leurs parents.

Après des conclusions positives sur l'année scolaire 2007-2008, un programme restreint a été poursuivi en 2008-2009, dans une classe dont la moyenne d'âge a été de 5 à 6 ans, avant de tirer les conclusions définitive sur le projet-pilote.

Dans tous les cas, il a été relevé l'influence positive du programme sur les enfants ayant participé aux cours par rapport à ceux n'ayant pas suivi le programme.

¹ Pour les communes de Rumelange et de Schiffange, la Ligue médico-sociale n'assure que le volet social de la prise en charge des enfants dans le cadre de la médecine scolaire. Cela à l'adresse de quelque 1552 élèves.

2.3.2.4 Conclusions et perspectives d'avenir

Les statistiques sociales (Source Statec, Enquête EU-SILC 2008) révèlent d'une manière générale qu'un enfant sur cinq habite un ménage tombant sous le seuil de risque de pauvreté, ce qui correspond en moyenne à trois enfants par classe.

« En temps de crise économique, investir dans le social (Etat d'investissement social) est primordial pour maintenir la cohésion sociale et prévenir la paupérisation des plus vulnérables. (Jacques. DELORS, Michel DOLLE) »

La précarité des emplois, les faibles revenus des parents ne sont évidemment pas la cause de tous les problèmes rencontrés, mais les intervenants mettent en évidence que la proportion d'enfants à problèmes sociaux augmente dans nos classes.

Selon une étude du Conseil français de l'Emploi, des Revenus et de la Cohésion sociale (Cerc), le fait d'être élevé dans une famille pauvre réduit sensiblement (de l'ordre des trois quarts) leur probabilité de réussir à l'école. Cet état des choses accroît fortement le risque pour ces enfants de devenir à leur tour des adultes pauvres.

L'adaptation des statistiques annuelles pour l'année scolaire 2009-2010 permettra une analyse plus approfondie du travail social du service.

La collaboration d'un tiers des parents est difficile ou absente. Pour ces situations, il manque des possibilités d'intervention puisque l'absence de demande d'aide du côté des parents est très fréquente. Sans demande parentale, beaucoup de situations, peu problématiques au départ, se dégradent sans qu'on puisse aider l'enfant et souvent à tel point que l'intervention judiciaire devient incontournable.

En vue de prévenir des situations potentiellement graves, les travailleurs sociaux s'accordent à dire que la disponibilité du volet social de la médecine scolaire doit être augmentée pour s'investir d'avantage dans la prévention sociale.

Pendant l'année scolaire 2008-2009, l'A(H)S de l'équipe médico-socio-scolaire a toujours participé aux réunions des CMPP (Commission Médico-Psycho-Pédagogique) et il est très important que l'A(H)S participe dans les nouvelles CIS (Commission d'Inclusion Scolaire) instaurées par la loi sur l'enseignement fondamental. En effet, la vision sociale et médico-sociale de l'A(H)S en tant que spécialiste ayant une vue holistique de la situation de l'enfant et de son système est primordiale pour le bien-être et le développement de l'enfant:

« Les enfants à problèmes sociaux d'aujourd'hui risquent d'être clients de demain de nos services sociaux »

La Ligue s'investit de plus en plus dans le développement de programmes de prévention sociale spécifiques et ciblées pour renforcer les compétences sociales des jeunes enfants et prévenir ainsi les problèmes sociaux à long terme et obtenir un impact durable.

L'impact positif du programme EFFEKT (EntwicklungsFörderung in Familien: Eltern und Kinder-Trainig), souligne que la Ligue médico-sociale doit libérer d'avantage de ressources pour continuer à réaliser des programmes de prévention sociale.

2.3.3. **Activités de Promotion et d'Education pour la Santé (EPS) dans le cadre de la médecine scolaire (MS)**

Les professionnels de l'équipe médico-socio-scolaire, au contact direct et régulier avec la communauté scolaire, sont les acteurs de terrain les mieux adaptés pour mener à bien des programmes cohérents et pérennes d'E.P.S. au sein des établissements scolaires.

2.3.3.1. Formation du personnel

En matière d'EPS la formation spécifique des professionnels de terrain est indispensable. Elle est destinée à multiplier les interventions de ce type auprès des élèves du primaire.

Un objectif sous-jacent est aussi d'assurer des échanges participatifs au sein de la communauté scolaire afin de contribuer au bien-être des enfants.

Elle est supervisée par l' « Equipe Education et Promotion de la Santé ». (Voir chapitre 4.1.).

Au cours de cette année scolaire l'équipe EPS a présenté l'animation « Bouger c'est la santé » destinée aux élèves du 4^e cycle de l'enseignement fondamental.

Enfin et en parallèle, les thèmes de « Promotion Santé » disponibles ont été présentés au personnel nouvellement engagé.

2.3.3.2. Bilan des interventions des professionnels

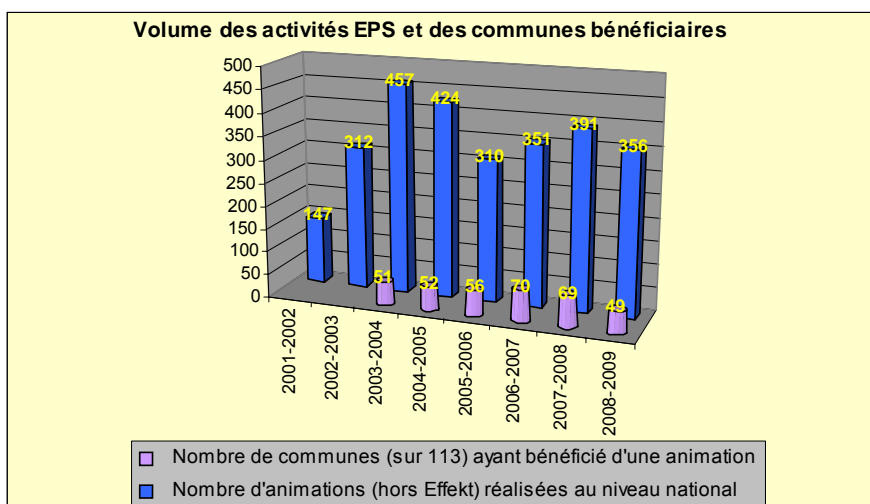
Chaque début d'année scolaire, les professionnels de la Ligue informent les enseignants et les parents sur les possibilités d'intervention dans les établissements scolaires en matière de promotion de la santé. Dès lors, en fonction des demandes formulées, des actions peuvent être menées en collaboration avec les enseignants.

L'activité globale est résumée dans le tableau ci-dessous.

Interventions de PS en MS effectuées au niveau national au cours de l'année scolaire 2008 - 2009	
Activités réalisées pour les élèves	356 (- 32,3 %)
Nombre de communes bénéficiaires <i>total de communes concernées</i>	49 (- 31,9%) 113
Séances réalisées pour les parents	2 (- 94,9%)

Au cours de cet exercice, le nombre d'interventions de « Promotion Santé » effectuées dans le cadre de la MS, au niveau national, s'est élevé à **356 actions**. Il s'agit d'une nette diminution par rapport à l'année scolaire précédente. Il est à souligner que le programme « Effekt » a été reconduit en 2008-2009 sous forme restreinte, alors qu'il représentait 135 animations pour l'exercice antérieur (2007-2008). Et si l'on soustrait l'activité de ce programme pilote spécifique, les animations usuelles dispensées aux élèves ont régressé de seulement 8,9% par rapport à 2007-2008 (391 animations) et se situent à un niveau comparable à celui enregistré au cours de l'exercice 2006-2007 (351 animations).

En ce qui concerne la couverture géographique, plus de 41% des communes du pays (49) dont la Ligue a la charge en médecine scolaire ont bénéficié d'actions d'EPS. Notons toutefois qu'elle a été moindre que lors de l'exercice précédent.



Au niveau de la répartition, 73% des animations sont effectuées dans la circonscription Centre (260 interventions), 22,2% dans le Nord (79 interventions) et seulement 4,8% dans le Sud (17 interventions).

2.3.3.3. Thèmes et demandes

L'équipe EPS (voir chapitre 4.1) a élaboré un répertoire intitulé « Répertoire des outils de Promotion et d'Education pour la Santé » destiné aux enseignants. Celui-ci a été distribué aux enseignants à la rentrée 2008-2009. Il contient un courrier explicatif, un commentaire sur les thèmes traités et un descriptif des outils disponibles par thème, âge et niveau scolaire des enfants.

Au total **9 thèmes** ont été proposés à la communauté scolaire au cours de l'exercice écoulé. Par rapport aux années antérieures, certains thèmes ont été regroupés. Il s'agit d'une part d'« hygiène dentaire » et d'« hygiène corporelle » dans le vocable « Hygiène » et d'autre part de « Tabac » et de « Bien-être » sous l'intitulé plus général de « Prévention des dépendances ». L'on retrouve aussi les sujets classiques de « l'alimentation », de l'« activité physique », de la « visite médicale », du « sommeil », du « soleil », de la « sexualité » et de la « santé ».

Le projet-pilote « Effekt » s'est terminé (15 séances) et n'a pas été reconduit.

Pour l'ensemble de ces thèmes les professionnels disposent au total de **21 outils** adaptés aux différents âges des élèves. La majorité de ceux-ci ont été conçus par la Ligue exceptés quelques-uns développés avec d'autres partenaires (ministères, Centre de prévention des Toxicomanies).

2.3.3.4. Demandes et réponses

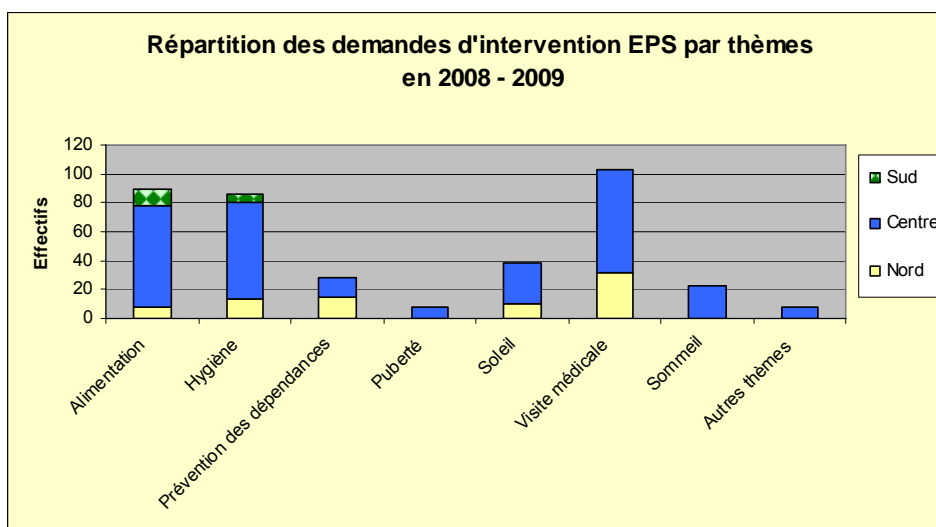
Sur 384 demandes formulées, 356 interventions ont pu être réalisées. 28 (7,3%) n'ont pu être réalisées dont les 3/4 par manque de temps.

Sur les 384 demandes formulées d'intervention, l'initiative de la requête en revient :

- 180 fois à l'enseignant (46%)
- 162 fois au personnel médico-socio-scolaire (42%)
- 10 fois aux communes
- 32 fois à d'autres ou à plusieurs membres de la communauté scolaire (élèves, directeurs,...)

Le taux des non-réponses aux demandes formulées (28 soit 7,3%) est encore en baisse par rapport à l'exercice antérieur (10,2%).

La répartition des thèmes les plus demandés est représentée dans le graphique ci-dessous.

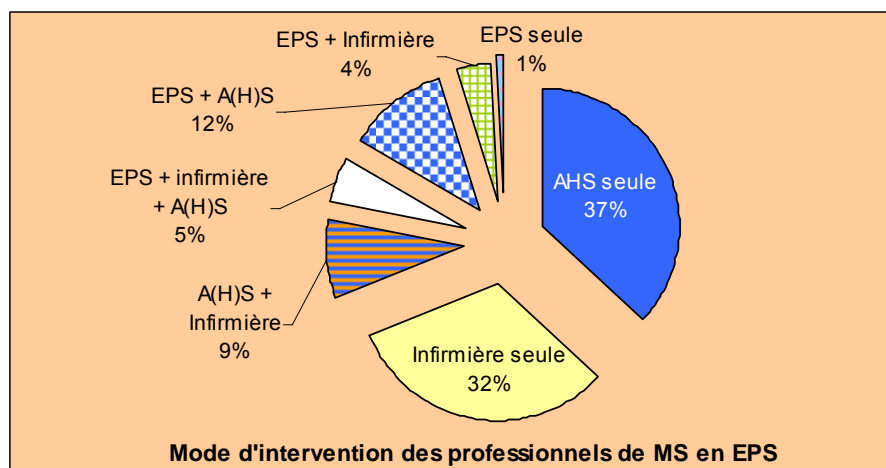


L'on constate que les thèmes et actions délicats, difficiles à aborder ou qui requièrent beaucoup de logistique sont moins souvent réalisés (tabac, sexualité, bien-être, sommeil, etc.).

Enfin, chaque animation, en fonction de sa complexité, demande une préparation plus ou moins importante. Ainsi l'on a répertorié 14 réunions préparatoires avec les enseignants.

2.3.3.5. Modes d'intervention

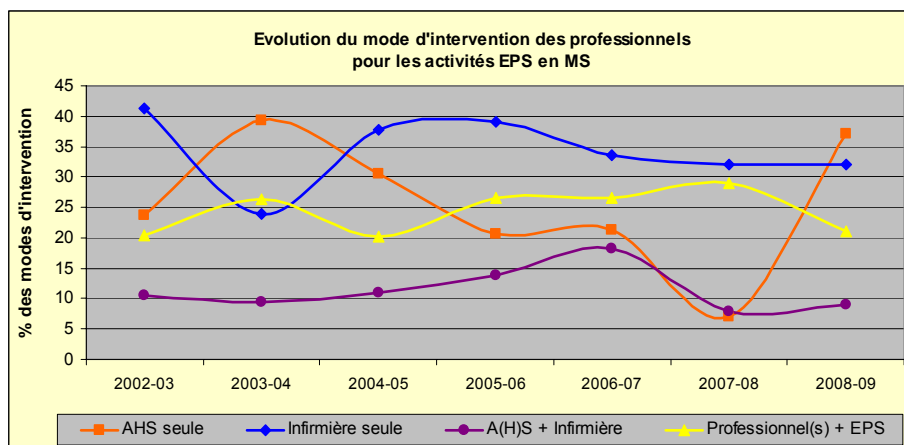
Le schéma qui suit synthétise les modes d'intervention des professionnels de terrain.



Les AHS sont plus impliquées que les infirmières dans les interventions d'EPS avec respectivement 63% et 50% des réalisations.

L'on constate que 70% des interventions éducatives sont effectuées par un seul professionnel.

Dans les autres cas plusieurs professionnels interviennent conjointement.



Et 21% des interventions s'effectuent avec le recours d'un référent de l'équipe EPS. Ces chiffres démontrent que globalement les professionnels ont acquis une autonomie plus grande par rapport aux années précédentes.

Enfin, il faut souligner que les professionnels participent, dans certaines communes du pays, à d'autres projets d'EPS en dehors de la médecine scolaire (voir le chapitre 4.3.2.).

2.3.3.6. Analyse

Les activités d'EPS modifient l'image de l'équipe médico-socio-scolaire auprès des élèves, permettent des échanges fructueux et complémentaires avec les enseignants et les autres membres de la communauté scolaire pour le bien-être des enfants.

Malheureusement les propositions d'animations ainsi que les réalisations d'ateliers ont été, par manque de temps, moins nombreuses par rapport aux années précédentes.

Nous comptons vivement sur la réforme de la médecine scolaire afin de créer un cadre réglementaire favorable aux activités en promotion et éducation à la santé en faveur du bien-être des élèves.

2.3.4. **Conclusions sur les activités du Service médical scolaire et perspectives**

Malgré les nombreuses contraintes notamment logistiques et organisationnelles, le service médical scolaire remplit chaque année les obligations légales en matière d'exams médicaux. Toutefois la charge réelle de travail des professionnels en MS pose tous les ans de lourds problèmes de gestion du temps et des ressources et laisse peu de temps pour promouvoir la santé auprès des élèves.

Aussi, l'attendue de la réforme de la médecine scolaire qui accordera une place plus importante à la prévention et à la promotion de comportements plus sains pour la santé donne l'espoir à la Ligue de montrer toutes ses capacités en faveur du mieux-être des futures générations.

3. PRÉVENTION DE LA SANTÉ DE L'ENFANT

3.1. Les missions

Les objectifs de cette prestation sont le dépistage précoce des retards de développement, notamment psychomoteur, et des pathologies du jeune enfant ainsi que l'information et le conseil des parents pour tout ce qui concerne la santé et l'épanouissement social de leur(s) enfant(s) et, par voie de conséquence, les mesures d'éducation et de promotion de sa santé.

L'équipe est composée d'un médecin généraliste ou d'un pédiatre, vacataire, nommé par la Ligue, et d'un professionnel de la Ligue, AHS, infirmier(ère) pédiatrique, ou infirmier(ère).

3.2. Population de jeunes enfants de 0 à 4 ans

En 2009, la population des enfants de 0 à 4 ans concernés par cette activité comptait **28511** individus (source Statec 2009), chiffre en légère hausse (+ 1,6%) par rapport à 2008. La tendance depuis 2 ans est à l'augmentation, toutefois modeste, du nombre d'enfants de 0 à 4 ans.

3.3. Activités et évolution

Le Service de Prévention de la Santé de l'Enfant (SPSE) comporte en fait 3 volets distincts complémentaires: les consultations pour nourrissons et jeunes enfants (CNJE), les visites en maternité (VM) et les visites à domicile (VD). Ces 3 niveaux d'intervention font aussi partie du projet-pilote que nous détaillerons plus tard dans le texte. Et c'est en raison du début tardif de ce dernier, à la mi-novembre, que nous avons évalué l'activité du SPSE pour 2009 de façon globale sans séparer ces deux types d'exercice distincts mais concomitants.

3.3.1. Les consultations pour nourrissons et jeunes enfants (CNJE)

Les consultations pour nourrissons et jeunes enfants (CNJE) sont organisées de longue date et s'effectuent dans 28 sites répartis sur tout le territoire.

Les CNJE sont accessibles aux parents dont les enfants sont âgés de 0 à 4 ans. Elles reposent sur des interventions préventives et promotionnelles de la santé adaptées à la petite enfance.

La fréquence des consultations de chacun des sites varie en fonction de la démographie locale, de la localisation géographique et des besoins observés.

Les locaux affectés sont choisis en fonction des possibilités de la commune concernée ou de celles de la Ligue.

En bref

En 2009 la fréquentation des 28 sites de « consultations pour nourrissons » (CN), avec **2638 consultations**, est en baisse modérée de 4,7%. Cette diminution affecte surtout les nouveaux enfants inscrits (- 8,1%) par rapport aux anciens (- 3,3%). Lors de 86 séances de visites en maternité (maternité Grande-duchesse Charlotte de Luxembourg et Hopital St Louis d'Ettelbruck) nos infirmières ont permis de faire connaître nos prestations à **943 mères**.

En parallèle, un nouveau **projet-pilote** qui suscite beaucoup d'espoirs a débuté à la mi-novembre. Il concerne 9 des 28 sites existants. Il est mis en œuvre par une équipe professionnelle aguerrie exclusivement dédiée à ce projet.

L'activité chiffrée est résumée dans la grille suivante.

Circonscription	Nombre d'enfants examinés (évolution / 2008)	Nombre de nouveaux inscrits (évolution / 2008)	Nombre d'anciens consultants (évolution / 2008)	Moyenne par séance (évolution/ 2008)
Centre	1230 (- 1,8%)	379 (- 1,6%)	851 (- 2%)	2,91 (- 2,3%)
Nord	676 (- 16,3%)	112 (- 20%)	564 (- 15,2%)	4,31 (- 26,5 %)
Sud	732 (+3,7%)	193 (- 11,9%)	539 (+ 10,7%)	4,46 (- 3,9%)
National	2638 (- 4,7%)	684 (- 8,1%)	1954 (- 3,3%)	3,55 (- 9%)

En 2009, nous avons comptabilisé 744 séances et relevé 2638 consultations parmi lesquelles 684 concernent des nouveaux enfants et 1954 des anciens.

Par rapport à l'an dernier la baisse de fréquentation est réduite (4,7%), mais il s'agit de la 6^e année consécutive de diminution. Cette baisse a surtout affecté les sites de la circonscription Nord (-26.5%). La diminution est moins importante au Sud (-3.9%) et au Centre (-9%).

3.3.2. Les visites en maternité (VM)

Les visites en maternité (VM) sont destinées à établir avec les mères qui viennent d'accoucher un premier contact, à les informer des sites et horaires des consultations nourrissons (CNJE) et à leur faire connaître l'ensemble de nos prestations et aides disponibles notamment en faveur de leurs enfants.

La collaboration avec le personnel soignant des établissements partenaires s'avère bonne.

A la maternité Grande Duchesse Charlotte

du CHL l'infirmière puéricultrice de la Ligue a rencontré **733 mères** au cours de **48 déplacements** (1 de plus qu'en 2008). La moyenne est de 15,3 entretiens avec des mamans par séance.

De même, **38 déplacements** (7 de plus qu'en 2008) ont été réalisés à la maternité de l'hôpital St Louis d'Ettelbruck, par l'infirmière en pédiatrie de la Ligue où elle a rencontré **210 mères** soit une moyenne de 5,5 mères visitées par déplacement.

3.3.3. Les visites à domicile (VD)

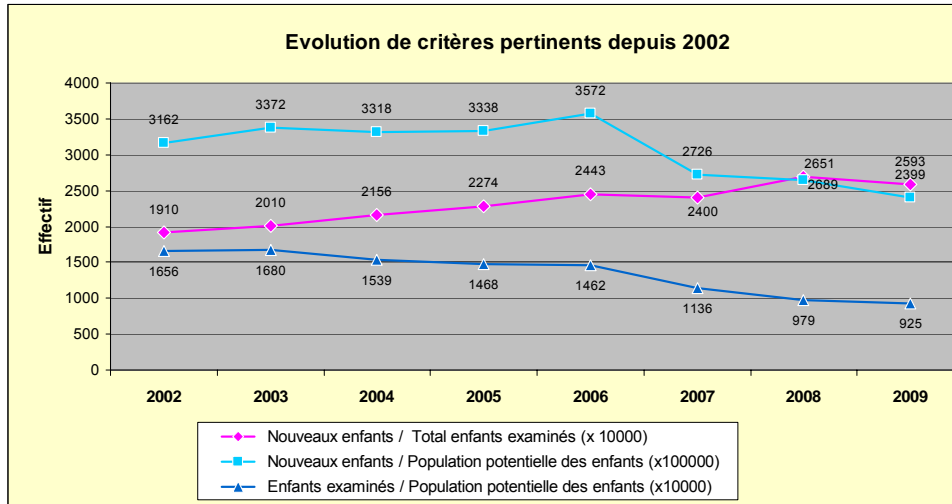
La visite d'une infirmière au domicile des parents d'enfants, résidant à Luxembourg ou à Ettelbruck, n'est proposée, dans la prestation « classique » du SPSE qu'en cas de problématiques urgentes ou matérielles. Car le recours aux consultations sur site (CNJE), bénéficiant habituellement de la présence d'un médecin, y est toujours privilégié. Ainsi pour la prestation « classique », il n'y a eu aucun déplacement au domicile d'un enfant en 2009.

Par contre dans le cadre du projet-pilote (voir le chapitre 3.4.), qui propose des visites à domicile plus systématiques aux familles, 12 visites à domicile ont été effectuées au cours des 6 séances organisées à la fin de l'année. Cela objective un impact déjà sensible de ce concept et présage de retombées bénéfiques pour l'activité future du service.

3.3.4. Bilan évolutif

En 2009, le nombre total d'enfants examinés s'est à encore faiblement baissé (se reporter aux données du chapitre 3.3.1.). Cette diminution de fréquentation est connue depuis plusieurs années et est surtout consécutive à un déficit de fidélisation des parents que ne peut enrayer le nombre appréciable des nouveaux inscrits.

Le graphique ci-dessous objective certaines tendances remarquables. L'on y constate notamment que la perte d'examen d'enfants par rapport à la population potentielle s'atténue depuis 2007. Et le défi à relever se situe ici.



3.4. Projet-pilote

Ces différents constats ont motivé une réflexion dont l'aboutissement a été l'élaboration d'un nouveau concept d'intervention dont les objectifs essentiels sont de mieux répondre aux demandes, attentes et besoins des parents sans perdre les fondements et les acquis du programme interventionnel du Service de Prévention de la Santé de l'Enfant existant.

Cette nouvelle stratégie repose sur l'intervention d'une équipe médico-sociale exclusivement dédiée à cet effet, plus investie et disponible, et sur une formation et une compétence accrues de ses intervenants. Par ailleurs, ce concept renforce le rôle prépondérant de l'information des nouvelles mères et des visites en maternité (VM) et privilégie les visites à domicile (VD). Enfin des séances régulières de promotion et d'éducation à la santé (EPS) seront proposées aux parents en parallèle des consultations sur site (CNJE).

Cette nouvelle approche est testée, depuis la mi-novembre 2009, par un projet-pilote qui concerne 9 sites des 28 existants. Les communes concernées sont celles de Bertrange, Echternach, Lintgen, Luxembourg-Gare, Sandweiler, Schifflange, Steinfort, Strassen et Walferdange. L'équipe du projet-pilote est composée d'un médecin vacataire à mi-temps, de deux infirmières à mi-temps, et d'une AS à quart de temps. Elle effectue, selon un planning préétabli, des CNJE sur les 9 sites susnommés, les visites à la maternité du CHL et les visites à domicile qui la concernent. Elle organise par ailleurs des séances régulières « d'échanges et d'informations-santé », en fonction des besoins et des demandes, dans ces différents sites.

Les résultats préliminaires et partiels apparaissent positifs et encourageants (voir chapitre 3.3.3.). Une évaluation complète de cette nouvelle démarche est prévue. Si elle donne satisfaction le concept pourrait être élargi à l'ensemble du pays.

4. PRÉVENTION, DÉPISTAGE, EDUCATION ET PROMOTION DE LA SANTÉ

Dans ces différents domaines des professionnels expérimentés, médecins, diététiciennes, psychologues, assistants d'hygiène sociaux et infirmières spécialisées répondent aux besoins et demandes communautaires et institutionnels.

4.1. "Equipe Education et Promotion de la Santé"

4.1.1. Objectifs et compétences

Au sens de la charte d'Ottawa, la promotion de la Santé est destinée à développer les capacités des jeunes à choisir des comportements sains et à "gérer" leur santé.

L'«Equipe Education et Promotion de la Santé» est une entité restreinte de trois professionnels qui réfléchissent aux moyens de répondre à ces objectifs, notamment en faveur des plus jeunes et plus particulièrement dans le cadre de la MS.

Elle s'occupe des aspects conceptuels et organisationnels des interventions d'EPS et supervise la programmation des actions. Elle assure la formation du personnel médico-socio-scolaire afin qu'il puisse entreprendre des interventions de promotion de la santé auprès des élèves dont la Ligue a la charge (voir 2.3.3.). Elle gère les outils et matériels, collabore avec les ministères de tutelle et les différents partenaires et enfin conçoit et élabore des animations.

4.1.2. Modalités de fonctionnement

Cette structure E.P.S. est centralisée à Luxembourg mais chaque circonscription possède un centre de référence de Promotion de la Santé. Ainsi chaque région dispose d'un référent EPS et d'un site pour le stockage du matériel et des outils pédagogiques (supports, vidéos, films, etc.).

4.1.3. Activités spécifiques

En 2009, les membres de cette entité se sont retrouvés lors de 28 séances de travail (demi-journées) à l'occasion desquelles sont discutés et élaborés les différents projets et interventions.

Les domaines d'intervention de l'équipe promotion de la santé multiples sont les suivants:

- Formation du personnel
- Présentation des nouveaux outils et animations aux professionnels
- Gestion des outils d'EPS
- Encadrement, accompagnement du personnel sur le terrain (75 séances en 2008/2009)
- Participation à la formation des professionnels de terrain
- Participation à différents groupes ou sous-groupes de travail (se reporter au chapitre 5.).
- Collaboration à des programmes locaux ou nationaux de santé publique.

Certains membres de l'équipe EPS sont particulièrement impliqués dans le groupe de travail sur la médecine scolaire. Ils ont notamment participé à plusieurs sous-groupes spécifiques comme : « missions des membres de l'équipe médico-socio-scolaire », « nature et aménagement des locaux de médecine scolaire », « procédure de collaboration de l'équipe médico-socio-scolaire » et « comité de santé scolaire : composition et mode de fonctionnement ».

Ayant acquis des compétences dans la conception d'outils pédagogiques (Bruxelles, 2007 et 2008) cette équipe a élaboré en 2009 un guide de l'animateur pour « Bouger c'est la santé » destiné au personnel de médecine scolaire et qui comprend :

- des informations scientifiques et des recommandations pratiques pour l'animateur
- une fiche pratique pour l'atelier destiné aux élèves du 4^e cycle (10 à 12 ans)
- et enfin des suggestions d'accompagnement pour l'enseignant

Ce guide a été évalué et validé par les experts de PIPSA (service de promotion de la santé de l'union nationale des mutualités socialistes - Bruxelles) et il a été présenté aux experts du groupe de travail « alimentation saine et activité physique » du ministère de la santé.

De même, l'outil « soleil ami ou ennemi » est en voie de finalisation.

Ainsi à terme, chaque animation sera actualisée, évaluée par des experts et disposera d'un guide de l'animateur.

Les membres de l'équipe ont aussi participé à une réunion d'échange sur les projets et initiatives concernant l'activité physique en milieu scolaire.

Enfin, certains ont assisté à la conférence nationale de santé (Mondorf-les-Bains), à des journées pédagogiques ou à des colloques de formation sur les thèmes de la prévention (Paris), de l'alimentation, de l'activité physique, de l'addiction (à l'informatique), de la justice, du tabac, de la bien-traitance et résilience, de la néo-natalité, de l'allaitement maternel, etc..

4.2. Activités d'EPS en rapport avec la MS

Ces activités regroupent d'une part celles effectuées dans le cadre de la MS, et d'autre part celles qui concernent des interventions particulières de la Ligue, respectivement en rapport avec des programmes nationaux initiés par le ministère de la santé.

4.2.1. Interventions d'E.P.S. dans le cadre de la MS

Tous les aspects de ces interventions d'EPS, propres à la Ligue, effectuées au cours de l'année scolaire 2008-2009, sont détaillés dans le chapitre 2.3.3.

4.2.2. Interventions annexes dans le cadre de programmes nationaux

La Ligue a participé activement aux différentes actions ministérielles sur l'hygiène alimentaire et l'activité physique dont le programme « Gesond lessen méi bewegen ».

Elle a participé à la journée nationale alimentation saine et activité physique en octobre 2009.

Les professionnels de terrain de la Ligue affectés à la MS ont distribué les « sacs petits déjeuners » ("sacs jaunes") dans toutes les 1^{ères} classes du 2^e cycle de l'enseignement fondamental et ont animé cette intervention.

Enfin, à la demande du ministère de la santé et de l'éducation nationale, la Ligue a participé dès la rentrée scolaire de septembre 2009 à la campagne « stopp d'Gripp » dans le cadre de la pandémie grippale A(H1N1). Tous les professionnels concernés ont sensibilisé les élèves, les parents et les enseignants du cycle fondamental des écoles des 114 communes concernées aux gestes simples d'hygiène et de prévention. Ils ont aussi distribué des courriers informatifs, des matériels pédagogiques et des masques dans les écoles.

4.3. Activités diverses de prévention et d'EPS à visée communautaire

En matière de prévention et de promotion de comportements plus favorables pour la santé plusieurs populations sont visées par des actions spécifiques de la Ligue.

Les domaines d'intervention sont principalement la lutte contre le tabagisme, l'hygiène alimentaire et l'hygiène mentale.

Des prestations spécialisées et des interventions spécifiques sont proposées à la population.

4.3.1. Consultations spécialisées

4.3.1.1 Les consultations pour fumeurs

Le tabagisme est un problème de santé publique majeur dans tous les pays développés.

Les effets du tabagisme actifs sont graves et bien connus. Ils entraînent chaque année dans le monde des millions de décès prématurés en particulier par cancers, maladies broncho-pulmonaires et cardiovasculaires.

Par ailleurs, il est scientifiquement prouvé que les individus exposés de façon chronique aux fumées de tabac des autres sont plus exposés aux pathologies respiratoires, au risque de bronchite chronique et même de cancer. Et le tabagisme passif est particulièrement nocif pour les plus jeunes et les enfants.

Les effets délétères du tabac sur l'organisme engendrent un "coût" humain inacceptable et des coûts directs et indirects considérables pour le budget de la santé.

Grâce au plan national de lutte contre le tabagisme et aux efforts entrepris par les pouvoirs publics et les acteurs de santé, dont la Ligue fait partie, l'incidence du tabagisme a régressé, mais reste toutefois préoccupante chez les jeunes.

Le tabac, par la nicotine qu'il contient, provoque une dépendance physique et psychologique qui est un frein puissant au sevrage. Pour aider les fumeurs à se libérer de la dépendance tabagique, la Ligue organise des consultations spécialisées. Celles-ci, après un bilan tabacologique complet, proposent des méthodes de sevrage, un suivi ainsi qu'un soutien psychologique ou diététique si nécessaire.

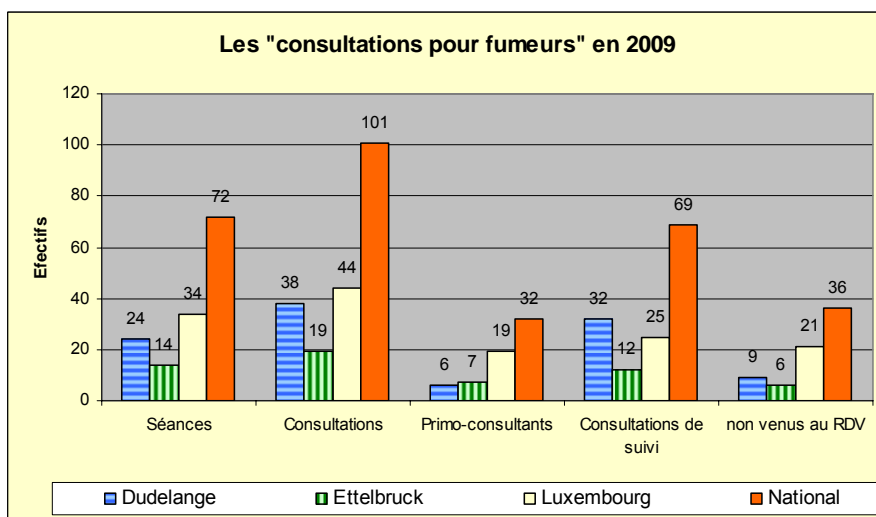
Trois sites de « consultations pour les fumeurs » sont gratuitement accessibles à la population. Leur activité en 2009 s'établit comme suit:

A Luxembourg-ville, 42 séances (-19%) de consultations pour fumeurs se sont déroulées. Au total **44 consultations** (contre 68 en 2008 soit -35,3%) ont été dispensées. Les consultations initiales (premier entretien) ont enregistré une baisse de 40,6% (19 contre 32) ce qui se répercute sur le nombre des consultations de suivi (25 contre 36). La moyenne de consultants par séance s'établit à 1,29.

A Dudelange, **38 consultations** sont comptabilisées (contre 58 en 2008 soit - 52,6%) dont 6 consultations initiales (contre 14 ; - 57,1%) et 32 consultations de suivis (contre 44 ; - 27,3%) pour une moyenne de 1,58 consultants par séance (24 séances contre 35 en 2008).

A Ettelbruck, 14 séances ont été organisées pour **19 consultations** (contre 7 en 2008 soit + 171,4%) dont 7 consultations initiales (contre 4 ; + 75%) et 12 de suivi pour une moyenne de 1,36 consultants par séance.

L'essentiel de ces résultats est reproduit dans le schéma qui suit.

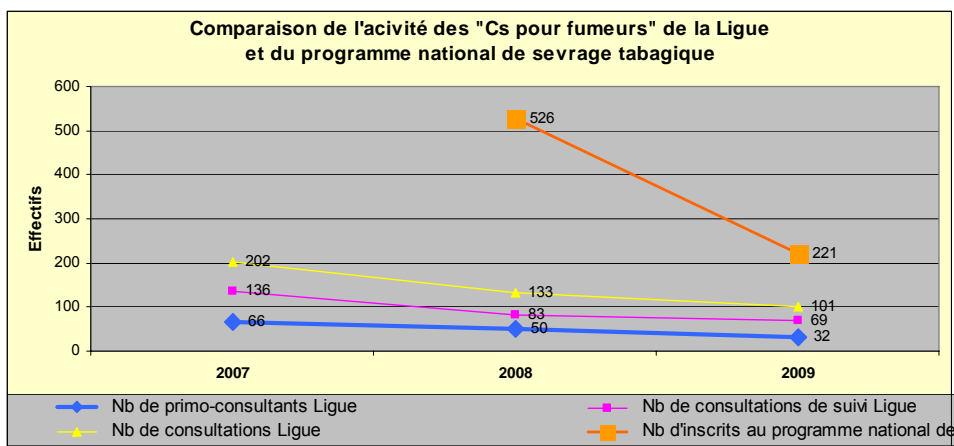


Au niveau national la fréquentation a diminué en 2009 et l'activité de cette prestation a nettement régressé à Dudelange et Luxembourg alors qu'elle progresse à Ettelbruck.

La crise économique peut expliquer cette baisse d'intérêt des fumeurs car le coût d'un sevrage reste souvent une charge immédiate importante à supporter par les clients d'autant que, même s'il existe une possibilité de remboursement des médicaments, celui-ci est partiel et de surcroît différé à 8 mois.

Mais l'on peut aussi suspecter que la loi de lutte contre le tabagisme, promulguée en 2006, a atteint ses limites. En effet, en ce qui concerne la Ligue, si le nombre de consultations (totales) avait progressé en 2007, la baisse des demandes de sevrage amorcée en 2008 s'est confirmée en 2009 avec respectivement un nombre de 66, 50 et 32 prises en charge pour cessation tabagique au cours de ces trois exercices successifs. Cette tendance est aussi constatée au niveau national. En effet, en 2008 la Direction de la Santé avait enregistré 526 patients dans le programme national d'aide au sevrage tabagique. Et ils n'étaient plus que 221 en 2009.

Le schéma comparatif ci-dessous est explicite à ce sujet.



Enfin la Ligue constate que peu de jeunes adultes de moins de 35 ans fréquentent nos consultations ou demandent des informations auprès d'elles.

Aussi, la politique nationale de lutte contre le tabagisme doit prendre un nouvel essor. Elle doit cibler en particulier les jeunes fumeurs et s'attacher à prévenir le tabagisme parmi les écoliers et les lycéens.

4.3.1.2 Spirométrie de dépistage

L' "épidémie" de broncho-pneumopathies chroniques obstructives (BPCO), principalement consécutives au tabagisme, va s'aggraver ces prochaines décennies entraînant un coût considérable pour la santé et devenir la deuxième cause de mortalité dans le monde. Aussi la Ligue s'est investie dans le dépistage précoce de ces pathologies. Elle propose aux fumeurs de repérer le plus tôt possible les anomalies de leur souffle, mesuré par une spirométrie, afin de les inciter à cesser leur consommation, d'enrayer la constitution d'une maladie bronchique obstructive ou son évolution vers l'insuffisance respiratoire chronique. Cette approche se base sur les recommandations du Gold (Global initiative for chronic Obstructive Lung Disease ; www.goldcopd.org).

Cette prestation se déroule exclusivement au CMS de Luxembourg, sur rendez-vous, le mercredi après-midi et est assurée par un pneumologue. Elle est régulièrement proposée à nos visiteurs fumeurs lors des "consultations pour maladies respiratoires".

Sa fréquentation reste confidentielle avec au total 8 spirométries effectuées en 2009. La mobilisation et la motivation des bénéficiaires potentiels sont un obstacle à son essor ce qui est corroboré par le nombre substantiel de clients qui ne se présentent pas au rendez-vous qu'ils ont pris (4/12 soit 33%). Au niveau des résultats, il est à noter que 4 de ces tests, soit 50%, objectivaient des anomalies plus ou moins prononcées. Enfin, à l'issue de cette mesure, les clients sont systématiquement invités à consulter leur médecin traitant auquel est adressé un rapport circonstancié.

Cette initiative requiert donc de gros efforts de recrutement et de sensibilisation des clients et aussi de tous les professionnels de la Ligue par le biais de tous les outils d'information disponibles.

4.3.1.3 Les consultations diététiques et l'activité du service diététique

4.3.1.3.1 Les consultations diététiques

Six diététiciennes proposent, pour le compte de la Ligue, des consultations diététiques gratuites, sur rendez-vous, dans les six centres médico-sociaux à Luxembourg, Dudelange, Ettelbruck, Echternach, Clervaux et Rédange. Leurs missions sont claires. Lutter contre l'obésité infantile, en collaboration étroite avec la médecine scolaire et favoriser les comportements alimentaires sains notamment des plus jeunes. Les diététiciennes collaborent aussi avec les professionnels des autres secteurs d'activité de la Ligue (consultations pour nourrissons, consultations pour fumeurs, etc.) et enfin elles participent à l'information du public.

Ces consultations consistent en un entretien initial d'environ une heure qui comporte une anamnèse alimentaire, la mesure du poids et de la taille et des plis cutanés (indice de surcharge graisseuse), le calcul du BMI, des propositions de régime à suivre, des informations et la fourniture de brochures diverses.

Par la suite, les visites de contrôles sont indispensables à l'évaluation de la perte de poids, au contrôle du régime diététique et au maintien de la motivation.

La très grande majorité des consultants (91%) sont des enfants, repérés le plus souvent lors des contrôles médicaux scolaires, contre une faible proportion (9%) d'adultes. La part des enfants obèses (BMI > 85^e percentile) qui consultent est de 40% pour les filles et 43% pour les garçons. Au total 357 enfants, soit 6 de plus qu'en 2008, dont 58% de filles et 42% de garçons ont fréquenté les différents sites de consultations. Le nombre d'entretiens des enfants avec la diététicienne s'élève en moyenne à 2,84 pour l'année.

En 2009, le nombre total des consultations d'enfants (1013) s'est accru de 2,53% par rapport à l'année dernière (988). Et la fréquentation intéresse par ordre décroissant les sites d'Ettelbruck (206 consultations), de Dudelange (202), de Luxembourg (189), de Clervaux (161) puis d'Echternach (138), et de Rédange (117).

Parmi l'ensemble de ces consultations d'enfants, 211 s'adressaient à des « primo-consultants », ce qui représente près de 21% des consultations.

Enfin signalons que 37 adultes ont consulté une diététicienne en 2009 et ont généré 62 consultations supplémentaires.

4.3.1.3.2 Activités annexes

En complément de ces consultations sur site et dans le cadre des activités d'EPS dans les écoles du cycle fondamental les diététiciennes animent régulièrement des ateliers ou des interventions à l'attention des jeunes élèves, des parents ou de la communauté scolaire. Et elles collaborent, dans ce champ de compétence, aux travaux de l'équipe EPS.

Ainsi, les diététiciennes ont animé dix ateliers dans les classes fondamentales et quinze dans les lycées. Elles ont soutenu 2 conférences à l'attention de la communauté scolaire et ont organisé des cours de cuisine pour les enfants dans plusieurs communes du pays.

Elles ont été amenées aussi à former des professionnels d'autres organismes.

Elles participent activement au plan national et programmes consacrés à l'alimentation saine et à la mise à jour des ateliers concernant ce sujet avec l'équipe promotion de la santé.

Elles ont participé activement à l'animation du stand du ministère de la santé à la foire d'automne.

Enfin, elles collaborent à l'information du public par la mise au point de diverses brochures et fiches - conseils, par la publication d'articles dans les médias nationaux ou par la conception et l'amélioration d'outils promotionnels de la santé.

Tous ces éléments démontrent que l'activité des diététiciennes au sein de la Ligue prend de l'ampleur, se diversifie fortement et s'articule avec beaucoup d'autres services de la Ligue.

4.3.2. *Interventions ciblées ou à la demande*

La Ligue effectue aussi des interventions ponctuelles de prévention ou d'information notamment en matière d'hygiène de vie et de conduites à risque. Les thèmes les plus fréquemment abordés, en particulier auprès des jeunes ou des populations vulnérables, sont le tabac et la nutrition.

Mais d'autres sujets peuvent être ponctuellement traités à la demande.

Pour 2009 citons les différentes actions suivantes :

- Parmi les interventions concernant le tabagisme l'on peut citer :
 - L'action de sensibilisation dans la Grand'Rue de Luxembourg, à l'occasion de la journée mondiale sans tabac du 31 mai, en partenariat avec le « réseau école sans tabac » (informations diverses et mesure du CO expiré par un CO-tester, etc.).
 - La tenue d'un stand à la journée santé de la ville de Dudelange (4 juillet) avec mesure du CO (par Co-tester) et du souffle (avec un micro-spiromètre de poche)
 - Une intervention en faveur des étudiants des LTPS de Warken
- Les multiples actions en faveur d'une alimentation saine, réalisées en majeure partie par les diététiciennes dans les lycées, sont détaillées au paragraphe « activités annexes » du chapitre précédent 4.3.1.3.
- La journée "Gimb" dans le cadre du projet national « Gesond iessen mei bewegen »
- L'organisation de 3 séances de cours de babysitting pour des communes.
- Enfin, d'autres professionnels de la Ligue ont participé à des conférences, à des matinées ou des journées, locales ou nationales, d'information consacrées à l'alimentation ou/et à l'activité physique que nous avons déjà citées dans ce travail.

4.4. Formation des professionnels

Dans le domaine de la prévention, de l'éducation pour la santé ou de la promotion de la santé les conceptions, les approches et les pratiques évoluent. Et la formation continue est indispensable.

Ainsi, dans le cadre de la Médecine scolaire le personnel médico-social a bénéficié de nouvelles formations afin de pouvoir intervenir sur des thèmes d'actualité toujours plus diversifiés. Et, en parallèle, l'équipe EPS veille à former les nouveaux professionnels de terrain nouvellement engagés. (Se reporter aux chapitres correspondants 2.3.3.1. et 4.1.).

Par ailleurs l'on retiendra comme autre exemple que certains de nos spécialistes tabac ont participé en novembre à la journée « Contrôle du tabac : objectif jeunes » organisée à Nancy par l'association des acteurs lorrains en tabacologie.

D'autres enfin ont assisté aux formations déjà citées au paragraphe 4.1.3.

5. INFORMATION DU PUBLIC, TRAVAUX ET REPRÉSENTATION

L'information ou la sensibilisation du grand public est aussi une préoccupation de la Ligue.

La Journée Mondiale sans Tabac 2009 « Montrer la vérité : les mises en garde illustrées sauvent des vies » était consacrée à l'apposition d'illustrations imagées sur les paquets de tabac en complément du texte obligatoire d'avertissement. La Ligue favorable à cette initiative, l'a fait savoir dans la presse. Elle est persuadée que cette disposition montre le vrai visage (dévastateur) du tabac et peut contribuer à la lutte contre le tabagisme.

La journée mondiale contre la tuberculose 2009 poursuivait l'action débutée l'année précédente « Je m'engage. Halte à la tuberculose ». Et la Ligue a réitéré, par voie de presse, son appel à ce que chacun s'engage, selon ses possibilités et ses moyens, à combattre cette maladie qui reste la première cause de mortalité infectieuse dans le monde.

Sur différentes stations radiophoniques, le service médical scolaire et la prévention des effets néfastes du soleil ont été traités en 2009.

Quelques référents de la Ligue ont assisté ou même participé à la « Conférence nationale de santé » à Montdorf organisée par le Ministère de la Santé.

De même la Ligue a délégué ses experts et référents aux multiples réunions des différents groupes de travail, organisés par les divisions respectives des ministères de tutelle ou par d'autres partenaires. Nous citerons particulièrement notre participation active aux groupes suivants :

- ✓ «Groupe tabac» et ses sous-groupes dont «Ecole sans tabac» et «Parcours tabac».
- ✓ Comité d'experts «Alimentation et activité physique» dans le cadre du plan national d'action pour la promotion de l'alimentation saine et de l'activité physique
- ✓ Groupe de travail «promotion de la santé de l'enfant».
- ✓ Réseau «vivre le soleil- prévention primaire» qui a conçu une brochure destinée aux enfants de l'éducation fondamentale.
- ✓ «Comité de santé scolaire» chargé de réfléchir sur le projet de loi sur la médecine scolaire dans le cadre du « Groupe de travail médecine scolaire ».
- ✓ «Comité national de l'allaitement» où le représentant de la Ligue a assisté à 5 réunions en cours d'année.
- ✓ Groupe de travail «Pro Baby» à l'occasion de 10 réunions organisées par le ministère et l'Alupse.

Tous ces échanges de réflexions et d'expériences sont enrichissants et essentiels pour l'analyse et l'élaboration de projets ou de programmes à visée préventive et communautaire.

6. CONCLUSIONS GÉNÉRALES

En parallèle de sa mission centenaire et de ses mandats institutionnels la Ligue médico-sociale développe depuis plusieurs années de multiples autres activités préventives ainsi que des programmes d'Education et de Promotion de la Santé en faveur de différentes catégories de population en croissance continue et d'origines diverses. Et les besoins deviennent de plus en plus importants dans ces derniers domaines.

Par ailleurs, la Ligue s'investit de plus en plus dans le développement de programmes de prévention sociale, spécifiques et ciblées, pour renforcer les compétences sociales des jeunes enfants et prévenir ainsi les problèmes sociaux à long terme et obtenir un impact durable.

Ainsi la charge de travail est restée élevée en 2009, même si certaines prestations ont ressenti un impact de la crise économique sur leur activité.

Toutefois, le maintien indispensable des activités traditionnelles, associée:

- ✓ au respect des objectifs nationaux prioritaires de santé publique,
- ✓ à la nécessaire promotion des comportements sains pour la santé (globale),
- ✓ à la volonté de réduire les risques et les dangers pour les populations,
- ✓ à l'évaluation permanente des demandes et des besoins

et

- ✓ enfin à une amélioration constante de la qualité des prestations

en faveur de la santé publique et du mieux-être, suppose d'adapter sans cesse les moyens et les ressources de notre œuvre.

La Ligue s'investit de plus en plus dans le développement de programmes de prévention sociale spécifiques et ciblées pour renforcer les compétences sociales des jeunes enfants et prévenir ainsi les problèmes sociaux à long terme et obtenir un impact durable.

RAPPORT SUR LES SERVICES SOCIAUX

1. SERVICE D'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL

1.1. Mission

Face au monde qui change, il vaut mieux penser le

Changement que changer le pansement.

Francis BLANCHE

Depuis sa création, le Service d'Accompagnement Social a toujours contribué à lutter contre la **pauvreté disqualifiante et l'exclusion sociale**. Son action s'inscrit dans une logique d'inclusion sociale

Des services d'intégration et d'accompagnement social ont été développés dans différents pays européens en vue d'endiguer ce fléau de pauvreté disqualifiant. A chaque type de problème rencontré (chômage, logement, handicap/maladie, (sur-)endettement, ...) par les personnes démunies peut correspondre à la fois un **programme d'insertion** avec des conditions plus ou moins contraignantes (mesures complémentaires du RMG, location par l'intermédiaire d'une agence immobilière sociale, tutelle/curatelle, redressement de la situation financière dans le cadre de la loi sur le surendettement, protection de l'enfance, ...) et une **forme spécifique d'accompagnement social**, fournissant l'assistance nécessaire pour se conformer aux conditions imposées.

En bref :
En 2009, le Service d'Accompagnement Social (SAS) a pu venir en aide à **983 ménages** (dossiers). **519 nouvelles demandes** ont été introduites. Au 31.12.2009, **272** dossiers relèvent d'une **mesure de gestion financière** c.à.d. **une augmentation de 30%**. **71%** des clients dégagent une **motivation généralement positive**, dans **69%** des situations problématiques traitées le **changement** peut être qualifié de **positif** et dans **50%** des cas nous constatons un **gain en autonomie**.

Le Service d'Accompagnement Social de la Ligue médico-sociale offre cet accompagnement social dans des domaines psycho-sociaux et dans un nombre élevé et toujours croissant de situations à difficultés financières, en proposant un ensemble de **mesures de gestion financière**. Le volet comptable et légal de ces mesures est assuré par un service de comptabilité spécifique au sein de la Ligue médico-sociale: le **Service pour Mineurs et Majeurs protégés**.

Ces mesures de gestions financières s'organisent dans des cadres légaux différents :

- La sauvegarde de justice
- La curatelle simple ou renforcée
- La tutelle
- La tutelle aux prestations sociales
- Le redressement judiciaire ou conventionnel dans le cadre de la loi sur le surendettement
- La gestion financière volontaire, sur mandat

La présentation de l'activité 2009 du SAS se fera, par la suite, autour de plusieurs axes : le rappel des objectifs spécifiques du service, la description chiffrée de certains problèmes rencontrés par les clients du service, le travail social 'clinique' réalisé face à ces problématiques et les projets abordés en 2009.

1.2. Objectifs spécifiques

L'objectif spécifique du Service d'Accompagnement Social consiste à apporter une *aide sociale à long terme* et en *milieu ouvert* à deux types de personnes :

- celles qui en font la demande par l'intermédiaire des services de première ligne ou
- celles qui relèvent d'une disposition législative ou réglementaire particulière induisant a priori une prise en charge sociale à plus long terme.

L'accompagnement social fait partie intégrante de la discipline du travail social. Conformément à l'objectif général de tout travail social, l'accompagnement social vise une amélioration maximale de *l'intégration sociale* des individus et des familles en détresses multiples de même qu'un accroissement de leur autonomie. Cet objectif est poursuivi dans un esprit de développement durable de la situation sociale des demandeurs. Si une amélioration s'avère impossible, l'intervention vise une stabilisation de la situation.

Afin de réaliser l'objectif général du service d'accompagnement social, les assistants(es) sociaux se basent nécessairement sur le *consentement éclairé et la participation active du client*. La coopération avec celui-ci est toujours au centre du processus d'aide. Ce principe n'est pas en contradiction avec un encadrement social imposé par une contrainte *extérieure* ou par une institution contraignante.

1.3. Population cible

La mission du Service d'Accompagnement Social consiste à apporter une aide sociale à long terme et en milieu ouvert à des personnes/familles. Ce sont plus particulièrement des clients appartenant à une des catégories suivantes :

- ✓ les bénéficiaires de l'indemnité d'insertion (Art 16 de la loi RMG)
- ✓ les parents dépassés par la prise en charge de leurs enfants
- ✓ les clients/ménages avec problèmes financiers à long terme (ex. personnes endettées ou surendettées), nécessitant des guidances budgétaires ou des gestions budgétaires
- ✓ les personnes souffrant de troubles psychiques
- ✓ les personnes placées sous tutelle ou curatelle
- ✓ les personnes dépendantes de substances psychotropes
- ✓ les personnes (âgées) dépendantes physiquement et/ou psychiquement
- ✓ les personnes qui lui sont adressées par les services publics afin de leur garantir l'accès aux services, institutions et prestations existant en matière de législation et de protection sociales
- ✓ les enfants et jeunes en difficulté dans leur famille
- ✓ toute autre personne en difficulté

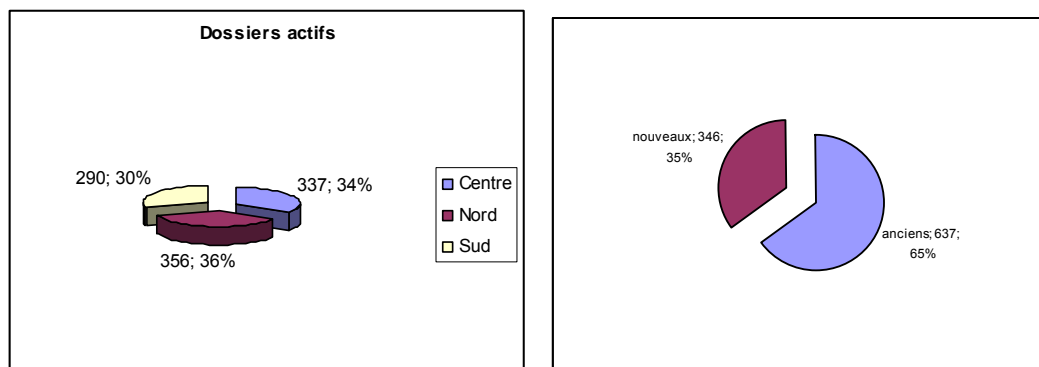
1.4. Tâches spécifiques

L'offre particulière du Service d'Accompagnement Social renferme un ensemble de tâches spécifiques, définies pour constituer la *base de l'intervention* du service. Ainsi, l'ensemble décrit ci-après n'est pas exhaustif.

- ✓ *La prise en charge des clients relevant de la population cible et transférés par les services sociaux de première ligne ou bien par tout autre professionnel*
- ✓ *L'exécution de l'art. 16 de la loi RMG (droit à l'accompagnement social) sur base de la convention entre la Ligue et le Service National d'Action Sociale du Ministère de la Famille concernant le service régional d'action sociale. Cette convention instaure une collaboration de ce service avec le service d'accompagnement social.*
- ✓ *Le concours du service dans l'exécution des articles 5 et 14 (assistance sur le plan social, éducatif ou de la gestion des finances) de la loi du 8 décembre 2000 contre le surendettement.*
- ✓ *L'accompagnement des familles avec enfants en difficultés en coordination avec les Centres d'aide éducative en milieu ouvert (CAEMO) et les services d'intervention de crise.*
- ✓ *Accompagnement social des personnes bénéficiant d'une mesure de gestion financière dans un contexte volontaire ou contraint.*
- ✓ *L'accompagnement social de clients dans le cadre d'un projet d'inclusion par le logement auprès de l'Agence Immobilière Sociale, avec laquelle la Ligue médico-sociale a signé un accord cadre.*

1.5. L'activité du service en 2009

Le Service d'Accompagnement Social a pu venir en aide à 983 ménages répartis sur nos 3 circonscriptions par rapport à 921 unités en 2008 soit une augmentation de 6,3%.



Ce nombre de dossiers correspond à la limite quantitative que le Service d'Accompagnement Social peut traiter dans les normes de qualité définies pour le service ainsi que pour la relation de travail avec les clients.

En 2007, le service constatait encore une moyenne annuelle de 300 nouvelles demandes (de 2001 à 2007). La somme des nouvelles demandes augmente à 325 en 2008 et à 519 en 2009. Cette ampleur est due pour cette année à l'introduction de demandes qui ont pour objet l'accompagnement social dans le cadre du projet d'inclusion sociale par le logement de l'Agence Immobilière Sociale (AIS).

Au 31.12.2009, nous comptons 983 dossiers actifs dont 245 relèvent d'une mesure de gestion financière. 21 demandes de gestions financières sont en attente à la même date. Le nombre de gestions financières a augmenté de 30% par rapport au 31.12.2008. A ces 245 gestions financières en cours de traitement s'ajoutent un nombre de 27 dossiers clôturés au cours de l'année 2009 pour faire un total de 272 dossiers de gestions financières.

Les gestions financières volontaires sont basées sur la coopération active des clients, ce qui explique le peu de clôtures de dossiers que le service a dû effectuer. Ces guidances budgétaires se caractérisent par un coaching au changement, la prise en charge du client de sa situation vers l'autonomie et un résultat positif et durable.

Dans le cadre du problème de surendettement, le service constate une hausse sensible des ménages pris en charge: pour les personnes bénéficiant de l'article 5 de la loi sur le surendettement, nous notons une variation de 3,4% (30 dossiers en 2009 par rapport à 29 en 2008) et pour les clients bénéficiant de l'article 14, l'augmentation se chiffre à 40 % soit 28 dossiers. Ces clients sont souvent déstabilisés par la précarité de leur situation socio-économique et de ce fait, la relation d'aide et de confiance doit dépasser la gestion pure et englober toute la problématique du client et inclure le comportement social, ses relations socio-familiales, les problèmes biologiques, psychiques et socio-écologiques.

Au total 62 des dossiers de gestion financière sont des mandats de tutelle attribués par le Juge des Tutelles.

En analysant le tableau ci-dessous, nous constatons que 29,80 % des demandes proviennent du SSP, qui depuis des années est le service-demandeur le plus en relation avec le Service d'Accompagnement Social, suivi par les services sociaux des hôpitaux. 88 demandes d'accompagnement social dans le cadre de l'article 16 de la loi sur le RMG ont été introduites en 2009, dont 25 par les Services Régionaux d'Action Sociale de la Ligue Médico-Sociale.

Les services sociaux et de conseil de la Ligue ont introduit 86 demandes, dont 14 proviennent du SAS
 p.ex : dans le cadre d'un splitting lors d'une séparation d'un ménage.

Provenance de la demande

Services demandeurs	Nombre	%
Aids-Berodung	1	0.1
Caritas	3	0.3
CAS-Caritas	29	3.0
Centre accueil Enfants	14	1.4
CNDS-foyer de l'entraide	1	0.1
Commission de médiation	33	3.4
Contrôle médical	1	0.1
CPOS	1	0.1
Education	8	0.8
Families First	6	0.6
Femmes en détresse	13	1.3
Institutions HMC	6	0.6
Juge de Paix	23	2.3
Juge des Tutelles	32	3.3
LIGUE-SICS	7	0.7
LIGUE-SMS	40	4.1
LIGUE-SRAS	25	2.5
Logement	2	0.2
Office Social	36	3.7
Personnes Agées	51	5.2
Petite Enfance	10	1.0
Santé Mentale	15	1.5
SAS	14	1.4
SCAS	40	4.1
Service social à l'hôpital	135	13.7
SICS	17	1.7
SNAS	1	0.1
SRAS	84	8.5
SSP	293	29.8
Travail	15	1.5
Tribunal de la Jeunesse	2	0.2
Autre	25	2.5
Total	983	

Dossiers actifs par âge (n=983)

Le tableau ci-dessous renseigne sur la durée de prises en charge des dossiers actifs en 2009. 34% des dossiers dépassent 3 années de prise en charge et met en évidence que le Service d'Accompagnement Social remplit bien sa mission de prise en charge à long terme.

Dossiers actifs
par âge

n=983

Âge dossier	Nbre
an(s)	
0 - 0.5	112
0.5 - 1	157
1 - 1.5	128
1.5 - 2	99
2 - 2.5	77
2.5 - 3	76
3 - 3.5	44
3.5 - 4	34
4 - 4.5	34
4.5 - 5	27
5 - 5.5	39
5.5 - 6	30
6 - 6.5	14
6.5 - 7	21
7 - 7.5	15
7.5 - 8	27
8 - 8.5	19
8.5 - 9	27
9 - 9.5	1

L'analyse du tableau ci-joint renseigne sur la durée de la prise en charge des dossiers (par tranches de 0,5 ans) en cours en 2009.

La moyenne de prise en charge de tous les dossiers depuis 2001 est de près de deux années.

Un dossier est traité depuis 2001, v. 9 ans.

1.6. LES MENAGES

La population du Service d'Accompagnement Social est constituée de 60,36% de femmes et de 39,64% d'hommes.

44% des ménages ont des enfants et 56% sont sans enfants.

Le tableau ci-dessous renseigne sur les tranches d'âge des enfants.

Notons que 22% représentent la petite enfance et que 41% des enfants fréquentent l'école fondamentale.

Ménages - par revenu

REVENU	POURCENTAGE
< 1000€	3%
1.001-1.500€	31%
1.501-2.000€	22%
2.001-2.500€	17%
2.501-3.000€	13%
3.001-3.500€	8%
>3.500€	7%
TOTAL	100%

56% des ménages ont un revenu inférieur à 2000 €.

D'une manière générale, nous pouvons dire que la population du service tombe sous une pauvreté à dimension économique vu que les critères suivants sont souvent réunis :

- insuffisance de revenus pour une vie décente;
- manque de potentialités économiques pour faire face au coût de la vie ;
- absence fréquente d'évolution financière due à un manque de logements à loyers abordables, coût de vie élevé (taxes communales, énergie, essence) .
- insuffisance de perspectives d'avenir au niveau professionnel (emplois précaires, salaire social minimum, revenu minimum garanti).

L'analyse socio-économique du phénomène de pauvreté de la population du Service d'Accompagnement Social aura une place particulière dans l'activité du service en 2010.

1.7. Analyse des problématiques initiales des nouvelles demandes

Problématiques initiales des nouvelles demandes	nbre
PROBLEMES FINANCIERS	190
dont guidances budgétaires	172
dont gestions financières	18
GUIDANCES ADMINISTRATIVES	65
RELATIONS DANS LA FAMILLE	71
COUPLE	
dont divorce	5
dont guidance	2
PARENTALITE	38
dont violence domestique	2
RETOUR SCOLAIRE	1
RECHERCHE D'UNE CRECHE	2
RETOUR DES ENFANTS AU FOYER DOMESTIQUE	12
AIDE A LA VIE QUOTIDIENNE	9
PROBLEMES PERSONNELS	53
GUIDANCE PERSONNELLE (pers. Référence)	32
GUIDANCE PSYCHOLOGIQUE	21
LOGEMENT	204
RECHERCHE D'UN LOGEMENT	24
AIS	180
TRAVAIL	63
SANTE	17
CONSEILS JURIDIQUES	5
PLACEMENT EN MAISON DE RETRAITE	1
HANDICAP	1
TOTAL	670

Le Service d'Accompagnement Social constate une augmentation des problèmes multicentriques qui dévoilent la détresse et la fragilité de notre clientèle: problèmes d'endettement, de logement, de travail, problèmes relationnels et de diminution du capital social.

En 2009 les demandes d'accompagnement social relatives aux problèmes de logement ont mis en évidence ce besoin dans 204 cas, dont 180 étaient liées à l'Agence Immobilière Sociale, avec laquelle la Ligue Médico-Sociale a signé un accord de collaboration en vue de réaliser l'accompagnement social des locataires. Dans la grande majorité des cas, ces demandes sont étroitement liées au besoin d'un logement adéquat suivant le besoin familial et en relation avec un loyer «social». Sur les 180 demandes, 90% n'avaient pour objectif que l'accompagnement social en vue de l'attribution d'un logement par l'AIS.

18,5% des nouvelles demandes ont attiré aux problèmes relationnels, soit dans les relations familiales, soit individuelles. Ces derniers reflètent parfaitement la diminution des réseaux sociaux des clients. Dans cette configuration, l'assistant social du Service d'Accompagnement Social opère en tant que personne de référence. Ces demandeurs isolés, mais pas exclus de la société, nécessitent une prise en charge globale dont l'objectif minimal sera la stabilisation de la situation. Dans ce contexte de sinistrose, l'effort des assistants sociaux vise une bonne relation de confiance et une guidance personnelle.

En 2009 le Service d'Accompagnement Social a effectué l'accompagnement social auprès de 349 bénéficiaires du RMG, dont 88 nouveaux bénéficiaires RMG en 2009. 23 clôtures relatives à l'accompagnement social de bénéficiaires RMG ont été effectuées en 2009.

1.8. La face cachée des demandes initiales en accompagnement social

Les demandes initiales en accompagnement social, libellées lors de la demande effectuée par le client ensemble avec le service demandeur, ne correspondent pas toujours au travail effectué par la suite lors de l'accompagnement social proprement dit.

Cette constatation s'explique par l'approche systémique du service SAS.

Le tableau ci-après reflète bien l'importance du travail social effectué dans le cadre de l'accompagnement social du service auprès du client-demandeur.

86% des problèmes traités sont en relation avec des clients « volontaires » c-à-d. art. 1 (protection de la Jeunesse), art. 16 (loi RMG), gestions financières volontaires ou bien dans le cadre d'un projet signé entre le client et le service SAS.

Bien que les problèmes des clients sous contraintes des articles 5 et 14 de la loi sur le Surendettement ne soient pas représentatifs, il y a lieu de s'attarder sur les problèmes de cette population en vue de mettre en évidence les autres problèmes rencontrés. L'accompagnement social a été ordonné dans le cadre d'une problématique de surendettement.

Au vu des problèmes traités dans le cadre des articles 5 et 14, nous constatons que l'implication du service ne concerne pas seulement l'aspect financier, mais prend en charge la globalité des problèmes psycho-sociaux et sociaux mis en évidence dans le cadre de cette relation d'aide.

Il s'avère que les problèmes de surendettement ne sont que la «partie visible de l'iceberg» et que des problèmes sous-jacents sont les causes de cette impasse :

- ✓ Problèmes dans l'environnement social
- ✓ Problèmes relationnels
- ✓ Manque de confiance en soi
- ✓ Problèmes relatifs à la santé mentale (ex : « Frustrkaufen »)
- ✓ Maintien d'un niveau de vie qui ne reflète plus la situation économique
- ✓ « achat » de l'appartenance à une classe sociale supérieure.

La mesure d'accompagnement social complémentaire aux plans de redressements fait du sens en vue:

- ✓ d'équilibrer les budgets,
- ✓ d'éviter une pauvreté disqualifiante à long terme.
- ✓ de la prise en charge des problèmes sous-jacents
- ✓ de la mise en place du volet éducatif du travail social.

Près de 30% des problèmes n'ont trait aux problèmes financiers.

Le fléau du surendettement affecte toute la famille: les parents et les enfants.

Le service constate des problèmes psycho-médico-sociaux et relationnels auprès des adultes et ce dans près de 60% des interventions.

Les problèmes psycho-sociaux traités dans la relation avec les enfants ont une influence sur leur évolution psychique et relationnelle et sur leurs résultats scolaires.

Ils pourraient être doublement stigmatisés par leurs difficultés scolaires ainsi qu'une possible exclusion du groupe par manque de possibilités financières.

Cadre	Problèmes des ménages	Nbre	%
Art.1		287	3%
Art.5	Adulte	249	
	Problèmes de comportement social et/ou de rôles sociaux	12	
	Problèmes de santé physique	23	
	Problèmes de santé psychique	33	
	Problèmes de santé psychosomatique	22	
	Problèmes des relations socio-familiales	54	
	Problèmes socio-écologiques	7	
	Problèmes (à répercussion) économiques	98	
	Enfant	32	
	Problèmes de santé psychique	7	
	Problèmes sociaux et socio-scolaire	11	
	Problèmes socio-culturels	1	
Problèmes socio-familiaux	13		
Art.14	Adulte	145	
	Problèmes de comportement social et/ou de rôles sociaux	14	
	Problèmes de santé physique	16	
	Problèmes de santé psychique	13	
	Problèmes de santé psychosomatique	13	
	Problèmes des relations socio-familiales	25	
	Problèmes socio-écologiques	3	
	Problèmes (à répercussion) économiques	61	
	Enfant	13	
	Problèmes de santé physique	7	
	Problèmes de santé psychique	1	
	Problèmes sociaux et socio-scolaire	4	
Problèmes socio-familiaux	1		
Art.16		2023	20%
Convention		5061	51%
Curatelle		499	5%
Mandat GFV		1178	12%
Sauvegarde		64	1%
Tutelle		255	3%
Tutelle aux Prestations Sociales		63	1%
	Total	9869	100%

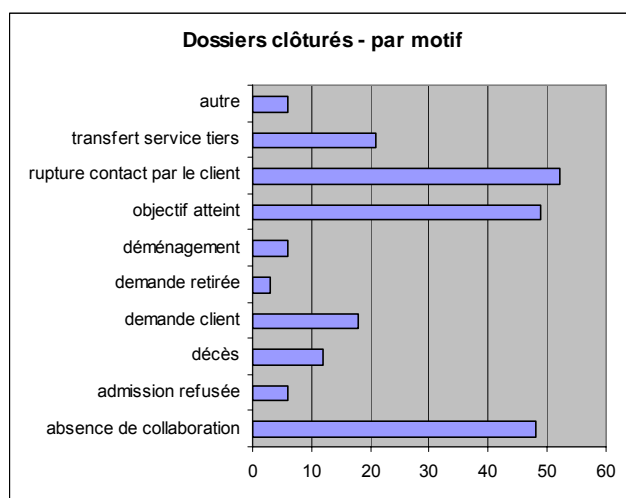
1.9. Les Clôtures

221 dossiers ont été clôturés en 2009, ce qui constitue une diminution de 11,95% par rapport à 2008. Les sorties se répartissent comme suit :

Circonscription Centre: 71 dossiers
Circonscription Nord: 85 dossiers
Circonscription Sud: 65 dossiers

Le tableau ci-dessous renseigne sur le motif de ces clôtures.

La clôture d'un dossier renvoie à la recherche du motif de la fin ou de l'absence de cette relation d'aide, sur la (non) motivation du client, sur l'objectif de la relation et sur la relation d'aide elle-même.



L'objectif atteint (de commun accord) représente 22,17% des clôtures et fait référence aux objectifs définis entre l'assistant social et le client lors de la phase de clarification. Le client adhère au projet d'aide qui est basé sur sa motivation à regagner en autonomie. Il s'implique et puise dans son réseau social pour maîtriser sa situation problématique et prendre le dessus. La fin de la relation d'aide est décidée de commun accord entre l'assistant social et le client.

- **La clôture sur demande du client** (8,1%) peut être interprétée comme objectif atteint suivant la perception du client.
- **L'absence de collaboration** (21,71%) donne lieu à deux constats :
 - ✓ Le courant entre le service-demandeur et le client n'est pas passé lors de l'élaboration de la demande d'un accompagnement à long terme en vue d'une prise en charge de la situation du client.

Le service-demandeur agissant souvent en tant qu'«urgentiste» à court terme, le client lui délègue souvent l'engagement et la responsabilité de régler son problème en tant qu'expert (paiement de factures, démarches administratives, négociations avec les huissiers, ...etc.). L'implication et la motivation du client ne va pas au-delà de la solution de l'urgence.

Or en vue de créer un équilibre durable, le service demandeur propose un accompagnement social à long terme qui vise une activation du client, une relation de travail qui rendra le client expert et acteur de son propre changement.

✓ Le client ne dégage pas de motivation au changement.

« Engager un processus de changement passe non seulement par « l'accouchement » du désir des personnes, mais aussi par la mise en lumière de leurs ressources pour parvenir au changement souhaité et souhaitable (Françoise Kourilsky-Belliard).

L' « absence de collaboration » signifie que le client n'a pas réagi aux premières convocations qui lui ont été adressées par le Service d'Accompagnement Social ou a annulé sa demande après réception de la convocation. De ce fait aucune présence physique du client au service n'a pu être notée.

La philosophie du Service reposant sur la libre demande du client, qui n'est pas sous contrainte, engendre de ce fait l'annulation de la demande après plusieurs convocations de l'assistant(e) social(e) du service.

Plusieurs raisons peuvent être invoquées pour motiver ce désengagement :

- ✓ L'objectif de la demande n'est plus sous la maîtrise du client qui doit le réaliser ;
- ✓ Le client a satisfait son besoin (primaire) de subsister ;
- ✓ La peur du changement «paralyse» l'évolution et le désir de l'autonomie, alors que «la meilleure thérapie pour venir à bout de son anxiété est la confrontation directe avec l'objet ou la situation qui fait peur, tout en appliquant certaines techniques qui peuvent réduire l'anxiété » (Dr. Charles PULL, Marie-Claire PULL-ERPELDING, J'ai PEUR ,Ed. Saint-Paul)

• **La rupture du contact** par le client (23,52%) pendant la relation de travail.

Le but du service est d'accompagner le client à reprendre sa vie en main, à regagner son autonomie et à devenir acteur respectivement expert de son propre projet de changement.

Cette approche holistique peut bousculer certains clients qui n'ont pas cette perception d'une relation d'aide respectivement ne sont pas en mesure de se surpasser.

Le cliché répandu que «chaque être humain peut réussir s'il est moyennement motivé » constitue un surmenage tant pour l'assistant(e) social(e), qui doit en pratique souvent effectuer des prouesses, que pour le client, qui doté de ressources d'évolution limitées, n'a pas les potentialités nécessaires pour affronter ce challenge.

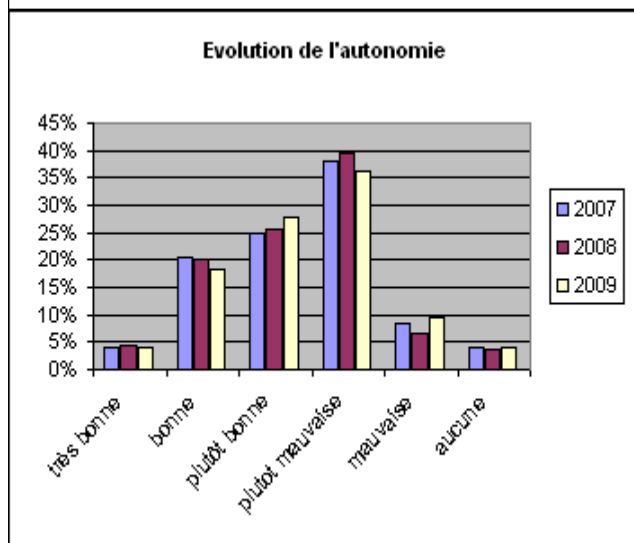
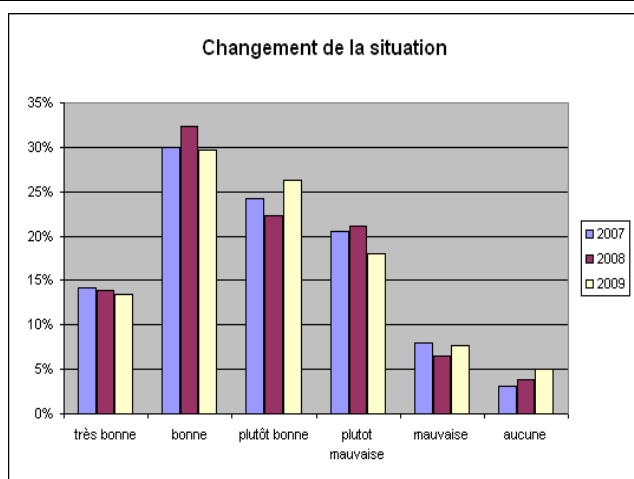
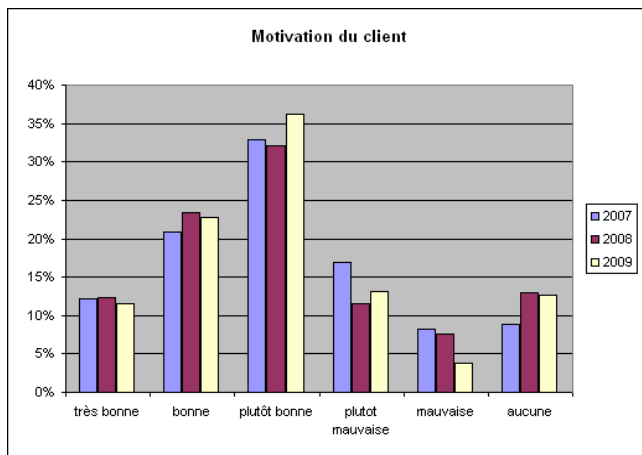
Les clients qui rompent la relation d'aide ne dégagent souvent pas de motivation pour le contenu de la relation d'aide, vu que leur but est une aide matérielle et ils montrent un désintérêt pour une perspective de changement proposée par l'assistant(e) social(e) du Service d'Accompagnement Social.

Le service note aussi que certains clients n'ont pas les ressources intellectuelles nécessaires pour se prendre en charge et pour affronter la complexité de la vie et la société en mutation.

• **Le transfert vers des services tiers** a été effectué dans 21 cas.

Ces clôtures concernaient des reprises de dossiers par des institutions spécialisées en relation avec la situation des clients.

1.10. *Appréciation générale des dossiers*



L'objectif de l'appréciation générale n'est pas une évaluation de l'efficacité du Service d'Accompagnement Social, mais renseigne sur la perception de l'évolution du dossier par l'assistant(e) social(e).

71% des clients dégagent une motivation généralement positive. Aucune variation significative n'a été constatée depuis 2007.

La corrélation entre une motivation au changement et la résolution de son problème est notée par le service.

Dans 69% des situations problématiques traitées, le changement peut être qualifié de positif. Une stagnation de la situation a été remarquée auprès de 19% des situations.

Le gain de l'autonomie du client est un des objectifs de tout travail social.

Dans 50% des cas nous constatons un gain en autonomie. L'évolution est bonne, voire très bonne dans 22% des situations.

Le service a noté une stagnation dans l'évolution dans 36% des cas, ce qui constitue une amélioration de 4% par rapport à 2008.

En guise de conclusions nous pouvons constater que l'action du service met en évidence un résultat positif dans deux cas sur trois.

1.11. Conclusions et constatations

Depuis sa création, le service a pu assurer l'accompagnement social de 2899 ménages (personnes/familles) qui vivent des détresses multiples et lourdes pour développer avec eux un projet d'amélioration de leur situation sociale respectivement pour les aider à éviter la dégradation, en cherchant à maintenir leur situation en équilibre.

Ce chiffre montre **l'utilité et la nécessité de ce travail de longue haleine en milieu ouvert.**

Pour près de la moitié des dossiers, la prise en charge excède deux ans.

Le Service d'Accompagnement Social intervient pour des catégories d'âges allant de **-9 mois à 99 ans.**

Les demandes à problèmes sociaux multiples résultent notamment de la perte du pouvoir d'achat, des conditions de travail précaires, de l'accès difficile au logement adéquat, de loyers hors de portée de notre clientèle et de leur isolement dans notre société.

L'augmentation de nouvelles demandes, de 325 en 2008 à 519 en 2009, démontre le besoin en accompagnement social auprès d'une clientèle en détresse, confirme la confiance manifestée par les services demandeurs par rapport au service et souligne **la nécessité de l'existence du Service d'Accompagnement Social de la Ligue médico-sociale.**

Depuis sa création le Service d'Accompagnement social a toujours contribué à lutter contre la **pauvreté disqualifiante et l'exclusion sociale. De par son approche holistique,** son action s'inscrit dans une lutte contre la pauvreté économique et humaine.

Dans le cadre de cette évolution de l'action sociale au Luxembourg, nous estimons que le Service d'Accompagnement Social de la Ligue possède les compétences tant au niveau qualitatif qu'au niveau quantitatif:

- ✓ la longue expérience professionnelle dans le domaine de l'aide sociale (depuis des décennies) et surtout la professionnalisation de l'aide sociale de deuxième ligne du Service d'Accompagnement Social depuis 2001;
- ✓ un personnel qualifié ayant une longue expérience professionnelle au sein de la Ligue;
- ✓ des formations professionnelles continues en interne et externe et des supervisions;
- ✓ l'activité d'analyse et de conseil inhérente à tout travail social se réfère pour le service d'accompagnement social au modèle de réflexion systémique ;
- ✓ des réunions de travail régionales bi-mensuelles et nationales trimestrielles d'où une harmonisation de notre action sociale;
- ✓ diversification du service social et de conseil (SAS, SRAS, Mimapro, Service médical-scolaire, SICS...).

2. SERVICE RÉGIONAL D'ACTION SOCIALE

2.1. Mission du service

Dans le cadre de la convention avec le Ministère de la Famille et de l'Intégration, la Ligue médico-sociale est gestionnaire de services régionaux d'actions sociales (SRAS) depuis 1987, dont la mission est l'exécution de l'article 10 de la loi du 29 avril 1999 portant création du droit au revenu minimum garanti (RMG).

Une équipe de 19 assistants sociaux de la Ligue médico-sociale assure dans 112 communes du pays l'intégration professionnelle des personnes bénéficiaires d'une indemnité d'insertion (exécution de l'art. 10 de la loi RMG). La Ligue médico-sociale gère plus de la moitié des postes SRAS pour tout le pays.

Art. 10.

(1) de la loi susmentionnée prévoit que les activités d'insertion professionnelle prennent la forme :

- a) de préparation et de recherche assistées, pendant une durée qui ne peut excéder trois mois, d'une activité professionnelle rémunérée ou d'une des activités visées sous b) et c) ci-dessous;
- b) d'affectation temporaire à des travaux d'utilité collective auprès de l'Etat, des communes, des établissements publics, des établissements d'utilité publique ou de tout autre organisme, institution ou groupement de personnes poursuivant un but non lucratif ;
- c) d'affectation temporaire à un stage en entreprise selon des modalités fixées par règlement grand-ducal.

(2) La durée des activités visées sous b) et c) du paragraphe (1) qui précède est de quarante heures par semaine à moins que la durée effective de travail dans les organismes et entreprises concernés soit fixée différemment par une disposition légale ou réglementaire, par une convention ou par dérogation. La durée de ces activités peut être réduite pour les personnes visées à l'article 14.

(3)) La personne soumise aux mesures du paragraphe (1) ci-avant peut être autorisée à suivre des cours, des formations et des stages destinés à lui permettre d'acquérir une qualification professionnelle ou de la perfectionner.

De même, elle peut être obligée, sur proposition du service du contrôle médical de la sécurité sociale, à participer à des cures, traitements ou autres mesures de réadaptation ou de réhabilitation destinés à rétablir ou améliorer son aptitude au travail.

(Loi du 8 juin 2004)

« (4) Le service national d'action sociale peut faire bénéficier la personne qui participe à la mesure a) du paragraphe (1) ci-avant, d'un bilan de compétences professionnelles et sociales, assorti d'un avis d'orientation.

Pour réaliser ce bilan, le service national d'action sociale peut faire appel à la collaboration du Centre national de la formation professionnelle continue du Ministère de l'Education nationale, de la Formation professionnelle et des Sports, aux services compétents de l'Administration de l'Emploi ainsi que, le cas échéant, à d'autres organismes de droit public ou privé. »

En bref :

Le Service Régional d'Action Sociale de la Ligue Médico-Sociale revoit systématiquement la situation professionnelle des **4403 bénéficiaires dispensés** des activités d'insertions professionnelles.

Le SRAS encadre surtout les **889 bénéficiaires non dispensés** qui doivent participer à une activité d'insertion professionnelle. **806** des ces activités (+ **14,16%**) étaient en cours au 31.12.2009. **219** bénéficiaires ont été **engagés** en 2009 par leur lieu de travail par le biais de contrats subsidiés (art. 13.3 de la loi) par l'Etat. Le changement global est positif dans 74% des situations.

En 2009, les montants de l'allocation complémentaire (RMG) étaient les suivants :

TABLEAU 1 : MONTANT ACTUEL DU RMG

Communauté domestique		RMG brut	
		01/01/2009	01/03/2009
	Nb Indice	685,17	702,29
	premier adulte	1169,45	1198,67
	deuxième adulte	584,73	599,34
	adulte subséquent	334,57	342,93
	supplément pour enfant	106,34	109,00

Fichiers SNAS au 31/12/2009

Le montant de l'allocation complémentaire pour 2009 a augmenté par rapport à l'année 2008, suite à la variation de l'indice des prix et passe p. ex. pour un premier adulte de 1146,50€ à 1198,67€ soit une augmentation de 52,17€.

TABLEAU 2 : RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE DES MÉNAGES

Région	Communautés domestiques	Membres		
		Femmes	Hommes	Total
Centre	1164	1227	1099	2326
Nord	865	1054	924	1978
Sud	413	529	459	988
Total	2442	2810	2482	5292

Fichiers SNAS au 31/12/2009

En 2009 le Service Régional d'Action Sociale est venu en aide à 2442 ménages et ce dans les circonscriptions Centre, Nord et Sud de la Ligue Médico-Sociale. Le nombre de ménages n'a pas sensiblement varié par rapport à l'année 2008.

Nous avons constaté une variation de la constellation familiale dont le nombre des membres a augmenté en passant de 5039 en 2008 à 5292 personnes en 2009. La part des femmes a augmenté de 210 unités alors que celle des hommes est restée constante.

Les SRAS de la circonscription Sud de la Ligue médico-sociale sont compétents pour les communes de Bascharage, Clemency, Mondercange, Sanem, Steinfort et une grande partie de Differdange; les autres communes du Sud relèvent de la compétence communale des SRAS des Offices Sociaux de Dudelange, Esch/Alzette, Bettembourg, Differdange et Pétange.

Les SRAS de la circonscription Centre et Nord de la Ligue médico-sociale sont compétents pour tout le territoire Centre et Nord du pays, hormis la ville d'Ettelbruck.

TABLEAU 3: COMPOSITION DES MÉNAGES

Composition des ménages	Attributaire		TOTAL	
	féminin	masculin	TOTAL	%
1 adulte sans enfant	477	654	1131	46,33
1 adulte avec 1 ou plusieurs enfants	649	37	686	28,10
2 adultes sans enfant	77	129	206	8,44
2 adultes avec 1 ou plusieurs enfants	145	238	383	15,69
3 adultes et plus sans enfant	5	7	12	0,49
3 adultes et plus avec enfants	3	4	7	0,29
Autres	5	11	16	0,66
Total	1361	1080	2441	100,00

Fichiers SNAS au 31/12/2009

Nombre d'enfants	Nombre	%
sans enfant	1365	55,90
1 enfant	429	17,57
2 enfants	331	13,55
3 enfants	202	8,27
4 enfants	83	3,40
5 enfants et plus	32	1,31
Autres	0	0,00
Total	2442	100,00

Dans la composition des ménages, le service note une diminution des ménages composés d'un adulte sans enfants au profit des ménages d'un adulte avec enfants et ceux composés de deux adultes.

Parmi ces ménages 46,33% sont des personnes isolées (52% en 2008) et 55% n'ont pas d'enfants à charge (62% en 2008): la proportion des bénéficiaires du RMG a augmenté par rapport à 2008.

Fichiers SNAS au 31/12/2009

TABLEAU 4: RÉPARTITION DES DES BÉNÉFICIAIRES EN FONCTION DE L'ÂGE ET DU SEXE

Âge	Femmes	%	Hommes	%	Total	%
<18 ans	880	16,63	962	18,18	1842	34,81
18-24 ans	205	3,87	200	3,78	405	7,65
25-29 ans	166	3,14	120	2,27	286	5,40
30-34 ans	232	4,38	127	2,40	359	6,78
35-39 ans	249	4,71	194	3,67	443	8,37
40-44 ans	310	5,86	201	3,80	511	9,66
45-49 ans	296	5,59	230	4,35	526	9,94
50-54 ans	225	4,25	201	3,80	426	8,05
55-59 ans	158	2,99	148	2,80	306	5,78
>=60 ans	89	1,68	99	1,87	188	3,55
Totaux	2810	53,10	2482	46,90	5292	100,00

Fichiers SNAS au 31/12/2009

Depuis 2007, nous constatons une légère augmentation de la fréquence des bénéficiaires du sexe féminin. A noter l'augmentation de 4,6% de la tranche d'âge inférieure à 18 ans. 42% des bénéficiaires ont moins de 25 ans.

2.2. Objectifs poursuivis en 2009

Le maintien, voire l'accroissement de la qualité de service est un objectif permanent au sein du Service Régional d'Action Sociale de la Ligue médico-sociale.

Les agents du service se sont penchés en 2009 sur la réinsertion par le travail des personnes souffrant d'une maladie psychique.

Après les formations continues internes depuis 2005 autour du sujet («La relation d'aide, la relation d'aide sous contrainte et la compétence des bénéficiaires») tous les assistant(e)s sociaux du SRAS de la Ligue ont participé au colloque « Santé mentale, travail et intégration sociale » organisée par ATP asbl (Ateliers thérapeutiques), auquel sont intervenus des experts internationaux. Les conclusions de ce colloque ont été intégrées dans la méthodologie de travail.

2.3. Les activités du Service Régional d'Action Sociale en 2009

TABLEAU 6 : DIFFÉRENCIATION DES TYPES DE BÉNÉFICIAIRES

Les bénéficiaires non-dispensés constituent l'effectif le plus important des SRAS de la Ligue médico-sociale; il est en augmentation par rapport à l'année 2008 et passe de 740 à 889 (+16%).

Région	Postes SRAS	Bénéficiaires temporairement dispensés	Bénéficiaires non-dispensés	Bénéficiaires avec activité d'insertion, sauf CS ¹	Bénéficiaires sans activité d'insertion
Centre	5,75	1938	388	248	140
Nord	5	1633	345	236	109
Sud	2,5	832	156	105	51
Total	13,25	4403	889	589	300

Fichiers SNAS au 31/12/2009

Une variation sensible des bénéficiaires avec activité d'insertion est à noter tant dans les circonscriptions Nord que Sud c-à-d. des augmentations de +28% respectivement +52%. Pour la circonscription Nord, elle passe de 184 en 2008 à 236 unités en 2009 et pour le Sud elle passe de 69 en 2008 à 105 en 2009.

TABLEAU 7: MESURES EN COURS

Région	Postes SRAS	Total des activités d'insertion réalisées en 2009 ²
Centre	5,75	315
Nord	5	297
Sud	2,5	125
Total	13,25	737

Fichiers SNAS au 31/12/2009

¹ Activités en cours au 31/12/2009, sauf contrats subsidiés (Art. 13.3)

TABLEAU 8: MESURES EN COURS AU 31/08/2008

Mesures en cours au 31/12/2009	Femmes	%	Hommes	%	Total	%
Affectations temporaires indemnisées	205	25,43	217	26,92	422	52,36
Stages en entreprise	96	11,91	71	8,81	167	20,72
Contrats subsidiés (Art.13.3)	113	14,02	104	12,90	217	26,92

Fichiers SNAS au 31/12/2009

Le nombre des activités d'insertion, qui ont débuté en 2009, a augmenté de +13,08% par rapport à 2008 et passe de 651 à 737 unités.

Les mesures en cours au 31 décembre 2009 ont mis en évidence une augmentation significative de 14,16% et se chiffrent à 806 mesures en cours au 31/12/2009. Ces mesures se composent des affectations temporaires indemnisées, des stages en entreprises et des contrats subsidiés par l'Etat (Art 13.3 de la loi).

167 bénéficiaires en stages en entreprises sont susceptibles d'être engagés par leur lieu d'affectation.

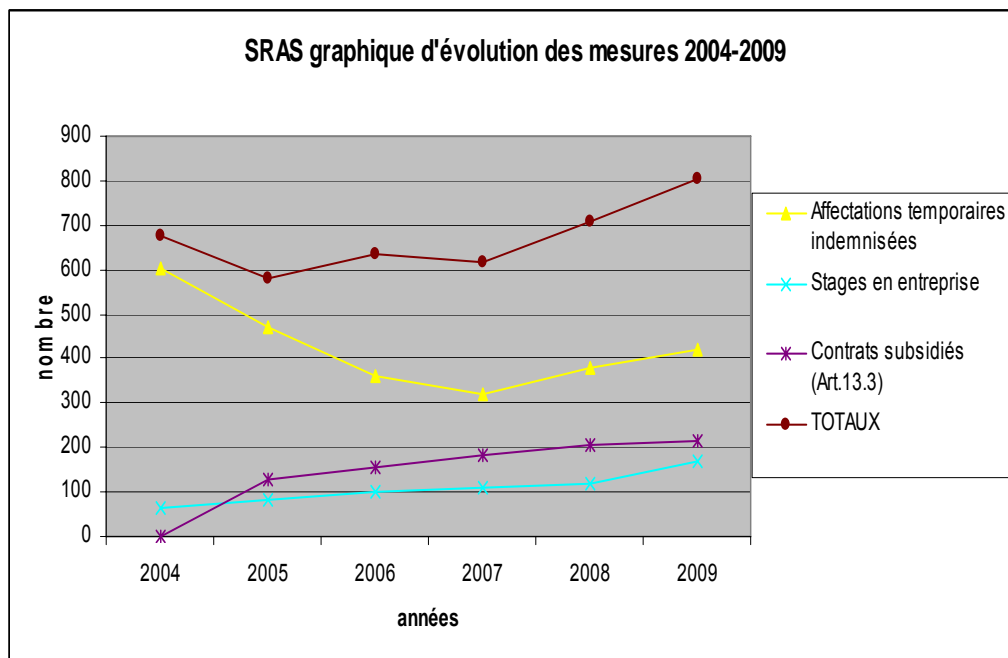
217 bénéficiaires ont été engagés en 2009 par leur lieu de travail dans des contrats subsidiés par l'Etat (art.13.3).

Depuis 2007, le service constate une augmentation significative de l'ensemble des mesures.

L'ampleur de cette augmentation réside dans :

- l'augmentation du nombre de demandeurs d'emplois en fin de droit ;
- le ralentissement de l'économie ;
- la diminution de créations d'emplois auxquelles les clients du SRAS pourraient postuler d'où le maintien dans une des mesures d'insertion;
- l'augmentation des bénéficiaires du RMG.

TABLEAU 9: GRAPHIQUE D'ÉVOLUTION DES MESURES D'INSERTION DE 2004-2009



² Activités qui ont débuté au cours de l'année 2009

2.4. Appréciations générales

A partir d'un questionnaire les agents du SRAS ont fait des appréciations générales des résultats du service. Ces résultats dépendent fortement de l'implication du client. Le tableau ci-dessous renseigne sur le résultat de la mesure proposée, la collaboration du client à la mesure proposée, le changement de la situation globale et l'autonomie du client.

L'analyse des résultats permettra au service de se positionner dans une démarche-qualité dans le cadre de la relation d'aide.

CHANGEMENT-EVOLUTION	Résultat de la mesure proposée	Collaboration du client à la mesure proposée	Changement situation globale au cours de 2009	Autonomie du client
	%	%	%	%
TRES POSITIF	18,58	21,26	13,39	12,68
POSITIF	23,91	35,18	24,01	18,70
PLUTÔT POSITIF	19,16	32,37	36,50	22,30
PAS DE CHANGEMENT	30,11	7,93	18,57	30,66
PLUTOT NEGATIF	6,77	2,09	5,76	6,61
NEGATIF	1,44	1,15	1,74	9,01
Totaux	100%	100%	100%	100%

Le résultat de la mesure proposée est positif dans 61% des cas, alors que la collaboration des clients est positive dans 89% des mesures proposées.

L'alliance entre une motivation au changement et la collaboration du client est importante dans la relation en vue d'un accompagnement au changement.

Le changement global est positif dans 74% des situations. La stabilisation de la situation est définie comme l'arrêt d'une évolution négative et compte donc parmi les changements positifs.

L'autonomie du client s'améliore dans 54% des cas.

2.5. Conclusions et constatations

Depuis sa création, le Service Régional d'Action Sociale intervient en vue d'une intégration socio-professionnelle de bénéficiaires du revenu minimum garanti (RMG); le nombre de clients par assistant social du SRAS augmente chaque année.

Chaque année le service réussit à intégrer des bénéficiaires en nombre croissant dans des activités d'insertion. La démarche d'intégration par le travail de cette population n'est possible qu'à travers l'engagement des Services Régionaux d'Actions Sociales.

En vue de maximiser les perspectives d'insertion sur le premier marché de l'emploi, il y a lieu d'optimiser la relation entre le SNAS, les SRAS de la Ligue médico-sociale et l'ADEM.

Dans ces temps de crise économique, l'intégration socio-professionnelle sur le premier marché de l'emploi des bénéficiaires du RMG devra rester une des priorités de notre « société de travail » et du SRAS.

La crise économique engendrera certainement un nombre encore plus élevé de demandeurs d'emplois et d'emplois précaires et de ce fait, nous le craignons, la crise isolera encore plus de bénéficiaires du RMG.

Le «workfare» fait du sens dans la mesure où le travail n'est pas seulement une source de revenus, mais il est un lieu de socialisation. Tous ces bénéficiaires de l'indemnité d'insertion participent pleinement à la vie sociale. Les mesures d'insertions professionnelles ont sans aucun doute un effet de levier dans la lutte contre la pauvreté sociale.

Les attentes et les besoins du terrain sont grands et il ne reste qu'à espérer que les pouvoirs publics reconnaîtront l'importance de **renforcer les moyens dédiés** au service.

RAPPORT SUR LES SERVICES DE CONSEIL

1. SERVICE D'INFORMATION ET DE CONSEIL EN MATIÈRE DE SURENDETTEMENT

1.1. Introduction

Les missions du Service d'information et de conseil en matière de surendettement sont nombreuses:

- l'aide aux familles (sur)endettées vivant sur le territoire luxembourgeois par une analyse de leur situation financière et sociale en vue de l'assainissement des dettes.
- la responsabilisation des personnes (sur)endettées.
- la formation et le conseil des travailleurs sociaux intervenant auprès des familles (sur)endettées.
- l'élaboration de mesures de prévention au niveau national et international.
- l'intervention dans le cadre de la loi du 8 décembre 2000 sur le surendettement.

Depuis sa création en 1993, 4.652 demandes de conseil ont été adressées au service dont 3.343 personnes sont venues en consultation.

Rien que pour l'année 2009, le service a pu enregistrer 335 nouvelles demandes de conseil dont 235 personnes se sont effectivement présentées au 1^{er} rendez-vous.

Les tableaux statistiques en annexe reflètent bien la persistance de la problématique du surendettement au Luxembourg.

En 2009, 8 demandes d'admission à la procédure de règlement collectif des dettes dans le cadre de la loi du 8 décembre 2000 ont été signées auprès du service.

Le service a été sollicité par le Ministère de la Famille et de l'Intégration dans le cadre de l'élaboration du projet de loi n°6021 sur le surendettement qui a été déposé le 27 mars 2009 à la Chambre des Députés.

Parallèlement à son activité d'information et de conseil, le service a su s'investir dans différentes actions de prévention, par exemple en tenant des cours ayant comme sujet « Planification de vie et budget » auprès du « Forum pour l'Emploi » et de « Pro-Actif ».

Comme par le passé, le service a sensibilisé le public à la problématique du surendettement par le biais des médias. Ainsi, il a participé périodiquement à des émissions radio- et télédiffusées et a régulièrement fourni des informations à la presse écrite.

La campagne déjà classique incitant le grand public à être prudent lors de l'achat à crédit d'une voiture neuve ou d'occasion a été réitérée à l'occasion du « Salon de l'automobile 2009 » au début de l'année.

La nouvelle adresse mail, endettement@ligue.lu, a facilité l'accès au service dans de nombreux cas.

La restructuration du site internet permettant de fournir aux intéressés plus d'infos en matière de surendettement sur www.ligue.lu a bien progressé en 2009.

La traduction en langue portugaise de la brochure "EVITER LE SURENDETTEMENT" qui a été continuée en 2009 sera sans doute peaufinée début 2010.

Sous l'initiative du Ministère de la Famille et de l'Intégration et en collaboration avec l'asbl Inter-Actions, le service a élaboré un dépliant informatif sur les deux services compétents en la matière, dépliant qui a été rédigé en langue allemande, française et portugaise.

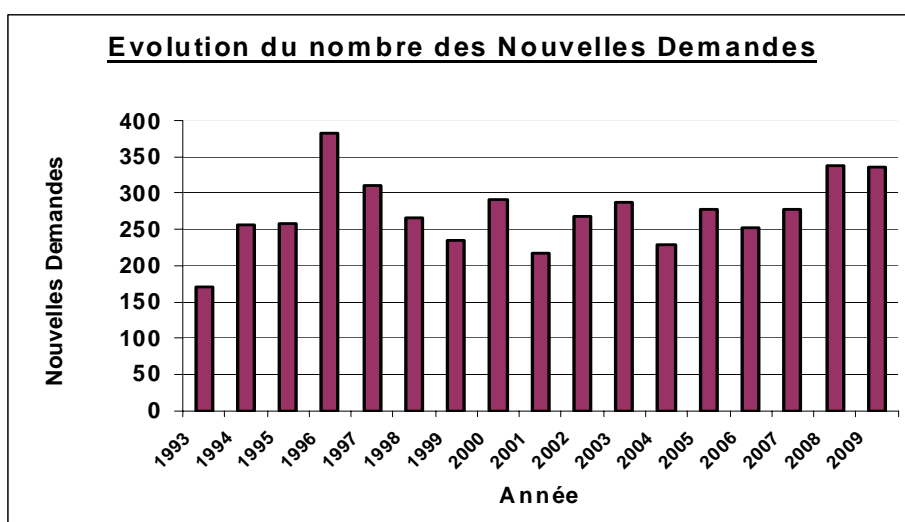
Au niveau international, le service a maintenu un échange d'informations régulier avec les membres du European Consumer Debt Net ainsi qu'avec les organisations similaires situées à l'étranger. De plus, le service a participé activement aux conférences internationales.

L'échange d'informations avec le service géré par l'asbl Inter-Actions a eu lieu lors des entretiens et entrevues des responsables des deux services.

1.2. Le Conseil et l'Information

1.2.1. Les données statistiques générales

Au cours de l'exercice 2009, 335 nouvelles demandes de conseil ont été enregistrées portant le nombre total de demandeurs à 4.652 depuis la création du service.

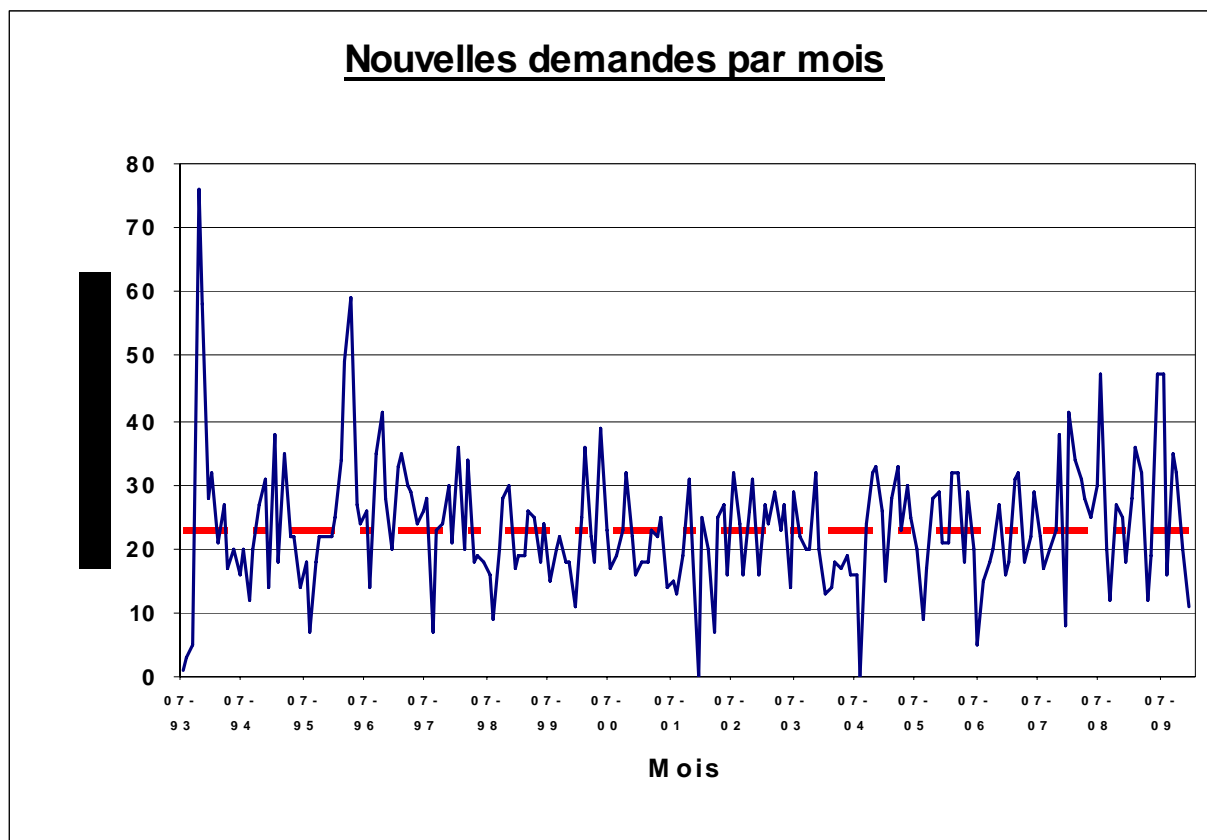


Année/Demandes	Nombre de demandes	Pourcentage/T otal	Moyenne mensuelle
1993	171	4 %	28
1994	257	6 %	21
1995	258	6 %	21
1996	382	8 %	32
1997	310	7 %	26
1998	265	6 %	22
1999	235	5 %	20
2000	292	6 %	24
2001	218	5 %	18
2002	267	6 %	22
2003	287	6 %	24
2004	228	5 %	19
2005	278	6 %	23
2006	253	5 %	21
2007	278	6 %	23
2008	338	7 %	28
2009	335	7 %	28
Total	4.652	100 %	23

Il ressort des chiffres ci-dessus que le nombre moyen annuel sur la période considérée est de 282 nouvelles demandes, les années 1996, 1997 pouvant être considérées comme exceptionnelles, la barre des 300 demandes ayant été dépassée.

En ce qui concerne les années 2008 et 2009, on remarque bien la persistance de l'effet « crise », le nombre des demandes adressées au service ayant à nouveau et pour la première fois depuis 10 ans dépassé le seuil des 300 demandes.

On peut en déduire une moyenne globale de 23 personnes qui s'adressent chaque mois au service pour convenir d'une première entrevue alors que la moyenne pour 2008 et 2009 s'élève à 28 nouvelles demandes mensuelles !



Le graphique ci-dessus reflète bien la large fluctuation du nombre de demandes mensuelles adressées au service.

1.2.2. L'application de la loi du 8 décembre 2000 sur le surendettement

En 2009, 8 demandes d'admission à la procédure de règlement collectif des dettes dans le cadre de la loi du 8 décembre 2000 ont été signées auprès du service.

Précisons ici aussi que le service a été sollicité par le Ministère de la Famille et de l'Intégration dans le cadre de l'élaboration du projet de loi n°6021 sur le surendettement qui a été déposé le 27 mars 2009 à la Chambre des Députés.

Ce projet de loi tend à introduire en droit luxembourgeois la procédure du rétablissement personnel.

La procédure de rétablissement personnel admet un caractère subsidiaire par rapport aux autres phases de la procédure de règlement collectif des dettes, dans la mesure où elle ne doit être envisagée que comme une issue de secours pour les cas les plus désespérés et n'être mise en œuvre que lorsque les modalités traditionnelles de traitement du surendettement sont impraticables ou lorsque leur mise en œuvre serait manifestement vouée à l'échec.

1.2.3. Le profil de la clientèle

Rappelons tout d'abord que l'analyse du profil de la clientèle se base sur les « dossiers » c'est-à-dire les nouveaux clients effectivement venus en consultation. La somme des clients reçus et des clients absents au 1^{er} rendez-vous représente donc le total des demandes de conseil.

Les « demandes d'information » proviennent de particuliers ne désirant pas venir en consultation, d'assistants sociaux, de banquiers, d'huissiers de justice et de toute autre personne désirant recevoir des renseignements en matière de surendettement.

Il en découle la situation suivante pour 2009 :

L'ANNEE 2009 EN CHIFFRES	
Nouveaux clients reçus ou DOSSIERS :	235
+ Nouveaux clients non présents au 1 ^{er} rendez-vous :	100
TOTAL Nouvelles demandes de conseil :	335
+ Demandes d'informations :	241
TOTAL Nouvelles demandes de conseil et d'informations :	576
+ Anciens dossiers traités en 2009 :	310
TOTAL :	886

En 2008, 911 personnes se sont adressées au service afin de recevoir de l'information et du conseil en matière financière. 568 dossiers ont été traités dont 231 nouveaux et 337 anciens. 107 personnes ayant pris un 1^{er} rendez-vous en 2008 ne se sont pas présentées et 236 demandes d'informations ont été adressées au service.

Comme chaque dossier présente des caractéristiques qui lui sont propres, il s'avère difficile de comparer des situations de surendettement entre elles. Il paraît néanmoins utile de catégoriser la clientèle en fonction de quelques critères objectifs recensés au moment où la demande de conseil est adressée au service. Les critères retenus sont les suivants :

- a. L'état civil
- b. L'âge
- c. Le nombre d'enfants à charge
- d. Le statut professionnel
- e. Le pays d'origine
- f. L'accès au service
- g. Le contact préalable avec un service social
- h. La répartition géographique

Le tableau statistique en annexe reflète bien l'importance de la fréquentation des clients selon les critères retenus.

1.2.4. Les moyens d'action

a) Les moyens d'action propres

Le service est d'abord un interlocuteur, car bien souvent l'intéressé ne veut ou ne peut pas parler de son problème à un proche ou un tiers.

L'approche est celle d'aider les particuliers à dresser l'inventaire complet de leurs recettes et dépenses et à constituer un dossier avec toutes les pièces justificatives. Ensuite, le service aide les clients à développer une stratégie pour négocier de nouvelles modalités de remboursement de leurs dettes avec les créanciers. Si le débiteur n'est pas en mesure de négocier lui-même avec ses créanciers, le service le guide dans ses démarches.

Dans les deux hypothèses, le débiteur essaie de rééchelonner certaines de ses dettes, d'obtenir des sursis de paiement ou de demander, le cas échéant, des remises de dettes ou d'intérêts. Néanmoins, en cas de refus de collaboration du créancier, certaines situations demeurent sans suite.

b) La loi du 8 décembre 2000 sur le surendettement

La procédure de règlement collectif des dettes introduite par la loi du 8 décembre 2000 sur le surendettement se déroule sur trois niveaux :

1. Au niveau du service :
 - a. constitution et instruction administrative du dossier, contrôle des conditions d'admissibilité ;
 - b. signature de la demande en désendettement par le débiteur, information des parties concernées du dépôt de la demande et de la suspension des procédures d'exécution, élaboration d'un projet de plan de redressement, tentative d'obtenir un consensus des créanciers et du débiteur sur le projet de plan, soumission du dossier et du plan à la commission. Cette phase doit être terminée dans un délai de trois mois à partir de la signature formelle de la demande par le surendetté.
2. Au niveau de la Commission de médiation : Soumission d'un plan de règlement conventionnel aux parties intéressées et constatation du succès ou de l'échec du plan. Cette phase ne peut excéder le délai de trois mois. La phase de règlement conventionnel se termine donc au plus tard après six mois à partir de la signature formelle par le débiteur.
3. Au niveau judiciaire : dépôt d'une requête auprès de la Justice de Paix, convocation devant la Justice de Paix dans les 15 jours, prononcé d'un jugement qui charge le service d'établir un plan selon les directives du tribunal de paix et après dépôt du plan élaboré par le service, le tribunal prononce soit un jugement imposant le plan soit un jugement constatant l'impossibilité d'aboutir à un désendettement.

Dans le cadre de cette loi il est institué un fonds d'assainissement en matière de surendettement ayant pour objet l'octroi de prêts de consolidation de dettes dans le cadre d'un règlement conventionnel ou d'un redressement judiciaire des dettes.

c) La coopération avec le réseau social

Le service constate dans la plupart des cas que le problème des dettes est étroitement lié à des questions de logement et d'emploi ainsi qu'à des problèmes de couple et à des difficultés de gérer la vie quotidienne. Etant donné les interrelations entre ces différents éléments, il est essentiel de travailler en réseau, c'est-à-dire en collaboration et en coordination avec les différents services sociaux.

d) La coopération avec le service "Endettement" de l'asbl Inter-Actions

Dans le cadre de la coopération avec l'asbl Inter-Actions, l'échange d'informations entre les services a eu lieu lors des entretiens et entrevues des responsables des deux services. Une attention particulière a été apportée aux questions relatives à l'application de la loi sur le surendettement ainsi qu'au développement de la campagne de prévention du surendettement lancée par le Ministère de la Famille.

e) La coopération avec le « Centre Européen des Consommateurs du Luxembourg »

Comme les années précédentes, le service a pu s'appuyer sur l'expérience acquise dans le traitement de dossiers transfrontaliers par l'Euroguichet de l'ULC.

Inversement, l'ULC a orienté des personnes surendettées vers le service d'information et de conseil en matière de surendettement.

f) La coopération avec les tiers

Les situations de surendettement nécessitent parfois l'intervention rapide du service auprès des huissiers de justice, des services contentieux ou des agences de banques, des avocats, des créanciers ou auprès de toute autre personne ou institution impliquée dans la recherche de solutions.

Au fil du temps, une bonne coopération et une relation de confiance réciproque s'est installée entre les différents intervenants facilitant ainsi la recherche de solutions dans des dossiers compliqués.

1.3. La Prévention

L'activité de prévention comporte deux volets, le volet national et le volet international.

1.3.1. Le volet national

La campagne déjà classique incitant le grand public à être prudent lors de l'achat à crédit d'une voiture neuve ou d'occasion a été réitérée à l'occasion du « Salon de l'automobile 2009 » au début de l'année.

Parallèlement à son activité d'information et de conseil, le service a su s'investir dans différentes actions de prévention, par exemple en tenant des cours ayant comme sujet « Planification de vie et budget » auprès de l'Ecole de Police, du « Forum pour l'Emploi » et de « Pro-Actif ».

Comme par le passé, le service a sensibilisé le public à la problématique du surendettement par le biais des médias. Ainsi, il a participé périodiquement à des émissions radio- et télédiffusées et a régulièrement fourni des informations à la presse écrite.

Sur invitation de la banque ING et dans le cadre d'un workshop ouvert au grand public, le service a présenté un exposé sur les dépenses quotidiennes d'un ménage.

La nouvelle adresse mail, endettement@ligue.lu, a facilité l'accès au service dans de nombreux cas.

La restructuration du site internet permettant de fournir aux intéressés plus d'infos en matière de surendettement sur www.ligue.lu a bien progressé en 2009.

La traduction en langue portugaise de la brochure "EVITER LE SURENDETTEMENT" qui a été continuée en 2009 sera sans doute peaufinée début 2010.

Sous l'initiative du Ministère de la Famille et de l'Intégration et en collaboration avec l'asbl Inter-Actions, le service a élaboré un dépliant informatif sur les deux services compétents en la matière, dépliant qui a été rédigé en langue allemande, française et portugaise.

1.3.2. Le volet international

Au niveau international, le service a maintenu un échange d'informations régulier avec les membres du Consumer Debt Net ainsi qu'avec les organisations similaires situées à l'étranger. De plus, le service a participé activement à des conférences internationales, notamment en tant que membre fondateur à l'assemblée générale du European Consumer Debt Net (ECDN).

ROFIL 2009	CLIENTS		DOSSIERS	
	Total demandes	%	Clients reçus	%
ETAT CIVIL				
CELIBATAIRE	101	30	65	28
DIVORCE	78	23	59	25
MARIE	107	32	73	31
SEPARE	38	11	29	12
VEUF	11	3	9	4
TOTAL	335	100	235	100
AGE				
<18	0	0	0	0
18-25	20	6	12	5
26-35	102	30	59	25
36-45	123	37	88	37
>45	90	27	76	32
TOTAL	335	100	235	100
NOMBRE D'ENFANTS A CHARGE				
AUCUN	153	46	114	49
UN	68	20	43	18
DEUX	66	20	48	20
TROIS	35	10	23	10
PLUS DE TROIS	13	4	7	3
TOTAL	335	100	235	100
STATUT PROFESSIONNEL				
BENEFICIAIRE RMG	35	10	27	11
BENEFICIAIRE PENSION/RENTE	25	7	15	6
CHOMEUR	45	13	30	13
EMPLOYE PRIVE	45	13	29	12
FONCTIONNAIRE PUBLIC	11	3	9	4
INDEPENDANT	9	3	6	3
OUVRIER	112	33	84	36
SANS	53	16	35	15
TOTAL	335	100	235	100
NATIONALITE				
LUXEMBOURGEOISE	156	47	116	49
UNION EUROPEENE	156	47	100	43
AUTRES PAYS	23	7	19	8
TOTAL	335	100	235	100
INITIATIVE				
PROPRE INITIATIVE	44	13	30	13
ORIENTE	291	87	205	87
TOTAL	335	100	235	100
CONTACT AVEC UN AUTRE SERVICE SOCIAL				
NON	200	60	134	57
OUI	135	40	101	43
TOTAL	335	100	235	100
REGION				
CENTRE	202	60	141	60
NORD	99	30	70	30
SUD	34	10	24	10
TOTAL	335	100	235	100

(i) FREQUENTATION 2009	2009	2008	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000	1999	1998	1997	1996	1995	1994	1993	TOTAL
1. Dossiers actifs :	235	112	49	21	23	13	12	13	10	13	8	8	6	12	2	3	5	545
- En cours	64	17	7	7	5	2	4	2	1	1	1	1	0	2	0	1	1	116
- Réglés	128	48	24	10	9	8	3	9	6	7	6	6	4	10	1	1	3	283
- Classés sans suite	43	47	18	4	9	3	5	2	3	5	1	1	2	0	1	1	1	146
2. Dossiers archivés :	0	119	166	149	171	110	213	173	168	203	185	215	226	249	167	178	106	2798
3. DOSSIERS (1+2) :	235	231	215	170	194	123	225	186	178	216	193	223	232	261	169	181	111	3343
4. Clients conseillés sans entrevue :	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	7	29	22	30	24	115
5. Clients non-présents au rdv :	100	107	63	83	84	105	62	81	40	76	42	39	71	92	67	46	36	1194
6. DEMANDES DE CONSEIL (3+4+5) :	335	338	278	253	278	228	287	267	218	292	235	265	310	382	258	257	171	4652
7. DEMANDES D'INFORMATIONS :	241	236	244	187	179	161	183	176	191	167	183	170	*	*	*	*	*	*
8. CLIENTS (6+7) :	576	574	522	440	457	389	470	443	409	459	418	435	*	*	*	*	*	*

2. GESOND LIEWEN & CENTRE DE CONSULTATIONS

2.1. Mission du service

Les services "Gesond Liewen" d'Ettelbruck et de Wiltz ainsi que le Centre de Consultations de Luxembourg constituent des services d'assistance psychologique et de prise en charge thérapeutique. Leur but essentiel consiste à promouvoir et à assurer le bien-être de la personne humaine primordialement sur le plan psychique par des mesures de prévention, de thérapie et de prise en charge adéquates. Ces mesures visent bien entendu aussi une amélioration de l'état physique et de la situation sociale des personnes concernées.

Au départ, le Service "Gesond Liewen" à Ettelbruck avait surtout une fonction interne dans le sens qu'il constituait un complément d'aide psychologique important par rapport aux multiples problèmes qui se présentaient quotidiennement au personnel des Centres médico-sociaux.

Au fil des années, à cette fonction d'aide interne s'est ajouté un rôle externe dans le sens que de nombreux services, médecins ou autres professionnels, indépendants de la Ligue médico-sociale, ont reconnu la nécessité d'orienter leurs patients et clients vers ce service spécialisé de la Ligue médico-sociale. Une deuxième antenne fut créée à Wiltz, et en 1994 le Centre de Consultations a commencé ses activités à Luxembourg.

Au fil des années, les renvois externes à ces trois Centres se sont fort développés, tout en gardant des pondérations différentes selon les différentes régions de notre pays.

Les personnes qui s'adressent à nos services consultent essentiellement pour les raisons suivantes:

- difficultés relationnelles, conjugales et familiales à différents niveaux (problèmes de couple, parents-enfants, intergénérationnels, professionnels)
- difficultés existentielles (angoisses, dépressions, etc.)
- troubles psychiques, psychosomatiques et psychopathologiques
- problèmes liés à l'éducation des enfants
- difficultés liées à des situations de séparation, de divorce, de surendettement, etc.
- problèmes liés à la dépendance et à la communication humaine
- problèmes et troubles sexuels.

Les consultants proviennent de toutes les couches socio-économiques de notre pays et se recrutent parmi toutes les couches d'âge. Le nombre de consultants féminins reste prédominant par rapport aux consultants masculins. La tranche d'âge des consultants prédominante est celle qui se situe entre 30 et 50 ans. Le nombre de personnes de nationalité étrangère est plus élevé dans le centre et le sud de notre pays et certains consultants habitent aussi l'étranger. Force est de constater aussi une variation de consultants vivant en situation économique précaire en fonction de certaines régions de notre pays.

Afin d'assurer une aide globale avec d'autres professionnels et services concernés par les consultants, des réunions d'échange et de concertation font partie intégrante de l'approche du Service "Gesond Liewen" et du Centre de Consultations. Une meilleure collaboration interne repose sur des réunions mensuelles avec le Service d'Accompagnement Social.

2.2. Conclusions

L'aide apportée par les trois services situés à Ettelbruck, Luxembourg et Wiltz a fait ses preuves au cours de l'année passée; les chiffres du bilan 2009 sont là pour le souligner. L'aide psychologique apportée aux individus, couples et familles reste et restera au centre des tâches et préoccupations du Service "Gesond Liewen" et du Centre de Consultations dans son ensemble. Une approche systémique apporte certainement une perspective utile dans le suivi professionnel des situations sociales complexes. Elargir le contexte en tenant compte de la dimension psychologique augmente la possibilité de réussite d'une action concertée qui s'inscrit dans les missions de base des actions d'aide menées par la Ligue médico-sociale.

2.3. Chiffres.

1. Nombre de consultations

	TOTAL	%	Luxembourg	Ettelbruck	Wiltz
Nombre total de consultations	1646		448	883	315

2. Nombre de dossiers

			Luxembourg	Ettelbruck	Wiltz
Nombre total de dossiers	273		53	166	54
2.1. Nouveaux	177	64.8%	35	102	40
2.2. Anciens	96	35.2%	18	64	14
2.3. Individuels	228	83.5%	32	148	48
2.4. Couples	32	11.7%	17	10	5
2.5. Familles	13	4.8%	4	8	1

3. Nombre de consultants

			Luxembourg	Ettelbruck	Wiltz
Nombre total de consultants	335		87	186	62
3.1. Femmes	203	60.6%	39	124	40
3.2. Hommes	109	32.5%	41	47	21
3.3. Enfants / Adolescents	23	6.9%	7	15	1

4. Age

			Luxembourg	Ettelbruck	Wiltz
< 10	2	0.6%	2		
10-18	20	6.0%	5	14	1
19-29	63	18.8%	18	36	9
30-39	98	29.3%	20	60	18
40-49	95	28.4%	24	47	24
50-59	41	12.2%	14	21	6
60-69	10	3.0%	3	5	2
≥ 70	6	1.8%	1	3	2

5. Formes de vie

			Luxembourg	Ettelbruck	Wiltz
5.1. Célibataire	65	19.4%	13	46	6
5.2. Marié	134	40.0%	18	79	37
5.3. Divorcé	47	14.0%	23	17	7
5.4. Séparé	27	8.1%	16	8	3
5.5. Ménage commun	51	15.2%	15	29	7
5.6. Veuvage	11	3.3%	2	7	2

6. Nationalité

			Luxembourg	Ettelbruck	Wiltz
6.1. Luxembourgeoise	214	63.9%	37	139	38
6.2. U.E.	104	31.0%	44	38	22
6.3. Autre	17	5.1%	6	9	2

7. Statut professionnel

			Luxembourg	Ettelbruck	Wiltz
7.1. Employé ou Fonctionnaire	81	24.2%	12	57	12
7.2. Indépendant	26	7.8%	16	8	2
7.3. Ouvrier	44	13.1%	22	14	8
7.4. Invalide	19	5.7%	2	11	6
7.5. RMG	40	11.9%	10	25	5
7.6. Chômage	17	5.1%	7	9	1
7.7. Retraité	10	3.0%	4	4	2
7.8. Femme (homme) au foyer	62	18.5%	8	33	21
7.9. Etudiant / Elève	36	10.7%	6	25	5

8. Envoyés par

	TOTAL	%	Luxembourg	Ettelbruck	Wiltz	
8.1. Anciens clients / amis / famille	94	28.1%	37	42.5%	10	16.1%
8.2. Propre initiative	51	15.2%	26	29.9%	8	12.9%
8.3. Professionnels	190	56.7%	24	27.6%	44	71.0%
8.3.1. Médecins	57	17.0%	10	11.5%	2	3.2%
8.3.2. Assistantes sociales	83	24.8%	8	9.2%	33	53.2%
8.3.3. Autres professionnels	50	14.9%	6	6.9%	9	14.5%

9. Motif de consultation

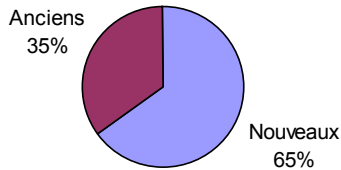
9.1. Problèmes de couple	84	25.1%	30	34.5%	36	19.4%	18	29.0%
9.2. Problèmes existentiels; dépressions; angoisse	161	48.1%	35	40.2%	106	57.0%	20	32.3%
9.3. Problèmes de famille	69	20.6%	9	10.3%	39	21.0%	21	33.9%
9.4. Etat de dépendance	19	5.7%	11	12.6%	5	2.7%	3	4.8%
9.5. Information	2	0.6%	2	2.3%				

10. Nombre de séances

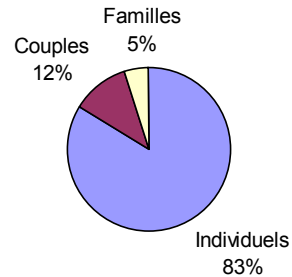
10.1. Unique	50	14.9%	8	9.2%	36	19.4%	6	9.7%
10.2. 2-5	181	54.0%	50	57.5%	93	50.0%	38	61.3%
10.3. 6-10	67	20.0%	29	33.3%	30	16.1%	8	12.9%
10.4. 11-20	28	8.4%			19	10.2%	9	14.5%
10.5. 21-30	3	0.9%			2	1.1%	1	1.6%
10.6. >30	6	1.8%			6	3.2%		

2.3.1. Graphiques.

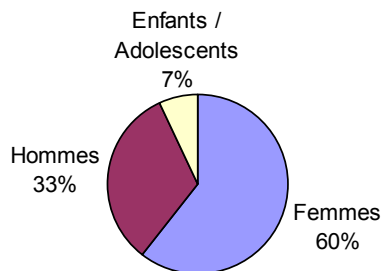
2. Nouveaux et anciens dossiers



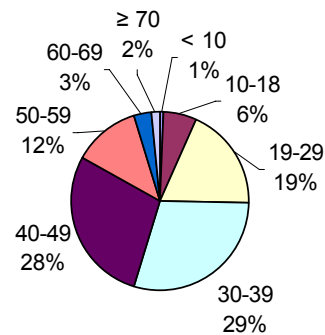
2. Composition des dossiers



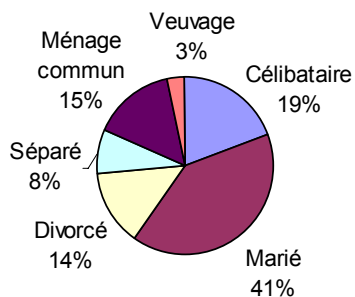
3. Consultants



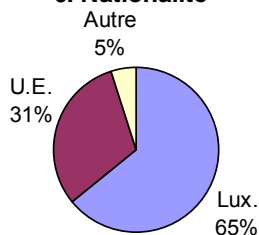
4. Age des consultants



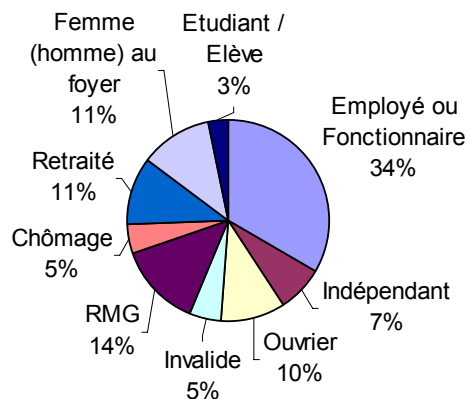
5. Formes de vie



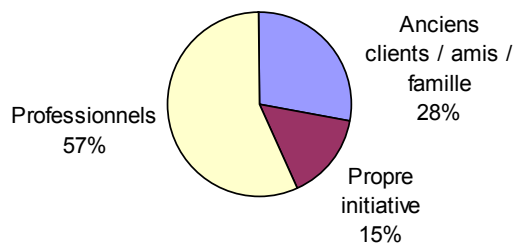
6. Nationalité



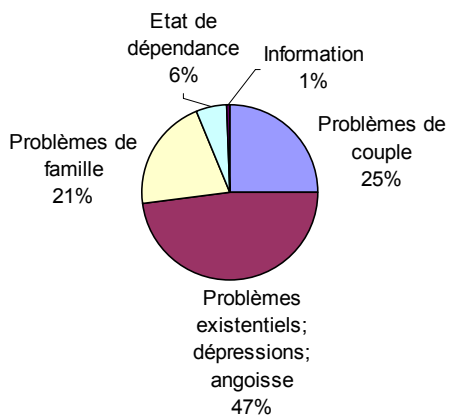
7. Statut professionnel



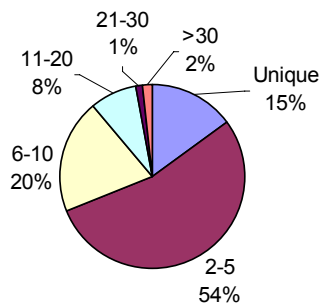
8. Envoyés par



9. Motif de consultation



10. Nombre de séances



3. INFO-SOCIAL - SERVICE D'INFORMATION TÉLÉPHONIQUE



3.1. Mission

L'Info-Social, créé par la Ligue en 1999, est un service téléphonique gratuit offert à toute personne se posant des questions au niveau social.

L'objectif de ce service est de proposer une information rapide ainsi qu'une orientation concrète, tout en gardant l'anonymat.

La base de données informatique mise en place permet aux professionnels de connaître, gérer et maîtriser l'offre la plus actuelle du domaine social en vue d'informer et d'orienter au mieux le client du service Info-Social.

Il s'agit également d'un outil de travail accessible à tous les services de la Ligue médico-sociale. Pour l'assistant/e (d'hygiène) social/e, la base de données est d'un soutien précieux dans l'accomplissement du travail social quotidien.

Le service Info-Social est accessible du lundi au vendredi de 9h-12h et de 13h-17h. En 2009, les permanences ont été assurées par près de 55 travailleurs sociaux de la Ligue, des CMS de Clervaux, Differdange, Dudelange, Echternach, Esch/Alzette, Ettelbruck, Grevenmacher, Luxembourg, Rédange-Attert et Wiltz.

Au cours de l'année 2010, d'autres collègues du CMS d'Echternach et du CMS de Mersch rejoindront les professionnels en charge des permanences téléphoniques.

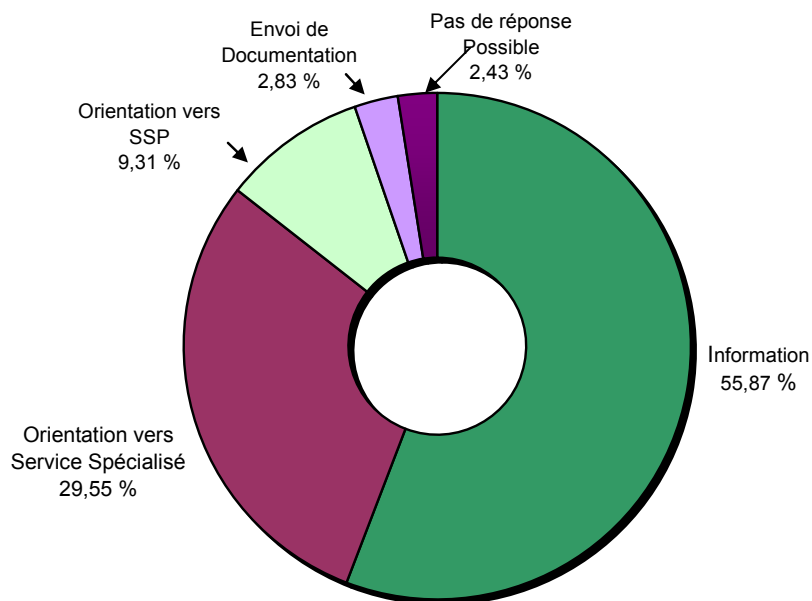
3.2. Activités 2009

Le tableau ci-après reproduit, en pourcentage, les 247 appels reçus en 2009 pour chaque catégorie recensée.

Education	2,83 %
Enfance	3,24 %
Etat	0,41 %
Etrangers	1,62 %
Famille	4,05 %
Femmes	3,24 %
Handicap	2,02 %
Indigences	23,89 %
Jeunesse	3,64 %

Justice	6,07 %
Logement	9,31 %
Maternité	1,22 %
Personnes âgées	4,05 %
Santé	12,96 %
Sécurité sociale	9,72 %
Travail	6,07 %
Autres	5,67 %

Le schéma suivant montre les réponses offertes aux clients par le service :



Nous pouvons ainsi constater que plus de 55 % des appels ont fait l'objet d'une information.

Dans certains cas, les situations étaient plus complexes : près de 30 % des appels ont été orientés vers un service spécialisé et plus de 9 % vers le Service Social de Proximité lorsque les situations évoquées nécessitaient une analyse plus élaborée.

Pour quelques appels, aucune solution n'a pu être trouvée, car ils ne concernaient pas le domaine social.

3.3. Conclusion

L'Info-Social reste un outil important dans le domaine social. Il est essentiel de faire connaître au mieux ce service, accessible gratuitement à tout professionnel et à toute personne privée.

LE PERSONNEL

(Situation au 16 avril 2010)

Secrétariat Général

Miriam Kariger-Eramo, Cindy Koch, Chico Louis, Yolanda Matias, Karin Müller, Anicet Schmit.

Structure Opérationnelle

Direction médicale:	Dr Fabrice Chaussade
Direction sociale:	Jean-Nico Pierre
Direction administrative:	Monique Lesch-Rodesch
Assistants d'hygiène sociale des circonscriptions :	Jeanne Bingen, domaine médico-social Marianne Bégué, domaine social

Services

Service médico-social

Assistants d'hygiène sociale et assistants sociaux: Line Audry, Vicky Berscheid-Hoffmann; Lony Besch, Gaby Bonert-Bissener, Nathalie Dumortier, Josiane Gerges, Antoinette Hartung-Gaspar, Françoise Hilt, Simone Kieffer, Lydia Knaff, Guy Krantz, Edmée Linster, Sylvie Mauricio, Marisa Neves, Michelle Philipp, Marion Schennetten-Welter, Monique Scheuer, Carla Spielmann, Marie-Paule Trierweiler, Christiane Vanhille, Rita Welter-Ecker, Myriam Wersand, Gritty Winandy-Raas, Isabel Wolff

Infirmier hospitalier gradué: Paul Majerus

Infirmières en pédiatrie/puéricultrices: Patrice Breuskin, Carole Breckler, Marianne Ernst, Adrienne Franck, Madeleine Jungers-Goergen, Josiane Kolbach, Michèle Marxen-Lahure, Diane Urwald, Astrid Wenkin

Infirmiers: Mady Bernardy-Jungblut, Elisabeth Bock-Sandt, Simone Bollendorff, Maryse Dawir, André Gengler, Marianne Gompelmann, Thessy Hirt, Ariane Marx, Madeleine Mathias, Françoise Tanson, Claudine Wagener-Odem, Marie-Rose Zacharias-Wantz, Louladit Yirdaw

Assistants techniques en radiologie: Tamara Gorges, Véronique Palumbo-Bossi, Edith Plachuta

Service d'Accompagnement Social

Assistants d'hygiène sociale et assistants sociaux: Sonia Aleixo Delgado, Christelle Collignon, Caroline Collin, Michel Gengler, Martine Gilbert, Jean-Marie Glesner, Manuela Goncalves, Nathalie Groos, Céline Hanus, Anne-Marie Hostert-Molitor, Isabelle Karier, Josette Komposch, Sylvie Mauricio, Joëlle Millmeister, Antoine Mirgain, Joëlle Noesen-Mamer, Stéphanie Payeur-Adolphe, Michèle Reiland, Simone Reiser, Malou Wirtz

Service des Mineurs et Majeurs Protégés

Economistes : Marie-Pierre Vilain, Gaby Andres

Gestionnaire : Danielle Dammé, Eliza Fessler

Service Régional d'Action Sociale

Assistants d'hygiène sociale et assistants sociaux: Nadine Adams, Danièle Baum, Frédéric Bernard, Régine Billa, Anne Binet, Jean-Marie Cuelenaere, Marylène Fichant, Béatrice Guiot, Sylvie Heinen, Marc Josse, Anne Kohl, Caroline Lamberty, Renée Leider, Christiane Muller, Emmanuelle Rémy, Diane Schalk, Leila Serrano, Fabienne de Wachter

Service d'Information et de Conseil en matière de Surendettement

Economiste: Christian Schumacher

Conseiller: Christian Wagener, Yolande Toussing-Origer

Gestionnaire: Claudine Nau

Gesond Liewen

Psychologues: Alix Heyman-Fabert, Jean Molitor

Personnel administratif

Denise Adehm, Isabelle Bellomo, Sonja Bodson, Anni Dhur-Picco, Anne Donckel, Sylvia Eschenauer-Jacoby, Carlo Jourdain, Danielle Karpen, Danielle Kraus-Peiffer, Mariette Kellen, Marie-Jeanne Kremer, Daroslaw Kurowski, Nicole Ludwig, Denise Mannes-Hansen, Marie-Josée Nord-Steffen, Corinne Ramos Da Costa, Nathalie Ries-Steffen, Cristina Roulling-Fernandes, Sylvie Timmermann

Délégation du personnel issue des élections du 12 novembre 2008

Membres effectifs :

Marc Josse, président

Manuela Goncalves, vice-présidente

Sylvie Mauricio, secrétaire

Stéphanie Adolphe, secrétaire-adjointe

Monique Scheuer, membre, déléguée à la sécurité

Membres suppléants :

Claudine Nau, membre suppléant

Nathalie Groos, membre suppléant, déléguée à l'égalité
