

PREFACE



L'année écoulée fut marquée notamment par l'élaboration d'un accord entre la Croix-Rouge et notre Ligue, qui départage pour l'avenir des activités jusqu'alors communes.

Des changements profonds au sein du cadre légal et réglementaire concernant le secteur social et médico-social ont rendu ce partage inévitable pour rendre notre travail plus efficace, plus transparent et plus performant.

C'est ainsi qu'à l'avenir la Croix Rouge aura la responsabilité du travail social de proximité, tandis que notre Ligue assurera la lutte contre la tuberculose, la médecine scolaire, les consultations pour nourrissons, l'accompagnement social, le service régional d'action sociale, le service surendettement ainsi qu'une collaboration avec l'assurance dépendance.

A cet effet des conventions ont été ou seront conclues sur base de la loi ASFT avec le ministère de la santé (services médico-sociaux), le ministère de la famille (accompagnement social, surendettement et SRAS) et le ministère de la sécurité sociale (assurance-dépendance).

Notre oeuvre, enracinée au service de notre population depuis près de cent ans, a pleinement saisi les nouveaux défis qu'elle mènera certainement à bonne fin.

Je dois honorer ici les précieuses contributions de mon Conseil d'Administration, dont le volontariat est très engagé ainsi que celles de tous mes collaborateurs médicaux, sociaux, administratifs et techniques, qui toutes et tous se sont acquittés avec dévouement de leur tâche.

Mes remerciements s'adressent de même au Ministre de la Santé, notre ministre de tutelle et à tous les collaborateurs des différents Ministères qui nous ont apporté aide et conseil.

Merci aux donateurs généreux qui au long de cette année nous ont permis de venir en aide dans de multiples situations de détresse.

Luxembourg, le 11 mai 2001

A handwritten signature in dark ink, appearing to read 'J. Goedert', written over a light background.

Dr Jean GOEDERT

Président



SOMMAIRE

Introduction	5
Patronage de la Ligue luxembourgeoise de Prévention et d'Action médico-sociales	7
Le conseil d'administration	9
Le conseil de surveillance.....	15
L'organisation.....	16
1. Organigramme fonctionnel.....	16
2. La direction médicale	17
3. La direction sociale	23
Les services sociaux.....	26
1. Introduction	26
2. Le Service Social Polyvalent de Secteur	28
3. Le Service Régional d'Action Sociale	39
4. 8002-9898 Le Service Info Social - Service d'accueil et d'information téléphonique	44
5. Le Service Social à l'Hôpital	45
6. F.I.T : Familien-Intensiv-Training	45
7. Service d'Evaluation « Assurance Dépendance »	53
Les services de médecine préventive.....	54
1. Les consultations pour maladies respiratoires.....	54
2. Les consultations pour fumeurs et la prévention du tabagisme	61
3. Le service médical scolaire.....	62
4. Projet d'éducation à la santé.....	63
5. Les consultations pour nourrissons	68
6. Les consultations diététiques.....	69
Les services de Conseil.....	71
1. Le Centre de Consultations	71
2. Gesond Liewen	72
3. Le Service National de Lutte contre le Surendettement	72
L'Accord de Partage	82
Historique de la Polyvalence	89
Perspectives	97
1. Dans le domaine médical.....	97
2. Dans les domaines médico-social et social.....	97







LIGUE LUXEMBOURGEOISE DE PREVENTION ET D'ACTION MEDICO-SOCIALES

(ANC^T LIGUE CONTRE LA TUBERCULOSE)

sous le haut patronage de S.A.R. Madame la Grande-Duchesse Joséphine-Charlotte

Rapport d'Activité 2000

INTRODUCTION

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 modifiée 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^{er} de cette loi, "la Ligue a pour but de contribuer à la promotion de la médecine préventive et 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 PRÉVENTION ET D'ACTION MÉDICO-SOCIALES

De 1911 à 1927

Son Altesse Royale la Grande-Duchesse Marie-Anne

a bien voulu assumer le haut patronage de la Ligue.

De 1927 à 1986

la Ligue fut placée sous le haut patronage de

Son Altesse Royale la Grande-Duchesse Charlotte.

Depuis novembre 1986

la Ligue est placée sous le haut patronage de

Son Altesse Royale la Grande-Duchesse Joséphine-Charlotte.

Le conseil d'administration saisit l'occasion de la présentation de son rapport annuel pour adresser ses plus respectueux hommages à Son Altesse Royale la Grande-Duchesse Joséphine-Charlotte. Au nom de la Ligue il exprime sa reconnaissance à la Famille Grand-Ducale, Qui, depuis la création de la Ligue, n'a cessé d'accorder Son appui aux œuvres sociales et médico-sociales du pays et notamment à la Ligue luxembourgeoise de Prévention et d'Action médico-sociales.





LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

A la tête de la Ligue est placé un conseil d'administration qui se compose, conformément à l'article 5 de son statut modifié, de onze membres élus pour quatre ans par l'assemblée générale. Le renouvellement du conseil a lieu par série tous les deux ans.

La première série comprend six membres, la seconde cinq.

1re série 1997-2000

Mme Colette FLESCHE, membre, Luxembourg
M. Guy de MUYSER, trésorier général, Luxembourg
M. Paul-Henri MEYERS, membre, Luxembourg
Dr Jean ETSCH, membre, Tétange
Dr Pierrette HUBERTY-KRAU, Luxembourg
Dr Claude BOLLENDORFF, membre, Luxembourg

2e série 1999-2002

Dr Jean GOEDERT, président, Luxembourg
Mme Marguerite SCHOLTES-LENNERS, vice-président, Strassen
M. André THILL, vice-président, Luxembourg
M. Jean RODESCH, secrétaire général, Luxembourg
M. Marc ZANUSSI, membre, Dudelange

membre suppléant

Dr MAJERY, membre, Luxembourg

secrétaire - trésorier

M. Jean RODESCH, Luxembourg

les délégations

Dr Arno BACHE, délégué du Ministère de la Santé, Luxembourg
Dr Robert MULLER, délégué des médecins, Esch/Alzette

Le mandat de la première série de membres du conseil d'administration élue pour la période de 1997-2000 est venu à échéance en date du 31 décembre 2000.

En vertu de l'article 5 du statut, les membres sortants sont rééligibles.

Tous les administrateurs sortants, sauf M. Paul-Henri MEYERS, ont accepté une prolongation de leur mandat pour une nouvelle période de 4 ans à partir de l'année 2001.

Monsieur MEYERS était administrateur auprès de la Ligue depuis 1985.

La Ligue présente ses remerciements chaleureux à Monsieur Paul-Henri MEYERS pour son concours pendant ces 15 ans.

Il appartient à l'assemblée générale ordinaire 2001 de procéder au renouvellement partiel du conseil d'administration pour la période de 2001 à 2004. L'élection des membres du conseil, des délégués et des suppléants peut se faire par acclamation. S'il y a opposition de l'assemblée, l'élection a lieu par scrutin secret et à la majorité relative des bulletins valables. En cas d'égalité de suffrages, le plus âgé est élu.



LE CONSEIL DE SURVEILLANCE

M. Armand GOERGEN, fonctionnaire de la caisse de prévoyance des fonctionnaires et employés communaux e.r., Hesperange

M. Joseph LENTZ, secrétaire-trésorier de la caisse de prévoyance des fonctionnaires et employés communaux, Niederanven

M. Albert PUNDEL, fonctionnaire e.r., Luxembourg

M. Armand GOERGEN a fait part de sa démission au sein du conseil de surveillance pour raisons de santé. M. GOERGEN a été appelé pour la première fois à cette tâche en 1973. La Ligue présente ses remerciements très chaleureusement pour sa fidélité au fil des 30 dernières années et lui souhaite des années heureuses et de bonne santé dans le futur.

MANDATS & DELEGATIONS

SERVICE NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SURENDETTEMENT

M. André THILL

Mme Marguerite SCHOLTES-LENNERS

CONSEIL SUPERIEUR A L'ACTION SOCIALE

M. André THILL

Mme Marguerite SCHOLTES-LENNERS

ŒUVRE GRANDE-DUCHESSE CHARLOTTE

M. Jean RODESCH

UICTMR (UNION INTERNATIONALE CONTRE LA TUBERCULOSE ET LES MALADIES RESPIRATOIRES)

Dr Fabrice CHAUSSADE

Dr Jean GOEDERT

KAJUTEL (KANNER JUGEND TELEFON)

M. Jean RODESCH

ALGG (ASSOCIATION LUXEMBOURGEOISE DE GERONTOLOGIE - GERIATRIE)

M. Jean RODESCH



Rapport d'Activité

La dernière assemblée générale s'est tenue le 7 avril 2000 à Remich.

Au cours de l'année 2000, le conseil d'administration de la Ligue a siégé à 14 reprises en séance plénière. Pour les besoins de la gestion courante le conseil s'est réuni régulièrement en petit comité. D'autre part une délégation du conseil a rencontré à plusieurs reprises la délégation du personnel propre ainsi que la délégation du personnel commun Ligue/Croix-Rouge.

Pendant l'année 2000 il n'y a pas eu de changements dans la composition du conseil d'administration.

Dossiers traités

SEPARATION DES ACTIVITES LIGUE / CROIX-ROUGE

L'année 2000 a surtout été marquée par la conclusion de l'accord de partage entre la Ligue et la Croix-Rouge. Le conseil d'administration de la Ligue a investi beaucoup temps et de travail dans ce dossier. A titre de rappel ci-après la chronologie des différentes étapes de ce laborieux processus

- 15.12.1998** Courrier de la Ligue demandant la révision de l'Accord de Coopération;
- 28.06.1999** Rapport interministériel proposant un partage des activités des deux oeuvres;
- 21.06.1999** Rapport élaboré par des représentants des 3 ministères, famille, sécurité sociale et santé (reçu le 23.09.1999)
- 11.11.1999** Entrevue entre Ligue-CR en vue d'une séparation des activités
- 14.11.1999** Entrevue avec le ministre de la santé Carlo WAGNER
- 17.11.1999** Prise de position de la Ligue au rapport interministériel
- 06.12.1999** Proposition de la CR pour une séparation géographique
- 08.12.1999** Proposition de la Ligue pour une séparation par activités
- 10.01.2000** Note de prise de position de la Ligue
- 13.01.2000** Entrevue entre Ligue et Croix-Rouge pour décider de la suite
- 18.02.2000** Courrier au Ministre de la santé constatant l'échec des négociations
- 12.04.2000** Courrier des Ministres de la santé et de la famille demandant une proposition d'arrangement entre les deux oeuvres;
- 02/05/2000** Courrier de la Croix-Rouge demandant une entrevue
- 24/05/2000** Proposition de la Croix-Rouge de créer une ASBL
- 27/05/2000** Discussion de la proposition de la Croix-Rouge de créer une ASBL
- 29/08/2000** Avis juridique de la Ligue par Me Lucy DUPONG;
- 27/09/2000** Courrier des Premiers Conseillers de Gouvernement des Ministres de la santé et de la famille demandant une proposition d'arrangement entre les deux oeuvres tout en n'excluant pas une proposition de partage;
- 26/10/2000** Discussion avec la Croix-Rouge
- 31/10/2000** du projet d'un accord de partage
- 09/11/2000** élaboré par la Ligue
- 09/11/2000** Accord sur le principe d'un partage et signature de l'engagement réciproque
- 13/11/2000** Transmission du projet de partage aux ministres de la santé et de la famille
- 13/12/2000** Accusé de réception de l'accord de principe sur le partage des activités par les ministres de la santé et de la famille.
- 13/12/2000** Réunion avec les représentants des ministres de la santé et de la famille et demande de leur part de la finalisation de l'accord de partage sur base de l'accord de principe;
- fin 2000** - finalisation de l'accord de partage entre les 2 oeuvres qui est signé le 19 janvier
- début 2001** par les deux oeuvres



Les discussions pour arriver à une séparation des activités entre la Ligue et la Croix-Rouge n'ayant abouti qu'à un constant de non-arrangement en date du 13 janvier 2000 les Ministres de la Santé et de la Famille ont exigé par lettre en date du 12 avril 2000 que les deux oeuvres leur soumettent des propositions en vue d'une solution garantissant un bon fonctionnement des services.

A la suite de ce courrier le dossier fut remis en chantier. Une proposition de la Croix-Rouge tendant à créer une a.s.b.l. ayant pour objet une gestion commune du service national d'assistance sociale polyvalente ne trouva pas l'agrément de la Ligue. En effet, le conseil d'administration estimait que les moyens d'action de la Ligue pour réaliser son objet, fixé dans sa loi organique, étant entre autres d'organiser des services sociaux polyvalents de secteur, elle ne pouvait pas déléguer ces activités à une a.s.b.l. ne relevant pas de son autorité exclusive. Cette opinion était confortée par un avis juridique externe qui concluait que « en prenant la décision de constituer une entité juridique ne relevant plus de la seule autorité de la Ligue, chargée de réaliser le même but d'intérêt général que celui qui a valu à la Ligue d'être reconnue d'utilité publique et à laquelle seraient transférés ou mis à disposition des actifs et des moyens qui sont nécessaires à la Ligue pour réaliser son propre but d'intérêt général, les membres poseraient un acte contraire aux intérêts de la Ligue et en violation de ses statuts. »

A la suite, la Ligue a soumis à la Croix-Rouge une nouvelle proposition de partage des activités.

Les négociations à ce sujet ont démarré le 26 octobre et ont été continuées lors des réunions du 31 octobre et du 9 novembre 2000 pour aboutir à la signature d'un accord de principe par les deux présidents à la date du 9 novembre 2000.

Du côté de la Ligue le texte a été accepté au préalable à l'unanimité lors de la séance du conseil de la Ligue du 9 novembre 2000. Les changements demandés à la suite des négociations avec la Croix-Rouge ont été validés lors de la séance du 5 décembre 2000.

Tout au long de cette phase de négociation la Ligue a tenu informé la délégation du personnel.

(A toutes fins utiles nous avons joint copie de l'accord de partage, une copie se trouve également sur notre site internet sous www.ligue.lu)

ASSURANCE DEPENDANCE

Depuis 1999 la Ligue a entretenu des contacts réguliers avec la CELLULE D'ÉVALUATION ET D'ORIENTATION (CEO) pour examiner comment elle pourrait offrir une aide concrète à la cellule pour faire face au retard accumulé dans le traitement des nombreuses demandes d'évaluation en attente. Dès le mois de juillet 2000 les principes d'une telle collaboration ont été retenus dans le cadre d'une convention ayant pour objet:

Evaluation de personnes dépendantes résidant en établissement d'aides et de soins ou à domicile sur base d'un cahier des charges.

Sans tarder le conseil a marqué son accord pour procéder à l'engagement de 3 A(H)S répartis sur les 3 circonscriptions et de les appuyer d'un point de vue logistique. La motivation de la Ligue pour s'engager dans ce travail était édictée par le souci de venir au plus vite en aide aux personnes dépendantes et ceci nonobstant des considérations financières. (A l'heure de la rédaction du présent rapport cette équipe, qui compte aujourd'hui six collaborateurs, a réalisé plus de 1100 enquêtes.)

PROJET TUTELLES

Comme annoncé lors de l'assemblée générale de 1999 des démarches ont été entreprises pour la création d'un service des tutelles. La contribution de la Ligue à l'élaboration de la législation en matière de surendettement a quelque peu pris le dessus mais il est évident que, après l'achèvement du partage, la Ligue se consacra à la réalisation de cette structure. Le conseil d'administration a chargé M. André THILL du suivi de ce dossier et a décidé de libérer les ressources humaines et matérielles nécessaires au démarrage de cette structure.

Inutile de souligner la complexité des problèmes juridiques qu'il faudra résoudre pour créer cette structure.

SERVICE NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SURENDETTEMENT

La Ligue a largement contribué à l'élaboration de la nouvelle loi sur le surendettement. Le conseil d'administration se réjouit que dans de nombreux points ses avis ont été pris en considération. Il y a lieu de relever dans ce contexte l'engagement du vice-président de la Ligue M. André THILL.



SERVICE F.I.T.

Annoncé lors de l'assemblée générale de l'année passée et présenté sous la désignation de service de promotion de la bienveillance des enfants la Ligue a démarré fin avril 2000 le service F.I.T. (Familjen Intensiv Training) Cette structure auxiliaire de protection de l'enfance au sein de la polyvalence a depuis son démarrage aidé bien des familles dans la crise.

A rappeler qu'il ne s'agit en aucun cas d'une intervention lourde où des travailleurs sociaux sont dépêchés à temps plein sur les lieux.

DOSSIER SOCIAL

La mise en place d'un dossier social uniforme à travers tout le pays qui a démarré en octobre 1999 a été suivie de près par le conseil d'administration. Afin de mener l'opération à bonne fin le conseil a approuvé la collaboration de spécialistes externes tel le Dr Georges STEFFGEN de l'institut REFOC pour l'interprétation des résultats et du professeur Kaspar GEISER, professeur à la « Schule für Soziale Arbeit Zürich » en Suisse en ce qui concerne la formation et l'accompagnement professionnel du projet.

FORMATION DU PERSONNEL

Le conseil a marqué son accord pour des cours d'informatique à l'intention de l'ensemble du personnel et une formation en matière de dossier social destinée au personnel médico-social et social. D'autre part il a accordé la prise en charge d'une formation en Santé publique et communautaire au Dr Fabrice CHAUSSADE à l'Université de Nancy.

Huit membres du personnel ont poursuivi une formation professionnelle continue de longue durée en matière de thérapie familiale.

AGREMENT

Par décision de la direction de la santé le Dr Fabrice CHAUSSADE a obtenu l'autorisation de pratiquer la radiologie dans sa spécialité, il a été désigné « chef du contrôle physique » au sens du règlement grand-ducal du 29 octobre 1990 en ce qui concerne toutes les installations de radiographie de la Ligue.

PROJET INFO-SOCIAL 8002-9898

Le projet info-social a été lancé le 27 juin 2000 par une conférence de presse. Il a été bien accueilli tant par les professionnels du social que par les particuliers. Il faut souligner que sans grande pompe médiatique cette initiative a pu acquérir au fil des mois une maturité qui permet de la considérer comme une référence sérieuse et impartiale en matière sociale.

EDUCATION A LA SANTE

La Ligue a avisé favorablement et libéré les moyens financiers pour réaliser les différentes initiatives en matière d'éducation à la santé, notamment la réalisation du projet 'le sommeil de l'enfant' réalisé en commun avec les écoles du préscolaire et du primaire d'Ettelbruck, le ministère de l'éducation nationale et le ministère de la santé.

INFRASTRUCTURE INFORMATIQUE

Les CMS de DUDELANGE, MERSCH, GREVENMACHER ont été câblés. Des connexions avec l'application informatique du SNAS respectivement avec l'application de la CEO ont été réalisées.

EXTENSION CMS LUXEMBOURG

Les travaux pour l'extension du CMS Luxembourg ont continué bon train. Le 11 décembre on a fermé le bâtiment par la pose des fenêtres. L'achèvement est prévu pour fin juin 2001.

Dans le cadre de ces travaux on a également réalisé un raccordement du bâtiment actuel au chauffage urbain installé une 2e sortie de secours dans l'ancien bâtiment et réaménagé les archives.



CMS GREVENMACHER

Aménagement d'une salle de réunion.

Ceci dans l'idée de renforcer son rôle de pôle régional de compétences sociales et médico-sociales multidisciplinaires.

LOCAUX DU SIEGE

Les localités du siège de la Ligue sont devenues trop exiguës. Le conseil marque son accord pour examiner les possibilités pour acquérir une surface supplémentaire.

FLEURS PRINCE JEAN

La vente des fleurs Prince JEAN à l'occasion de la fête nationale par les écoliers de l'enseignement primaire a rapporté en 2000 la somme de 1.2 millions.

CONGRES ET CONFERENCES

Au cours de l'année 2000 la Ligue a participé à un certain nombre de congrès et conférences, à savoir :

- 11th World Conference on Tobacco or Health du 6.08.2000 au 11.08.2000 à Chicago
 - World Conference on Lung Health Congress du 30.08.2000 au 3.09.2000 à Florence
 - Family Watch du 16.10.2000 au 21.10.2000 à Berlin
 - 6e Wolfheze Workshop on Tuberculosis Control in Europe du 27.05.2000 au 30.05.2000
-



LE 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 2000.

Conformément aux dispositions de l'article 16 du statut modifié de la Ligue, le conseil de surveillance confirmé par l'assemblée générale ordinaire du 7 avril 2000 a procédé le 25 avril 2001 au contrôle des opérations comptables effectuées par le trésorier de la Ligue pendant l'exercice 2000 et au contrôle du bilan de la Ligue arrêté au 31 décembre 2000.

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, Niederanven.
- Monsieur Albert PUNDEL, fonctionnaire e.r., Luxembourg;

Monsieur Armand GOERGEN, excusé

LE CONTROLE DU GRAND LIVRE

La vérification s'est concentrée sur les inscriptions et les écritures courantes. 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 2000 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 2001 d'approuver le bilan 2000 de la Ligue luxembourgeoise de Prévention et d'Action médico-sociales.

Luxembourg, le 25 avril 2001

Le conseil de surveillance,

Joseph LENTZ

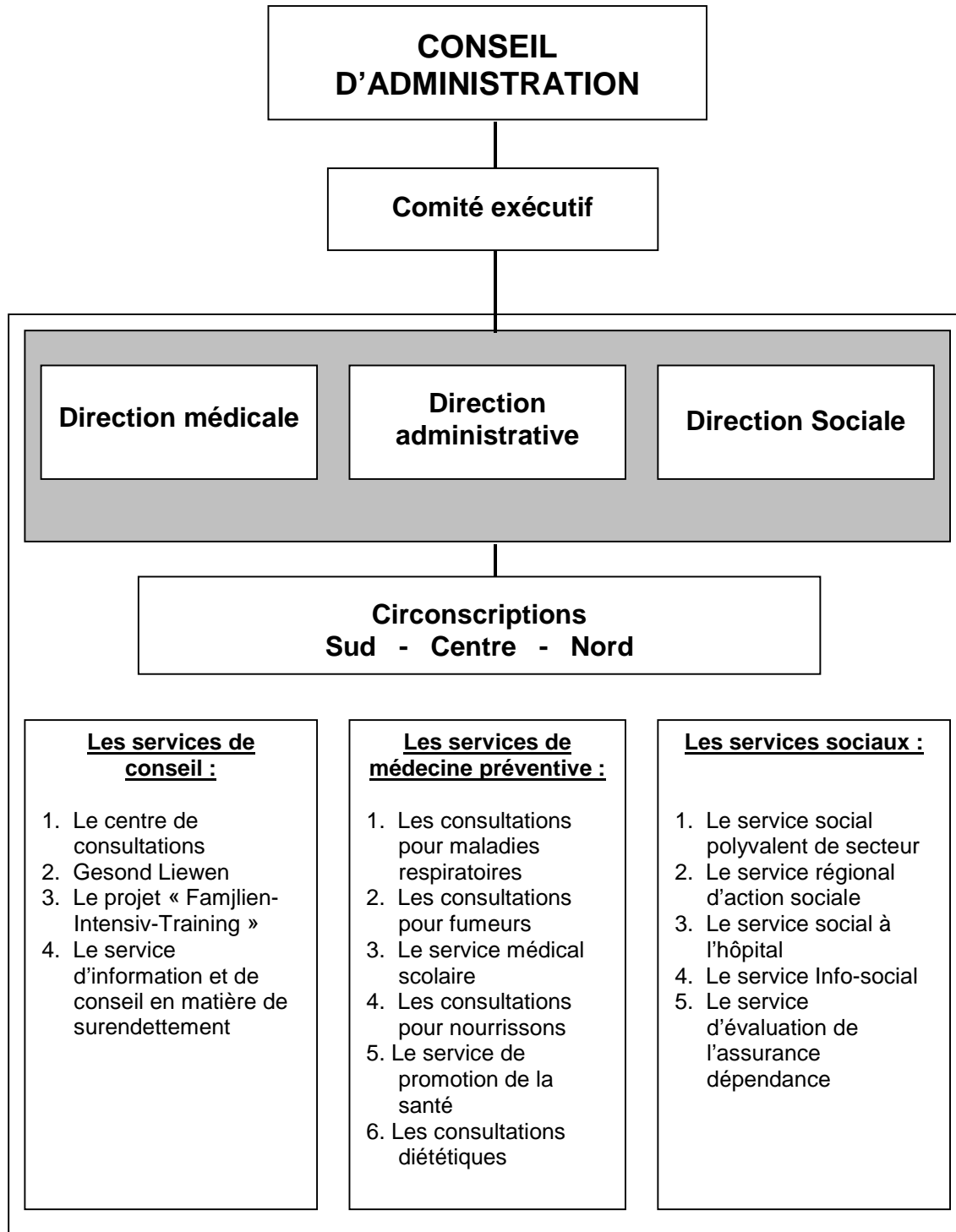
Albert PUNDEL

Romain KETTEL
membre consultant



L'ORGANISATION

1. Organigramme fonctionnel



2. La direction médicale

2.1. GENERALITES

2.1.1. Considérations générales

L'année 2000 a permis d'adapter et d'ajuster les nouvelles dispositions mises en place au cours de l'année précédente, liées en particulier à l'engagement d'un médecin-spécialiste en pneumologie à plein temps et de trois Assistants Techniques Médicaux en radiologie (ATM) à mi-temps. Les ATM assurent la réalisation des clichés, l'archivage des radiographies, l'entretien courant du matériel et de la salle de radiologie, les commandes de produits, les rapports avec les fournisseurs et font part à la direction médicale des problèmes techniques ou organisationnels rencontrés.

Il faut insister sur la modification de l'organisation médicale avec le recrutement d'un médecin pneumologue à temps plein, qui a pris ses fonctions en novembre 1999, et qui assume la fonction de directeur médical. Un état des lieux des activités et des pratiques au niveau des divers centres de consultation médicale a été réalisé. Une harmonisation des pratiques en matière de dépistage au niveau des différents centres, une définition et une explication du rôle de chacun, une meilleure flexibilité des services ont été insufflées dans les équipes.

Il faut noter aussi la reprise des consultations pour maladies respiratoires à Wiltz (arrêtées depuis plus d'un an faute de médecin volontaire) et à Redange (interrompues en septembre 1999 à la suite du décès du Dr Molitor). La création de nouvelles plages de consultation radiologique dans ces villes a nécessité une mobilisation du personnel concerné, un inventaire technique, et l'information des médecins et de la population locale. La remise en route du matériel, après cette interruption d'activité de plusieurs mois, n'a pas posé de problème particulier. A Redange la fréquentation de cette consultation a été rapide et importante. A Wiltz le démarrage a été plus laborieux, certainement en raison de la plus longue interruption et de la perte d'habitude de la part des partenaires locaux et de la population.

Une consultation supplémentaire hebdomadaire a été créée à Ettelbruck.

Ainsi 3 nouvelles consultations pour maladies respiratoires ont été démarrées sur le territoire.

De même une consultation pour fumeurs d'aide au sevrage tabagique a été mise en place à Dudelange.

2.1.2. Modifications réglementaires et nouvelles recommandations :

Par ailleurs, des changements d'ordre extérieur sont venus modifier certains secteurs de l'activité médicale de la Ligue.

2.1.2.1. Les tests tuberculiniques en milieu scolaire :

La Direction de la Santé et la Santé scolaire, après consultation des différents intervenants de la lutte antituberculeuse et notamment de la Ligue, ont pris la décision de supprimer, à partir de la rentrée 1999-2000, la réalisation du Monovacc-test effectué tous les ans de façon systématique chez les enfants du primaire.

Plusieurs faits ont motivé cette attitude qui est déjà en vigueur dans plusieurs pays d'Europe de l'Ouest.

La récente suppression d'autorisation de mise sur le marché de ce test en raison de sa mauvaise fiabilité (nombreux faux positifs et faux négatifs) et son médiocre rapport coût/efficacité ont guidé ce choix. Les acteurs notent l'impossibilité pratique et matérielle de remplacer ce test par une intradermo-réaction (ID) annuelle, plus traumatisante pour les enfants et beaucoup plus contraignante à mettre en œuvre. Par ailleurs rappelons qu'il n'apparaît pas opportun d'effectuer un test de dépistage annuel alors que l'incidence de la tuberculose au Grand-Duché est relativement faible (10 cas nouveaux par an pour 100.000 habitants) et que cette incidence est encore plus faible chez les enfants. En comparaison l'Allemagne note un taux de 14 pour 100.000 habitants, la France se situe à 12,5 et la Belgique enregistre 13 cas pour 100.000 habitants. Le dépistage doit donc être axé sur les populations à risque élevé de développer la maladie. Voici énumérées les principales raisons de l'abandon de ce dépistage.



2.1.2.2. Le dépistage chez les migrants en provenance de zone à forte endémie :

De même, sous l'égide de la Direction de la Santé, des recommandations en matière de dépistage et de prévention de la TB ont été élaborées par un groupe de travail. Celles-ci définissent, pour ce qui concerne la Ligue, les modalités de contrôle des personnes étrangères (hors union européenne), migrant sur le territoire. En considérant l'épidémiologie générale et mondiale de la tuberculose et les données énoncées ci-dessus, il est recommandé de réaliser de façon systématique un test tuberculinique aux adultes et enfants, originaires de pays à forte endémie (Afrique, Asie du Sud-Est, Balkans, pays de l'Est etc.) entrant sur le territoire pour une période prolongée. La radiographie systématique reste obligatoire pour les réfugiés adultes. Pour les infirmières et AHS la répercussion sur la charge de travail a été modérée compte tenu du sensible ralentissement de l'accueil de réfugiés, notamment en provenance des Balkans, par rapport aux deux années précédentes.

2.1.3. **Organisation des consultations pour maladie respiratoire :**

2.1.3.1. Les médecins pneumologues

La Ligue fait appel, pour les consultations radiologiques, à des médecins qualifiés en pneumologie qui interviennent dans les CMS lors de consultations fixes. Ces médecins sont au nombre de huit actuellement. Cinq pour la circonscription Centre (Dr Kolber, Dr Ernzer, Dr Parini, Dr Schneider, Dr Chaussade), deux pour le Sud (Dr R.Muller et Dr F. Chaussade) et trois pour le Nord (Dr Casel, Dr Faber et Dr Chaussade).

Chaque circonscription possède un médecin responsable nommé qui rend compte à la direction et au directeur médical de la Ligue.

Ainsi, dans le cadre de ses attributions légales, la Ligue propose, de façon totalement gratuite, à la population nationale la réalisation de radiographies thoraciques dans les sept CMS suivants :

- Luxembourg : 6 consultations hebdomadaires.
- Esch : 2 consultations hebdomadaires.
- Ettelbruck : 3 consultations hebdomadaires.
- Echternach : 2 consultations par mois.
- Dudelange : 2 consultations par mois.
- Wiltz : 2 consultations mensuelles (2ème et 4ème mardi ; Dr Chaussade).
- Redange : 2 consultations mensuelles (1er et 3ème vendredi ; Dr Chaussade).

Le Dr Chaussade « tourne » ainsi sur plusieurs centres et est amené, par ailleurs, à remplacer ces confrères absents à Luxembourg, Dudelange, Esch sur Alzette et Echternach. Il effectue par ailleurs des déplacements dans les entreprises, les collectivités, les écoles pour des missions ponctuelles de lutte contre la TB ou de promotion pour la santé.

Il faut ajouter à ces consultations pour maladies respiratoires les séances spécifiques à la réalisation de tests cutanés tuberculiques, ce qui augmente le nombre total de séances d'ouverture des CMS. Ces dernières ne nécessitent pas la présence du médecin.

2.1.3.2. Déroulement général des consultations

En raison du type d'intervention des médecins vacataires et de l'afflux variable de patients selon les centres, les modalités de fonctionnement dans les CMS diffèrent. Le problème principal est lié à la ponctualité du médecin lors de la consultation puisqu'elle détermine le début de la prise des clichés radiologiques par l'ATM, conformément à la réglementation. Aussi, compte tenu de l'activité libérale de chaque médecin intervenant, il peut survenir des retards plus ou moins importants dans le déroulement de la consultation et quelques désagréments pour le personnel et le public.

En ce qui concerne Luxembourg-Ville le nombre de consultants est le plus souvent important et il n'est pas possible au médecin de proposer un entretien personnalisé à chaque individu.

Une réflexion approfondie sur les modalités d'amélioration de la qualité du service pour les usagers est dorénavant et déjà engagée.

Quoiqu'il en soit, le déroulement de la consultation est partout comparable. Accueil des consultants au secrétariat, prise en charge par une AHS ou un infirmier, puis orientation des personnes vers l'ATM qui vérifie de la présence d'une prescription médicale (sous le contrôle du médecin) puis réalise, en l'absence de toute contre-indication, le cliché thoracique. Dans la majorité des cas le pneumologue s'entretient avec le consultant, au besoin l'examine, interprète le cliché, formule un diagnostic, l'informe des résultats et le conseille pour les démarches ultérieures éventuelles à effectuer.

Dans la très grande majorité des cas un rapport médical des actes effectués est rédigé par le médecin et adressé au médecin prescripteur par le secrétariat.

Toute cette démarche demande un personnel rôlé, compétent et mobilise de nombreux acteurs qui doivent assurer entre eux une bonne coordination.

2.1.4. Rôle et actions spécifiques du directeur médical

Le directeur médical est placé directement sous l'autorité de son conseil d'administration. Il rend compte des problèmes rencontrés et lui soumet au besoin ses propositions pour y remédier.

Il a une activité de consultation médicale régulière dans les différents centres médicaux (CMS) et comme nous l'avons indiqué plus haut il intervient à la demande pour pallier les déficiences de ces collègues.

Par ailleurs, il a été amené à se déplacer à plusieurs reprises dans des entreprises, des collectivités (notamment hôpitaux) et des écoles pour des enquêtes épidémiologiques, à la grande satisfaction de ces institutions.

Enfin, à la demande du service national de santé au travail, il a effectué au sein de plusieurs collectivités des séances de test tuberculique de dépistage systématique parmi le personnel.

Le directeur médical contrôle le bon déroulement des opérations, aménage au besoin certaines dispositions, règle les divers problèmes de sa compétence et assure la responsabilité médicale de la Ligue.

Il assume, par ailleurs, le rôle de personne compétente en radioprotection, fonction pour laquelle il a été spécialement formé en décembre 2000. Il est, pour le compte de la Ligue, la personne de référence auprès du service de la radioprotection du ministère de tutelle. De nouvelles dispositions législatives et réglementaires en matière de radioprotection entreront en vigueur au cours de l'année 2001 et des aménagements qualitatifs (films, cassettes, contrôle des appareils, etc) sont certainement à prévoir.

Mais son action ne s'arrête pas là. En effet :

- Il coopère avec les institutions nationales :
Contact étroit avec la Direction de la Santé et plus particulièrement avec les Divisions de l'inspection sanitaire et de la santé au travail
Il entretient des relations permanentes avec le Service National de la Santé au Travail et le Service de santé du personnel des hôpitaux pour notamment la réalisation des enquêtes dans les entourages professionnels et les actions de prévention et de dépistage dans les entreprises.
- Il coordonne l'activité des médecins intervenants et s'emploie à harmoniser les méthodes de travail dans les CMS de la Ligue.
- Il assure un rôle de coordination des différentes actions entreprises au niveau des centres. Il participe à certaines réunions de services avec les chefs de circonscription et s'enquiert des différents problèmes organisationnels à résoudre.
Enfin il s'applique à répondre aux demandes du personnel paramédical, à prodiguer ses conseils et à assurer l'amélioration des connaissances du personnel pour tout ce qui touche à l'activité médicale.
- Il prend en charge les problèmes médicaux ponctuels ou inhabituels non résolus par l'équipe médico-sociale.
- Il représente la Ligue auprès des instances internationales. Il a participé au « Congrès mondial sur la Santé Pulmonaire » à Florence en septembre 2000 et aux « 6^{èmes} journées de travail pour le contrôle de la TB en Europe » organisées à Wolfseeze (NL) en mai 2000 par l'OMS et l'IUATLD dont la Ligue est un membre fondateur.

2.2. OBJECTIFS ET RÔLE DU SERVICE MEDICAL:

2.2.1. Lutte contre la Tuberculose.

2.2.1.1. Examen de dépistage :

La majeure partie de l'activité des consultations respiratoires et radiologiques de la Ligue est dévolue au dépistage des maladies respiratoires transmissibles et en particulier à la lutte contre la tuberculose.



Cette activité lui est légalement attribuée par les autorités sanitaires du pays. Elle l'exerce sous le contrôle de la Direction de la Santé et en collaboration avec les autres services nationaux concernés.

Il s'agit de dépister les personnes atteintes de tuberculose, contagieuses, d'effectuer les enquêtes d'entourage afin d'interrompre la chaîne de transmission de l'affection et d'identifier les personnes infectées non malades afin de leur proposer une prophylaxie et une surveillance adaptées. L'enquête dans un entourage s'adresse soit aux membres de la famille du malade soit à ses collègues de travail soit aux élèves à son contact.

Ces dispositions sont destinées en priorité au dépistage et à la prévention dans les populations à risque

Pour aboutir à ces objectifs multiples l'ensemble du personnel effectue différents actes, soumis au secret professionnel :

- Interrogatoire personnel du malade.
- Enquête épidémiologique de proximité (famille, voisinage, travail, école, etc.).
- Tests cutanés tuberculiques (exécution et lecture).
- Examens radiographiques.
- Examen clinique médical.
- Etablissement d'un diagnostic codé.
- Rapport aux médecins prescripteurs, correspondants et aux services médicaux et sanitaires.
- Archivage des données sur dossier et sur informatique.
- Suivi ultérieur des malades et des personnes infectées.

Enfin la Ligue effectue des contrôles réguliers évolutifs auprès des anciens malades. L'objectif est dans ce cas de dépister la survenue d'éventuelles rechutes ou de complications à long terme comme l'apparition d'une insuffisance respiratoire ou d'une greffe mycosique.

2.2.1.2. Enquêtes épidémiologiques à l'extérieur des locaux :

Les missions d'enquête épidémiologique des entourages de tuberculeux peuvent, pour des motifs pratiques être réalisées à l'extérieur de l'enceinte des centres, par exemple en milieu scolaire ou en entreprise. Pour une meilleure efficacité et flexibilité une équipe peut être amenée à se déplacer au sein des entreprises de grande taille (enquête de plus de cinquante personnes). Cette méthode est appliquée de longue date dans les circonscriptions du Nord et du Sud. Elle est pratiquée maintenant régulièrement à Luxembourg-Ville.

Une équipe, comprenant le médecin, une secrétaire et au besoin d'autres personnes habilitées à la réalisation des ID, se déplace dans les collectivités et les entreprises pour réaliser le dépistage. Cela permet de ne pas désorganiser le fonctionnement de l'entreprise et évite l'engorgement des consultations habituelles des CMS.

Par contre, cela demande une organisation plus stricte et une bonne coordination de nos services à tous les échelons. L'entreprise concernée et son département du personnel organisent les modalités pratique de ces enquêtes dans son enceinte et coopèrent avec notre service pour l'établissement des listes et des convocations.

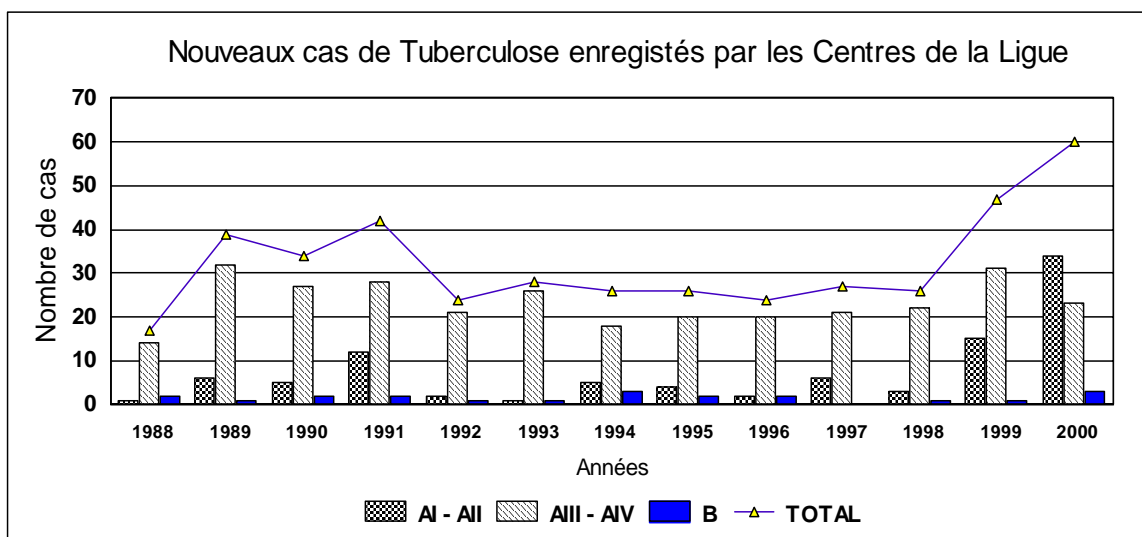
2.2.1.3. Participation au réseau de surveillance national de la TB

En ce qui concerne la tuberculose la Ligue observe pour sa part un accroissement du nombre total des cas diagnostiqués ou enregistrés. Les tuberculoses potentiellement contagieuses *A/2* (primo-infection avec signes radio-cliniques ; 2 cas) et *A/II*, *A/III* et *A/IV* (pour pleurale, pulmonaire et respiratoire) sont en régression. Par contre les primo-infections non compliquées *A/1* (virage simple sans signe radio-clinique ; 30 cas) sont en progression sensible. Ceci est probablement lié à l'accroissement des cas de tuberculose fortement contagieuse ces deux dernières années.

Nous atteignons un total de 60 cas répertoriés dans les différents centres médico-sociaux de la Ligue : 34 pour les formes *A/1*, *A/2* et *A/II* et 26 pour les formes *A/III*, *A/IV* et *B*.

Cela corrobore les données du Ministère de la Santé et de l'inspection sanitaire qui a comptabilisé 41 cas déclarés de TB au cours de l'année 2000 dont 4 formes *A/2*, 2 formes *A/II* et 31 formes *A/III*. Il est à noter que les primo-infections sans signe radiologique *A/1* ne sont pas à déclaration obligatoire et ne sont donc pas comptabilisées par les autorités. Ainsi l'enregistrement de ces formes *A/1* par la Ligue vient compléter les données officielles et rend compte de façon plus fine du statut épidémiologique du pays vis à vis de la TB.

Le graphique ci-dessous rend compte des cas enregistrés par la Ligue tous les ans depuis 1988.



Toutefois nous ferons au chapitre 2.3.1 quelques remarques quant au recueil de certaines données, notamment en ce qui concerne les formes A/1.

2.2.2. *Dépistage et Prévention des maladies respiratoires :*

Cette activité se fait dans le cadre d'examen systématiques et obligatoires en conformité avec les dispositions légales en vigueur. Il s'agit, dans la plupart des cas, de personnes consultant à l'occasion d'un examen pré-nuptial, d'une visite d'embauche, d'un contrôle pour l'entrée dans la fonction publique, d'une demande d'autorisation de séjour (ressortissants de pays hors CEE), ou d'un examen d'entrée sur le territoire pour les réfugiés.

Cette consultation permet de dépister la TB mais elle a aussi une vocation de dépistage des affections pulmonaire et thoracique de tout ordre.

En outre, la Ligue répond à de nombreuses demandes. Les médecins du travail, à l'occasion de visite systématique, font appel très régulièrement à la Ligue, pour la réalisation d'examen complémentaires radiographiques dans le cadre du dépistage de maladies à caractère professionnel ou dans le cadre d'une pathologie chronique respiratoire en particulier bronchique. Ces interventions sont en rapport avec l'inhalation de substances spécifiques au milieu professionnel, aggravée ou non par un tabagisme.

Les médecins du secteur libéral ont aussi recours à ces services, pour le dépistage des pathologies chroniques souvent liées au tabagisme ou encore pour toute symptomatologie respiratoire subaiguë ou traînante à préciser. Ces services rendus s'adressent essentiellement à une population défavorisée ou à mobilité réduite qui bénéficie alors d'un acte gratuit. Ainsi la Ligue assume sa mission d'aide au plus démunis.

Au terme de cette consultation pour maladie respiratoire le diagnostic final est encodé. Sont bien différenciés d'une part les pathologies liées à la tuberculose et d'autre part les affections non tuberculeuses.

En dehors de ces consultations pour maladie respiratoire, dans l'enceinte de ses locaux, le personnel des CMS est amené à effectuer des actions diverses.

2.2.3. *Action de Prévention, d'Education et de Promotion pour la Santé :*

La Ligue effectue des missions de Prévention et d'Information dans le domaine de l'Education pour la santé, de l'hygiène de vie et de la prévention des conduites à risque.

Les consultations antitabac et d'aide au sevrage, les réunions d'information dans les entreprises, les collectivités ou les écoles font partie de cette vocation de prévention des maladies respiratoires et plus généralement de promotion de la santé.

L'hygiène de vie et la prévention des conduites à risque sont notamment des thèmes porteurs dont il faut favoriser le développement et l'application. De nombreuses actions ont été entreprises cette année par du personnel compétent, notamment dans des établissements scolaires ou des communautés. L'on retiendra tout particulièrement le projet éducatif sur le sommeil réalisé à



Ettelbruck. Des actions plus classiques menées sur l'hygiène dentaire, alimentaire, psychologique, la lutte contre le tabagisme, etc., sont menées régulièrement dans les écoles et les collectivités.

Cependant dans le domaine de la promotion et de l'éducation pour la santé les champs d'action sont vastes, les besoins de la population importants et les perspectives de ce secteur en expansion. La Ligue, engagée dans ce mouvement, ressent la nécessité de s'investir plus encore dans cette approche préventive de la santé, conformément aux propositions éditées par l'OMS. Cependant, pour renforcer ses actions la Ligue requiert du personnel formé et des moyens à la mesure des objectifs futurs qu'elle se fixera et de la tâche à accomplir.

2.2.4. Information du grand public :

- L'information du grand public est aussi un objectif de la Ligue. Différents domaines sont abordés comme ceux du tabagisme ou de la tuberculose.

Des interventions radiophoniques ont été effectuées, respectivement par Mme Franck et par le Dr Chaussade, sur les ondes nationales au cours de ce dernier exercice.

Par ailleurs, une maquette de brochure concernant la TB et destinée au public a été élaborée et sera diffusée au cours de l'exercice 2001.

- La Ligue a participé activement à la journée mondiale de la tuberculose :

A l'occasion de cet événement, elle s'est impliquée dans cette campagne 2000 organisée par les instances internationales (UICTMR).

Elle a édité un fascicule, rappelant le thème de cette campagne, accompagné d'un texte explicatif, qu'elle a largement diffusé dans ses centres et par voie de courrier. L'information a été complétée par un article de presse écrite.

L'objectif de cette campagne était d'alerter l'opinion publique et les dirigeants politiques des Etats, sur l'urgence d'agir dans les pays à faibles revenus, en regard des ravages que cause la TB. Cette initiative a permis de faire pression auprès des organisations internationales, en particulier des Nations Unies, et de concrétiser un partenariat afin de promouvoir l'accès du plus grand nombre de malades à un traitement efficace, peu coûteux et administré par un personnel qualifié.

2.3. EVALUATION DE L'ACTIVITE DE LA LIGUE

2.3.1. Recueil et interprétation des données :

Les données et critères choisis, scrupuleusement inscrits sur les registres, sont recueillis et collectés par les AHS et le secrétariat. Ces éléments sont soumis au strict respect du secret professionnel. Une totale confidentialité est assurée. Ils sont ensuite archivés par informatique. Ces informations sont totalement exploitables si elles sont enregistrées de façon homogène, fiable et complète. Néanmoins, ce processus de recueil des éléments de la consultation respiratoire subit parfois des variations dans la définition et la compréhension des critères au niveau des différents CMS. Il manque ainsi parfois des informations statistiques et démographiques qui ne permettent pas une interprétation approfondie et fine de la situation sanitaire secteur par secteur. Ce défaut d'harmonisation des modalités de recueil des données n'entrave toutefois pas l'exploitation globale de ces données ni l'interprétation de l'activité d'ensemble de la Ligue.

En outre, les données à visée statistique ont pu être modifiées au fil des ans. L'évolution de l'activité des exercices successifs devient alors difficile à analyser.

Toutefois certains critères, répertoriés uniformément, sont très représentatifs de l'activité globale :

- Total de séances de consultations avec ou sans examen radiologique
- Nombre total de consultants
- Nombre de clichés radiographiques effectués
- Nombre de rapports rédigés et adressés aux médecins prescripteurs
- Nombre de cas de TB diagnostiqués ou enregistrés par la Ligue
- Quantité de dossiers pris en charge par les AHS

Un point particulier est à souligner. Il s'agit de la comptabilisation des diagnostics de primo-infection simple (A11) effectués par les médecins des CMS. Le programme informatique actuel ne permet pas d'isoler les nouveaux cas diagnostiqués au cours de l'année en cours (incidence). Il ne prend en compte que la prévalence instantanée en début et fin d'année, ce qui est une vision incomplète de la situation. Toutefois, il est possible de retrouver ces données dans le grand livre des consultations



(registre). Ainsi, en ce qui concerne cette forme particulière, les chiffres publiés au chapitre 2.2.1.3 ne peuvent pas être interprétés comme une incidence.

2.3.2. Référence aux données officielles nationales et internationales:

Au plan national, la surveillance des maladies transmissibles est effectuée par la division de l'inspection sanitaire de la direction de la santé. Le recueil des déclarations obligatoires de ces maladies (notamment la tuberculose) permet de contrôler l'état sanitaire de la population du Grand-Duché vis à vis de ces pathologies.

En matière de tuberculose, les données de la Ligue ne recouvrent pas exactement les statistiques nationales. Il existe deux raisons principales à ce constat. D'une part, il existe un déficit de signalement des cas de tuberculose à nos services, dont il est difficile de préciser les causes. D'autre part la Ligue comptabilise aussi les simples virages tuberculotiques (forme A/1) qui ne sont pas à déclaration obligatoire et qui n'apparaissent pas dans les données officielles.

Ce dernier élément souligne donc bien le rôle actif et efficace de la Ligue dans sa mission de dépistage des sujets potentiellement infectés lors d'un contage tuberculeux.

Ainsi les informations collectées par la Ligue sont complémentaires de celles du ministère, dans la mesure où les primo-infections tuberculeuses non compliquées sont bien individualisées par nos services. La vue d'ensemble de ces chiffres donne une image fidèle de la situation de la tuberculose dans notre pays. La Ligue participe donc activement au réseau de surveillance nationale en matière de TB

Par ailleurs, ces éléments statistiques et épidémiologiques permettent de surveiller l'évolution de cette pathologie sur notre territoire et de comparer ces chiffres à ceux de nos voisins et plus généralement à ceux de la communauté internationale.

La tuberculose ne connaît pas de frontière et les données internationales sont indispensables à une bonne appréhension de la maladie. Les organisations non gouvernementales alertent depuis quelques années les instances internationales sur la propagation effective de la maladie dans les pays à faibles revenus et dans les grandes agglomérations urbaines, sur l'apparition de « points chauds » et sur la réceptivité accrue de certaines populations (groupes à risque).

N'oublions pas que les estimations officielles font état, tous les ans, de 8 à 10 millions de nouveaux cas de tuberculose dans le monde dont 95% surviennent dans les pays à faibles revenus. Le problème est sérieux d'autant que ces pays n'ont pas les moyens d'offrir à leurs malades un traitement efficace ou approprié. Ce dernier point favorise l'augmentation des résistances aux médicaments, l'agressivité du bacille et la dissémination de la maladie. La MDR-TB* prend, dans certains pays, des proportions alarmantes, avec des taux de résistance primaire qui s'échelonnent de 4 à 14%. Par ailleurs, l'épidémie du virus HIV (SIDA) y fait rage. Dans ces régions le taux de prévalence de la co-infection HIV-TB est supérieur à 1000 cas pour 100.000 habitants.

Pour toutes ces raisons les organismes internationaux ne prévoient aucune éradication de la tuberculose à court ou moyen terme.

Il faut rester vigilant même dans nos pays développés, actuellement préservés de ce fléau. En effet, il est indispensable de tenir compte de toutes ces informations afin d'anticiper l'évolution de la maladie et de prévoir suffisamment à l'avance les moyens à consacrer pour la lutte contre la tuberculose.

3. La direction sociale

3.1. MISSIONS

Travaillant sous l'autorité du Conseil d'administration, la direction sociale

- développe, harmonise et optimise les multiples interventions sociales et médico-sociales de la Ligue sur le plan national
- assure la responsabilité du volet professionnel des activités sociales de la Ligue
- contribue au recrutement du personnel
- veille au développement continu de la qualité des services fournis à la population.

* MDR-TB : pour tuberculose multirésistante.



3.2. ACTIVITÉS DE L'EXERCICE 2000

3.2.1. Dossier social:

La mise en place du dossier social semi-standardisé a été au centre des activités de la direction sociale lors du premier trimestre de l'année 2000. A côté du développement d'un concept cohérent pour l'établissement de dossiers sociaux, une formation de 3 jours a été organisée pour tous les agents sociaux au service de la Ligue. Pour les deux volets précités du projet le concours de Kaspar Geiser, assistant social et professeur à la "HOCHSCHULE FÜR SOZIALE ARBEIT" de Zurich fut très précieux. Le troisième volet du projet consistait en l'intégration de la statistique dans le dossier social en ce sens que l'établissement de dossiers sociaux et de la statistique y afférente devaient aller de pair. A cet effet, 6 fiches furent intégrées dans le dossier social avec l'objectif de les traiter de manière informatique après passage au scanner. Pour l'exploitation statistique des dossiers sociaux, la Ligue s'est assurée la collaboration du Dr. Georges Steffgen de l'Institut ReFoC de Biwer

Le résultat de ce projet figure dans ce rapport et notamment dans les chapitres traitant du service social polyvalent de secteur et du service régional d'action sociale.

Le quatrième volet de la mise en place du dossier social est d'ordre juridique. Les modalités juridiques en rapport avec le dossier social, son contenu, les droits d'accès, le secret professionnel et son informatisation ont été clarifiés.

Un chapitre particulier de ce rapport est dédié au concept théorique du dossier social.

3.2.2. Conférences:

La signature de l'accord de partage entre la Croix Rouge et la Ligue a fait de l'année 2000 non seulement une année symbolique de transition, mais une année de changement réel et profond en matière de travail social. L'envergure de cette transition n'était pas encore perceptible quand la direction sociale s'est attelée à l'organisation du cycle de conférences "Le service social à l'aube du 3^e millénaire". Les trois conférences qui s'inscrivaient dans les dimensions du passé, du présent et du futur portaient respectivement sur les sujets suivants:

- L'historique et les développements récents du service social en France (18.02.99)
- Evaluer pour évoluer (25.01.00)
- Wirtschaftliche Sozialarbeit versus Sozialverträglichkeit der Wirtschaft. Welche Herausforderungen für die Sozialarbeit in Zukunft? (24.02.00)

L'oratrice de la dernière conférence, Pof. Dr. Silvia Staub-Bernasconi, assistante sociale et sociologue, est un chercheur très connu dans la discipline du travail social. Elle l'a enrichie d'un apport fondamental, celui d'une théorie générale des problèmes sociaux et d'une méthode d'analyse nommée "Prozessual-systemische Denkfigur". Avant d'être appelé à enseigner à l'université de Berlin, Pof. Dr. Silvia Staub-Bernasconi a travaillé pendant deux décennies à la "Hochschule für Soziale Arbeit" à Zurich. Se basant sur ses travaux théoriques et sur ceux de Werner Obrecht (théorie des besoins de l'homme) Kaspar Geiser a développé un outil diagnostic à la hauteur de la complexité du travail social actuel, outil auquel les agents de la Ligue ont été formés (cfr Problem-und Ressourcenanalyse in der Sozialen Arbeit, Lambertus Verlag 2000) et qui constitue la base du concept du dossier social de la Ligue.

3.2.3. Projets:

C'est surtout à partir du 2^e trimestre de l'année 2000 que la direction sociale a développé en collaboration avec les agents sociaux et médico-sociaux respectifs deux projets importants et innovateurs:

- le "Familjen-Intensiv-Training", service lancé en avril 2000 et décrit plus loin.
- le projet de promotion de la santé "Le sommeil de l'enfant" Ettelbruck 13.-24.11.00

Les rapports de ces deux projets dans la suite du texte démontrent que ces initiatives méritent un soutien conséquent des ministères pour garantir leur avenir. A cet égard, il faut remercier le ministère de la santé et le ministère de l'éducation nationale pour leur aide et collaboration, de même que l'engagement enthousiaste de leur représentants.

A partir du 3^e trimestre 2000, ce fût l'organisation de la collaboration entre la Ligue et le Ministère de la Sécurité sociale qui surgissait à l'avant-plan. L'engagement de nouveaux collaborateurs ainsi que l'élaboration des conditions de collaboration se concrétisait en octobre avec le lancement des activités

sous forme de la réalisation des évaluations de base de l'assurance dépendance à l'adresse de la Cellule d'Evaluation et d'Orientation.

Lors du 4^e trimestre de l'année 2000 les discussions et négociations autour du partage des activités communes entre la Croix Rouge et la Ligue se sont dynamisées et le concours de la direction sociale a été demandée. Il s'agissait de résoudre le problème d'une répartition équitable de l'activité sociale pure en tenant compte des éléments suivants:

- le partage du personnel commun
- les besoins des usagers
- la déontologie et la science du travail social
- les résultats des négociations antérieures

A côté de ces travaux, le projet de Promotion de la Santé sur le sommeil de l'enfant s'est réalisé entre le 13 et le 24 novembre 2000 à Ettelbruck.

Tout au long de l'année 2000, les activités suivantes de la direction sociale sont allées de pair avec ses missions susmentionnées :

- Participation à des formations / conférences / réunions externes.
 - Journée d'étude le 20.11.99: Le placement: une chance pour l'enfant?
 - Soziale Arbeit hat Zukunft : Realitäten zwischen Politik und Kapital (Potsdam 17-18.03.00)
 - Colloque Européen de l'Action Sociale Locale : Acteurs locaux, bâtisseurs de l'Europe sociale (Lille 27-29.09.00)
 - Journée d'étude sur la protection sociale de l'enfance (Eupen 25.02.00)
 - Formation organisée par la Ligue en Informatique
 - Formation à la gestion du Cycle de Projet organisé par le Ministère de la Coopération.
- Réalisation de conférences / formations /groupes de travail externes
 - Conférence sur invitation de la Fondation Kannerschlass Suessem: L'Ethique en Travail Social – 01.12.99
 - Présentation des activités de la Ligue :
 - ISERP 11.02.00
 - Commune de Bissen 05.06.00
 - Syndicat Intercommunal de Rédange 20.03.00
 - Radio socio-culturelle 100.7 le 28.04.00; 16.10.00; 27.11.00
 - Journée psycho-sociale ALPHIS 28.04.00
 - Protection Civile 05.10.00
 - Hearing à la Chambre des Députés sur la Jeunesse en Détresse 20.11.00
 - Représentation de la Ligue dans le Réseau Luxembourgeois de Lutte contre la Pauvreté et l'Exclusion sociale.
- Réalisation d'activités internes:
 - Initiation et animation d'un groupe de réflexion sur la collaboration.
 - Organisation d'une journée de réflexion sur les orientations futures des services de la Ligue le 20.07.00
 - Participation au groupe de réflexion sur la constitution d'un secteur unique pour la Ville de Luxembourg.
 - Participation à plusieurs réunions de circonscription et collaboration régulière avec les chefs de circonscription.
 - Participation à différentes réunions de travail



LES SERVICES SOCIAUX

1. Introduction

1.1. DÉFINITION 2000 DE LA FÉDÉRATION INTERNATIONALE DES ASSISTANTS SOCIAUX

La profession d'assistant social cherche à promouvoir la résolution de problèmes dans le contexte des relations humaines, le changement social, la capacité d'action et la libération des personnes ainsi que la mise en valeur de la société. Grâce à l'utilisation des théories du comportement et des systèmes sociaux, le travail social intervient au point de rencontre entre les personnes et leur environnement. Les principes des droits de l'homme et de la justice sociale sont fondamentaux pour la profession

1.2. LE DOSSIER SOCIAL : L'OUTIL INDISPENSABLE DE LA QUALITÉ DU TRAVAIL EN SERVICE SOCIAL

La mise en place dans les services sociaux de la Ligue et notamment dans le service social polyvalent de secteur (SSPS) d'un dossier social semi-standardisé s'est réalisée concrètement à partir d'octobre 1999. Le projet, dont l'idée a été développée depuis 1998, est d'une envergure extraordinaire. En effet, le dossier social est le reflet de la *qualité du travail social* réalisé au profit de la population luxembourgeoise. Cette thèse est soulignée par l'énumération **des fonctions des documents relatifs aux clients d'un service social** :

1. pour l'A(H)S :

- aide-mémoire
- planification du travail et des rendez-vous
- contrôle et évaluation de son travail propre
- matériel de base pour l'élaboration de rapports, de demandes, d'expertises et de requêtes
- base d'une partie du rapport d'activité
- orientation lors de remplacements ou de changements de secteur
- guide et base de travail pour le remplaçant ou le successeur.

2. pour le travail de coopération direct entre client et A(H)S

- négociations des objectifs de travail et des actions à entreprendre
- base pour un contrat de travail

3. pour le service :

- statistique (en rapport avec les problèmes des clients, les causes, les actions prestées, les moyens mis en œuvre et les résultats atteints)
- répartition du travail, calcul de la charge du travail (postes)
- résultats obtenus

4. pour des institutions externes :

- preuves (réclamations, litiges, plaintes en justice, ...)
- rapports d'activité ciblés (communes, ministères, ..)
- rapports de synthèse pour d'autres services aidant le client
- recherche, informations pour la politique sociale

5. pour les clients:

- transparence

La description du **contenu d'un dossier social** pose très vite la question de la protection de la vie privée des clients ...

- Page de garde : données biographiques, démographiques et socio-économiques
- Journalier : prestations, avec qui ? , résultats, contrats, ...
- Feuille d'analyse de la situation : problèmes, ressources, hypothèses, pronostic
- Plan de conseil et d'intervention : objectifs, méthodes, moyens, ...
- Convention de travail : contrat oral ou écrit entre client et A(H)S
- Formulaire d'évaluation : résumé d'une étape, statistique
- Documents de clôture (provisoire) : enquête sociale, fiches de transmission, d'information, ...
- Correspondances: copies de certificats, d'enquêtes, de lettres, d'avis, ...
- Finances: budgets, procurations, plans de désendettement

- Pièces juridiques : jugements, décisions sécurité sociale, avis d'experts, ...
- Check-lists

Alors qu'en est-il de la **protection de la sphère privée** en travail social ? Les assistant(e)s (d'hygiène) sociale sont soumis au *secret professionnel* institué par la loi. Ainsi, le dossier social, dont ils sont responsables est protégé et l'accès à ce dossier est réglementé au sein du service. Dans la mesure où le secret professionnel n'est pas opposable au client lui-même, celui-ci peut demander une copie, voire l'original des pièces qui le concernent.

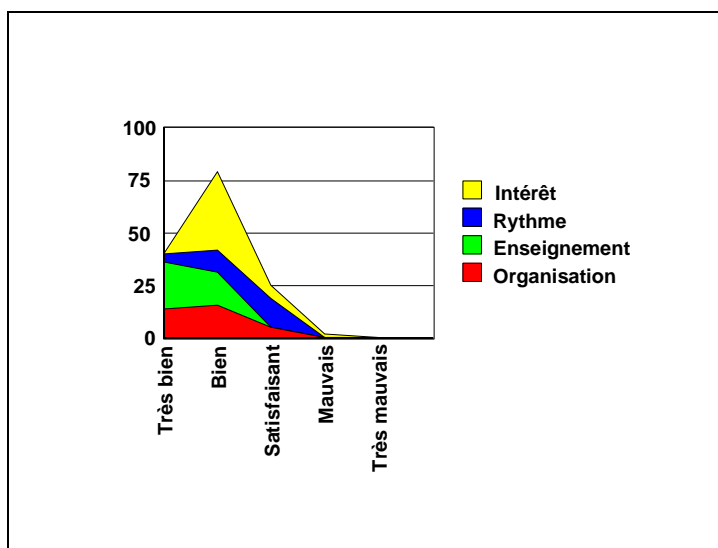
Le secret professionnel va de pair avec le deuxième grand principe en travail social, *l'accord du client* concernant toute transmission d'informations le concernant. Cette transmission d'informations est supposée se faire toujours dans l'intérêt du client, sauf dans les situations nécessitant la protection de tiers (protection sociale de l'enfance, violence à l'égard de personnes âgées, handicapées, ...)

Créer un dossier social semi-standardisé, c.à.d. une documentation objective des situations sociales rencontrées nécessite le recours à un outil d'analyse commun. A défaut, les informations recueillis ne répondent pas à un degré d'objectivité suffisant.

La science du travail social a longtemps négligé les recherches en ce domaine précis. Les discussions autour des méthodes à employer prévalaient. De plus, il a fallu réaliser des travaux théoriques importants (théorie des problèmes sociaux, théorie des besoins sociaux de l'homme, théorie de l'action) en matière de travail social pur (c.à.d. ni en matière de sociologie, de psychologie, de psychothérapie, etc.). En Europe, un petit groupe de chercheurs s'est attelé à cette tâche et le noyau de cette activité se trouve dans l'école supérieure de travail social à Zurich (cfr. rapport d'activité de la direction sociale).

Au début de l'année 2000, tous les travailleurs sociaux de la Ligue furent formés à cet outil diagnostique par M. Kaspar Geiser de l'école supérieure de travail social à Zurich, qui vient de publier un livre important à ce sujet "Problem- und Ressourcenanalyse in der Sozialen Arbeit Lambertus Verlag 2000".

L'évaluation de cette formation par les participants eux-mêmes a été très positive et s'exprime dans le graphique suivant. Les réponses du questionnaire rempli à la fin de chaque cycle de 3 jours ont été regroupées autour des 4 sujets représentés sur le graphique : l'intérêt de la formation pour chacun, le rythme de la formation (trop lent ... trop rapide), l'enseignement reçu et l'organisation de la formation.



Ainsi en l'année 2000, la formation à l'outil d'analyse, l'introduction d'un système de documentation semi-standardisé (dossier) et son exploitation statistique à l'aide de fiches informatisées à l'aide d'un scanner ont formé un tout cohérent. Ainsi, plus de 45 000 fiches ont pu être traitées statistiquement pour le SSPS et plus de 12 000 fiches pour le SRAS.

Cette activité constitue la base de la démarche "assurance qualité" de la Ligue. Elle remercie tous ses collaborateurs pour le travail important fourni pour atteindre ce but.



Le système mis en place s'inscrivait dès le départ dans un processus visant en fin de compte l'informatisation complète du dossier social et du travail administratif y afférent. Les travaux pour y arriver reprendront au deuxième semestre de cette année.

2. Le Service Social Polyvalent de Secteur

Partant du système de documentation décrit ci-avant, le recueil des données statistiques s'est fait à l'aide de 6 fiches correspondant à la situation initiale (page de garde composée de 3 fiches), les prestations effectuées (fiches activités) ainsi que l'évaluation intermédiaire ou finale (2 fiches). Ceci a permis de recenser systématiquement et objectivement les données connues concernant chacun des cas traités. En effet, les fiches n'ont pas été remplies à la suite d'un questionnaire, mais dans un but de documentation des données connues et constatées lors du processus d'aide.

Le système de documentation utilisé était donc individuel et il permet aussi de décrire les groupes de clients pris en charge et leurs attentes, les problèmes sociaux pertinents ainsi que les prestations effectuées par les AHS.

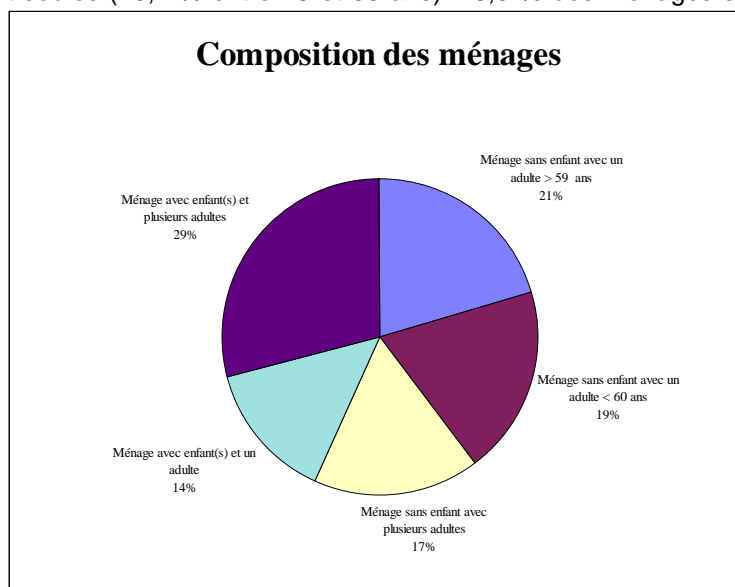
2.1. DESCRIPTION DES PERSONNES PRISES EN CHARGE

Pendant la période allant du 01/10/99 au 30/09/2000, les assistantes sociales du Service Social Polyvalent de Secteur (SSPS) ont recensé 6.987 ménages pris en charge. On constate que ce nombre est en diminution par rapport à l'année passée. Les arguments suivants donnent néanmoins une explication valable pour affirmer que le volume total du travail au sein du service est resté constant : La diminution du nombre de dossiers va de pair avec : une augmentation considérable du travail médico-scolaire assuré par le même personnel, un changement de système statistique, une augmentation importante du nombre de prestations réalisées par dossier, des absences prolongées de plusieurs professionnels pour maladie.

Parmi les 6 987 ménages, il convient de distinguer les bénéficiaires RMG¹ (13,9 %) dont 27,5 % sont soumis à ce qu'on appelle une „mesure sociale complémentaire“ (MSC) et 12,3 % ont bénéficié d'un accompagnement social en vertu de l'art. 16 de la loi sur le RMG.

Quant aux tranches d'âge des personnes vivant dans ces ménages, les personnes âgées entre 20 et 59 ans représentent la majorité des clients, à savoir 45,3 % des personnes prises en charge. Les enfants et les adolescents représentent un tiers (35,6 % dont 7,8 % âgé de moins de 3 ans, 18 % âgé entre 4 et 12 ans et 9,8 % âgé entre 13 et 19 ans) et les personnes âgées (19,1 % de plus de 60 ans) représentent un cinquième des personnes prises en charge. Conformément à la tendance de l'année précédente, on constate une réduction de l'action sociale pour les personnes du 3e âge.

Quant à la composition des ménages, 56,6 % n'ont pas d'enfants. La tranche d'âge des personnes plus âgées (plus de 60 ans) vivant seules étant de 20,6 % ce qui est légèrement plus important que la part des personnes d'âge moyen vivant seules (19,1 % entre 18 et 59 ans). 16,9 % des ménages se composent de personnes adultes d'âges différents. Quant aux ménages d'enfants et d'adolescents (jusqu'à l'âge de 18 ans), un tiers comprend un adulte avec un ou plusieurs enfants (14,2 % des ménages) et dans deux tiers, plusieurs adultes vivent avec un ou plusieurs enfants. (Voir aussi Lejealle (1997) qui dit qu' "en 1992, au Luxembourg, les familles monoparentales principales (tout ménage composé d'un adulte ne vivant pas en couple avec un ou plusieurs enfants de moins de 18 ans et avec ou non d'autre(s) personne(s) dans le ménage) représentaient 7 % des ménages avec enfants."



¹ Revenu Minimum Garanti

Conformément à la répartition au sein de la population globale, les personnes de nationalité luxembourgeoise représentent la majorité des personnes prises en charge (58,2 %). Les ressortissants portugais représentent le deuxième groupe avec 18,9 %. Il est à noter qu'un cinquième des personnes prises en charge (à savoir 2.896 personnes) dispose du statut d'étranger et parmi eux les immigrés constituent le groupe le plus large avec 82,1 %.

Quant à l'état civil des adultes, 42,3 % sont mariés, 25,9 % célibataires et 11,7 % sont divorcés. Les personnes veuves représentent un groupe important avec 14,6 %.

Une étude de la situation professionnelle des personnes prises en charge révèle que 57,1 % sont des travailleurs non-qualifiés et 18 % des ouvriers qualifiés, ce qui veut dire qu'une part importante des ménages adhère plutôt aux couches sociales inférieures. Cette constatation se confirme également en tenant compte du niveau de formation des personnes, car 28,9 % (n=2765 dossiers) des adultes n'ont pas terminé leurs études primaires et 34,5 % n'ont que des études primaires complémentaires.

Quel est le statut socio-professionnel des personnes vivant dans les ménages ? Il s'avère qu'un quart des personnes sont salariés (19,8 % à plein temps et 6,4 % à temps partiel) et un cinquième des personnes vivent en ménage/foyer (19,1 %) ou sont pensionnées (20,5 %). En outre, les personnes invalides (9 %) et les chômeurs (5,9 % non indemnisés et 2 % indemnisés) représentent des groupes importants. Seul un faible nombre de personnes est bénéficiaire d'une prestation maladie (0,9 %) ou d'une assurance dépendance (1,9 %). Ce dernier chiffre s'explique par le retard dans le traitement des demandes d'assurance dépendance surtout pour les personnes vivant à domicile.

Quant au logement des personnes concernées, moins de la moitié sont propriétaires de leur logement (42,6 %). Le même nombre est locataire (40,1 % louent un appartement, 3,7 % une chambre meublée; 0,7 % sont sous-locataires). Nombreux sont ceux (11,8 %) qui vivent dans des conditions de logement problématiques (5,8 % hébergé, 3,6 % logement social; 2,4 % Institution) et 0,6 % sont même des sans abri. Voir aussi Berger et Zanardelli (1997): *"en 1995 au Luxembourg, plus de 70 % de l'ensemble des ménages représentent les ménages propriétaires, les locataires ne représentant que 26,2 %."*

Quant à la situation financière, elle est souvent très difficile. 21,9 % des ménages disposent de ressources financières en dessous du Revenu Minimum Garanti (RMG) et 17,1 % perçoivent un montant équivalent au RMG. Voir aussi Hausmann (1997) qui développe, qu'en 1994, 9,9 % des ménages luxembourgeois disposent d'un revenu inférieur à 50.000,- Flux/mois. (Le calcul suivant a été réalisé pour recueillir ces données : En partant de tous les revenus du ménage on retranche le remboursement mensuel de dettes ainsi que les dépenses nécessaires (aliments, ...) pour obtenir le revenu disponible. Ce revenu a ensuite été comparé au RMG qui fournit un repère objectif pour chaque composition de ménage donnée.)

En résumé, on peut dire que les actions médico-sociales de la Ligue luxembourgeoise de Prévention et d'Action médico-sociales touchent une partie importante des groupes sociaux à risques de la société luxembourgeoise. Une grande partie des personnes prises en charge par la Ligue vit seule ou en famille monoparentale, une part non-négligeable de personnes subsistent dans des conditions de vie et de travail difficiles (sinon inappropriées) et se caractérisent par des ressources financières très modestes par rapport à la population globale au Grand-Duché.

2.2. ORIGINE DU CONTACT ET ATTENTES

Dans la majorité des cas, le contact s'établit par un membre de la famille (65,4 %). Si le contact est établi par une personne extérieure au ménage, c'est dans la plupart des cas un membre de la famille ne vivant pas directement dans le ménage (13,1 %). Rarement, une tierce personne (5 %), le milieu scolaire (4 %), la commune (4,3 %) ou le médecin (3,2 %) sont à l'origine du contact. L'assistante sociale, elle, agit rarement de par son initiative propre (1,2 %).

En fonction de la composition des ménages, nous distinguons cinq situations différentes quant à la prise de contact :

- les ménages sans enfant avec un adulte de plus de 59 ans n'ont établi le contact eux-mêmes que dans 38,4 % des cas, alors que dans 34,9 % des cas, un membre de la famille a été à l'origine du contact et seulement dans 5,7 % des cas, ce sont les réseaux d'aides et de soins qui ont établi le contact ;
- les ménages sans enfant avec un adulte de moins de 60 ans étaient à 70,9 % eux mêmes à l'origine du contact ;



- dans les ménages sans enfant avec plusieurs adultes, c'était le ménage lui-même qui a noué le contact (71,7 %) ou la famille (14,6 %) ;
- dans les ménages avec un ou plusieurs enfant(s) et un adulte, la recherche du contact s'est fait par les ménages eux-mêmes (74,8 %) ainsi que par un certain nombre de groupes extérieurs au ménage (5,9 % enseignant/inspecteur; 5,5 % famille; 5,4 % tierce personne) ;
- dans les ménages avec un ou plusieurs enfant(s) et plusieurs adultes, le ménage a établi le contact (72,8 %), mais aussi l'école (10,8 % l'enseignant/l'inspecteur) ;

Or, quelles sont les prestations dont la clientèle du SSPS souhaite bénéficier ? Quant aux attentes formulées par les ménages (n = 5.994 ménages) c'est avant tout la résolution des problèmes financiers (42,2 %) et la recherche du conseil social (39,6 %). Par ailleurs, presque un tiers des ménages (29,3 %) souhaite bénéficier d'une assistance dans les démarches administratives et un ménage sur cinq (20,3 %) entend recevoir une aide pour l'accès aux prestations sociales. Un ménage sur dix souhaite un soutien concret en matière d'admission en institution (13,1 %), de recherche de logement (9,8 %), de la résolution de problèmes de santé physiques ou psychiques (7,5 %) et de la résolution de difficultés relationnelles (6,6 %). La recherche d'un emploi, d'un stage, d'une formation ou d'une MSC² figure aussi parmi les attentes de la clientèle (5,1 %). À noter que des divergences relativement importantes existent entre les trois régions (circonscriptions Centre, Sud et Nord) du Grand-Duché. Au Nord, p.ex. on cite dans une mesure plus importante la résolution des problèmes financiers (53,2 %), l'assistance dans les démarches administratives (43,4 %), l'aide d'accès aux prestations sociales (25,4 %) et dans une mesure moins importante l'aide d'admission en institution (9,1 %). Au Centre, le besoin d'aide à la recherche d'un logement (13,1 %) constitue la préoccupation la plus importante. Les assistantes sociales recensent, en règle générale, 2,1 attentes par ménage.

Alors que les attentes sont formulées, en général, par les ménages, les assistantes sociales peuvent, elles-aussi, formuler des attentes (n = 3156 dossiers). Dans les cas où les attentes sont estimées par des tierces personnes, c'est à nouveau le conseil social (24,8 %) qui figure en première position. Par ailleurs, l'aide d'admission en institution (21,4 %), la protection enfant/adulte en danger (11,2 %), la résolution de problèmes de santé physiques ou psychiques (9,3 %) ainsi que l'élaboration d'un rapport d'enquête/d'expertise (9,3 %) jouent un rôle important. En outre, il est essentiel, pour les personnes vivant à l'extérieur des ménages, qu'il y ait une assistance dans les démarches administratives (15,5 %), une résolution de problèmes financiers (15,1 %) et une aide d'accès aux prestations sociales (13,7 %). Les assistantes sociales sont confrontées, en moyenne, à 1,7 attentes par ménage et formulées par des tierces personnes.

En fonction de la composition des ménages, les attentes et demandes peuvent varier :

- 35,7 % des ménages sans enfant avec un adulte de plus de 59 ans souhaitent bénéficier d'une aide d'admission en institution alors que la résolution de problèmes financiers ne joue qu'un rôle inférieur (13,2 %) ;
- 58,7 % des ménages sans enfant avec un adulte de moins de 60 ans souhaitent un soutien dans la résolution de leurs problèmes financiers ;
- le nombre et la variété des attentes augmentent dans les ménages sans enfant avec plusieurs adultes : la résolution de problèmes financiers (35 %), l'aide d'admission en institution (20 %), l'assistance dans les démarches administratives (32,3 %) ainsi que l'aide d'accès aux prestations sociales (28,5 %) ;
- les ménages avec un ou plusieurs enfant(s) et un adulte formulent des attentes par rapport à la résolution de leurs problèmes financiers (55,6 %), à la recherche d'un logement (17 %), à l'assistance dans les démarches administratives (29,3 %) ainsi qu' à l'aide dans la résolution des difficultés éducationnelles (10,2 %). Ils souhaitent par ailleurs bénéficier d'un conseil social (48,5 %) et psychologique (16,4 %) ;
- les attentes des ménages avec un ou plusieurs enfant(s) et plusieurs adultes sont comparables à celles des familles monoparentales, mais dans une mesure moins importante (49 % résolution de problèmes financiers, 11,1 % recherche d'un logement, 29,3 % assistance dans les démarches administratives et 10,3 % aide à la résolution de difficultés relationnelles. Le conseil social (43,7 %) et psychologique (13,7 %) joue également un rôle important ;

Si, dans une étape ultérieure, on compare les dossiers dans lesquels les ménages sont eux-mêmes à l'origine du contact avec ceux où les tierces personnes se trouvent à l'origine du contact avec la SSPS on peut tirer les conclusions suivantes quant à leurs attentes au SSPS :

- pour les ménages qui ont recherché eux-mêmes le contact, c'est avant tout la volonté de résoudre les problèmes financiers (52,3 % face à 19,2 % dans le cas de tierces personnes qui

² Mesure Sociale Complémentaire

recherchent le contact), de bénéficier d'un conseil social (45,2% face à 26,8 % pour les tiers) et d'être soutenu dans les démarches administratives (34 % face à 18,5 % pour les tiers) ;

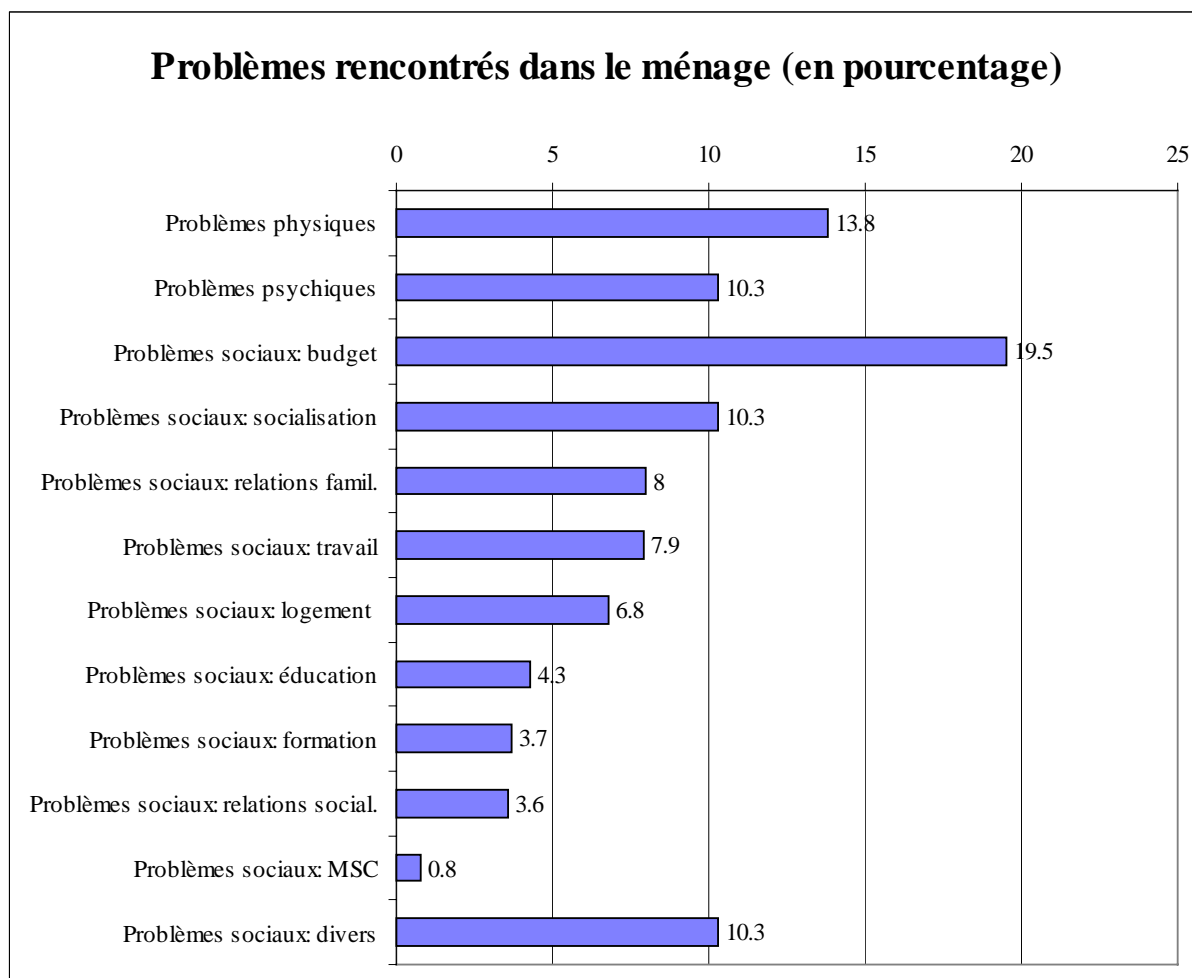
- pour ce qui est des tierces personnes établissant le contact, c'est avant tout la volonté d'être admis en institution (27,7 % face à 11 % pour les ménages à l'origine du contact) et de bénéficier de la protection enfant/adulte en danger (14 % face à 6,8 % pour les ménages à l'origine du contact).

On peut constater de manière générale que dans la majorité des cas, les ménages établissent eux-mêmes le contact avec le SSPS. Les attentes et les souhaits liés à ce contact peuvent être très variés. Il faut distinguer alors les cas dans lesquels un membre du ménage recherche le contact avec le SSPS et les cas où une institution ou une tierce personne se trouve à l'origine du contact. Dans les deux cas cependant la fonction de conseil de l'AHS est très demandée.

2.3. PROBLÈMES RENCONTRÉS

Les assistantes sociales ont dû faire face aux problèmes les plus variés des ménages. Elles ont enregistré au total 22.700 problèmes dans 6.503 ménages, ce qui veut dire qu'en moyenne, chaque ménage rencontre 3,5 problèmes relevant d'une action sociale.

Les problèmes sociaux représentent au total 75,9 % des problèmes recensés, à savoir la catégorie de problèmes la plus importante. Là-dedans les problèmes financiers (19,5 %), les problèmes liés à l'intégration sociale (10,3 %), les problèmes familiaux (8,0 %), les problèmes d'emploi (7,9 %) ainsi que les problèmes de logement (6,8 %) constituent les préoccupations primordiales. Un ménage sur quatre connaît des problèmes physiques (13,8 %) ou psychiques (10,3 %).



Si l'on considère, par ailleurs, les différents problèmes en dressant une liste de classement des problèmes les plus fréquents, il ressort que ces problèmes appartiennent à des domaines bien différents (voir plus loin). Ce qui veut dire que les assistantes sociales se voient confrontées à des problèmes bien différents dans les ménages. Les problèmes suivants apparaissent le plus souvent :



1. absence/insuffisance de salaire	23,8 %
2. maladie chronique	21,1 %
3. manque de savoir et de savoir-faire, concernant les droits	18,0 %
4. absence d'emploi	17,0 %
5. handicaps physiques	12,7 %
6. difficultés de gestion de budget	10,8 %
7. troubles comportementaux	10,3 %
8. conflits de couple	10,1 %
9. insuffisance de revenu de remplacement	9,5 %
10. conflits dans l'entourage / conflits entre générations	9,4 %

Nous constatons dans l'ensemble une grande variété de problèmes dans les ménages. Si les ménages ont insisté sur la résolution des problèmes financiers, l'assistance dans les démarches administratives et l'aide à l'accès aux prestations sociales, il s'avère que ces attentes concordent avec les problèmes subis par ces personnes. Il apparaît par ailleurs que les assistantes sociales doivent faire face à un très grand nombre d'autres problèmes divergents.

En fonction de la composition des ménages et en tenant compte de l'échantillon total, les ménages individuels connaissent les problèmes suivants :

- Les ménages sans enfant avec un adulte de plus de 59 ans présentent plus particulièrement des problèmes physiques et psychiques (33,7 % maladies physiques chroniques, 13,8 % maladies psychiques chroniques, 20 % handicap, 10,9 % maladie aiguë et 16,2 % autre maladie). Quant aux problèmes sociaux, 17,9 % des cas souffrent de phénomènes d'isolation ou d'un réseau social insuffisant et 12,8 % se plaignent d'un manque de savoir et de savoir-faire concernant leurs droits ;
- 29,3 % des ménages sans enfant avec un adulte de moins de 60 ans n'ont pas d'emploi, 35 % n'ont pas de salaire ou ne disposent que d'un revenu insuffisant, 14,8 % éprouvent des difficultés de gestion de budget, 10,3 % souffrent de phénomènes d'isolation ou d'un réseau social insuffisant; 14,5 % souffrent d'abus ou de dépendance d'alcool ;
- Dans les ménages sans enfant avec plusieurs adultes par rapport à la population globale, il existe, avant tout, plus de problèmes physiques (36 % maladie chronique, 20,8 % handicap) et psychiques (12,9 % maladie chronique) ;
- Dans les ménages avec un ou plusieurs enfant(s) et un adulte, les assistantes sociales doivent faire face aux problèmes sociaux, tels que les questions budgétaires (34,4 % absence/insuffisance de salaire, 13,2 % insuffisance de revenu de remplacement, 10,8 % endettement, 12,3 % difficultés de gestion de budget), l'éducation (13,1 % manque de compétence éducative), les relations familiales (14,8 % conflits de couple, 16,6 % divorce en cours) et d'autres (12,2 % problèmes juridiques).
- Les ménages avec un ou plusieurs enfant(s) et plusieurs adultes présentent, eux-aussi, des problèmes sociaux touchant le domaine budgétaire (10,3 % endettement, 13,4 % difficultés de gestion de budget), l'éducation (13,2 % manque de compétence éducative) et les relations familiales (17,8 % conflits de couple, 11,3 % conflits entre générations).

Reste à souligner, en résumé, que les ménages reflètent une multitude de problèmes différents, parmi lesquels les problèmes financiers apparaissent en premier lieu. Les assistantes sociales sont de même confrontés aux conséquences sociales des problèmes de santé (maladies chroniques) ainsi qu'à un manque de savoir-faire de la part des personnes prises en charge. Les différentes compositions de ménages présentent des problèmes divergents.

2.4. ACTIVITÉ DU SERVICE

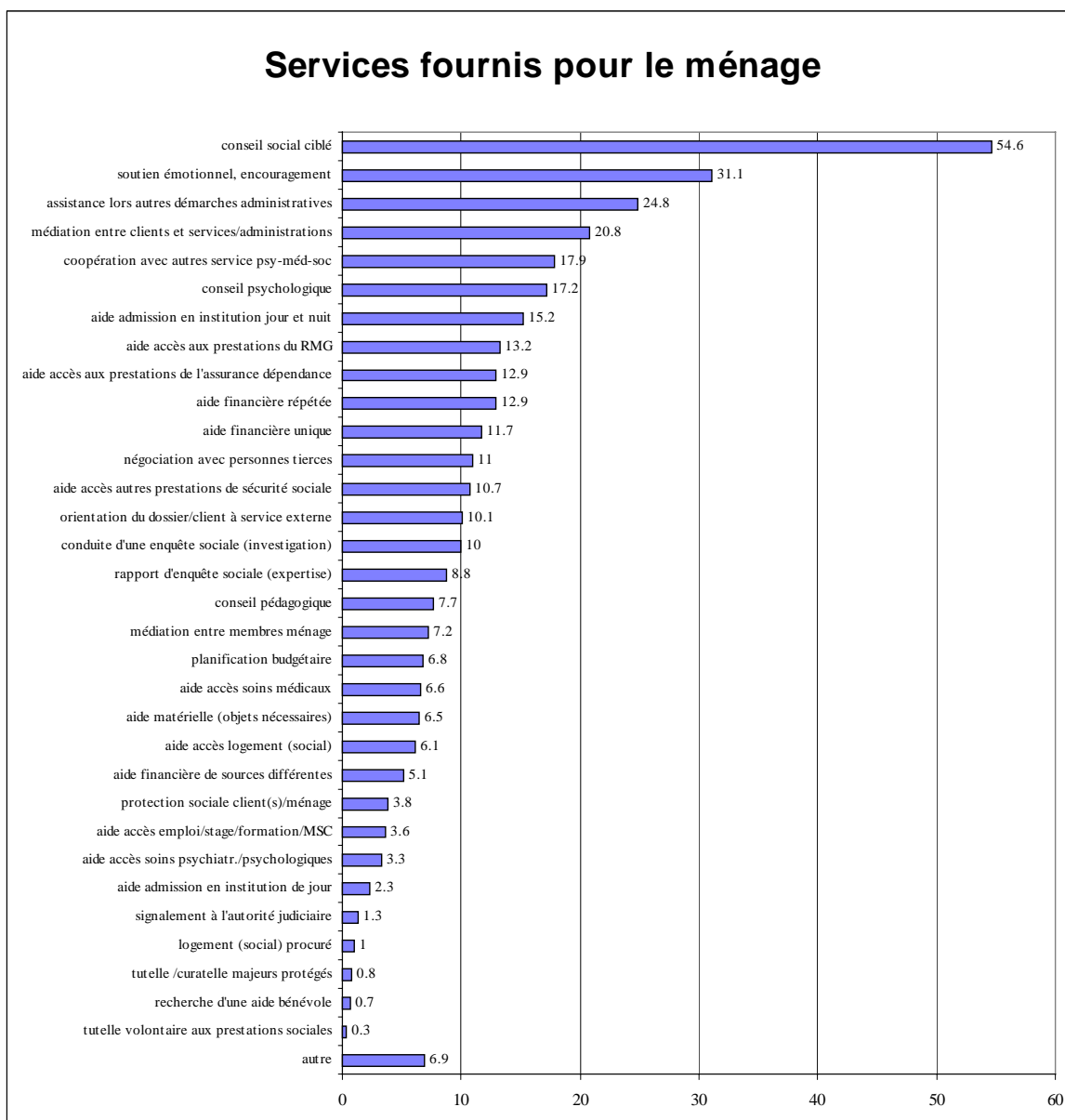
Entre le 1.10.1999 et le 30.09.2000 les assistantes sociales ont recensé 6.987 cas de prise en charge dont la moitié (51,7 %) représentent des dossiers anciens. 48,3 % sont des dossiers nouveaux. À la fin de la période de recensement, deux tiers des dossiers n'étaient pas encore clôturés (63,6 %), un tiers (36,4 %) a pu être achevé au cours de l'année. Dans 39,4 % des cas les objectifs fixés ont pu être réalisés, tandis que 19,2 % des dossiers ont été terminés en raison d'un déménagement. Dans 21,9 % des cas, la prise en charge a été terminée par une rupture du contact de la part du client .

2.4.1. Nombre de demandes selon l'origine

18.691 demandes ont été formulées pour les ménages. Plus de la moitié des demandes de prise en charge (51,5 %) reposent sur un membre du ménage, 7,5 % sur la famille et 4,9 % sur la commune. Un certain nombre d'autres groupes ont été desservis dans une mesure plus réduite (voir annexe).

2.4.2. Les Services proposés aux ménages

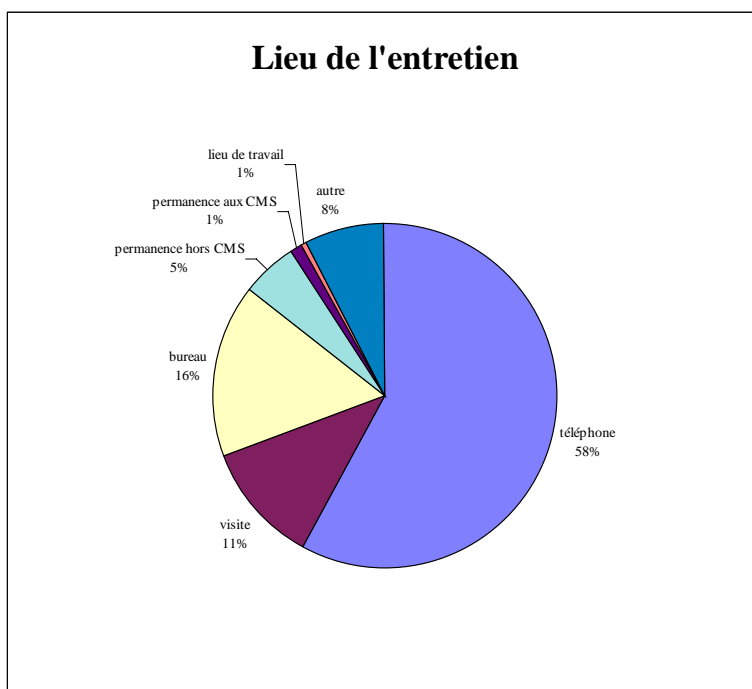
Conformément aux attentes formulées au SSPS, les ménages ont reçu, à 54,6 %, un conseil social ciblé. Les problèmes financiers apparus dans de nombreux ménages ont été affrontés à 6,8 % à l'aide d'une planification budgétaire, à 11,7 % grâce à une aide financière unique, à 12,9 % grâce à une aide financière répétée, à 13,2 % grâce à une aide d'accès aux prestations RMG et à 5,1 % par le biais d'une aide financière de différentes sources ainsi que d'une aide matérielle (6,5%). Quant aux autres problèmes et attentes des clients, ils ont été attaqués par des aides dans le cadre de l'accès aux prestations de l'assurance dépendance (12,9 % des ménages), de l'accès à d'autres prestations de sécurité sociale (10,7 %), d'autres démarches administratives (24,8 %) et de l'aide d'admission en institution jour et nuit (15,2 %). Par rapport aux problèmes sociaux, 20,8 % des ménages ont bénéficié d'une médiation entre clients et services ou administrations, 11 % d'une négociation et 7,2 % d'une médiation entre membres du ménage. À noter également le soutien psychologique des clients : 17,2 % des ménages ont sollicité un conseil psychologique et 31,1 % un soutien émotionnel. Pour 17,9 % des ménages, la coopération avec d'autres services psycho-médico-sociaux constitue un aspect essentiel.



Quant aux services fournis, il convient de constater des différences en fonction de la composition des ménages :

- Les ménages sans enfant et avec un adulte de plus de 59 ans ont davantage sollicité une aide d'admission en institution jour et nuit (41,5 %), d'accès aux prestations de l'assurance dépendance (27,1%) ainsi que des rapports d'enquête sociale (12,7 %).
- Les ménages sans enfant et avec un adulte de moins de 60 ans ont perçu, en premier lieu, des aides financières uniques (15,2 %), des aides financières répétées (16,6 %) ainsi que des aides d'accès aux prestations RMG (19,2 %).
- Les ménages sans enfant et à plusieurs adultes ont surtout bénéficié d'une aide d'admission en institution jour et nuit (19,5 %) ainsi que d'une aide d'accès aux prestations de l'assurance dépendance (26,7%).
- Les ménages avec un ou plusieurs enfant(s) et un adulte étaient les plus nombreux à recourir aux services. Outre l'aide financière unique (17,7 %), l'aide financière répétée (18,6 %), l'aide d'accès à un logement social (11 %), ces ménages sont aussi assistés dans leurs démarches administratives (32,5 %) et dans le conseil social ciblé (61 %).
- Les ménages avec un ou plusieurs enfant(s) et plusieurs adultes ont davantage recours au conseil pédagogique (15,6 %) et à la médiation entre membres d'un ménage (10,4).

Les assistantes sociales ont mené au total 49.887 entretiens. La majorité des contacts s'est établie par téléphone (57,9 %). D'autres 16,3 % des entretiens ont eu lieu dans les locaux de l'assistance sociale et 11,3 % à travers une visite. Les permanences hors CMS³ (5,3 %) ou aux CMS (1,2 %) ainsi que la visite au lieu de travail sont moins nombreux.



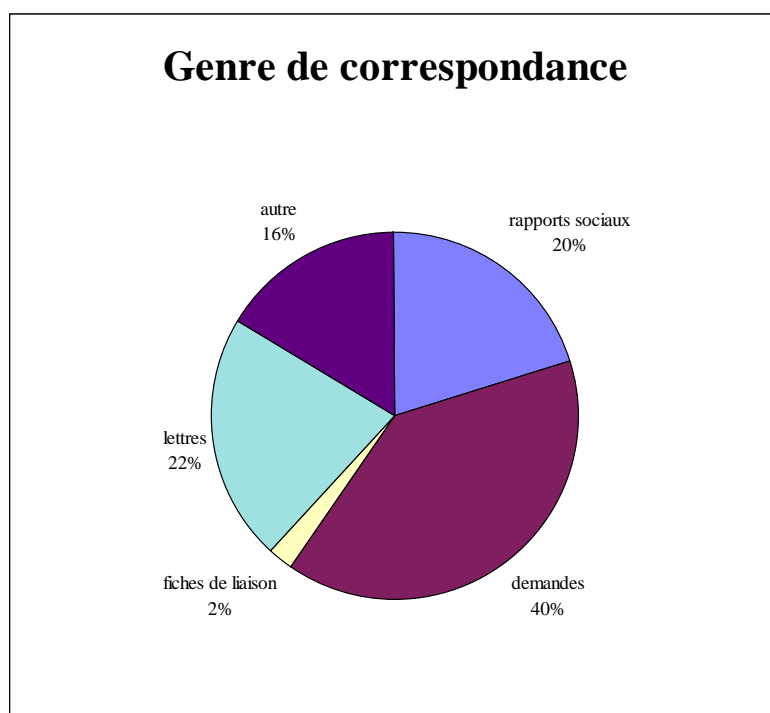
Dans 33,4 % des cas, l'objectif de l'entretien est d'informer et d'orienter, dans 28,2 % il s'agit de fournir une aide ou un conseil aux clients. Dans une mesure moins importante, l'entretien a servi d'analyse et de diagnostic des problèmes (12,0 %) ou pour la formulation d'une requête (7,0 %). 16 % des entretiens ont servi de cadre à une réunion interprofessionnelle nécessaire.

Quant à la fréquence des entretiens menés par ménage, il convient de noter que 34,3 % des dossiers font état de plus de 10 entretiens. Au cours du suivi de 29,8 % des dossiers il a fallu entre 4 et 10 entretiens.

Une « correspondance » a été réalisée pour la moitié des ménages (4.378). Au total, 9604 documents de correspondance ont été formulés, dont 39,8 % représentaient des demandes, 22,3 % des lettres et 20,6 % des rapports sociaux et, moins souvent, des fiches de liaison (2,2 %). Pour le reste, 15,1 % d'autres courriers ont été rédigés.

³ Centre Médico-Social





Quant à la fréquence des correspondances par ménage, il faut souligner que dans 44,4 % des dossiers une seule correspondance a suffi ; dans 27,1 % il a fallu écrire 2 à 3 lettres. Dans 17,2 % des dossiers, plus de 10 correspondances étaient nécessaires.

2.4.3. *Changement de la situation dans le ménage*

Pour l'évaluation intermédiaire ou finale des dossiers, les assistantes d'hygiène sociales se sont chargées de décrire les changements qui ont eu lieu dans les ménages. Quant à cette évaluation globale du ménage, les assistantes sociales témoignent, dans la moitié des cas (49,5 %), d'un changement positif ou plutôt positif, tandis que les ménages dans lesquels le changement est négatif ou plutôt négatif est relativement faible (10,1 %) : Pour 40,5 % des ménages, la situation ne s'est ni améliorée ni aggravée. Par rapport aux autres compositions de ménage, les changements positifs les plus sensibles sont à noter dans les familles monoparentales avec un ou plusieurs enfant(s) (56 %).

Quant aux problèmes rencontrés dans les ménages, les changements les plus sensibles peuvent être recensés pour les problèmes individuels suivants (la moyenne représente la valeur moyenne d'une échelle allant de 0 = très fort, aggravé à 7 = problème résolu) :

	Moyenne
1. problèmes d'orientation relatifs aux droits et valeurs	4,85
2. prestation financière (sécurité sociale et autres) en attente	4,64
3. perte de logement	4,33
4. autre problème de budget	4,33
5. abus sexuel	4,32
6. manque de savoir et de savoir-faire concernant les droits	4,18
7. conflits sur le lieu de travail	4,17
8. autres problèmes de logement	4,10
9. suspicion de négligence	3,99
10. problèmes juridiques	3,97
11. insuffisance de revenu de remplacement	3,97
12. suspicion de maltraitance	3,97
13. logement inadapté/précaire	3,92
14. isolation/réseau social insuffisant	3,87
15. absence /insuffisance de salaire	3,84



Par contre, les problèmes suivants se sont aggravés au cours de l'année (échelle allant de 0 à 7):

	Moyenne
1. risque de perte du poste d'apprentissage	1,70
2. risque de perte du RMG	2,36
3. handicaps psychiques	2,46
4. surendettement	2,41
5. manque de qualification	2,59
6. abus de médicaments	2,63
7. abus / dépendance de drogues	2,65
8. absence poste d'apprentissage	2,70
9. travail partiel	2,77
10. accident	2,85
11. maladie psychique chronique	2,86
12. maltraitance	2,89
13. handicap physique	2,91
14. risque de perte d'emploi	2,98
15. maladie physique chronique	2,97

Il s'agit, d'une part, prioritairement de problèmes physiques et psychiques qui ne peuvent être traités immédiatement par les assistantes sociales, et d'autre part, de problèmes liés aux travail et à la situation financière. On peut dire globalement que sur les 67 types de problèmes nommés, 76,1 % se sont améliorés après intervention de l'action sociale (avec des moyennes en-dessus de 3).

Au total, les services offerts par le SSPS aux ménages individuels sont d'une très grande variété. Ces services varient en fonction de la composition des ménages. Selon les estimations des assistantes sociales, les rapports intermédiaires et finaux témoignent, en général, d'améliorations pour le moins faibles de la situation des ménages.

2.5. ACTIVITÉS SPÉCIFIQUES

2.5.1. *L'accompagnement social – une clientèle spécifique présentant des problèmes particuliers et ayant besoin d'interventions sociales plus larges*

Les ménages réclamant leur droit à un accompagnement social

Quant aux 12,3 % des ménages bénéficiant d'un accompagnement social (en vertu de l'art. 16), il faut noter qu'il s'agit en grande partie de ménages sans enfant avec un adulte de moins de 60 ans (24,2 %) ainsi que de ménages avec un ou plusieurs enfant(s) et un adulte (21 %) ; ici, les ménages sans enfant avec un adulte de plus de 59 ans sont moins nombreux (12,5 %). 49,6 % des personnes prises en charge sont des locataires et 7,6 % vivent dans un logement social. Pour ces personnes, la situation financière est aussi relativement problématique, car 42,8 % disposent de ressources financières égales au RMG et 29 % ont encore moins que le RMG.

Dans 76,6 % des cas, un membre du ménage se trouve à l'origine du contact. Les attentes formulées par les ménages s'avèrent très variées, et il faut citer plus particulièrement la résolution des problèmes financiers (65,1 %), l'assistance dans les démarches administratives (48,6 %) ainsi que le conseil social (53,1 %). Ils attendent, en outre, de l'aide quant à l'accès aux prestations sociales (30,7 %), à la recherche d'un logement (15,6 %) et à la résolution des difficultés relationnelles (12,8 %). Les attentes formulées par des tiers et s'adressant au SSPS sont tout à fait comparables, sauf qu'ils ont en plus besoin d'aide dans la résolution de difficultés éducationnelles (11,0 %) et relationnelles (10,4 %) ainsi que dans le cadre de la protection enfant/adulte en danger (12,5 %).

Les multiples attentes se reflètent aussi dans la multitude des problèmes rencontrés. Les ménages pris en charge présentent davantage de problèmes que le groupe de référence qui ne bénéficie pas d'un accompagnement social. Les problèmes peuvent être ventilés de la manière suivante :

- 34,9 % absence/insuffisance de salaire
- 28,2 % absence d'emploi
- 29,8 % manque de savoir et de savoir-faire
- 18,6 % difficultés de gestion de budget
- 16,2 % insuffisance de revenu de remplacement
- 16,1 % troubles comportementaux
- 15,2 % conflits dans l'entourage proche
- 13,5 % abus/dépendances d'alcool
- 13,3 % conflits de couple



- 12,6 % isolation / réseau social insuffisant
- 11,7 % problèmes juridiques
- 11,0 % logement inadapté/précaire
- 11,0 % manque de qualification
- 10,3 % endettement

Compte tenu de la grande variété des problèmes, les services proposés sont très vastes. Tous les services que propose et réalise la SSPS sont mis en œuvre plus fréquemment dans ce groupe cible. En moyenne, chacun de ces ménages a recours à 5,3 différents services fournis, dont ceux du domaine financier (29,7 % aide financière répétée, 36,5 % aide d'accès aux prestations RMG) ainsi que les services relatifs aux rapports humains (35,4 % médiation entre clients et services/administrations, 22,1 % négociation avec une tierce personne) qui apparaissent le plus souvent.

Si l'on considère, pour conclure, les résultats relatifs à l'évaluation globale en fonction du changement de la situation du ménage, il convient de constater que 56,6 % des ménages présentent une évolution plutôt positive.

2.5.2. Les familles avec des problèmes relationnelles

La proportion des familles avec des problèmes relationnels s'élève à 13% de l'entièreté des ménages desservis. Ce pourcentage représente un tiers de tous les ménages avec enfants.

Les attentes adressées par ces familles au service sont particulièrement nombreuses et multiples en comparaison avec les familles sans problèmes relationnels graves. C'est surtout le pourcentage élevé de conseils sociaux (61,4%) et psychologiques (25,9%) fournis, ainsi que la part remarquable de l'aide à la résolution de difficultés éducationnelles (15,1%) et relationnelles (22,9%) qui montre l'importance de cette différence et du besoin présent dans ces familles. En rapport avec les deux dernières catégories d'aide, on peut constater un pourcentage plus ou moins équivalent, 21,2% respectivement 17,1%, pour les attentes provenant de personnes tierces.

L'adéquation entre attentes et problèmes rencontrés est manifeste. Les chiffres montrent que les familles à «atmosphère conflictuelle» rencontrent de manière plus importante que les autres ménages, les problèmes suivants:

- 24,6 % manque de savoir et de savoir-faire
- 17,9 % manque de compétence éducative
- 17,4 % conflits dans l'entourage proche
- 15,5 % problèmes juridiques
- 15,4 % troubles comportementaux
- 13,5 % problèmes d'orientation relatifs aux droits/devoirs et valeurs/normes
- 11,0 % problèmes scolaires
- 10,3 % abus/dépendances alcool.

Les trois problèmes rencontrés le plus fréquemment correspondent aux compétences des assistants (d'hygiène) sociaux, ce qui fournit une légitimation claire à leur intervention. Vu la quantité considérable de ces problèmes, le volume des prestations fournies est également fort important. D'une part, il faut constater que la moyenne des demandes est plus importante que pour le groupe de référence (3,9 contre 3 demandes, en moyenne). D'autre part, toutes les prestations de service social ont été fournies plus souvent dans l'ensemble pour les familles avec des problèmes relationnels que pour les familles où cela n'est pas le cas. En moyenne, le nombre des différents services fournis est de 4,7 pour la première catégorie et de 3,3 pour la deuxième. Ce sont surtout les prestations dans le domaine relationnel, coûtant un investissement important en temps, qui sont requises de manière particulièrement fréquente face à ces problématiques. (e. a. 27,7 % médiation avec clients et services/administrations; 16,6 % négociation avec personne tierce; 21,0 % médiation entre membres du ménage)

2.5.3. Prévention anté et postnatale: des difficultés parentales dans les familles à risque

*Projet multidisciplinaire et pluri-institutionnel avec des familles carencées
à l'occasion d'une nouvelle naissance.*

2.5.3.1. Introduction

La phase préparatoire de ce projet date d'août 1997. En octobre 1997 des réunions mensuelles entre intervenants de différentes disciplines professionnelles (assistant(e) (d'hygiène) social(e), psychologue, psychothérapeute, pédiatre, gynécologue, sage femme, pédopsychiatre, psychiatre,



personnel infirmier, médecin généraliste) et de différentes institutions (service national d'assistance sociale polyvalente, Centre hospitalier de Luxembourg: maternité, pédiatrie, pédopsychiatrie, Neit Liewen, Jugend- an Drogenhellef, Alupse) ont commencé en abordant des situations concrètes de familles carencées à l'occasion d'une nouvelle naissance. Dans cette troisième phase les réunions étaient bi-mensuelles avant que le groupe, motivé par la demande, se réunisse une fois par semaine.

Ce projet occupe désormais:

- **une place privilégiée dans la protection de l'enfance**
- **un rôle primordial dans le domaine du dépistage, de la prévention et de la prise en charge médico-psycho-sociale de l'enfance en danger**
- **une fonction d'orientation des situations à risque vers d'autres services compétents**

2.5.3.2. Buts des réunions

Le projet tel qu'il est mis en pratique, vise un travail de qualité dans la prise en charge de familles "à risque".

Il consiste donc en

- la détection de difficultés à un stade où l'intervention thérapeutique est efficace, avant que le dysfonctionnement des interactions précoces parents-enfants ne soit fixé
- la concertation entre les différents professionnels et services
- l'intervention coordonnée des professionnels dans la prise en charge de ces familles

2.5.3.3. Le travail en réseau

Pendant l'année 2000, **60 familles** ont fait l'objet d'une concertation régulière et d'une prise en charge coordonnée. Il s'est dégagé que ces situations "à risque" étaient connues dans la majorité des cas par différents intervenants. Vu qu'il s'agit souvent de situations complexes, il s'avère qu'un seul professionnel ne peut prendre en charge l'ensemble des aspects d'une même situation. La collaboration entre ces professionnels : responsables d'actions, d'information, de prévention, de protection, de soins, ou de contrôle a permis de construire un réseau autour de ces familles afin qu'elles puissent mettre en place des conditions de vie favorables au développement de leurs enfants en bas âge.

2.5.3.4. Conclusions

Au cours de l'exercice 2000 ce travail en réseau a été reconnu officiellement par le Ministère de la Santé. Un prix d'encouragement national dans le cadre du Prix européen de Promotion de la Santé a été décerné aux différentes institutions concernées dont le service national d'assistance sociale polyvalente. Le jury a estimé que ce projet est une excellente initiative pour promouvoir la santé des jeunes familles défavorisées et qu'il répond parfaitement au principe énoncé dans la Charte d'Ottawa:

" Donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé, leur donner les moyens de pouvoir identifier et réaliser leurs ambitions, satisfaire leurs besoins et évoluer avec leur milieu".

Cette reconnaissance a encouragé les participants au projet de continuer à se rencontrer dans le cadre du Centre hospitalier de Luxembourg. Ils font l'expérience que la concertation et la coordination entre professionnels de différents services préviennent le placement d'enfants en dehors de leur milieu familial et contribue à garantir à l'enfant le respect de ses droits fondamentaux. Ils se rendent également compte que certaines lacunes dans le système institutionnel limitent leurs actions et les poussent à intervenir auprès des pouvoirs compétents(oeuvres privées, ministères).



3. Le Service Régional d'Action Sociale

3.1. LES CHANGEMENTS RÉCENTS DE LA LOI SUR LE REVENU MINIMUM GARANTI ET LEURS IMPLICATIONS CONCRÈTES.

La première loi portant création d'un droit au revenu minimum garanti date de juillet 1986. Entre-temps modifiée à plusieurs reprises, elle fut remplacée par la nouvelle loi du 29 avril 1999 portant création d'un droit au revenu minimum garanti. Devenue applicable au 1er mars 2000, cette loi apporte des modifications importantes au dispositif législatif de lutte contre la pauvreté.

La nouvelle loi introduit deux prestations différentes et complémentaires :

- L'indemnité d'insertion, qui correspond au paiement d'un salaire social minimum à tout demandeur en âge de travailler et soumis à des mesures d'insertion professionnelles prévues par la loi. Le législateur crée la possibilité d'une disponibilité partielle pour le marché de l'emploi et donc d'une indemnité d'insertion versée en fonction du nombre d'heures travaillées.
- L'allocation complémentaire, payée en fonction de la composition de ménage et de la situation de revenu. Toute personne dispensée des mesures d'intégration professionnelle prétend à l'allocation complémentaire.

Le bénéfice des prestations du revenu minimum garanti est étendu aux personnes âgées de 25 ans minimum (30 ans dans l'ancienne loi) et la condition de résidence minimal au pays est ramenée de 10 à 5 ans. Le SRAS avisera dorénavant individuellement tout demandeur élevant des enfants afin de déterminer sa disponibilité pour le marché de l'emploi.

Finalement la loi introduit un droit à l'accompagnement social pour tout bénéficiaire d'une des prestations ci-dessus.

Le service régional d'action sociale, en charge des personnes soumises aux mesures d'insertion sociale et professionnelle, négocie avec ceux-ci un contrat d'insertion qui régit le calendrier de toutes les démarches et activités d'insertion. Par convention avec un organisme d'affectation ces personnes sont soumises à des travaux d'utilité collective, des mesures de recherche active d'emploi ou des formations.

Pour le Service régional d'action sociale l'année 2000 fut marquée par l'application de la nouvelle loi, par la mise en place de nouvelles procédures et par l'introduction de l'informatique dans la gestion des dossiers. Le personnel SRAS dispose maintenant d'un accès spécifique au fichier national centralisé du SNAS (service national d'action sociale du Ministère de la Famille, de la Solidarité Sociale et de la Jeunesse). Il gère le dossier administratif des bénéficiaires RMG relevant de son secteur géographique par ordinateur en étroite collaboration avec le répondant régional du SNAS.

Par l'application de la nouvelle loi au courant de l'an 2000, la clientèle a changé ainsi que la manière de travailler. Un raccourci de délais de procédure, le développement et la diversification des mesures d'insertion, une meilleure protection sociale pour les personnes partiellement aptes aux mesures sont autant d'éléments en faveur de l'objectif d'une meilleure insertion sociale et professionnelle des bénéficiaires RMG.

3.2. ANALYSE STATISTIQUE DU SERVICE RÉGIONAL D'ACTION SOCIALE

Au 01/10/99, la *Ligue luxembourgeoise de Prévention et d'Action médico-sociales* a introduit le même système de documentation pour le SRAS⁴ que pour le SSPS⁵. Le SRAS, par contre, n'a eu recours qu'aux deux formulaires retenant, d'une part, la situation initiale (page de garde) et, d'autre part, l'état intermédiaire et final (évaluation) de chaque cas traité.

3.2.1. La clientèle

Pendant la période allant du 01/10/99 au 30/09/00, le personnel du SRAS a fait état de 1.995 ménages pris en charge. Ceci ne correspond pas au volume réel de travail du service qui est supérieur à ce chiffre. Pour diverses raisons, il n'a pas été possible de documenter tous les ménages

⁴ Service Régional d'Action Sociale

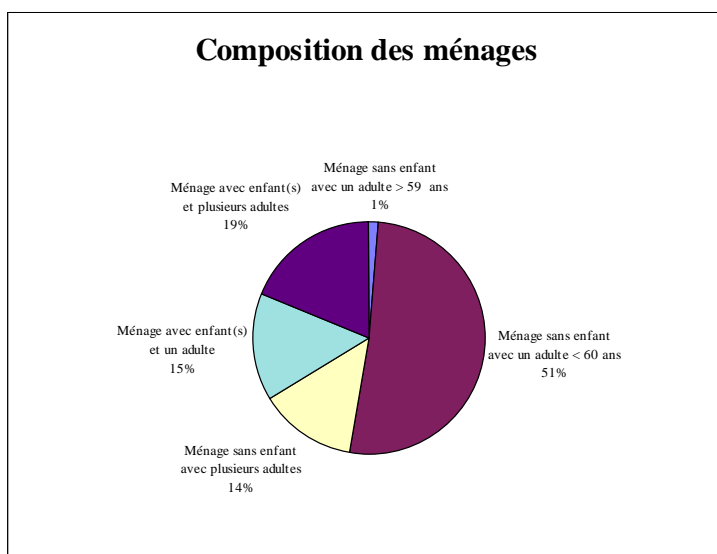
⁵ Service Social Polyvalent de Secteur



pris en charge dans le cadre du « dossier social ». L'étude présente permet néanmoins de tirer des conclusions intéressantes sur le profil de la clientèle du service et les résultats obtenus.

Quelles sont les tranches d'âge formant les ménages concernés ? Les personnes âgées entre 20 et 59 ans représentent la majorité des clients, deux tiers (65,8 %) des personnes prises en charge font partie de cette tranche d'âge. Les enfants et les adolescents forment l'autre tiers (32,3 % dont 4,5 % âgés de moins de 3 ans, 16,5 % entre 4 et 12 ans et 11,3 % entre 13 et 19 ans). Les adultes plus âgés (entre 60 et 80 ans représentent 1,7 % et 0,1 % ont plus de 80 ans) ne constituent qu'une part très faible de la population prise en charge.

Quant à la composition des ménages concernés, deux tiers (66 %) n'ont pas d'enfants. La tranche d'âge des personnes plus âgées (plus de 60 ans) vivant seules n'est que très faiblement représentée (1,3 %), alors que la part des personnes d'âge moyen vivant seules constitue la moitié des ménages concernés (51,1 % entre 18 et 59 ans). 13,6 % des ménages regroupent des personnes adultes d'âge différent. Quant aux ménages comprenant des enfants et des adolescents (jusqu'à l'âge de 18 ans), ils représentent un tiers des ménages concernés (34,1 %). Parmi eux, 15 % comptent un adulte et un ou plusieurs enfants ; 19 % comptent plusieurs adultes et un ou plusieurs enfants.



Conformément à la répartition au sein de la population globale, les personnes de nationalité luxembourgeoise représentent la majorité des personnes prises en charge (65,1 %). Les ressortissants portugais représentent le deuxième groupe avec 11,9 %. Il est à noter que 13,5 % des personnes prises en charge dispose du statut d'étranger et parmi eux, les immigrés constituent le groupe le plus important avec 75 %. Par ailleurs, les réfugiés représentent également un groupe non-négligeable avec 17,1 %.

En ce qui concerne l'état civil des adultes, un tiers est marié (34,6 %) ou célibataire (36,1 %). Un adulte sur cinq est divorcé (19,8 %).

Une étude de la situation professionnelle des personnes prises en charge révèle que trois quarts des adultes sont des travailleurs non-qualifiés (74,1 %). Les ouvriers qualifiés (10,1 %) ainsi que les techniciens ou employés de bureau (7 %) représentent des sous-groupes importants. Conformément à leur situation professionnelle, la plupart des adultes (n = 1538) n'a pas terminé les études primaires (34,3 %) ou a atteint le niveau des études primaires ou complémentaires 9e (40,7 %). Seulement 10,2 % des personnes en question ont achevé leurs études professionnelles (CAP/CATP).

Quel est le statut socio-professionnel des personnes vivant dans ces ménages à l'admission ou à la réadmission dans le service ? Il s'avère qu'au total 40,2 % des adultes SONT SOUMIS à une MSC⁶ et 24,4 % d'eux ont droit au RMG sans MSC. Les chômeurs non-indemnisés (20,2 %) sont nombreux, alors qu'un très faible nombre exerce un travail salarié à plein temps (4,3 %) ou à temps partiel (5,0 %).

Quant au logement des personnes concernées, il s'avère que très peu d'entre elles sont propriétaires de leur logement (14,7 %), un nombre beaucoup plus grand est locataire (59,3 % louent un appartement et 9,6 % une chambre meublée).

⁶ Mesure sociale complémentaire



La situation financière des ménages est très difficile pour un grand nombre. Le calcul suivant a été réalisé pour recueillir ces données : En partant de tous les revenus du ménage on retranche le remboursement mensuel de dettes ainsi que les dépenses nécessaires (aliments, ...) pour obtenir le revenu disponible. Ce revenu a ensuite été comparé au RMG qui fournit un repère objectif pour chaque composition de ménage donnée. Ainsi un ménage sur cinq (21,9 %) dispose de ressources financières en dessous du Revenu Minimum Garantie (RMG) et plus de la moitié des ménages (57,3 %) perçoit un montant équivalent aux RMG.

Conformément à sa mission, le SRAS⁷ s'occupe d'un groupe en marge de la société qui, très souvent, ne dispose pas d'un emploi, qui n'a qu'un faible niveau de formation, qui vit, en partie, dans une situation précaire et qui ne dispose que de ressources financières très limitées.

3.2.2. Origine du contact et attentes

Dans la majorité des cas, le contact s'établit par le SNAS (36,8 %), alors que le SRAS lui-même assure cette fonction dans 19,9 % des cas. L'importance de ce dernier chiffre s'explique par le passage de l'ancien au nouveau système de documentation. Dans un tiers des cas, c'est un membre du ménage qui recherche le contact (33,8 %). Il faut noter à cet égard que les circonscriptions présentent des divergences considérables, c'est-à-dire que la situation au Sud du pays est bien différente de celle du Centre et du Nord. Au Sud du Grand-Duché, le contact s'établit beaucoup plus fréquemment par le ménage lui-même (75,3 %) ou par l'OS⁸ de la Commune (20,7 %) que dans les deux autres circonscriptions. La seule différence entre ces derniers est qu'au Nord le SRAS recherche plus fréquemment ses clients (48,2 %).

Or, quelles sont les prestations dont la clientèle du SRAS souhaite bénéficier ? Conformément aux attentes formulées par les ménages, c'est avant tout l'aide dans la recherche d'un emploi, d'un stage, d'une formation ou d'une mesure sociale complémentaire (53,1%) qui s'impose. Un ménage sur quatre souhaite, en plus, bénéficier d'une aide dans la résolution de ses problèmes financiers (23,1 %), d'une assistance dans les démarches administratives (23,1 %) et d'un conseil social (27,8 %). Par ailleurs, une part importante des ménages (18,7 %) souhaite bénéficier d'une aide d'accès aux prestations sociales (18,7 %). À noter également que 11,4 % ne formulent aucune attente. Là aussi, les différences sont considérables entre les circonscriptions du Grand-Duché. Au Centre, les aides en matière de recherche d'emploi, d'un stage, d'une formation ou d'une MSC ne représentent que 41,5 %, la résolution des problèmes financiers 16,6 %, et l'assistance dans les démarches administratives 13,8 %. Par contre, la part des ménages qui ne formulent aucune attente est très importante (19 %). Au Sud du Grand-Duché, les personnes expriment avant tout le besoin d'assistance dans les démarches administratives (43,3 %). Les attentes des tierces personnes sont comparables à celle des attentes formulées par les ménages. Là aussi, on cite d'abord l'aide dans la recherche d'un emploi, d'un stage, d'une formation et d'une MSC (38,2 %) ainsi que l'assistance dans les démarches administratives (13,4 %). Un tiers des ménages indique que l'on ignore les attentes des tierces personnes (30,6 %). Les circonscriptions présentent toujours des différences sensibles. Il apparaît que dans la circonscription Sud, l'assistance dans les démarches administratives (48,9 %) est très recherchée.

La comparaison des différentes compositions de ménage ne révèle pas de différences essentielles entre les ménages quant à l'origine du contact établi et aux attentes formulées.

Constatons en conclusion que le SNAS ainsi que d'autres institutions - en fonction de la circonscription - , tels que le SRAS lui même et l'OS de la commune, assument un rôle prépondérant lors de la prise de contact avec les ménages concernés. Les attentes et les souhaits des ménages ainsi que ceux des tierces personnes se limitent principalement à l'aide à la recherche d'un emploi, d'un stage, d'une formation ou d'une MSC ainsi qu'à l'assistance dans les démarches administratives.

3.2.3. Problèmes rencontrés

Quant au nombre de problèmes que les A(H)S⁹ ont recensés auprès des ménages, il s'élève à 6.727 problèmes dans 1.766 ménages. Cela signifie qu'en moyenne, chaque ménage rencontre 3,8 problèmes relevant du domaine médico-social.

Les problèmes se focalisent en premier lieu autour des sujets suivants: le travail, les finances et la santé. L'A(H)S est donc confrontée à des situations bien déterminées. Considérant les problèmes

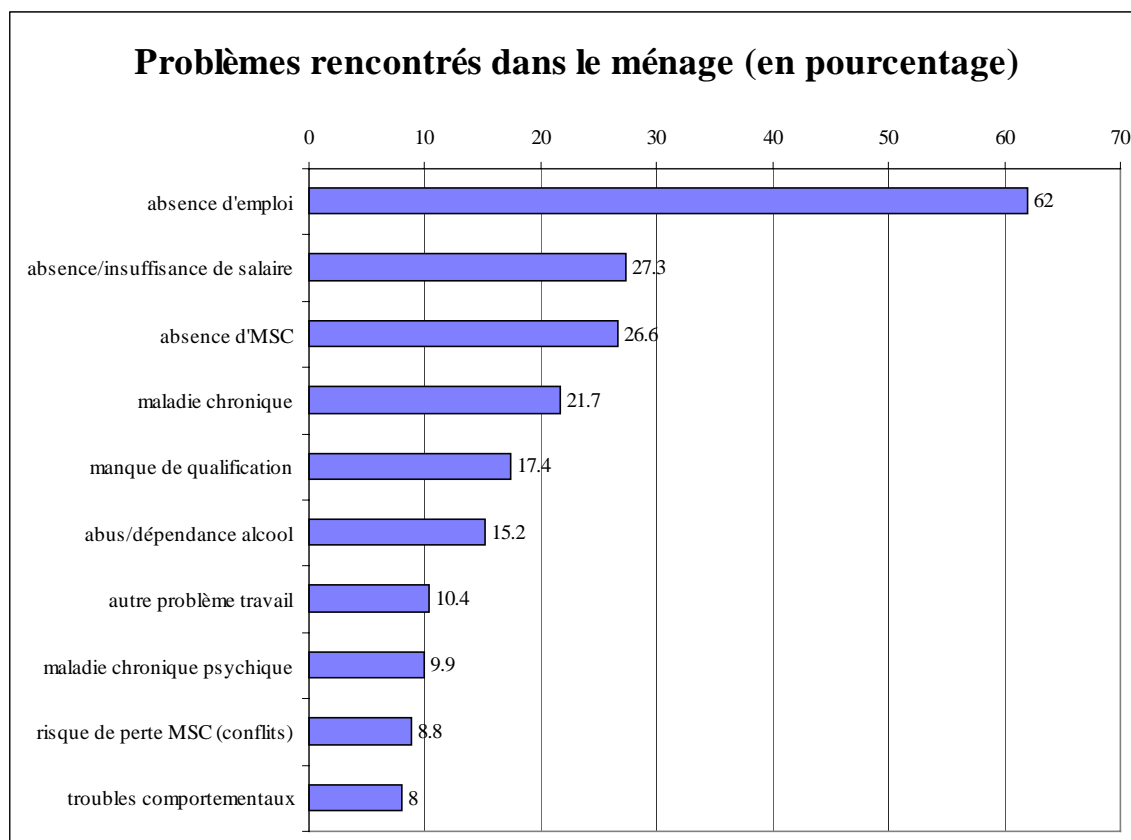
⁷ Service Régional d'Action Sociale

⁸ Office Social de la Commune

⁹ Assistante (d'hygiène) sociale



individuels en établissant un classement des dix problèmes cités le plus souvent, la situation devient très nette.



Si par rapport aux attentes, l'importance de l'aide à la recherche d'un emploi, d'un stage, d'une formation ou d'une MSC, ainsi que l'aide dans la résolution des problèmes financiers et l'assistance dans les démarches administratives ont déjà été soulignés, il ressort que ces attentes reflètent largement la situation problématique des clients.

Les différentes compositions de ménage ne font apparaître que des différences très faibles quant à la pertinence des problèmes. Dans une mesure limitée, les familles monoparentales avec un ou plusieurs enfant(s) constituent une exception. Ces ménages ne disposent, pour une grande partie, pas de salaire ou que d'un salaire insuffisant (40,8 %) ou même les revenus de remplacement sont insuffisants (12,5 %), ce qui va très souvent de pair avec les problèmes d'instance de divorce en cours (12,8 %). Par contre, le problème d'abus d'alcool ou de dépendance d'alcool est très limité (3,8 %).

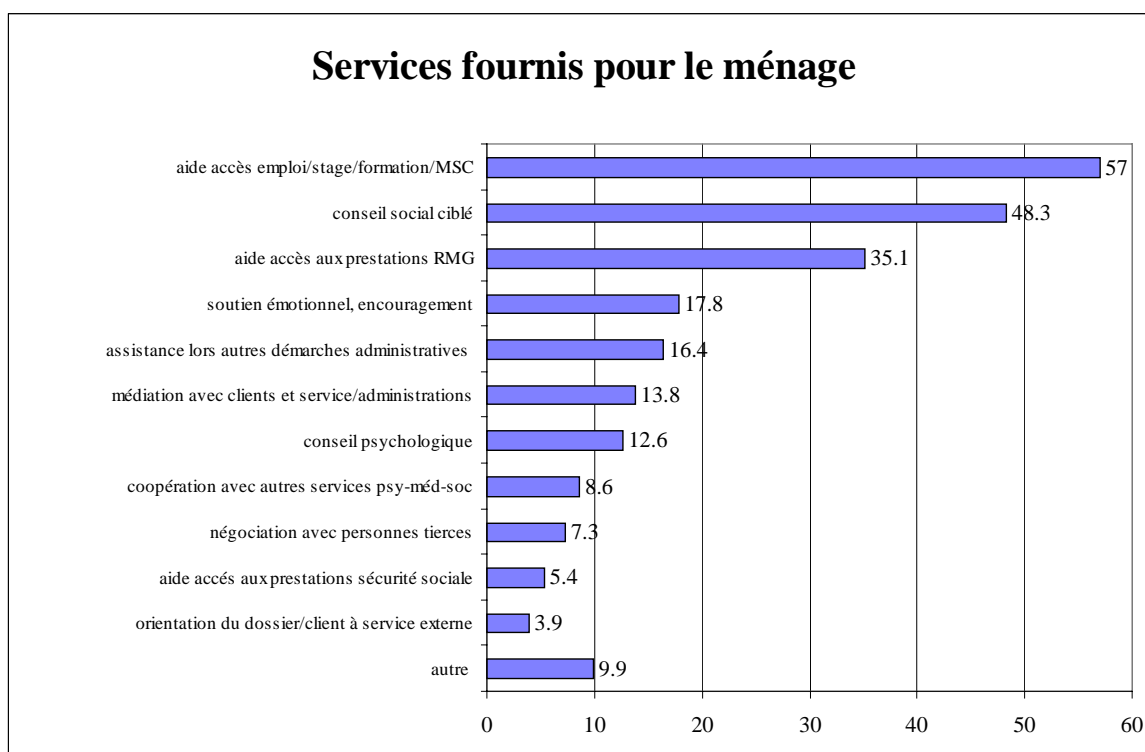
Constatons en conclusion que les ménages connaissent un nombre limité de problèmes spécifiques pourtant aigus. Compte tenu des fondements légaux, les problèmes rencontrés par le SRAS sont avant tout : absence d'emploi, insuffisance de salaire et absence de MSC. Les problèmes sociaux liés aux maladies chroniques et à l'alcoolisme des bénéficiaires RMG nécessitent souvent des interventions supplémentaires de l'A(H)S.

3.2.4. Activité du service

Pendant la période allant du 01/10/1999 au 30/09/2000, 1.995 dossiers ont été documentés et pris en charge par les A(H)S. Pour 58% des ménages une mesure sociale complémentaire a été organisée et pour 40,5% un accompagnement social. Deux tiers des dossiers (68,9 %) représentent des dossiers anciens et un tiers (30 %) sont des dossiers nouveaux. À la fin de la période de recensement, 83,5 % des dossiers étaient encore à l'étude et seulement 17,7 % ont pu être clôturés au cours de l'année. 37 % de ces derniers ont été clôturés parce que les objectifs fixés avaient été atteints, 12,8 % en raison d'un déménagement.

Sur l'ensemble des ménages pris en charge, 6.733 demandes ont été enregistrées. Presque la moitié des interventions (44,6 %) ont eu lieu à la demande d'un membre du ménage, 14,8 % à la demande du SNAS et 10 % sur initiative du SRAS lui-même. Les autres sont attribuées à d'autres institutions et d'autres groupes.

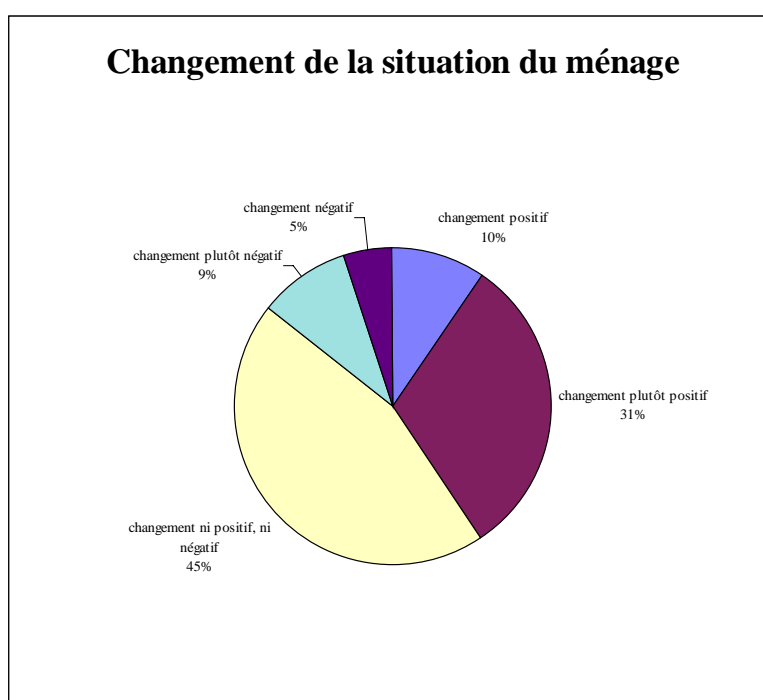
Services fournis pour le ménage



Conformément aux attentes exprimées lors du contact au SRAS, 57 % des ménages ont souhaité bénéficier d'une aide d'accès à l'emploi, à un stage ou à une formation. Outre le conseil social ciblé (48,3 %), l'aide d'accès aux prestations RMG (35,1 %) est d'une grande importance. La situation précaire des ménages fait que 17,8 % ont besoin d'un soutien émotionnel et 12,6 % d'un conseil psychologique. Outre l'assistance lors des démarches administratives (16,4 %), les A(H)S font fonction de médiateurs entre les clients et les services ou les administrations (13,8 %) et négocient avec des tiers (7,3 %). Les A(H)S coopèrent aussi étroitement avec d'autres services psycho-médico-sociaux (8,6 %). Les différences sont à nouveaux considérables entre les circonscriptions. Au Nord, c'est avant tout la médiation entre clients et services ou administrations (32,8 %), alors qu'au Sud la priorité est donnée à l'assistance lors d'autres démarches administratives (23,3 %). Au Centre, les demandes d'aides pour accéder aux prestations RMG (29 %) est particulièrement faible.

Quant aux services fournis, ils ne varient pas beaucoup en fonction de la composition des ménages.

Pour l'évaluation intermédiaire ou finale, les A(H)S devaient évaluer les changements dans les ménages par rapport aux problèmes initiaux. Pour ce qui est de l'évaluation globale des ménages, elles constatent dans 40,7 % des cas un changement positif ou plutôt positif ; 14,4 % des ménages seulement ont subi un changement négatif ou plutôt négatif. Dans 45,1 % des ménages, il n'y a ni amélioration ni aggravation de la situation. Le plus grand nombre de ménages dont la situation s'est (plutôt) améliorée sont ceux avec un ou plusieurs enfant(s) et un adulte comparé aux autres compositions de ménages (51,4 %).



Quant aux difficultés auxquelles doivent faire face les ménages, les changements étaient les plus sensibles pour les problèmes suivants (la moyenne représente une valeur dans une échelle allant de 0 = très fort ; aggravé à 7 = problème résolu):

	Moyenne
1. absence de MSC	4,64
2. conflits sur le lieu de travail	4,27
3. risque de perte de MSC (conflits)	4,02
4. absence/insuffisance de salaire	3,97
5. demande de pension d'invalidité en cours	3,91
6. risque de perte du RMG	3,67
7. délinquance/criminalité	3,65
8. conflits dans l'entourage proche	3,55
9. manque de compétence éducative	3,54
10. problèmes juridiques	3,51

Par contre, les problèmes suivants se sont plutôt aggravés au fil du temps (échelle allant de 0 à 7) :

	Moyenne
1. risque de perte d'emploi	1,29
2. se retrouver sans abri	1,67
3. risque de perte du poste d'apprentissage	2,00
4. abus sexuel	2,00
5. négligence	2,25
6. suspicion de maltraitance	2,25
7. problèmes scolaires	2,27
8. absence d'un poste d'apprentissage	2,56
9. handicaps physiques	2,60
10. abus de médicaments	2,67

Il s'agit, d'une part, avant tout des problèmes psychiques que, dans la plupart des cas, l'A(H)S ne peut influencer, et d'autre part des problèmes relevant du domaine de l'emploi et de l'apprentissage. Au total, 67,2 % des 67 problèmes recensés ont connu une évolution positive (valeur moyenne : 3) après l'intervention médico-sociale.

Étant donné que le formulaire de documentation relatif aux activités n'a pas été traité par les A(H)S du SRAS, aucune déclaration ne peut être faite quant au nombre d'entretiens menés et aux courriers rédigés.

Le SRAS propose des prestations de services très diversifiées et très vastes, en particulier à propos de l'emploi. Selon l'appréciation des A(H)S, des améliorations - nettes, pour une part - peuvent être enregistrées dans les ménages lors de l'évaluation intermédiaire ou finale.

4. 8002-9898 Le Service Info Social - Service d'accueil et d'information téléphonique

En vue de combler des lacunes existantes dans le domaine de l'information et de l'orientation sociales, la Ligue a créé un service téléphonique gratuit, appelé « INFO-SOCIAL », offert à toute la population se posant des questions à caractère social.

L'objectif primordial de ce service est de simplifier l'accès aux prestations sociales et de proposer une information rapide ainsi qu'une orientation concrète. L'activité sociale polyvalente et générale des CMS a fait de ces lieux un terrain idéal pour créer un service tel que l'INFO-SOCIAL. Le rôle d'accueil, d'information et d'orientation s'intègre en substance et par tradition dans les racines mêmes du service social polyvalent de secteur.

La mise en place d'un support informatique performant, permettant un système de collection et de traitement des informations, a été de toute nécessité pour permettre aux professionnels de connaître, gérer et maîtriser l'offre la plus actuelle du domaine social en vue de bien informer, guider et orienter le client. La création de cette base de données sociales qualitative et actualisée n'a pas seulement permis de fournir des réponses immédiates au client de l'Info-Social, mais elle a également offert aux A(H)S de secteur un nouvel outil de travail, les soutenant dans l'accomplissement du travail social quotidien.



Le service INFO-SOCIAL est accessible depuis juin 2000 sous le numéro ☎ 8002-9898 du lundi au vendredi de 9H00 à 17H00

Outre les consultations en interne de la banque de données info-social le service a reçu quelque 280 appels depuis sa création. Le tableau ci-après reproduit le nombre d'appels par catégorie. On constate que par ordre décroissant les domaines des personnes âgées, de la sécurité sociale, de la santé et de l'enfance sont consultés le plus fréquemment (entre 39 et 36 appels).

Quelques chiffres statistiques

nombre d'appels reçus selon la nature de la demande

Personnes Agées	39	Maternité	10
Sécurité Sociale	38	Femmes	9
Santé	37	Education	7
Enfance	36	Jeunesse	5
Logement	24	Etrangers	3
Justice	17	Finances	3
Famille	16	Handicap	3
Travail	16	Autres	3
Indigences	15		

Concernant les réponses que le service a pu offrir le tableau suivant donne des éclaircissements :

information	96
orientation vers services spécialisés	28
orientation vers polyvalence	39
envoi de documentation	7
recherche de la réponse et rappel	10
pas de réponse possible	3
divers	98



5. Le Service Social à l'Hôpital

Pour ce service, il y a peu de changements à noter concernant le contenu de travail. Ce service conceptualisé depuis son début comme une extension de l'activité sociale polyvalente dans les hôpitaux a dû rebrousser chemin. En effet le financement de ce service est actuellement réalisé par des budgets mis à disposition des hôpitaux par l'intermédiaire de l'Union des Caisses de Maladie (UCM). Dans un souci de continuité, la Ligue a assuré au cours des derniers mois ce service pour les hôpitaux qui n'ont pas encore pu instaurer leur propre service. Il s'agit notamment des cliniques Ste Thérèse, Ste Elisabeth et d'Eich. Ainsi quelques 250 patients ont été pris en charge du point de vue social par deux AHS à mi-temps de la Ligue.

Dans les mois à venir, la chronologie de l'action sociale sectorielle de la Ligue sera arrêtée avec les hôpitaux partenaires.

6. F.I.T : Familien-Intensiv-Training

Kinder sind in dieser Gesellschaft zu einer « SINNRESSOURCE » aber auch zu Streßfaktoren geworden.

Es werden heute in der Erziehung hohe Ansprüche an die Eltern gestellt : Optimale Förderung der Kinder ist ein Gebot der Stunde (...). Damit verstärkt sich der kulturel vorgegebene Druck sowohl auf die Eltern als auch auf die Kinder. (...)

« Wo der Zwang regiert, durch individuelle Anstrengungen den eigenen Platz in der Gesellschaft zu sichern, da wird er notwendig schon ins Kinderzimmer hineingetragen.

Der Kinderwunsch wird eingespannt zwischen Aufstiegswunsch und Abstiegsbedrohung »(...)".

Handbuch Sozialpädagogische Familienhilfe / DJI. Deutsches Jugendinstitut (Hrsg. : Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend)

3. überarb. Aufl. ; Stuttgart : Kohlhammer, 1999. Seite 172



6.1. EINLEITUNG

Seit 15. April 2000 besteht der Service "Familien-Intensiv-Training (FIT)" als Pilotprojekt im Rahmen der Aktivitäten der Ligue luxembourgeoise de Prévention et d'Action médico-sociales. Es handelt sich um einen Service, der zur Zeit eine Sozialarbeiterin mit systemischer Therapieausbildung und Zusatzausbildung in Familien-Stabilisierungs Programm (FSP) mit 30 Stunden pro Woche beschäftigt. Das Büro von FIT befindet sich im CENTRE MEDICO-SOCIAL in Grevenmacher.

Im Jahr 2000 stand die Konzeptentwicklung im Vordergrund. FIT wurde in den 3 Circonscriptionen des Service Social Polyvalent de Secteur vorgestellt und diskutiert.

6.2. KONZEPT

6.2.1. Begründung

Die Gründung eines neuen spezialisierten Sozialdienstes stellt immer wieder die Frage nach dem Bedarf. Ist es notwendig bei der Fülle heutiger sozialer Dienstleistungen eine weitere hinzuzufügen? Die Frage ist hier eindeutig mit Ja zu beantworten; dies aus mehreren Gründen :

- Die durch FIT angebotene Dienstleistung an Familien existiert bis dato nicht in Luxemburg, wohl in anderen Ländern. Es besteht demnach eine strukturelle Lücke im sozialen Dienstleistungssystem, weil es zwischen dem Allgemeinen Sozialdienst „Polyvalence“ und hochspezialisierten Diensten wie die Kinderpsychiatrie des Centre hospitalier, „Families First“ oder „Pamo“ (Projet d'aide en milieu ouvert) keine *intensive ambulante* Hilfe mit *präventiven* Charakter für Familien in Not gibt.
- Die Zahl der Familien denen mit FIT geholfen werden könnte ist nur zu schätzen, doch das Zahlenmaterial reicht um den Bedarf neuer Initiativen zu rechtfertigen. Es sei hier nur kurz an verschiedene Studien oder Publikationen¹⁰ erinnert und hervorgehoben, dass einerseits die Anzahl der Heimplatzierungen hierzulande, im europäischen Vergleich, überdurchschnittlich groß ist und, dass andererseits allein im Jahr 1999, über 1300 Familien mit Problemen im Bereich der Versorgung ihrer Kinder in der Polyvalence erfasst wurden (Cfr. Punkt D und Graphik am Schluss dieses Kapitels). Die Vermutung liegt also nahe, dass familiäre Probleme wohl frühzeitig erkannt werden, es jedoch an geeigneten, auf die familiären Bedürfnisse zugeschnittenen, Hilfen fehlt um die Lebensbedingungen von Kindern in ihren Familien zu verbessern.
- Desweiteren ist Fakt, dass das Kindeswohl in vielen Familien ein Thema ist, in denen Heimeinweisung nicht angebracht ist. Diesen Familien kann nur selten adäquat geholfen werden. Spezialisierte Beratungsdienste sind lokal oft ungenügend vorhanden und fordern eine Anpassungsleistung (Anfahrt, Termine, Selbsterkenntnis, ...) die, die Mehrzahl der ohnehin schon benachteiligten Familien überfordert.
- Wirksame familienunterstützende Maßnahmen sind Teil der Kinderrechte (cf. diesbezügliche Publikationen des Familienministeriums, u.a.¹¹). „Die Tatsache (...), dass staatliche Institutionen zum Schutz von Kindern interveniert haben, deren Eltern keine angemessene Unterstützung erhalten haben, ist aus zwei Gründen kritisch zu betrachten: Zum einen berauben sie das Kind des Rechtes, mit seinen Eltern zu leben, zum anderen können sie in der Bereitstellung von Mitteln zur „Ersatzerziehung“ enden, die der Herkunftsfamilie zuvor vorenthalten wurde.“¹²

Mit FIT wird nun eine niederschwellige familienunterstützende Maßnahme angeboten die insofern innovativ ist, als sie bestehende sozialarbeiterische Erkenntnisse, Werte und Methoden, mit einer bis dahin nicht realisierten Konsequenz und Intensität umsetzt und im Gegensatz zu anderen sozialen Diensten die Wirksamkeit der erbrachten Leistungen fortwährend überprüft.

FIT integriert sich sehr sinnvoll in das Angebot der sozialen und therapeutischen Familiendienstleistungen der Ligue Luxembourgeoise de Prévention et d'Action médico-sociales.

¹⁰ Rapport d'activité du Service Central d'Assistance Sociale, 1999

L'accueil Jour et Nuit des Mineurs édité par l'Association des Directeurs des Centres d'Accueil asbl. et l'Association Nationale des Assistantes (d'hygiène) sociale et Infirmières graduées, Luxembourg 1998

Kinder und Jugendliche im Grossherzogtum Luxemburg, Manfred Schenk – Christiane Meyers, Publikation du Centre Universitaire de Luxembourg, 1997

¹¹ Droits de l'Enfant: Evaluation du rapport initial du Grand-Duché de Luxembourg. Publication du Ministère de la Famille Luxembourg 1999

¹² Familienunterstützende Dienste; Positionspapier des European Forum for Child Welfare (deutsche Übersetzung: Kinderschutzbund Deutschland)



6.2.2. FIT - Definition

„Familien-Intensiv-Training,, (abgekürzt „FIT“) als eine Hilfeform im Verbund der verschiedenen Dienstleistungen für Familien, die in Luxemburg existieren, zeichnet sich dadurch aus, daß sie eine intensive Form ambulanter Hilfen und ambulanter Beratung für Familien darstellt. FIT ist ein befristetes Hilfsangebot vor Ort zur Stärkung der innerfamiliären Beziehungen und zur Herstellung von angemessenen Lebensbedingungen für die Kinder.

Das Programm FIT ist in dem Sinne als Training zu verstehen, als es bei bestehenden, residuellen, oder unterentwickelten, Kompetenzen ansetzt um diese zu stärken und somit Hilfe zur Selbsthilfe zu leisten.

6.2.3. FIT – Ziele

Mit den familienunterstützenden Maßnahmen wird erreicht, dass:

- die Lebensqualität der Kinder in der Familie ihren Bedürfnissen entspricht und ihre Entwicklungsmöglichkeiten fördert.
- die Rechte der Kinder gewährleistet sind.
- die innerfamiliären Beziehungen und die familiäre Sozialisationsfunktion so gestärkt ist, dass ein Bruch emotionaler und sozialer Bindungen für die Kinder vermieden werden kann.
- die materielle Versorgung der Familie gewährleistet ist.
- genügend Verantwortungsbewußtsein, Problembewußtsein, Problemlösekraft und Erziehungskompetenz vorhanden sind, um das Leben als Familie in die eigene Hand zu nehmen, langfristig selbständig zu organisieren und zu bewältigen, und individuelle Gestaltungsmöglichkeiten zu entdecken und zu nutzen.

6.2.4. FIT – Zielgruppe / Voraussetzungen / Grenzen

FIT betreut „sogenannte „Multiproblemfamilien“. Kennzeichnend für diese Familien ist oft die Unfähigkeit mit verschiedenen Belastungen auf Dauer angemessen umzugehen. Es gibt jedoch verschiedene schwere Problematiken in Familien, in denen „FIT“ nicht angezeigt ist. Dies ist z.B. der Fall bei Familien mit einer hohen Instabilität in allen Lebensbereichen (Chaos regiert den Alltag), bei ausgesprochenen „Gewaltfamilien“ oder bei Familien, mit Mitgliedern, die an einer psychischen und/oder physischen Krankheit leiden und daher stationäre Hilfe benötigen. Zu bemerken ist auch, dass „FIT“ kein Ersatz für Fremdunterbringung der Kinder ist.

Die Betreuung der Familien davon abhängig zu machen, welcher Kategorie sie angehören ergibt jedoch wenig Sinn. Daher werden folgende *operative* Kriterien, als Voraussetzungen für die Zusammenarbeit mit der Familie, definiert:

- Alle Mitglieder der Familien sind zur Mitarbeit bereit (Freiwilligkeit wird angenommen) und sind an Veränderungen im System Familie interessiert.
- Mindestens ein gemeinsamer Auftrag zwischen Familie und Helfersystem kommt zustande.
- Zuständigkeiten im Hilfesystem sind klar: der Familienarbeiter von „FIT“ ist nicht Kontrollinstanz für andere soziale Dienste. „FIT“ ist in erster Linie Hilfe und nicht Kontrolle.

FIT zeichnet sich aus durch eine « Geh-Struktur », das heißt FIT arbeitet mit der Familie in ihrem aktuellen Lebensumfeld, im Haushalt der Familie.

In den Zeitstrukturen gibt es eine hohe Flexibilität und Variabilität je nach Bedarf der Familie. Durchschnittlich können 2 – 3 Familien gleichzeitig betreut werden.

FIT ist kein „Allheilmittel“, sondern eine ambulante Hilfeform neben anderen. Das Trainingsprogramm soll eine intensive ganzheitliche Beratung und Begleitung von und in Familien sein und sich als Partner der Familien und ihres sozialen Netzwerkes begreifen. Es wäre illusorisch anzunehmen, durch den Einsatz von FIT sei die Familie für alle Zeiten krisenfrei und funktioniere problemlos. Im günstigsten Fall haben die Familien und ihre Subsysteme (Eltern/Paare/Kinder ...) gelernt, anders mit sich selbst, miteinander, mit anderen und mit Problemen umzugehen.

6.2.5. FIT – Werte

- Sicherheit und Wohlergehen der Kinder in der Familie sind oberstes Kriterium
- Kinder brauchen ihre Familie und haben ein Recht auf ihre Familie
- Verantwortung und Kontrolle für die Kinder bleibt bei den Eltern
- Eine kooperative Beziehung zwischen gleichwertigen Partnern, d.h. Helfersystem und Familie ist *conditio sine qua non* des FIT. Dies bedeutet:



- Respekt und Wertschätzung der Familie in ihrem SO-SEIN durch Anerkennung ihrer Ressourcen und Schwierigkeiten d.h. die Familie tut das ihr zur Zeit Mögliche, um ihre Probleme zu lösen, wobei das gezeigte Problemverhalten einen – wenn auch wenig geglückten – Versuch der Lösung darstellt.
 - Familienmitglieder selbst sind auch Experten für ihre Familie. Der Familientrainer hat die Funktion eines "Veränderungsmanagers", die Familie muß die Veränderung selbst durchführen.
 - größtmögliche Transparenz, da dies Vertrauen schafft.
 - Interesse, Neugier (nicht-wissende Haltung), Unvoreingenommenheit und Empathie gegenüber dem Klienten und einen Lebensstrategien und Wertvorstellungen.
- Recht auf ein selbstbestimmtes Leben

6.2.6. **FIT – Programmablauf**

Es können hauptsächlich 3 Phasen der Familienarbeit unterschieden werden (siehe auch nachfolgendes Diagramm):

- Die Startphase (ca. 4 Wochen) ist gekennzeichnet durch das gegenseitige Kennenlernen und den Aufbau einer tragenden, vertrauensvollen Beziehung zwischen FIT und Familie. Hier entscheiden die Beteiligten ob es zu einer weiteren Zusammenarbeit kommen soll und kann.
- Nachdem Auftrag und Ziele definiert und klar benannt wurden beginnt nun die Phase der intensiven Arbeit (ca. 4 Monate) in und mit der Familie in Richtung auf Zielerreichung. Neben der Unterstützung und eventuell erforderlicher Neuorganisation im alltagspraktischen Bereich kommt hier der beratenden Tätigkeit im Hinblick auf mögliche Veränderungen und Lösungen eine große Bedeutung zu.
- Nachdem die Familie in der Intensivphase eine Stabilität vor allem auch im Hinblick auf Erziehung und Versorgung der Kinder erreicht hat und somit ein autonomes Funktionieren wieder möglich scheint, soll sie dieses Funktionieren nun in der Ablösungsphase (ca. 4 Wochen) ausprobieren und kann jedoch bei Schwierigkeiten, Hilfe und Unterstützung durch FIT anfordern.
- Es ist sinnvoll, der Familie eine Nachbetreuung, in Form eines "Gutscheines", während des Zeitraumes von 6 Monaten anzubieten. Die Familie kann damit punktuell bei Krisen auf FIT zurückgreifen. Ein Jahr nach Abschluss der Maßnahme ist eine letzte Evaluation vorgesehen.

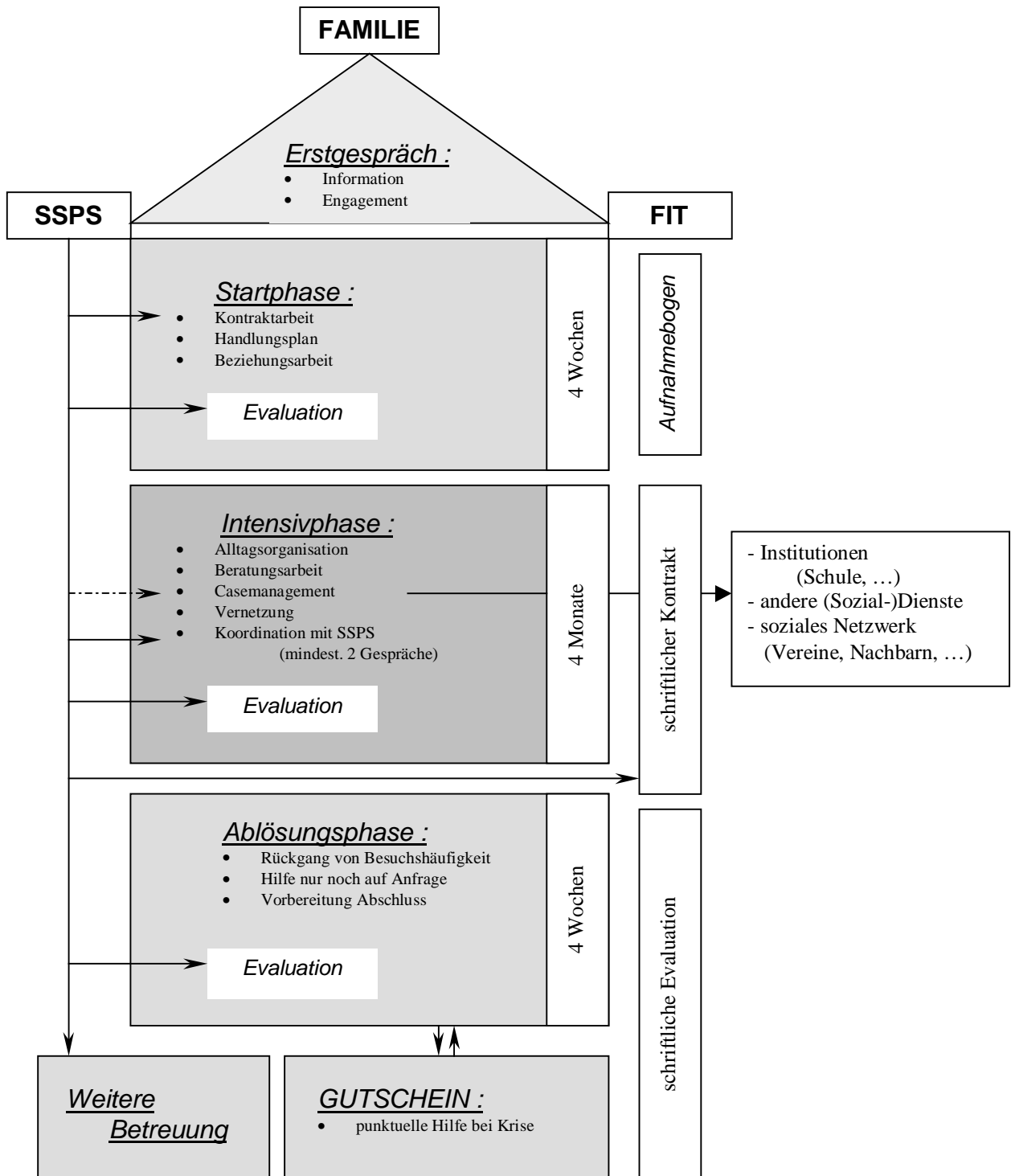
6.2.7. **Zusammenarbeit FIT - Andere (Sozial-) Dienste**

Mit Hilfe der Methode des Casemanagement wird zeitweilig die Rolle des Koordinators von FIT übernommen. Er bezieht andere Hilfesysteme in die Lösung kontrolliert ein und versucht ein tragfähiges Netzwerk für und mit der Familie aufzubauen (Beispiel: Schule, Frühförderung, Beratungsstellen etc.). Im Rahmen der Aufgabenteilung zwischen FIT und anderen Diensten können Koordinationsmaßnahmen jedoch auch von jenen Diensten übernommen werden, die die Koordinationsrolle sowohl vor als auch nach der FIT-Intervention wahrnehmen.

- Enge Zusammenarbeit mit anderen Diensten kommt zustande; wenn FIT :
- als Nachsorgeprogramm von „Families First“,
 - zur Verhinderung oder Vorbereitung von Fremdunterbringung der Kinder oder zur Abkürzung eines bereits erfolgten Heimaufenthaltes durch Begleitung der Reintegration in die Familie
 - zur Organisation von zusätzlichen und spezialisierten Hilfen für Kinder
- genutzt wird.



6.2.8. FIT – Ablaufdiagramm



6.3. JAHRESBERICHT

FIT hat im Jahr 2000 mit und in 2 Familien gearbeitet: 2 Aspekte dieser Arbeit sollen hier besonders hervorgehoben werden:

1.) In beiden Familien erwies es sich als hilfreich, gemeinsam mit den einzelnen Familienmitgliedern Strukturen des Alltags zu erarbeiten. Neben Fragen, die den Bereich der praktischen Haushaltsführung betrafen, ging es hier auch um die Vermittlung von Fähigkeiten und Fertigkeiten im Umgang miteinander, um das Einüben von Verhaltensweisen und Strukturierung des Alltags im Binnenraum der Familie. Zentrale Fragen waren hier Elternfragen wie die der Erziehung von Kindern, Umgang der Geschwister untereinander, aber auch Schwierigkeiten und Möglichkeiten der Gestaltung des Lebens als Paar.

In den genannten Familien waren darüber hinaus jedoch auch von zentraler Bedeutung der Umgang mit anderen Menschen in unmittelbarer Umgebung (erweiterte Familie / Nachbarschaft / Vereine) und der Umgang mit Institutionen, insbesondere der Schule, der sich als besonders schwierig und belastend erwies.

2.) Neben der Arbeit in der Familie kommt der Kooperation mit anderen, für die Familie wichtigen Institutionen, eine herausragende Rolle zu. So hat sich gezeigt, daß neben den persönlichen, materiellen und familiären Ressourcen der Familie die außerfamilialen Ressourcen sowohl informeller als auch formeller Art eine wichtige Rolle spielen. Aufgrund der hohen Komplexität und Mehrdimensionalität der Probleme sind Kooperation und Vernetzung unbedingte Bestandteile einer effektiven Arbeit. Produktive und lösungsorientierte Zusammenarbeit mit anderen Institutionen und Professionellen erfordert die Beachtung und Aushandlung der Grenzen der einzelnen Angebote auf der Basis von fachlichen Konzepten unter Berücksichtigung der Klarheit der Unterschiede. Gemeinsam mit den Familien, die größtenteils sozial isoliert leben und wenig Kontakt nach außen haben, ist es außerordentlich wichtig eine neue Möglichkeit der informellen Vernetzung zu suchen. Von entscheidender Bedeutung ist daneben auch, wie es gelingt mit anderen Professionellen, die der Familie nützlich sein könnten oder bereits am Hilfeprozess beteiligt sind, zu kooperieren und Kompetenzen anzuerkennen, abzugrenzen und adäquat und koordiniert in die Lösung einzubinden. Die betroffenen Familien berichteten beispielsweise daß unterschiedliche Institutionen, mit denen sie in Kontakt standen, unterschiedliche, ja sogar teilweise widersprüchliche Forderungen und unklare Erwartungen an sie herantrugen. Dies führte in den Familien zu Konfusion, Konflikten und Resignation.

Ein gemeinsam erarbeiteter Hilfeplan, der die unterschiedlichen Institutionen miteinbezieht ist daher ein notwendiges Arbeitsinstrument, gemeinsame Hilfeplangespräche und Netzwerkkonferenzen ein wichtiger Aspekt der Arbeit.

Es wäre zu wünschen, dass in Interesse der betroffenen Familien ein Team „FIT“ entsteht, welches Familien in Notsituationen unterstützen und beraten kann, damit die betroffenen Kinder und Jugendlichen altersgemässe Entwicklungen leben können.

6.4. POSITION DE LA LIGUE DANS LE CADRE DES TRAVAUX DE LA COMMISSION PARLEMENTAIRE "JEUNESSE EN DETRESSE"

La Ligue Médico-Sociale est active depuis des décennies dans le domaine de l'enfance et de la jeunesse par l'intermédiaire de plusieurs services :

- le service social polyvalent de secteur (SSPS), dont fait partie
- le service médical scolaire (SMS)

et plus récemment par

- deux consultations psychologiques au centre et au nord du pays
- le projet-pilote : Familien-Intensiv-Training (FIT).

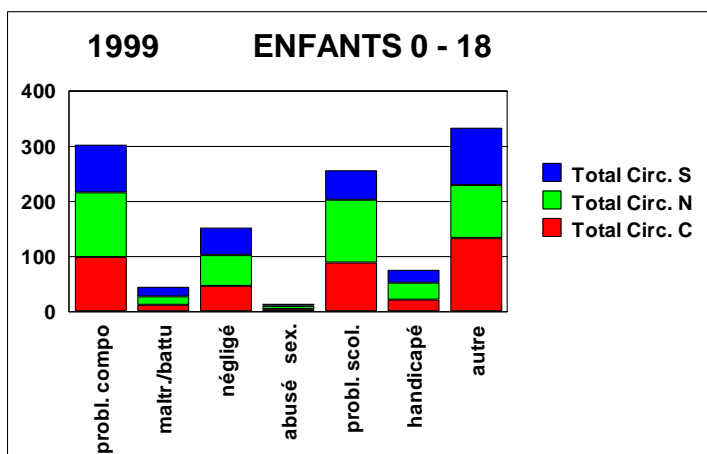
Le service médical scolaire s'adresse aux enfants de l'enseignement préscolaire et primaire. C'est un service de médecine préventive au départ qui intègre néanmoins des bilans sociaux et par conséquent une prise en charge sociale en cas de besoin.

Le groupe cible du SSPS est la famille et la tâche principale de ce service constitue l'accompagnement social des enfants/jeunes et de leurs familles en difficultés. C'est un service à visée généraliste et polyvalent. L'aspect préventif aussi bien médical que social est prépondérant, contrairement aux consultations psychologiques et au FIT qui sont des services de traitement spécialisés.

1. Les problèmes rencontrés journalièrement en relation avec le sujet « jeunesse en détresse »

La rapport d'activité de 1999 de la Ligue Médico-Sociale qui sert de base à la présente réflexion, montre tout d'abord que la pauvreté joue un rôle important dans beaucoup de situations prises en charge.

En 1999, 1562 dossiers d'un total de 6566 dossiers (période statistique : 99/01 – 99/09), renfermaient des problématiques liées à des enfants ou jeunes (0-18 ans). Cela constitue 24% de tous les dossiers, c.-à-d. 24% des ménages pris en charge par le service. Dans ces ménages les problèmes touchaient 1595 mineurs (0-18 ans). En ce qui concerne les problèmes plus spécifiques des mineurs des 1562 dossiers recensés sur 9 mois, le graphique suivant est à consulter.



Remarque importante :

Les statistiques détaillées n'ont pas été réalisées spécifiquement pour étudier les problèmes des jeunes à travers le pays. Il s'agit de statistiques globales se rapportant à des ménages rencontrés par le SSPS et la statistique ne retient que quelques catégories de problèmes assez larges.

Ainsi la catégorie « autre » est relativement importante. On peut y situer des problèmes tels que la toxicomanie, la délinquance, des problèmes relationnels, des problèmes de passage à la vie active, ...

Le nombre peu important d'abus sexuels peut étonner, mais ce chiffre ne se rapporte qu'aux cas avérés. Les suspicions d'abus sexuel n'ont pas été recensés.

Dans le tableau suivant le nombre de dossiers avec des mineurs à problèmes est ramené au nombre du total des ménages dans les différentes circonscriptions, pour calculer un pourcentage relatif.

circonscription	dossiers de sur 9 mois	idem sur 12 mois	total national ménages	pourcentage
Centre	569	759	85 481	0,89%
Nord	534	712	28 171	2,53%
Sud	459	612	49 812	1,23%

La fréquence relative à des ménages avec mineurs à problèmes est de 2,53% au Nord, 1,23% au Sud et 0,89% au Centre du pays. Le manque, voire l'absence de services adéquats, surtout au nord du pays, est une explication vraisemblable de ces chiffres.

La statistique de la Ligue médico-social révèle un autre chiffre important dans le contexte de la jeunesse en détresse ; celui des signalements des situations problématiques à la justice, le plus souvent au juge de la jeunesse. En 1999, 126 signalements ont été faites.

La distribution des problèmes des mineurs par tranche d'âge donne les chiffres suivants :

tranche d'âge des personnes concernées par dossier	dossiers sur 9 mois	pourcentage
0-3	353	22%
4-12	780	49%
13-19	462	29%
TOTAL	1595	100%



Etant donné que les agents du SSPS sont également actifs dans le cadre de la médecine scolaire le pourcentage est le plus élevé pour la tranche d'âge de 4-12 ans.

Conclusions :

- Les problèmes des mineurs sont détectés de façon suffisamment précoce, mais leur prise en charge ne peut se faire avec l'intensité nécessaire.
- La pauvreté au sens large joue un rôle important dans la problématique des enfants et de leurs familles en difficulté
- Le SSPS renferme un potentiel préventif dans le domaine qui attend d'être développé.

2. les lacunes ou éventuelles déficiences constatées tant du point de vue matériel que législatif et suggestions en vue de l'amélioration de la situation contingente

Au niveau légal :

- Manque de différenciation au niveau législatif : Il existe dans la législation un mélange entre la protection des mineurs (Jugendschutzgesetz) et l'aide aux mineurs (Jugendhilfegesetz). Un troisième aspect constitue le volet pénal (Jugendstrafgesetz). Pour le Luxembourg, il faut avant tout une loi claire sur l'aide à la jeunesse
- Les familles en difficultés devraient pouvoir bénéficier d'un droit à l'accompagnement social (cfr législation sur le revenu minimum garanti) qui prévoit des plans d'aides coordonnant les différents professionnels impliqués (Jugendhilfegesetz)
- L'autorité parentale est retirée aux parents avec le placement de l'enfant. Cette disposition cause beaucoup de problèmes :
 - déresponsabilisation des parents
 - hésitations du côté des professionnels pour signaler des situations douteuses à la justice
 - problèmes relationnels si l'enfant est placé chez les grand-parents ou chez d'autres membres de la famille
 - problèmes éthiques
 -

Au niveau institutionnel :

- Inefficacité de l'assistance éducative prévue par la loi du 10 août 1992 art. 1 par manque de personnel
- Sous-développement de tout le secteur de l'aide ou de la protection de la jeunesse. A titre d'exemple, il n'y a qu'à comparer les structures médico-psycho-sociales de Trêves (+- 100.000 habitants) avec celles du Luxembourg (430 000 habitants) pour se rendre compte à quel point des services suffisamment dotés en personnel manquent.
- Séparation des fonctions d'aide et de contrôle : Les services travaillant dans les domaines de l'aide, de la protection et de la législation pénale des mineurs doivent être clairement séparés. C'est une condition sine qua non de l'efficacité d'un service d'aide qui nécessite une base de confiance mutuelle entre professionnel et usager. Les codes de déontologie des professionnels en témoignent.
- Il existe des lacunes régionales importantes d'accueil d'enfants et de jeunes. En plus, ces structures ne sont pas suffisamment différenciées :
 - crèches
 - pensions de jeunesse (pour jeunes avec conflits familiaux qui travaillent
 - internats sociaux-familiaux
 - logements pour familles
 - maison pour jeunes combinées avec du travail social 'de rue' (low-level social work) pour les jeunes (indépendamment du phénomène de la toxicomanie
 - aides familiales (aide aux devoirs scolaires p.ex. si les enfants ont des problèmes de langue ou si le niveau d'instruction des parents est trop bas, ...) et autres services d'aide concrète à domicile (p.ex. garde si l'horaire de travail des parents se chevauche avec l'horaire scolaire des enfants)
 - équipes multidisciplinaires réalisant un 'diagnostique' familial avant des interventions lourdes comme le placement
 - ...
- Flexibilisation du système scolaire : horaires, cantines scolaires, étoffement des structures de prise en charge des problèmes des jeunes, ...



Conclusion :

La prise en charge de la jeunesse en détresse se réalise pour une large part par un traitement symptomatique. Les causes des problèmes ne sont pas combattus suffisamment et la prévention doit être développée.

Dans la mesure où les problèmes relationnels intrafamiliaux constituent le motif le plus fréquent à l'origine d'un placement, les mesures d'accompagnement familial intensifs doivent être développées prioritairement.

7. Service d'Evaluation « Assurance Dépendance »

A partir de septembre 2000, la Ligue Médico-Sociale a constitué une équipe d'assistantes (d'hygiène) sociales sur base d'une convention avec le Ministère de la Sécurité Sociale. La mission suivante est confiée au service : ***Evaluation de la dépendance de personnes ayant introduit une demande auprès de la Cellule d'Evaluation et d'Orientation (CEO), résidant en établissement d'aides et de soins ou à domicile.***

L'objectif premier qui unissait les deux contractants était celui de la réduction du retard dans le traitement des demandes de la population en vue de l'obtention des prestations de l'assurance dépendance.

Dans une première phase le travail d'évaluation des demandeurs a été organisée à partir des trois centres médico-sociaux les plus importants dans leurs régions respectives, à savoir celui d'Ettelbruck, d'Esch/Alzette et celui de Luxembourg.

La mise en place de ce service selon les critères de quantité, de qualité et de rythme de travail établis par la CEO avec en parallèle une adaptation réciproque des systèmes informatiques a demandé des efforts considérables à la Ligue Médico-Sociale. Mais une dizaine d'évaluations par semaine ont pu être réalisées et le nombre total pour l'année 2000 s'élève ainsi à 276 évaluations.

Le travail continuera en 2001 avec un système informatique bien rodé et six assistant(e)s (d'hygiène) social(e), dont deux travaillant à mi-temps. La Ligue Médico-Sociale espère ainsi contribuer à une résorption rapide du stock considérable de demandes. A la rédaction du présent rapport plus de 1100 évaluations ont été réalisées par les soins du personnel de la Ligue.



LES SERVICES DE MÉDECINE PRÉVENTIVE

1. Les consultations pour maladies respiratoires

1.1. LES DONNEES GENERALES

1.1.1. Bilan de l'activité globale de la Ligue en 2000 :

L'activité globale de la Ligue a été importante, au cours de l'exercice 2000, même si la plupart des témoins de l'activité se sont tassés. Ainsi le nombre de consultations, le nombre de consultants, le nombre d'actes de radiologie, la quantité de tests cutanés effectués sont le plus souvent en diminution. Seul le nombre de rapports adressés aux médecins correspondants a progressé. Globalement l'activité de la Ligue a été moindre, mais reste toutefois à un niveau élevé. Nous verrons les explications essentielles de ce constat au cours de cet exposé.

Les témoins indirects de ces observations sont individualisés par le nombre de cas de TB AIII et AIV enregistrés (voir la classification des TB au chapitre 2.2.1.3) et par le nombre de dossiers de TB pris en charge par les AHS (c'est à dire tous ceux qui nécessitent une enquête sanitaire).

Les chiffres bruts au niveau national sont les suivants :

15690 consultants

1038 séances de consultations assurées.

6344 examens de radiologie réalisés.

7889 tests tuberculiniques effectués

17289 rapports médicaux rédigés

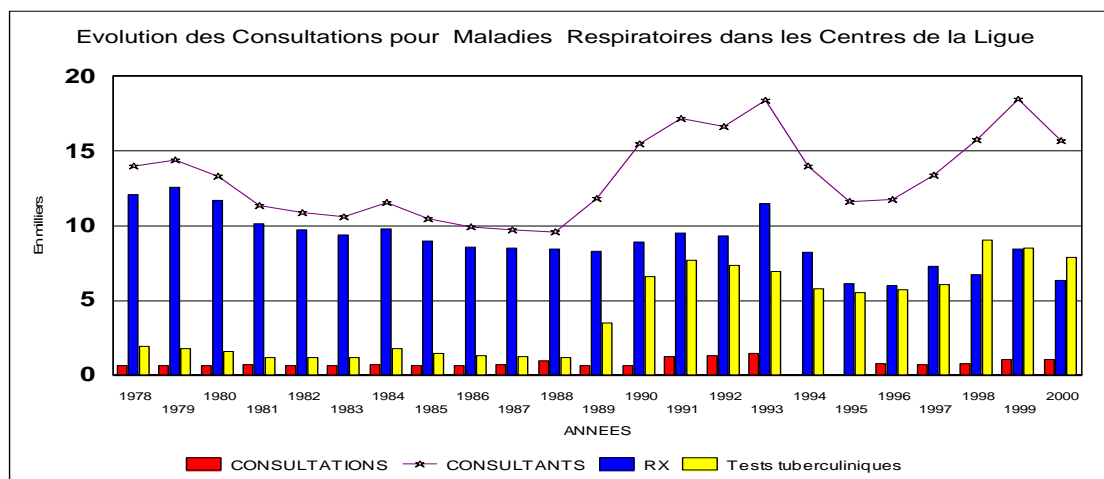
30 dossiers de TB pris en charge par les AHS

1.1.2. Evolution et répartition de l'activité de la Ligue

1.1.2.1. Evolution globale

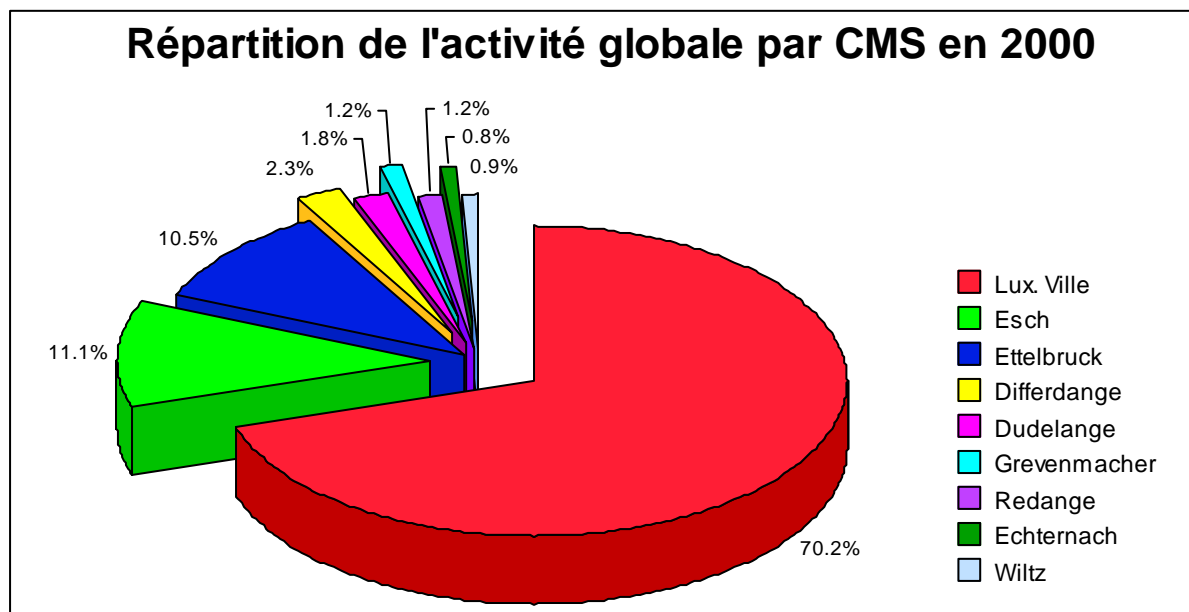
Le principal moteur de l'activité est la fréquentation des CMS par la population. Elle conditionne directement le nombre d'actes, de tout ordre, effectués. Or, l'on constate en 2000, que le nombre de consultants est inférieur à celui de l'exercice antérieur. Cependant, il reste élevé et comparable à celui de 1998 ou à celui du début de la dernière décennie (90, 91, 92).

Ainsi, le volume de chaque type d'acte accuse une baisse relative. Néanmoins, leur niveau reste élevé. C'est ainsi que le nombre d'examens radiologiques a diminué par rapport à l'an dernier (6344 contre 8471) mais il est comparable à la moyenne des cinq dernières années (6920). De même, le nombre de tests tuberculiniques effectués par rapport à l'an dernier (7889 en 2000 contre 8477 en 1999) est moins important. Ce chiffre reste cependant supérieur à la moyenne des cinq dernières années (6971 tests effectués en moyenne).



1.1.2.2. Répartition de l'activité

L'activité est concentrée sur Luxembourg-Ville qui réalise plus de 70% de l'activité globale. Respectivement les centres d'Esch et d'Ettelbruck réalisent 11,1 et 10,5% de l'activité. Ces trois principaux centres réalisent près de 92% de l'activité. Enfin l'ensemble des centres périphériques représente moins de 10% du total.



Nous avons pris arbitrairement pour quantifier cette activité la somme des examens radiologiques effectués, des tests cutanés réalisés et des rapports adressés aux médecins. En effet, comme nous l'indiquons plus en avant, le recueil des données n'est pas similaire partout et nous avons pris les données indiscutables sur l'ensemble des centres.

1.2. LA POPULATION CIBLE

La population du Grand-Duché, au 1er janvier 2001 est de 440.000 habitants. Elle est en constante augmentation. Ainsi elle comptait respectivement 364.600, 384.400 et 429.200 habitants en 1981, 1991 et 1999. L'accroissement de la population est important : de 14.6% depuis 1991 et de 2.5% depuis 1999.

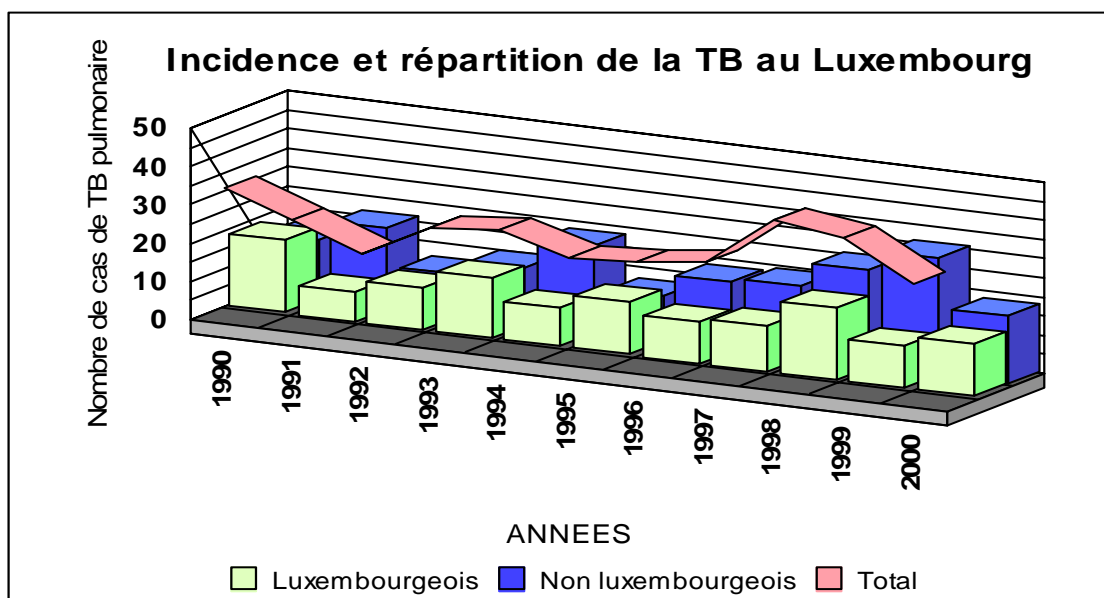
De même, la proportion d'habitants non luxembourgeois a progressé, passant successivement, pour les mêmes dates, de 26,3% à 29,4% puis à 34,9% de la population totale. Ceux-ci sont originaires, pour la grande majorité des cas, de pays de la CEE (non soumis à une obligation de contrôle sanitaire d'entrée sur le territoire). La plus forte communauté est portugaise et représente, à ce jour, plus de 56% des étrangers résidants sur le territoire national, alors qu'en 1981 cette proportion atteignait un peu moins de 30%.

Par ailleurs, la communauté internationale et plus particulièrement les pays membres de la CEE sont venus en aide aux différentes communautés en conflit dans les Balkans. Pour sa part le Luxembourg a accueilli un nombre important de réfugiés de l'ex-Yougoslavie depuis quelques années. Cet afflux, s'est considérablement ralenti en 2000.

Il faut tenir compte de ces facteurs migratoires et démographiques dans l'évolution de l'activité et dans l'interprétation des résultats épidémiologiques.

Nous reproduisons ci-dessous les données épidémiologiques officielles de la direction de la santé. Celles-ci objectivent la part des cas de tuberculose importés par des personnes d'origine étrangère au Luxembourg depuis 10 ans.





1.3. ACTIVITE DES CENTRES

Comme nous l'avons signalé plus haut, trois centres réalisent la majeure partie de l'activité. Les petits centres satellites ou périphériques ont une proposition de service intermittente et s'adressent surtout à une population éloignée, âgée ou se déplaçant difficilement. Leur activité propre est réduite mais permet aussi à une population locale défavorisée d'accéder à des services gratuits.

Cette activité est calculée en additionnant les actes radiologiques, les tests tuberculiniques exécutés et lus et le nombre de rapports adressés aux médecins prescripteurs.

Pour plus de commodité et pour des raisons géographiques, économiques et démographiques il est plus judicieux de raisonner par circonscription.

1.3.1. Volume des activités

1.3.1.1. Circonscription du Nord

A l'heure actuelle quatre centres sont opérationnels pour effectuer des radiographies (Ettelbruck, Echternach, Redange et Wiltz). Le personnel réalise des tests cutanés à jours déterminés. Mais il est certain que la présence d'une consultation radiologique est un facteur déterminant de l'activité.

Cette année l'on comptabilise ainsi :

- 176 séances
- 3062 consultants
- 999 radiographies
- 1302 tests effectués
- 1143 tests lus
- 1989 rapports rédigés
- 2 dossiers de TB, auxquels il faut ajouter 6 cas primo-infection A1/1

1.3.1.2. Circonscription du Centre

Luxembourg est la plus grande agglomération urbaine du pays.

Le CMS de Luxembourg offre une consultation radiologique quotidienne et une présence médicale et para-médicale permanente du lundi au vendredi. Il s'agit là d'un attrait primordial pour la clientèle. Tous ces éléments favorisent une fréquentation importante du centre.

En revanche, le centre de Grevenmacher est peu actif en raison de la proximité de Luxembourg et de la faible offre médicale qui y est proposée.



Les données recueillies sont les suivantes :

- 496 séances
- 9053 consultants
- 4148 radiographies
- 4905 tests effectués
- 4678 tests lus
- 14939 rapports rédigés
- 17 dossiers de TB, auxquels il faut ajouter 10 cas de primo-infection A11

1.3.1.3. Circonscription du Sud

L'on peut constater que les différents centres urbains de cette région sont peu éloignés les uns des autres et sont relativement proches de la capitale. Les accès autoroutiers sont par ailleurs bien développés.

Il existe certainement une influence de ces facteurs dans la fréquentation de ces centres.

Par ailleurs il est utile de rappeler que le CMS de Differdange ne réalise plus de radiographies. Seuls des tests tuberculiniques y sont effectués.

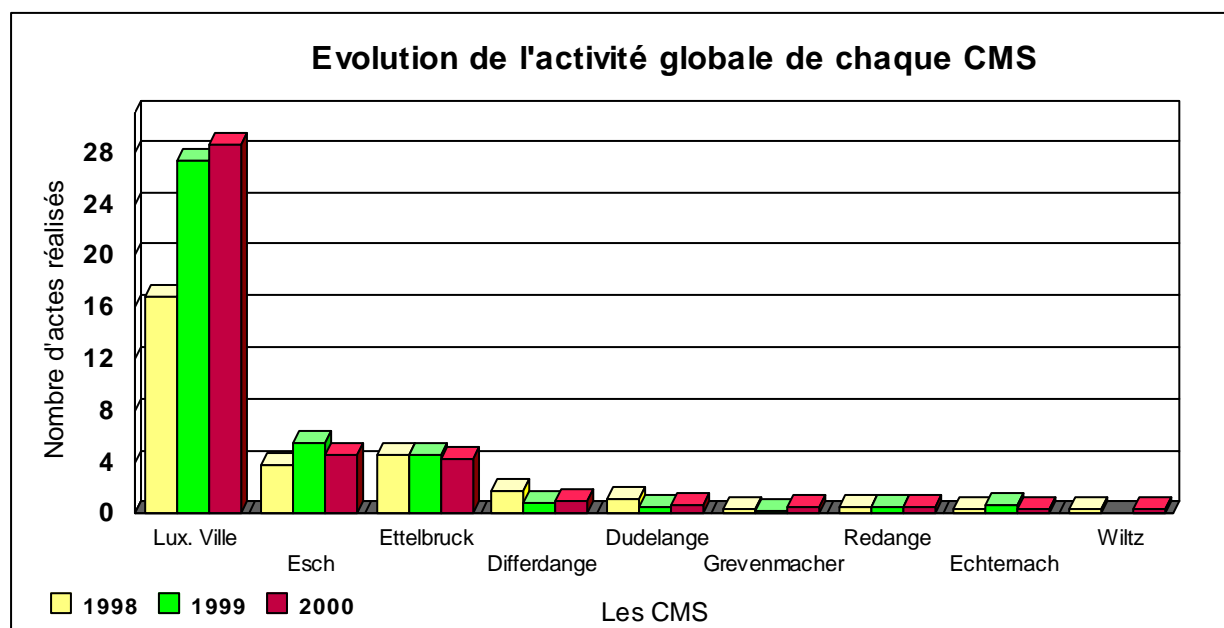
De la même manière l'on établit le compte suivant pour ce secteur :

- 315 séances
- 3575 consultants
- 1197 radiographies
- 1682 tests effectués
- 1255 tests lus
- 2079 rapports rédigés
- 11 dossiers de TB, auxquels il faut ajouter 14 cas de primo-infection A11

1.3.2. Evolution de l'activité

Par CMS

L'activité globale augmente légèrement à Luxembourg-Ville, alors qu'elle diminue modérément à Esch et Ettelbruck. La tendance dans les centres périphériques est au statu quo. L'offre de service est plus importante à Luxembourg-Ville où l'ouverture au public du CMS est quotidienne. Ce fait a pour effet de drainer une part importante de la population nationale.



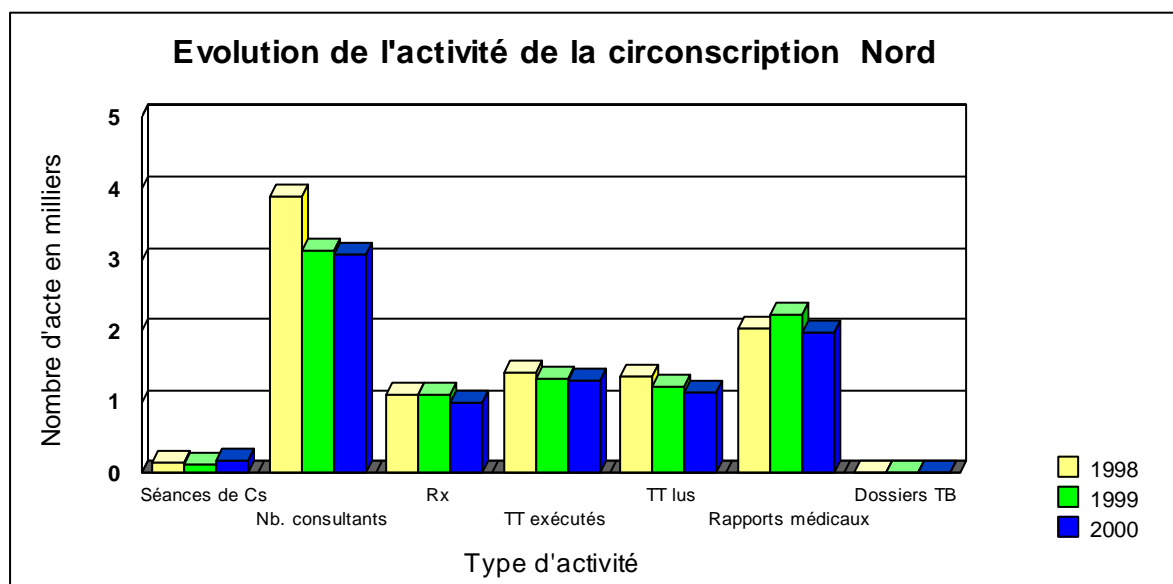
Pour plus de clarté et une meilleure appréciation de la tendance évolutive nous avons regroupé, au sein d'un même tableau, les exercices 98, 99 et 2000 de chaque circonscription et pour chaque type d'activité.



Pour la circonscription Nord

Globalement l'activité de cette circonscription a connu un léger tassement de son activité par rapport à 1999. La tendance depuis quelques années est à la baisse comme le montre le graphique. La reprise des consultations aux CMS de Wiltz et de Redange n'a pas pour l'instant stabilisé le volume d'activité de la circonscription. Toutefois l'activité à Redange retrouve pratiquement son niveau antérieur malgré une activité de seulement 9 mois (reprise des consultations depuis avril 2000). Les patients chroniques, suivis depuis plusieurs années, reviennent progressivement se faire suivre à Redange. L'on note, dans cette localité, une importante population de silicose (anciens ouvriers des ardoisières) et de séquelles de TB parmi une population relativement âgée.

Au plan médical le nombre de dossiers «TB traités» a baissé de 3 à 2.

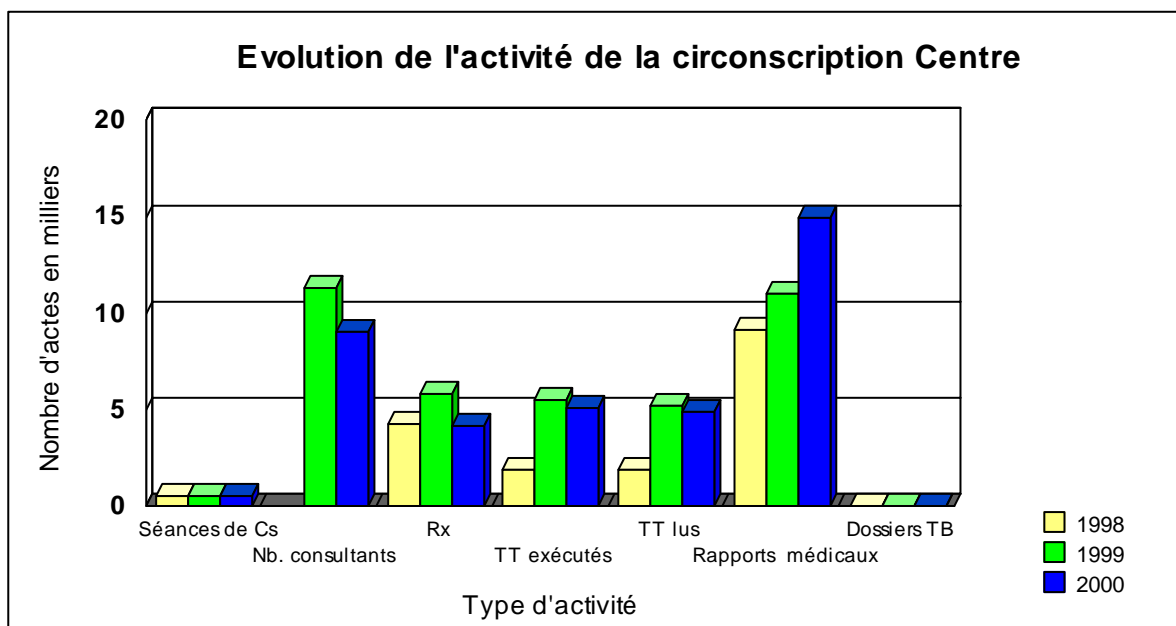


Pour la circonscription Centre

L'activité globale a légèrement progressé en un an, due essentiellement au nombre croissant de rapports adressés aux médecins, car comme nous l'avons vu les autres postes sont en baisse. Si les consultants et les actes radiologiques sont moindres, par contre le nombre de tests tuberculiques effectués est pratiquement identiques. Ces derniers sont maintenant effectués de façon systématique (avec une radiographie dans la plupart des cas) chez les sujets en contact avec un patient contagieux. Ces ID sont contrôlées 8 semaines plus tard en cas de négativité. Cette pratique contribue à réduire le nombre de radiographies inutilement effectuées lors du suivi ultérieur des sujets contacts. Par ailleurs, à plusieurs reprises des équipes ont été amenées à se déplacer au sein d'entreprises lors d'enquêtes d'entourage TB, ce qui entraîne une diminution de la fréquentation au sein du CMS.

La charge de travail pour l'ensemble du personnel est globalement soutenue. L'engagement des ATM de radiologie a permis aux AHS, aux infirmières et au personnel polyvalent de se recentrer sur ses compétences et tâches usuelles.

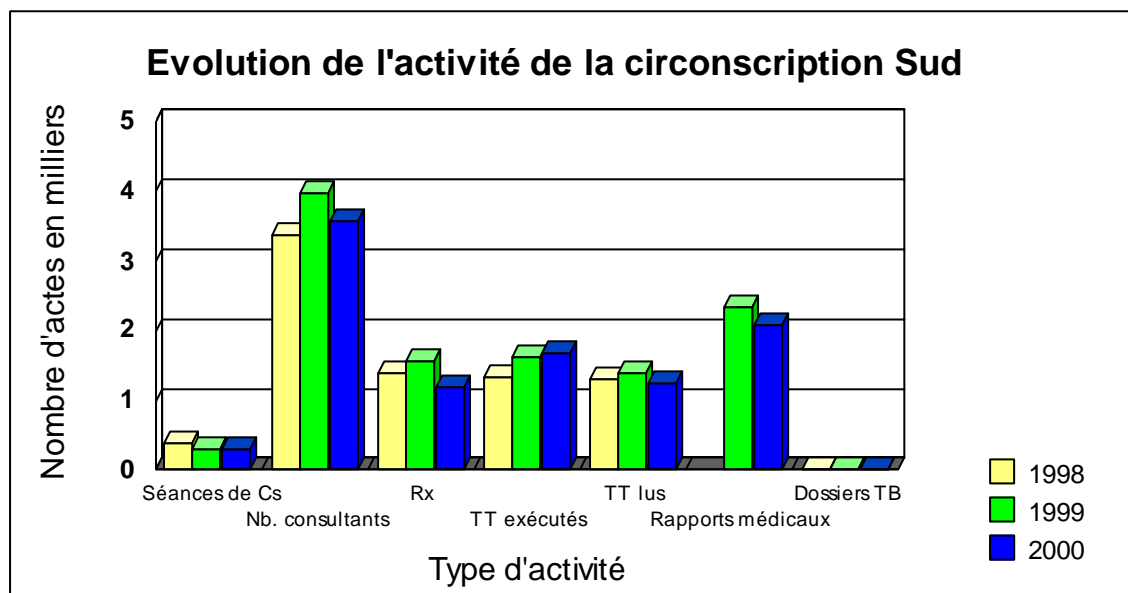
Le nombre de dossiers «TB traités» est passé de 29 à 14 et confirme les données épidémiologiques globales.



Pour la circonscription Sud

Dans ce secteur l'activité globale a modérément régressé. Le nombre de consultants et d'exams radiographiques est inférieur à celui de 99 mais supérieur à celui de 98 et ceci malgré le fort ralentissement de l'accueil de réfugiés notamment en provenance des Balkans. L'activité en terme de réalisation de tests tuberculiniques est toujours soutenue.

Comme dans les autres circonscriptions, le nombre de dossiers «TB traités» a régressé de 16 à 11.



1.3.3. Interprétation des chiffres

Pour le domaine de la tuberculose qui représente une part prépondérante de l'activité médicale de la Ligue, les données recueillies complètent les statistiques officielles gouvernementales et sont conformes aux données internationales. Nous soulignons encore une fois la complémentarité des données de la Ligue avec celles du ministère de la santé, et nous rappelons que l'action préventive de la Ligue est mise en relief par le nombre de primo-infections diagnostiquées. Cependant nous rappelons que le chiffre récapitulatif des primo-infections *A11* ne représente que la différence des prévalences instantanées de fin et de début d'année (Cf. Chapitre 2.3.1). La notification de l'incidence des formes *A11* permettrait d'obtenir une meilleure vue d'ensemble de la TB. Par exemple, pour les



circonscriptions Nord et Sud, le nombre relevé est de 20 alors que le nombre des formes A/1 enregistrées au cours de l'année (incidence) est de 60.

Au niveau national la régression du nombre de tuberculose déclarée est pour une part non négligeable à mettre sur le compte des flux migratoires. Cette analyse est à tempérer par le niveau encore élevé des cas de primo-infections, liés directement aux nombre de cas de TB pulmonaires contagieuses de ces dernières années.

De même, la diminution modérée de l'activité globale de la Ligue est directement liée à l'importante régression de l'accueil de réfugiés, pour la plupart en provenance des Balkans, au cours de l'année 2000. Par contre le nombre des examens systématiques de dépistage, de médecine du travail, et de prévention dans le cadre des dispositions légales du pays n'a pas varié.

En effet, une analyse plus fine des chiffres et graphiques fait apparaître que le nombre de radiographies est en baisse, grossièrement de façon parallèle à la baisse des consultants.

Par contre, le nombre de tests tuberculiques est en baisse plus modérée. Cela souligne les modifications d'approche pratique en matière d'enquête épidémiologique, le respect des recommandations en matière de dépistage, et l'engagement vers les nouvelles dispositions en matière de protection du public vis à vis des rayonnements ionisants.

1.1. CONCLUSIONS

Malgré les modifications récentes de fonctionnement et malgré la nécessité d'ajustements dans l'organisation et l'harmonisation des services, pour une efficacité optimale, la Ligue assure pleinement ses différentes missions et fonctions.

Dans le cadre de la tuberculose (TB) les constatations nationales actuelles sont conformes aux données épidémiologiques des pays développés. La TB n'est pas éradiquée et ne régresse plus dans nos pays. Les raisons essentielles sont liées aux modifications des modes de vie (développement des transports, flux migratoires, échanges internationaux, concentration humaine urbaine, etc.), aux conditions de vie (accroissement de l'exclusion, de la marginalisation, des toxicomanies, etc.) et à l'accroissement des populations à risque.

Les ressources en personnel et en matériel sont formées et adaptées à cette mission de dépistage et de prévention de la tuberculose, en particulier au sein des populations défavorisées ou à risque.

Ces éléments justifient le maintien, au niveau actuel, des moyens de lutte contre cette maladie transmissible. Notre action participe aussi à la surveillance et la « veille sanitaire » dans ce domaine spécifique.

D'une manière plus générale, en matière de Santé Publique les gains ne sont jamais acquis. Ceux-ci demeurent fragiles et dépendants de la vigilance des autorités et de la solidité et de la permanence du secteur sanitaire et social.

Par ailleurs, les actions et interventions de la Ligue dans les domaines du contrôle sanitaire des populations, de la prévention des maladies respiratoires, de l'éducation et de la promotion pour la santé, en coopération avec les institutions nationales et divers services médicaux, sont en constante progression et confirment les nécessaires ajustements, adaptations et évolution des services.

Le rôle de la Ligue s'inscrit ainsi totalement dans sa mission de promotion de la santé, de prévention, de dépistage et d'aide à la population.



2. Les consultations pour fumeurs et la prévention du tabagisme

Le tabagisme est un problème de santé publique majeur dans tous les pays développés. Ses nuisances et ses effets sur l'organisme jouent un rôle considérable sur les coûts directs et indirects du budget de la Santé.

Le tabac par la nicotine qu'il contient provoque une dépendance physique et psychologique qui est un frein puissant au sevrage.

Par ailleurs, il entraîne des effets nocifs et délétères pour de nombreux organes au premier rang duquel figure l'appareil respiratoire. Les goudrons, les benzènes et les nombreux produits chimiques qu'il dégage sont soit des produits irritants soit des substances cancérigènes pour les muqueuses respiratoires.

Le tabac entraîne une inflammation chronique de la muqueuse, une perturbation et une altération des moyens de défense mécanique et physico-chimique (épuration mucociliaire) mais aussi des défenses immunitaires locales bronchiques. Les défenses du poumon profond sont aussi détériorées. L'inflammation chronique des bronches favorise les infections, l'asthme et l'apparition de la bronchite chronique compliquée ou non d'une obstruction des voies aériennes qui conduit progressivement à l'insuffisance respiratoire chronique. Les conséquences peuvent être encore plus grave au niveau de la sphère ORL et respiratoire par le développement de cancer.

Le rôle du tabac est aussi bien démontré dans la genèse des cancers de la vessie.

N'oublions pas son rôle dans les affections cardio-vasculaires (hypertension artérielle, infarctus du myocarde, artérite, accident vasculaire cérébraux etc.), les pathologies digestives (gastrite, ulcère) et ses conséquences pour la femme enceinte, son fœtus et pour le nourrisson.

Le tabagisme passif est lui aussi nocif notamment pour les plus jeunes et les enfants (infections, asthme, bronchopathie chronique, etc.). En outre, des études récentes démontrent que les personnes exposées aux fumées de tabac de façon chronique sont exposées au risque de bronchite chronique voire de cancer.

Le tabagisme est en augmentation notamment chez les jeunes et les femmes. Fumer une cigarette est devenu un geste automatique pour plus d'un tiers de la population féminine.

Dans ce cadre de prévention et de lutte contre le tabagisme, la Ligue propose à la population plusieurs types d'action.

- Des actions d'éducation, de promotion de la santé et de l'hygiène de vie, dans une optique de prévention primaire, visant principalement les enfants dans les écoles.
- Action de sensibilisation du personnel des maternités (sages-femmes, infirmières, puéricultrices, aides-soignantes, etc.) afin de sensibiliser les futures mamans. Leur rôle est de diffuser les informations et les différentes brochures disponibles, et de conseiller et d'aider les femmes dans leur prise de décision.
Des séances de formation du personnel infirmier sont dispensées au personnel des maternités. Notre brochure « Für einen gesunden Start in das Leben » dans le cadre du programme « Europe contre le Cancer » et le « Bremer Institut für Präventionforschung und Sozialmedizin » complètent la sensibilisation des femmes enceintes dans tous les domaines concernant le tabac.
- Des interventions d'information, en faveur du personnel, sont régulièrement organisées au sein des collectivités et des entreprises qui le désirent. Tous les aspects du tabagisme sont abordés dans ces réunions-débats.
- Par ailleurs, pour les fumeurs une consultation d'aide au sevrage, avec la présence d'un médecin spécialiste pneumologue, est proposée à Luxembourg et à Dudelange. Celle-ci comprend un entretien individuel, le recueil des antécédents, l'inventaire du passé tabagique, la définition du comportement vis à vis du tabac, l'évaluation des dépendances et de la motivation, et l'explication du bénéfice à arrêter de fumer. Un examen est réalisé et différentes mesures complémentaires peuvent être effectuées (taux de CO exhalé, spirométrie de base). A l'issue de la consultation un programme de sevrage est défini avec le patient, qui est alors adressé à son médecin traitant. Un suivi est institué afin de contrôler le respect du calendrier. Un soutien diététique et psychologique est proposé en cas de nécessité.



- La récente mise sur le marché en vente libre des substituts de la nicotine et surtout la mise à disposition du corps médical de nouvelle molécule d'aide au sevrage contribue à la prise en charge d'une part importante des patients par leur médecin de famille et à une relative automédication. Ces faits semblent expliquer que les consultations pour fumeur n'ont pas l'audience souhaitée. Un effort de sensibilisation de la population sur les problèmes du tabagisme et d'information des médecins sur les motivations et les services proposés par la Ligue est à faire.
- En dernier lieu, à l'occasion de la journée mondiale sans tabac du 31 mai un article de presse a été publié dans les médias nationaux. Celui-ci dénonçait les manœuvres de l'industrie du tabac pour rendre dépendant les consommateurs de tabac, déculpabilisait les fumeurs et appelait les jeunes à ne pas succomber au mirage de la cigarette.

Les projets de la Ligue dans la lutte contre le tabagisme ne manquent pas et s'intègrent dans le domaine plus vaste de l'éducation et de la promotion pour la santé :

- Elaboration d'une brochure sur le tabagisme, à l'intention du public et des consultants des CMS.
- Renforcement des séances d'informations dans les écoles, les collectivités, les entreprises et les écoles d'infirmières
- Organisation de séances d'information dans les maternités.

3. Le service médical scolaire

3.1. INTRODUCTION

La loi du 02.12.1987 relative à la médecine scolaire oblige les communes à organiser un service médical scolaire en leur permettant de recourir à un organisme externe pour effectuer ce travail. A l'exception de quelques grandes communes, la Ligue Médico-Sociale offre ce service à plus de 100 communes du pays.

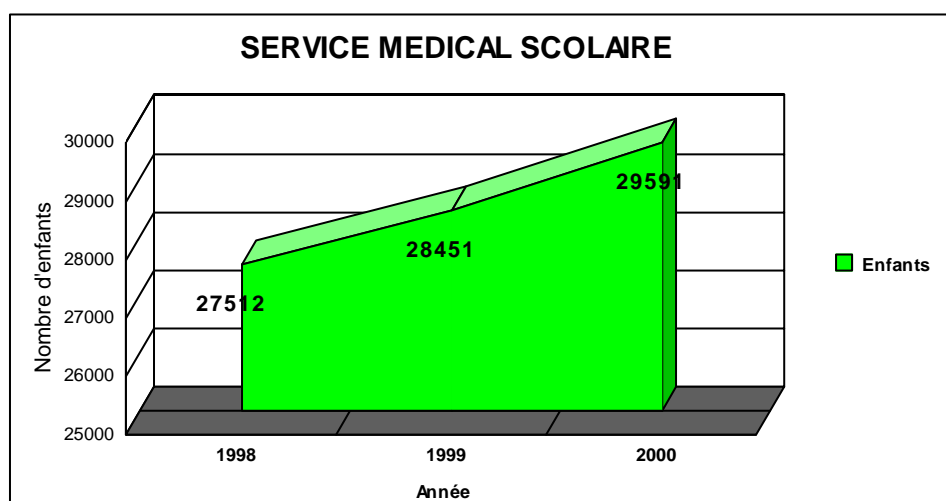
Trois domaines caractérisent la médecine scolaire : le volet médical, le volet social, le volet de l'éducation à la santé.

Les examens réalisés dans le cadre du service médical scolaire sont prescrits par le règlement grand-ducal du 21.12.1990. Celui-ci détermine également le contenu et la fréquence des mesures et examens de la médecine scolaire.

Les équipes médico-socio-scolaires sont actuellement constituées par les infirmières de la Ligue, les A(H)S et le médecin désigné par chaque commune. L'équipe est agréée par le médecin-chef de la division de la médecine scolaire du Ministère de la Santé.

Le suivi social des enfants sur base des constatations, retenues dans les bilans sociaux instaurés par la loi, est réalisé par les A(H)S. Faisant de plus officiellement partie des commissions médico-psychopédagogiques (CMPP) depuis le 1.1.99, l'A(H)S constitue ainsi une plaque tournante de la prise en charge sociale des enfants scolarisés.

3.2. LA POPULATION SCOLAIRE



Au plan national, le nombre d'enfants fréquentant les classes préscolaires et primaires croît régulièrement depuis des années. Cela n'est pas sans poser des problèmes de plus en plus pressant de charge de travail.

3.3. L'ACTIVITÉ DU SERVICE

Le tableau en annexe montre qu'en 2000, le nombre de classes à examiner s'élevait à 2007 classes. Le total des prestations fournies (examens systématiques, avis, etc.) aux élèves est impressionnant. 5-6 avis sont envoyés aux parents pour chaque classe examinée, avec un total de 11003 avis en l'an 2000. En relation avec la gestion du carnet de chaque enfant, il est facile d'imaginer l'envergure du travail administratif dans le cadre de ce service.

Dans la mesure où par le passé cette activité médicale et paramédicale a laissé peu de temps à l'éducation à la santé et plus généralement à la promotion de la santé, la Ligue Médico-Sociale a cherché un modèle de promotion de la santé compatible avec l'organisation actuelle du service médico-scolaire. Le projet sur le sommeil de l'enfant décrit par la suite témoigne du succès de cette initiative.

Remarquons pour finir que l'exécution de la loi de médecine scolaire engendre un travail en réseau avec de nombreux intervenants : le personnel enseignant, l'inspectorat, les services de guidance, les associations de parents, les communes, les membres de la CMPP.

4. *Projet d'éducation à la santé*

Projet « Le Sommeil de l'Enfant » réalisé en novembre 2000 à l'Ecole préscolaire à Ettelbruck sous le **Patronage** des

- Ministère de l'Education Nationale
- Ministère de la Santé

avec les **Partenaires**:

- L'Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE) de la Belgique
- Commune d'Ettelbruck
- Ecole préscolaire et enseignement précoce d'Ettelbruck
- Service de Guidance de l'Enfance, Ettelbruck
- Freed um Liesen asbl
- Bicherbus du Ministère de la Culture
- ASTI
- Associação de Pais, Ettelbruck
- Association des Parents, Ettelbruck
- Foyer Hiirzebiërg (Foyer de Jour pour Personnes Âgées)
- CHNP-EASS (Etablissement d'Aides et de Soins spécialisé (corps ergo + atelier))
- Fraen a Mammen, Ettelbruck



4.1. **PROJET «LE SOMMEIL DE L'ENFANT».**

Dans le cadre de leur travail médico-social, les professionnels de la Ligue médico-sociale se sont rendu compte que les troubles du sommeil des enfants de 0 à 6 ans constituent de grandes préoccupations pour les parents, les milieux de garde et les enseignants.

Les troubles du sommeil peuvent perturber la vie au quotidien, à court et à long terme:

- nuits perturbées
- excès de fatigue
- rupture de la vie sociale
- crainte de voir le soir arriver
- cauchemars
- difficultés scolaires
- retard de croissance



- altération de la santé globale.

Des solutions aux troubles du sommeil sont envisageables par une action à différents niveaux:

- aider l'enfant à prendre conscience de l'importance du sommeil
- adapter les activités quotidiennes au rythme de l'enfant
- écouter les difficultés exprimées par les familles
- augmenter les connaissances de la population sur le rôle, la physiologie du sommeil
- rechercher des petits conseils pratiques adaptés à la famille et à son environnement.

C'est pourquoi, dans une optique de prévention et de promotion de la santé, la Ligue médico-sociale lance un projet pilote d'éducation pour la santé traitant le sujet du sommeil de l'enfant.

4.2. OBJECTIFS GÉNÉRAUX.

- Prévenir les troubles du sommeil en favorisant la prise de conscience de l'importance du sommeil.
- Diminuer les conséquences des troubles du sommeil sur la santé et le bien-être de l'enfant et de la famille.
- Encourager à conserver le capital santé de chaque individu en mettant en évidence le plaisir, le bien-être et l'utilité du sommeil.
- Créer un lieu d'échange entre les acteurs (enfants, adultes, partenaires sociaux ...).

4.3. MÉTHODOLOGIE ET OBJECTIFS SPÉCIFIQUES.

La mise en situation favorise la prise de conscience du vécu. La dynamique de groupe favorise l'expression de ce vécu.

4.3.1. extérieur:

- prise de contact – découverte du thème – présentation.

4.3.2. Première tente: tente du soir

- Favoriser la prise de conscience de l'importance des différents préparatifs du soir et des rituels propres à chacun.
- Apprendre à l'enfant à écouter son corps afin de pouvoir en décoder les différents signes de fatigue.
- Renforcer le plaisir d'aller au lit, dans un bon environnement, bien préparé.
- Favoriser le dialogue entre les enfants, les parents et les enseignants.

4.3.3. tunnel

- Symboliser la séparation de l'enfant avec l'adulte au moment où il doit "trouver" lui-même son sommeil et se préparer à l'entrée dans le pays magique du sommeil.

4.3.4. Deuxième tente: tente nuit

- Faire vivre un voyage magique, pour le plaisir.....
- Favoriser la prise de conscience des enfants et des adultes quant au "bien-être" que l'on peut ressentir avant de s'endormir.
- Dédramatiser les problèmes de cauchemars, de peur du noir, de mise au lit.....
- Créer un dialogue sur la façon dont les enfants vivent le sommeil et le réveil.
- Augmenter leurs connaissances du déroulement d'une nuit.

4.4. DESCRIPTION DU PROJET.

Le projet se compose du module "l'Oreiller Magique" prêté par l'ONE, dont le déroulement sera décrit plus loin, et de différents ateliers ayant trait au sommeil. Autour de cette activité centrale, le projet prévoit l'organisation d'expositions, d'une porte ouverte et d'une conférence.

4.4.1. Public cible.

Le projet s'adresse aux enfants de 3 à 6 ans accompagnés de leurs enseignants. Au total le projet s'est déroulé en faveur de 250 enfants (4 groupes de l'éducation précoce et 12 classes préscolaires).

Les enfants ont participé en groupes (chacun composé de 7 à 9 enfants) aux ateliers. L'ordre des ateliers différait d'un groupe à l'autre.

Tous les ateliers (lune, hygiène dentaire et lecture de conte) ainsi que le module "l'Oreiller Magique" - en tente du soir et en tente de la nuit - ont été réalisés chacun 32 fois.

4.4.2. Personnel.

Pour le déroulement du projet, nous étions 21 collaboratrices (16 collègues du service polyvalent de secteur, une coopératrice externe, 3 lectrices du service "Freed um Liesen" ainsi qu'une femme auteur de livres d'enfants).

La plupart des collaboratrices étaient des travailleurs sociaux à titre professionnel ou stagiaires (15 personnes). Une infirmière en pédiatrie, une ergothérapeute ainsi que 4 lectrices ont participé à la réalisation du projet.

4.4.3. Module "l'Oreiller Magique".

L'Oreiller Magique se compose de deux tentes de 3,5 m de côté sur 2 m de hauteur reliées entre elles par un tunnel.

L'animation dure environ 45 minutes. Les groupes d'enfants se composent de 7 à 9 enfants.

4.4.3.1. Première tente: préparation du coucher.

L'extérieur de la première tente montre un paysage d'un coucher de soleil sur une ville. L'intérieur est aménagé comme un salon (petits fauteuils, tapis, étagères avec livres, coin salle de bain). Les enfants découvrent la décoration intérieure et la rattachent à leur vécu. Que font-ils le soir dès qu'ils rentrent de l'école? Repas, jeux actifs, jeux plus calmes ou lecture, télévision, toilette... Les enfants peuvent alors enfiler une veste de pyjama pour "faire semblant". Ils sont invités à décrire la façon dont ils vont dormir: l'aménagement de leur chambre, du lit, sont-ils seuls? Dorment-ils avec quelqu'un? Comment les accompagne-t-on? Les enfants choisissent dans un coffre un objet rassurant pour aller au lit (peluche, musique, doudou, livre ...). Aborder avec eux la raison du sommeil, pourquoi faut-il dormir? Ils identifient les différents signes de fatigue. Un Marchand de Sable va faire découvrir ces signes de fatigue et les emmener dans le pays du sommeil par le tunnel.

4.4.3.2. Tunnel: passage du soir à la nuit.

Petit arrêt pour être calme et se préparer à entrer dans le monde magique du sommeil. Il symbolise la séparation de l'enfant avec l'adulte au moment où il doit "trouver" lui-même son sommeil et se préparer à l'entrée dans le pays magique du sommeil.

4.4.3.3. Deuxième tente: la nuit.

L'extérieur de la seconde tente représente la nuit (paysage extérieur d'une ville endormie), l'intérieur une chambre d'enfant. Les enfants, vêtus de leur pyjama et accompagnés de leur petit objet rassurant, découvrent l'aménagement de la deuxième tente et s'installent sur les couettes et les oreillers. Le Marchand de Sable, au son d'une musique relaxante, veille à ce qu'ils soient installés confortablement et recouvre chacun d'une couverture. Il va amener progressivement les enfants au pays de la nuit en leur présentant un conte de "Madame la Nuit", personnage vêtu d'un grand manteau sombre qui a plein de choses à raconter. Les enfants écoutent le conte musical de Madame la Nuit (CD). A la fin du conte, les enfants expliquent ce qu'ils ont entendu et retenu de cette histoire. Le Marchand de Sable les invite à rapprocher cela au vécu de tous les jours (Comment dorment-ils? Font-ils des rêves, des cauchemars? A quoi cela sert-il de dormir? Comment se réveillent-ils?). Les enfants, bien réveillés, constatent combien on est en pleine forme quand on a bien dormi. Ils ôtent leur pyjama, laissent leur petit objet et sortent de la tente par le toboggan. Ils atterrissent dans un Oreiller Géant.

4.4.4. Activités / ateliers corollaires.

Le module est entouré de différents ateliers. Leur organisation se fait par un système de roulement de 20 minutes. Ils sont animés par des professionnels soutenus par des organismes locaux qui s'associent autour de cette action.

4.4.4.1. Câlin lune.

Les enfants sont invités à colorier à l'aide de feutres pour tissu un câlin en forme de lune. Chaque enfant pourra emporter son coussin-lune chez lui. Ainsi le message du projet est rappelé à l'enfant et



met en relation le vécu scolaire et le milieu familial. Les coussins ont été confectionnés au préalable au cours d'un projet de collaboration avec une collectivité (CHNP Etablissement d'aide et de soins spécialisé / Ettelbruck ; Foyer Hiirzebiërg / Ettelbruck ; Fraen a Mammen / Ettelbruck). Cet atelier est combiné à une collation offerte aux enfants. Dans une optique de promotion de la santé, nous proposons des fruits (pommes, bananes) et légumes (poivrons, carottes), des cracottes (farine complète), ainsi que des jus de fruits et du lait entier.

4.4.4.2. Hygiène dentaire.

A leur arrivée le groupe d'enfants peut croquer une pastille qui colore le dépôt sur les dents, après un court laps de temps. Pendant ce temps nous montrons aux enfants une série de diapositives en racontant l'histoire de Boubou, un petit hippopotame qui apprend à se brosser les dents à l'école des animaux. A la fin des diapositives les enfants peuvent se brosser les dents eux-mêmes sur place et voir disparaître la coloration. Ainsi l'effet positif du brossage des dents est démontré aux enfants. Le dentifrice, la brosse à dents et le gobelet sont offerts par le Ministère de la Santé. Les enfants les emportent par la suite chez eux.

4.4.4.3. Lecture de contes.

Nous avons confectionné une tente à l'aide de bandes de tissu drapées autour d'un échafaudage de gymnastique. La tente est meublée d'un tapis cotonneux, de nombreux coussins pour s'adosser. La décoration est faite par une lune illuminée, des étoiles qui pendent du «ciel» et de coussins en forme de soleil et d'étoiles. Un groupe d'enfants peut s'installer confortablement pour écouter une ou plusieurs histoires racontées par une professionnelle de la lecture. Il s'agit d'histoires pour dormir, parlant du sommeil, des rêves, du monde fantastique de la nuit mais aussi des difficultés à s'endormir et des peurs nocturnes (p.ex. "*Was macht der Mond in der Nacht?*"; "*Kleiner Bär kann nicht schlafen*"; "*Winnie will woanders schlafen*"; "*Hau ab du grünes Monster!*"; "*Il y a un cauchemar dans mon placard*"). A la fin de l'histoire les enfants ont l'occasion de s'exprimer sur leur vécu.

4.4.5. **Expositions.**

4.4.5.1. Exposition de travaux personnels.

Chaque classe a réalisé préalablement un ou plusieurs bricolages sur le thème du sommeil. Les travaux sont exposés dans les couloirs de l'école lors du projet. Ceci permet aux enfants de se familiariser avec le sujet déjà avant le déroulement de la séance et fait le lien entre l'activité scolaire et le projet de promotion de la santé. L'effet éducatif est renforcé par l'intervention des différents acteurs.

4.4.5.2. Exposition de livres.

Divers livres traitant le sujet de l'enfant et du sommeil sont exposés. Un choix de livres d'enfants en langue portugaise, française et allemande qui traitent du sommeil est étalé également.

4.4.5.3. Exposition d'affiches, pancartes et brochures.

Outre le sujet du sommeil nous avons repris ici également le thème de l'enfant et l'usage de la télévision, comme celui-ci nous semble en étroite corrélation avec une bonne hygiène de vie et un sommeil de qualité, surtout pour la tranche d'âge visée.

4.4.6. **Porte ouverte.**

Une porte ouverte a été organisée au cours de la première semaine pour les parents, le corps enseignant, le monde politique et organisateurs ainsi que toutes les associations et personnes s'occupant de la petite enfance. Les invités avaient ainsi l'occasion de visiter le module et faire la connaissance des différents ateliers.

4.4.7. **Conférence.**

Le 22.11.2000, une conférence sur le thème "A propos du sommeil de votre enfant et du vôtre" a eu lieu au Centre des Arts Pluriels à Ettelbruck. L'orateur était Monsieur André THILL, psychologue au Service de Guidance de l'Enfance à Ettelbruck

4.5. **LE PROJET ET LES MÉDIAS.**

Le projet a été présenté au cours du journal télévisé de RTL.

Il a fait l'objet d'un reportage de TV Nord-Licht.

La presse écrite (Luxemburger Wort et le Tageblatt) a publié des articles.

Le sujet du sommeil de l'enfant et la présentation du projet ont fait l'objet d'une interview à deux reprises à la Radio 100,7. La conférence a été diffusée entièrement.

4.6. EVALUATION DU PROJET.

Une évaluation du projet a été réalisée à l'aide d'un questionnaire auprès des parents et des enseignants. Cette évaluation a porté sur les réactions du public cible, l'utilité du projet, la qualité de son organisation et son intérêt pédagogique. Elle sera à la base des réalisations futures de la Ligue médico-sociale en matière de promotion de la santé. Le rapport intégral de cette évaluation, réalisé par l'Institut ReFoC de Biver, est disponible sur demande au secrétariat de la Ligue. En voici les conclusions les plus importantes :

- ◆ L'évaluation générale du projet se basant sur les estimations des parents et des enseignants, s'est traduite par la note bien, voire très bien.
- ◆ Une grande satisfaction de la part des parents et des enseignants a pu être constaté en relation avec l'organisation et le contenu du projet. Seul, le volume des informations sur le projet à l'adresse des parents devrait être augmenté.
- ◆ La participation des parents aux activités devrait être promu dans la mesure où les parents, ayant participé à une activité, évaluent le projet de manière plus positive et les effets d'apprentissage sont plus nombreux que chez les parents qui ont participé à aucune activité.
- ◆ En concordance avec les objectifs du projet, les parents ont pu prendre conscience de la problématique, tout en constatant des possibilités minimales d'influence sur le comportement des enfants.
- ◆ Le personnel enseignant atteste que le projet est bien adapté aux enfants, bien planifié et bien réalisé. Le sommeil de l'enfant est reconnu comme un sujet important et logiquement peu de changements comportementaux chez les enfants grâce au projet sont attendus. Le manque de temps dans la réalisation du projet est signalé parfois.
- ◆ Le projet a attiré l'attention des enfants sur le sujet du sommeil. La participation au projet a engendré de la joie chez les enfants ; c'est surtout le cas pour le module de l'oreiller magique, de même que les ateliers de l'hygiène dentaire et de la narration de contes.
- ◆ Le personnel enseignant ressent le projet comme un enrichissement de leur travail quotidien. La phase de préparation de même que la phase consécutive au projet, toutes deux importantes, indique que le personnel enseignant a utilisé le projet de promotion de la santé également dans le sens d'un approfondissement du volet pédagogique et didactique.
- ◆ On peut constater des différences dans l'évaluation des différentes activités réalisées dans le cadre du projet entre les parents et le personnel enseignant. Ainsi, le personnel enseignant relève l'importance de l'exposition des livres, la journée porte ouverte et la conférence, tandis que l'atelier de peinture et d'hygiène dentaire sont connotés de manière moins positive.
- ◆ De l'avis du personnel enseignant, les problèmes en relation avec la réalisation et l'organisation des activités sont surtout dus au manque de temps. Concernant les ateliers, on a remarqué plus particulièrement que:
 - trop de contes ont été racontés et que des problèmes de langue sont partiellement existants.
 - le moment de la porte ouverte a été mal choisi
 - une optimisation de l'atelier de peinture est nécessaire
- ◆ Les collaborateurs directs dans le projet se sont montrés satisfaits pour la plus part avec les groupes d'enfants. Ils indiquent qu'ils ont rencontré parfois des problèmes de temps et des difficultés en relation avec la langue ainsi qu'avec l'âge des enfants. Les enfants de l'enseignement précoce se sont avérés comme trop jeunes pour l'atelier sur l'hygiène dentaire ainsi que pour le module sur le sommeil. Dans le cadre de l'atelier de peinture ces enfants se sont moins amusés.
- ◆ Les parents désirent en général la poursuite d'actions d'éducation à la santé semblables à l'école avec une nette préférence pour le thème de l'alimentation.



En résumé, on peut constater sur base des objectifs du projet que l'attention des parents et des enfants a été attiré sur le thème du sommeil et que la problématique a été rendue consciente. Sur les effets préventifs à moyen terme de ce programme, cette étude ne peut faire des affirmations. En général, l'évaluation montre que le projet a été réalisé de manière satisfaisante et que quelques détails seulement sont à discuter en vue de son optimisation.

4.7. CONCLUSIONS.

Ce projet-pilote a connu un grand succès aussi bien auprès des enfants, de leurs parents qu'auprès des enseignants. Plusieurs autres communes ont manifesté leur intérêt.

La construction du module sous notre chef sera donc nécessaire afin de nous donner les moyens de fonctionner de façon autonome et efficace.

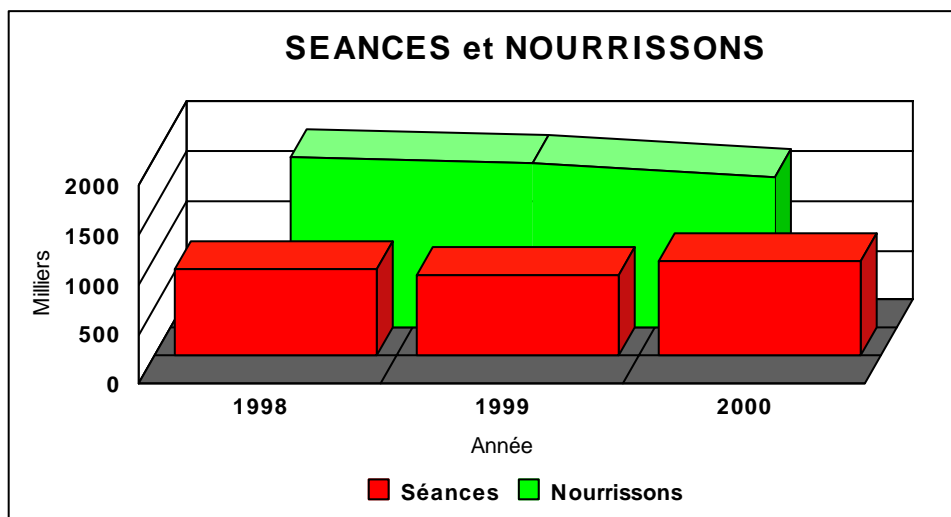
En ce qui concerne le personnel, nous avons eu recours pour la plus grande partie à nos ressources internes. Cette intensité était possible pour réaliser la phase pilote, il est cependant prévu de fonctionner ultérieurement également à l'aide d'étudiantes stagiaires (ISERP, IFEM, écoles des infirmières p.ex.).

5. Les consultations pour nourrissons

Pour l'année 2000, la clientèle de ce service a été constituée de 1525 enfants de 0-2 ans, examinés dans une trentaine de dispensaires à travers le pays. Ainsi, 5427 examens médicaux ont été réalisés au cours de 950 séances. Le nombre moyen de consultants par séance est donc de 6.

Le tableau ci-après montre que le nombre de nourrissons fréquentant les consultations baisse légèrement, mais régulièrement. La baisse est plus importante encore pour le nombre d'examens. Ce phénomène s'explique en partie à cause de la fermeture temporaire de la consultation de Grevenmacher.

La baisse indique néanmoins aussi la nécessité d'une réorientation du concept qui ne répond qu'en partie aux quelques 5000 nouveaux parents par an.



6. Les consultations diététiques

6.1. ECHTERNACH ET ETTTELBRUCK

Le service diététique au centre médico-social d'Echternach fonctionne sur rendez-vous les mardis et jeudis après-midi depuis septembre 1995. Depuis mi-octobre 2000 des consultations diététiques pour écoliers ont également été mises en place les mercredis après-midi au centre médico-social d'Ettelbruck.

Le nombre total des consultations est de 232 dont 187 réalisées à Echternach et 45 à Ettelbruck. Le nombre total de patients (78) se divise en 71 nouveaux 5 anciens (de 1999) et 2 anciens (de 1998).

Age des patients	Féminin	Masculin
0 – 15 ans	24	17
15 – 30 ans	9	2
30 – 65 ans	19	6
> 65 ans		1

Motif de consultation (type de régime)

Enfants	Nombre de patients
Surcharge pondérale	40
Surcharge pondérale + hypercholestérolémie	1
Autres	1

dont 1 + diabète II

Observation sur le BMI des consultants

Le BMI (Body Mass Index) est l'indice de masse corporelle. Il se calcule suivant la formule : $BMI = P/T^2$ (Poids réel exprimé en kilo/Taille exprimée en mètre au carré)

Si on considère le BMI des consultants **adultes** il est inquiétant d'observer que le nombre de consultants ayant une obésité franche (BMI >28,6/30) est largement supérieure au nombre de consultants ayant un embonpoint (BMI >24/25).

De même en observant la corpulence des **enfants**, on constate qu'ils se situent presque tous dans la zone de surpoids, c'est-à-dire au dessus du percentile 97 dans le graphique de percentiles.

Malheureusement il est regrettable de constater que seulement une surcharge pondérale aussi nette semble inciter les gens à venir consulter le service diététique; surcharge pondérale qui rend d'autant plus difficile le retour à un poids normal. Il est cependant positif de remarquer que pour beaucoup d'enfants on est arrivé à équilibrer le poids en l'attente de la croissance des enfants.

Conclusion

On remarque que le nombre de consultations du service diététique à **Echternach** a augmenté par rapport à l'année précédente. De même il est prometteur de constater que le nombre d'enfants consultants reste toujours en progression ce qui confirme que la présence du service diététique correspond à une demande réelle émanant de la région.

La forte demande dès le début au service diététique à **Ettelbruck** a souligné la nécessité de la mise en place de ce service.

6.2. LUXEMBOURG ET DUDELANGE

Le service diététique, assuré par une diététicienne, fonctionne le mardi après-midi au Centre médico-social à Luxembourg ; le mercredi et vendredi matin ainsi que jeudi après-midi 1 fois par mois à Dudelange. Il intervient en relation avec différents service : le service médico-scolaire, la consultation pour fumeurs et le service social.



Service scolaire

- Présences pour l'année 2000: 372 heures (! congé de maternité du 12 juin au 15 septembre)
- Consultation pour **enfants** chez qui une **obésité** (20% surcharge pondérale) est décelée lors des contrôles médicaux à l'école. Service **gratuit** pour les patients
- Localisation des consultations diététiques: Centre médico-social à Luxembourg et à Dudelange
- Nombre de consultations par an: **Luxembourg: 69**
Dudelange: 107

Nombre de **visites** par enfant: 1 à 15 ans en moyenne 3

Population de Luxembourg - enfants de l'école primaire présentant une obésité de 20% et plus
- 28 enfants dont 13 filles et 15 garçons

Degré d'obésité	Filles	Garçons
10 –30%	5	2
30% et plus	2	7

Maximum	78%	54%
---------	-----	-----

Perte de poids

Evaluation sur 16 enfants (plus de 3 consultations)

Perte de poids moyenne	Filles -7	Garçons -9
	8,7%	13%

⇒ **3 enfants ont tout à fait normalisé leur poids**

Population de Dudelange - enfants de l'école primaire présentant une obésité de 20% et plus
- 53 enfants dont 33 filles et 20 garçons

Degré d'obésité	Filles	Garçons
20 –30%	18	9
30% et plus	15	11

Maximum	47%	47%
---------	-----	-----

Perte de poids

Evaluation sur 34 enfants (plus de 3 consultations)

Perte de poids moyenne	Filles -21	Garçons -13
	6,4%	7,6%

⇒ **3 enfants ont tout à fait normalisé leur poids**

Divers

- ◆ Ecole primaire de Munsbach: Traitement théorique et pratique du thème: La pyramide alimentaire dans une classe de 5ième
- ◆ Ecole primaire de Roeser: Pausenbrote – 3ième primaire
- ◆ Conférence à Grevenmacher: Alimentation saine des enfants
- ◆ Conférence: Alimentation et Arrêter de fumer – Cetrel
- ◆ Remise à jour du livret de recettes

Consultations pour fumeurs

Mardi à partir de 17 heures
Consultations individuelles: 11
Consultation en groupes

Service Social

Consultations diététiques pour des cas sociaux: 2



LES SERVICES DE CONSEIL

1. Le Centre de Consultations

En 2000, le **Centre de Consultations** existe depuis 6 ans. Centralisé à Luxembourg, le centre a continué à offrir, comme par le passé, aux habitants de la région centre, sud, est et ouest de notre pays une consultation psychologique et psychothérapeutique sur rendez-vous assuré par un psychologue plein-temps.

Les motifs pour lesquels les consultants ont pris contact avec le centre étaient les suivants:

- ❖ difficultés relationnelles, conjugales et familiales
- ❖ problèmes liés à l'éducation des enfants et des adolescents
- ❖ troubles psychiques, psychosomatiques et psychopathologiques
- ❖ problèmes liés à la dépendance et à la communication humaine
- ❖ problèmes sexuels

Les problèmes adressés au centre étaient d'ordre individuel, relationnel, conjugal, éducatif, sexuel ou familial. Les prises en charge respectives se sont exercées sous forme de thérapies soit individuelles, de couple ou familiales.

Au cours de l'année 2000, 190 personnes ont consulté le Centre de Consultations, dont 111 (58,4%) de sexe féminin et 79 (41,6%) de sexe masculin avec au total de 10% de mineurs. Pour 171 adultes (98 femmes et 73 hommes) il y a eu 19 enfants, dont 6 garçons et 13 filles.

Les nouvelles demandes (132) ont totalisé 69,5% par rapport à 63,77% en 1999. la répartition des nouvelles demandes d'après le sexe donne les chiffres suivants : féminin 78 ou 59% ; masculin 54 ou 41%

Pour un total de 113 dossiers pour l'année 2000 il y avait 80 dossiers nouveaux (71%). 81 dossiers (71,7%) avec un total de 143 personnes (75,3%) ont pu être terminés durant l'année.

D'après le genre de prise en charge il faut relever:

- 59 dossiers individuels (52,2%)
- 30 dossiers de couple (26,5%)
- 24 dossiers familiaux (21,3%)

Pour toute l'année il y a eu 1007 consultations, dont:

- 566 individuelles (56,2%)
- 301 consultations de couple (29,9%)
- 140 consultations familiales (13,9%).

Le nombre de séances par personne a varié de 1 à 38.

Pour 11 nationalités différentes, il y avait 43,7% d'étrangers. Les consultants se retrouvent parmi toutes les couches de la population avec une prédominance (27,9%) d'employés et de fonctionnaires. Les consultants proviennent de 39 communes différentes de notre pays auxquelles il faut ajouter 2 communes de l'étranger. 61% des clients s'adressent au Centre de Consultations de leur propre initiative ou pour avoir été référés par d'anciens consultants.

La tranche d'âge de 31 à 50 ans représente 53,2% de l'ensemble des clients. Fait marquant: le nombre de consultants plus âgés est en nette progression par rapport aux années précédentes.

A côté de cette activité thérapeutique proprement dite, il faut relever un nombre de plus en plus considérable d'appels téléphoniques réclamant des interventions ponctuelles et rapides. Beaucoup de contacts avec d'autres professionnels, spécialistes, services ou institutions étaient nécessaires pour assurer une prise en charge globale de tous les consultants du Centre de Consultations. D'autre part, une activité de supervision a pu être continué par le Centre durant l'année 2000.



2. Gesond Liewen

2.1. ETTTELBRUCK

Au service de consultation psychologique " Gesond Liewen " à Ettelbruck, 112 personnes ont consulté pour des problèmes relationnels ou des difficultés psychologiques telles qu'angoisses, dépressions, troubles alimentaires. Le service est assuré par une psychologue à mi-temps.

85 dossiers ont été constitués, dont 65 individuels, 9 de couple et 11 pour des familles.

Une prise en charge de clients souffrant de symptômes de stress post-traumatique a été rendue possible grâce à une formation spécialisée de la thérapeute en victimologie effectuée pendant 1 an.

Une difficulté subsiste dans la prise en charge de clients envoyés dans le cadre d'une mise au travail et touchant le RMG. Ces clients ne répondent pas au profil d'un client-type: il n'y a pas de vraie motivation, ni de demande personnelle et pourtant il y a souffrance et souvent cercle vicieux.

Des concepts de collaboration multiprofessionnelle seraient à réfléchir et développer.

2.2. ETTTELBRUCK ET WILTZ

Le service, assuré par une assistante d'hygiène sociale, fonctionne à raison d'un jour/semaine au CMS de Wiltz et de un jour/semaine au CMS d'Ettelbruck. Chaque centre médico-social compte respectivement 250 et 273 consultants de sorte que le nombre total des consultants s'élevait à 523 pour l'année passée. Il s'agissait de 77 clients différents (58 femmes et 19 hommes) repris dans 73 dossiers (25 anciens et 48 nouveaux dossiers).

En moyenne, chaque client a donc consulté 7 fois.

3. Le Service National de Lutte contre le Surendettement

3.1. INTRODUCTION

L'année 2000 a été marquée par la mise en vigueur de la loi du 8 décembre 2000 sur le surendettement, cette loi a pour objet la prévention du surendettement et l'introduction d'une procédure de règlement collectif des dettes en cas de surendettement. (Mémorial A – N° 136 du 27.12.00)

Depuis sa création en 1993, le Service a pu enregistrer 2.170 nouvelles demandes de conseil dont 292 pour l'année 2000, le taux d'absence au premier rendez-vous s'élevant en moyenne à +/- 25 %.

Le Service traite la demande de conseil de toute personne physique autorisée à résider sur le territoire luxembourgeois et qui n'a pas la qualité de commerçant. Toutefois, la procédure lui est ouverte s'il a cessé son activité commerciale depuis au moins six mois ou, en cas de faillite, si la clôture des opérations a été prononcée.

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

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.

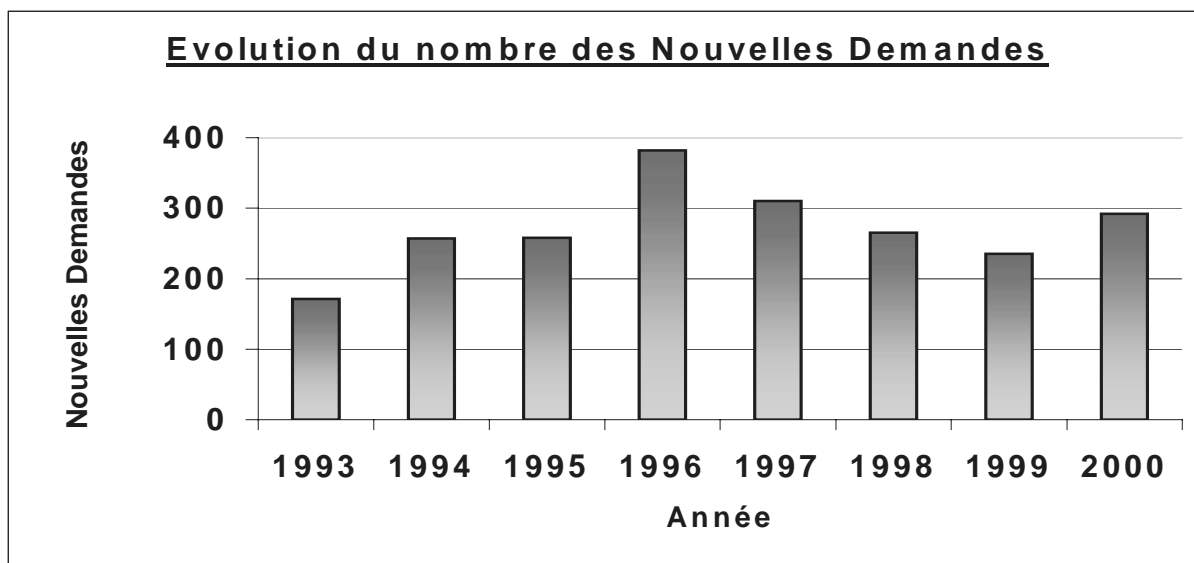
Le Ministère a été informé de l'activité des deux services au cours des réunions du Comité de Concertation en matière de surendettement qui ont lieu régulièrement au Ministère de la Famille.

3.2. LE CONSEIL ET L'INFORMATION

3.2.1. Les données statistiques générales

Au cours de l'exercice 2000, 292 nouvelles demandes de conseil ont été enregistrées portant le nombre total de demandeurs à 2.170 depuis la création du service.





Demandes / Année	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	Total
Nombre de demandes	171	257	258	382	310	265	235	292	2170
Pourcentage	8 %	12 %	12 %	18 %	14 %	12 %	11%	13 %	100%
Moyenne mensuelle	28	21	21	32	26	22	20	24	24

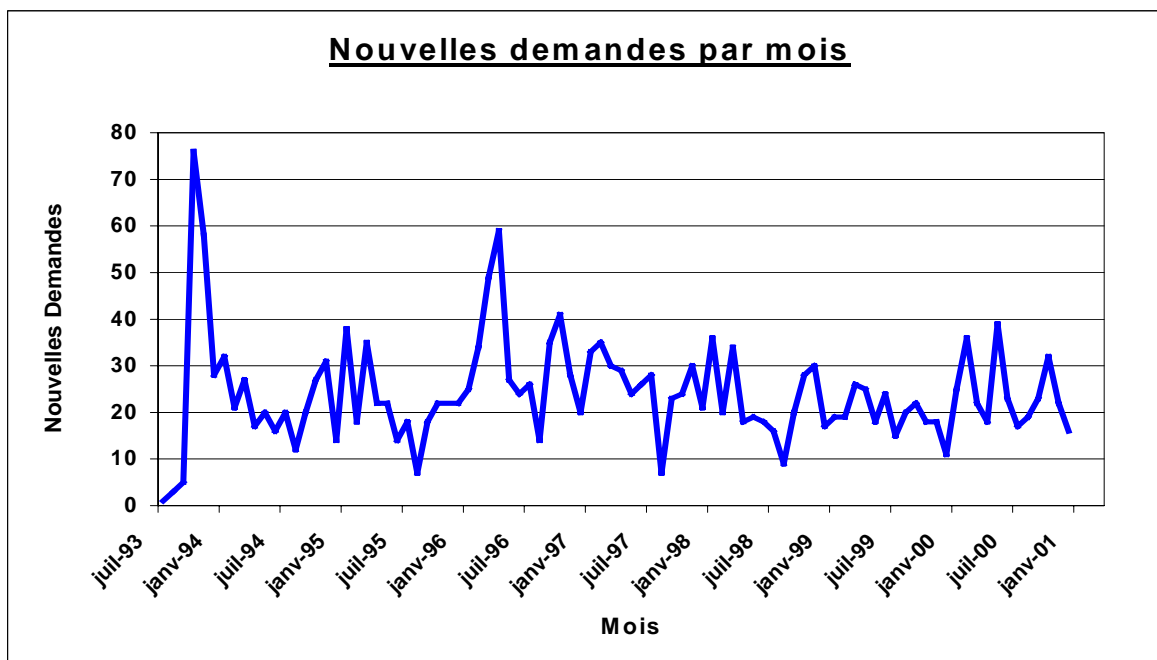
Il ressort des chiffres ci-dessus que le nombre moyen annuel sur la période considérée est de 288 nouvelles demandes, les années 1996 et 1997 pouvant être considérées comme exceptionnelles.

On peut déduire de ces chiffres une moyenne globale de 24 personnes qui s'adressent chaque mois au Service pour convenir d'une première entrevue.

En 2000, le nombre des nouvelles demandes a augmenté de 24 %, variation qui est essentiellement due à une hausse constatée pendant les mois de février, mai et octobre par rapport à l'année précédente. Durant ces trois mois, plus de 30 nouvelles demandes par mois furent adressées au Service avec un maximum de 39 demandes au mois de mai.

Le mois d'août, traditionnellement un mois calme vu « l'effet vacances », ne satisfait plus à sa renommée comme les demandes enregistrées pendant août 1999 et août 2000 ont considérablement augmenté.





Pour l'ensemble des clients ayant contacté le Service en 2000, le tableau de fréquentation suivant peut être établi :

Clients de l'année	Nbre de demandes	Nbre d'entretiens	Nbre de clients reçus
1993	21	17	6
1994	12	9	4
1995	14	9	5
1996	29	17	8
1997	36	28	13
1998	54	31	15
1999	118	87	42
2000	504	337	187
Total	788	535	280

Il s'en dégage que 788 personnes ont pris rendez-vous auprès du Service au cours de l'année 2000, 535 rendez-vous ayant été respectés par 280 clients.

3.2.2. *Le profil de la clientèle*

Rappelons tout d'abord que suite à la répartition territoriale des compétences du Service et dans le but de pouvoir fournir des statistiques cumulables avec celles d'Inter-Actions, l'analyse du profil de la clientèle ne se base plus depuis 1998 sur le nombre total de demandes de conseil reçues

(= nouveaux clients reçus ou dossiers + nouveaux clients non-présents au 1er rendez-vous + nouveaux clients à recevoir), mais exclusivement sur les « dossiers » c'est-à-dire les nouveaux clients effectivement venus en consultation.



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 2000 :

L'ANNEE 2000 EN CHIFFRES	
Nouveaux clients reçus ou DOSSIERS :	187
+ Nouveaux clients non-présents au 1ier rendez-vous :	78
+ Clients à recevoir en 2001	27
TOTAL Demandes de Conseil :	292
+ Demandes d'informations :	167
TOTAL Demandes de Conseil et d'Informations :	459

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

La catégorie des « mariés » représente la proportion la plus forte au sein de la clientèle du Service (46%) suivi des « célibataires » (26%) et des personnes vivant de façon « séparée » (6%). Remarquons ici qu'une situation de surendettement peut être cause et/ou conséquence de problèmes conjugaux ou relationnels.

b) L'âge

Le rajeunissement de la population qui s'adresse au Service observé en 1999 s'est maintenu au cours de l'année 2000, portant ainsi la tranche des « 18 – 25 ans » à 14 %. De plus, la tranche des « 26 – 35 ans » connaît une hausse sensible de 27 % à 36 % par rapport à l'année précédente accentuant ainsi le rajeunissement global de la population consultant le Service. Aucune demande d'un mineur d'âge n'a été adressée au service.

c) Le nombre d'enfants à charge

37 % des gens venant en consultation n'ont pas d'enfants à charge, 63 % étant parents d'un ou de plusieurs enfants. En ce qui concerne les parents, on constate en 2000 une hausse significative de 15 % à 25 % par rapport à 1999 dans la tranche des familles ayant 2 enfants, la catégorie « Un enfant à charge » diminuant de 29 % à 22 %.

d) Le statut professionnel

En ce qui concerne la répartition des clients à travers les différentes catégories socioprofessionnelles, une structure globale semblable aux années précédentes peut être observée. Les ouvriers restent la catégorie la plus représentée avec 41 %, suivie des employés avec 17 %.

e) Le pays d'origine

Le service est ouvert à tout demandeur résidant sur le territoire luxembourgeois. Les demandeurs luxembourgeois constituent 60 % de la clientèle du service alors que les ressortissants des autres pays de l'Union Européenne représentent 35 %. Suivent derrière les autres pays avec 5 %.



Nationalité	1997		1998		1999		2000	
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Luxembourgeoise	208	67.1	131	64.2	107	59.7	112	59.9
Union Européenne	87	28.1	64	31.4	63	35.3	65	34.8
Hors Union Europ.	15	4.8	9	4.4	9	5.0	10	5.3
TOTAL	310*	100	204	100	179	100	187	100

*L'analyse de 1997 porte encore sur l'ensemble des clients tandis que celle de 1998 et de 1999 ne porte plus que sur les "DOSSIERS", c'est-à-dire les gens effectivement venus au rendez-vous. (voir aussi tableau en annexe)

f) L'accès au service

Une distinction est faite entre la « propre initiative » et « l'orientation » des consommateurs vers le service par des services sociaux, la famille, des amis, l'employeur, les banques, les créanciers ou d'autres personnes ou institutions.

En 2000, 56 % des gens ayant contacté le Service ont déclaré avoir été orientés, tandis 44 % ont affirmé venir en consultation sur leur propre initiative.

g) Le contact préalable avec un service social

Le fait que le client a eu un contact préalable avec un service social permet aux intervenants, par le biais de leur collaboration avec les autres services sociaux, de mieux cerner les causes profondes des problèmes financiers du client.

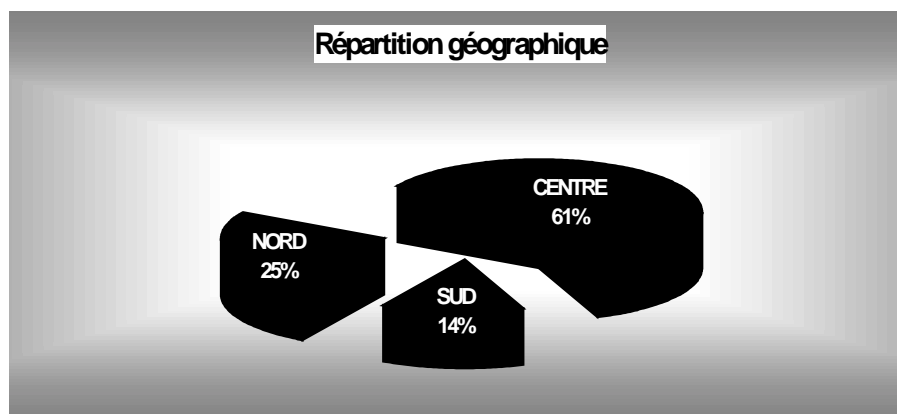
Au cours de cette année, 49 % des clients ont déclaré avoir eu un contact préalable avec un service social.

h) La répartition géographique

Avec effet au 01.07.97 et en vertu de l'accord de coopération signé en 1996, l'asbl Inter-Actions a pris en charge la circonscription "SUD". Les circonscriptions "CENTRE" et "NORD" sont gérées par le Service National de Lutte contre le Surendettement.

Au cours de l'année 1999, seulement 4 % des clients étaient issus de la circonscription « SUD », alors qu'en 2000, on constate une augmentation de 10 points pour finalement atteindre le niveau très élevé de 14 %.

Ceci s'explique partiellement par une orientation accrue de la part de l'asbl Inter-Actions des clients « sud » vers le Service National de Lutte contre le Surendettement pendant cet exercice.



Les clients venus en consultation en 2000 au service se répartissent sur 109 localités et communes différentes.

On peut en déduire un total de 74 communes concernées avec un maximum de 90 demandes pour la commune de Luxembourg.



Le tableau ci-dessous reflète l'origine géographique des demandes de conseil :

Commune	Nbre de Communes	Nbre de demandes
Luxembourg	1	90
Ettelbruck	1	16
Esch/Alzette, Kavf. Remich, Troisvierges	4	7
Dudelange, Wiltz	2	6
Strassen	1	5
Bettembourg, Diekirch, Grevenmacher, Hesperange, Mamer, Mondorf-les-Bains, Roeser, Walferdange	8	4
Berg, Bertrange, Bissen, Boevange sur Attert, Dippach, Frisange, Kehlen, Lintgen, Mersch, Pétange, Rambrouch, Sandweiler, Schieren, Schifflange, Steinfort, Wasserbillig, Wincrange	17	3
Bascharage, Beaufort, Bettendorf, Bourscheid, Differdange, Eschweiler, Goesdorf, Heinerscheid, Lac de Haute Sure, Lorentzweiler, Mertert, Mompach, Munshausen, Niederanven, Rumelange, Tuntange, Vianden, Weiswampach	18	2
Beckerich, Berdorf, Bettborn, Betzdorf, Boulaide, Burmerange, Clervaux, Echternach, Esch sur Sure, Flaxweiler, Grosbous, Hosingen, Koerich, Leudelange, Medernach, Mondercange, Roodt / Septfontaines, Rosport, Schuttrange, Stadtbredimus, Useldange, Wahl	22	1
Total	74	292

i) Initiative de la demande selon le sexe des clients

Lorsqu'on analyse la structure de la fréquentation du service selon le sexe des clients s'y adressant, on constate une répartition presque égale entre hommes et femmes avec un léger avantage pour le sexe masculin.

En 2000, sur les 292 personnes ayant demandé un rendez-vous auprès du service, 46 % étaient des femmes et 54 % des hommes. Le tableau ci-après reflète bien l'origine de la demande suivant l'état civil et le sexe.

Etat civil	Nbre de demandes	dont	
		femmes	hommes
Célibataire	81	34	47
Divorcé	53	29	24
Marié	126	50	76
Séparé	20	11	9
Veuf	12	11	1
TOTAL	292	135	157

Souvent, les personnes mariées se font accompagner par leur conjoint lors des entrevues au service.



3.2.3. 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 autre tiers.

L'approche, telle que nous l'avons connu jusqu'à présent, a été d'aider les particuliers à dresser l'inventaire complet de leurs recettes et dépenses et à constituer un dossier avec toutes les pièces justificatives. Suite à cela, le service a aidé les clients à développer une stratégie pour négocier de nouvelles modalités de remboursement de leurs dettes avec les créanciers. Si le débiteur n'était pas en mesure de négocier lui-même avec ses créanciers, le service l'a guidé dans ses démarches.

Dans les deux hypothèses, le débiteur a essayé 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 demeuraient sans issue.

La nouvelle procédure de règlement collectif des dettes en vigueur depuis le 27 décembre 2000 comporte deux phases :

- la phase du règlement conventionnel devant la Commission de médiation
- la phase du règlement judiciaire devant le juge de paix.

Le Service, le débiteur ou toute partie intéressée auront ainsi la possibilité de saisir le juge de paix dans des situations inextricables qui jusqu'à présent demeuraient insolubles.

b) 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.

L'objectif principal du Service se situe dans l'analyse globale de la situation sociale et financière de surendettement. Il est important, dans le cadre d'un travail de collaboration, de rendre au client la possibilité de reprendre confiance en soi et de l'inciter à devenir un consommateur responsable.

De plus, la nouvelle loi en matière de surendettement prévoit la possibilité de proposer soit de désigner des personnes chargées de l'assistance des clients du Service sur les plans social, éducatif ou de la gestion des finances.

c) 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 à l'harmonisation des supports de travail.

Le Ministère de la Famille a été informé de l'activité des deux services au cours des réunions du Comité de Concertation en matière de surendettement qui ont lieu régulièrement au Ministère. Au cours de l'année écoulée, le thème central de ces réunions a bien entendu été l'analyse du projet de loi en cours à ce moment.

d) La coopération avec le service "EUROGUICHET" de l'Union Luxembourgeoise des Consommateurs

Comme les années précédentes, le Service s'est appuyé à plusieurs reprises 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 National de Lutte contre le Surendettement.

e) 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 engagée par le Service.

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.

3.3. LA PREVENTION

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

3.3.1. Le volet national

En matière de sensibilisation du public par le biais des médias, le service a participé à des émissions radio- et télédiffusées et a régulièrement fourni des informations relatives aux problèmes du surendettement 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 2000 ».

Le service a été appelé à intervenir sur la problématique du surendettement dans une émission diffusée le 18.04.00 sur RTL-Radio. De plus, le service est intervenu dans le cadre d'une émission télédiffusée le 06.11.00 sur RTL.

Dans le cadre de la « Faaschtenzäit zu Clairefontaine 2000 », le Service a été invité le 24.03.00 à une soirée-conférence dont le thème fut "Wéi kann een Iwwerschëldung vermeiden".

3.3.2. Le volet international

Dans le cadre de ses activités internationales, le Service a participé le 08.06.00 à la réunion du Consumer Debt Net à Bruxelles. Il a été regretté par tous les membres que la « Conference on Household Economy » qui aurait dû avoir lieu du 5 au 07.06.00 à Lillehammer en Norvège, a dû être annulée par les organisateurs pour des raisons d'insuffisance de moyens financiers.

Sur invitation du « Katholischer Verband für Soziale Dienste in Deutschland e.V. », le Service a participé activement à la « Vierte Fachwoche Schuldnerberatung 2000 » qui s'est tenue à Beilngries en Bavière du 15 au 19 mai.

Dans ce contexte, des représentants de pays germanophones limitrophes de l'Allemagne, à savoir l'Autriche, la Suisse et le Luxembourg, ont eu l'occasion de présenter la problématique du surendettement telle qu'elle se présente dans les différents pays respectifs, à leurs collègues allemands.

3.4. LA LOI DU 8 DECEMBRE 2000 SUR LE SURENDETTEMENT

En date du 12 octobre 2000, la Chambre des Députés a adopté avec 54 voix pour et 0 voix contre, la loi concernant la prévention du surendettement et portant introduction d'une procédure de règlement collectif des dettes en cas de surendettement.

Cette loi, publiée au Mémorial A – N° 136 le 27.12.00 et appelée « Loi du 8 décembre 2000 sur le surendettement », fut réclamée depuis longue date par le Service, le Luxembourg ayant été un des seuls pays n'ayant pas encore légiféré en la matière.

La nouvelle procédure de règlement collectif des dettes comporte deux phases :

1) la phase du règlement conventionnel

Cette phase commence par le dépôt d'une demande en règlement conventionnel auprès du Service qui contrôle l'admissibilité de la demande, qui instruit le dossier, établit un projet de plan de redressement de concert avec le débiteur et les créanciers et transmet le projet ainsi que le dossier à la Commission de médiation.

La phase du règlement conventionnel se termine par la proposition de la Commission aux parties intéressées qui sont invitées à signer le plan qui prévoit les modalités d'exécution et les obligations réciproques des parties concernées.

2) la phase du règlement judiciaire devant le juge de paix.

La procédure de règlement collectif des dettes est ouverte à toute personne physique, autorisée à résider sur le territoire du Grand-Duché de Luxembourg, éprouvant des difficultés financières durables pour faire face à l'ensemble de ses dettes non professionnelles exigibles et à échoir.

Est exclu de la procédure le débiteur qui a la qualité de commerçant au sens de l'article 1er du Code de commerce. Toutefois, la procédure lui est ouverte s'il a cessé son activité commerciale depuis au moins six mois ou, en cas de faillite, si la clôture des opérations a été prononcée. Peut encore être exclu de la procédure le débiteur qui aurait organisé son insolvabilité.



L'introduction de la demande formelle du débiteur auprès du Service d'information et de conseil en matière de surendettement entraîne de plein droit la suspension des procédures d'exécution en cours sur les biens meubles ou immeubles du débiteur, à l'exception des procédures d'exécution portant sur des dettes alimentaires.

Si, dans un délai de six mois à partir de la présentation de la demande, le plan de redressement proposé n'a pas été accepté par les parties intéressées, le Service d'information et de conseil en matière de surendettement informe le débiteur de l'échec de la procédure de règlement conventionnel.

Dans ce cas, une procédure collective de redressement judiciaire peut être engagée devant le juge de paix du domicile du débiteur au moment de l'introduction de la demande par le Service d'information et de conseil en matière de surendettement, le débiteur ou toute partie intéressée.

Le juge de paix saisi dans le cadre de la procédure collective de redressement judiciaire peut à tout stade de cette procédure suspendre les mesures d'exécution en cours sur les biens meubles ou immeubles du débiteur, à l'exception des procédures d'exécution portant sur des dettes alimentaires.

Le juge rend un jugement dans lequel il arrête un plan de redressement judiciaire qui peut comporter les mesures suivantes :

- 1) le sursis au paiement de tout ou partie des dettes;
- 2) la réduction du taux d'intérêt;
- 3) la suspension de l'effet d'une sûreté réelle sans perte de privilège ni compromission de l'assiette;
- 4) la remise de la dette sur les accessoires.

Le juge peut, le cas échéant, désigner les personnes chargées d'une assistance sur les plans social, éducatif ou de la gestion des finances, aux fins de veiller à ce que la partie des revenus du débiteur qui n'est pas affectée au remboursement des dettes soit employée aux fins auxquelles elle est destinée.

Le juge fixe le délai endéans lequel le redressement judiciaire doit aboutir. Ce délai ne peut en aucun cas dépasser sept ans. Le juge fixe également les dates auxquelles il est procédé au contrôle du respect des modalités du plan de redressement.

La caducité du plan de redressement est prononcée par le juge qui constate que le débiteur:

- a remis des documents inexacts en vue d'obtenir ou de conserver le bénéfice de la procédure de règlement;
- ne respecte pas ses obligations;
- a délibérément augmenté son passif ou diminué son actif;
- a organisé son insolvabilité;
- a fait sciemment de fausses déclarations;
- a omis de déclarer la survenance de faits nouveaux justifiant l'adaptation ou la révision du plan.

La constatation judiciaire de la caducité du plan de redressement fait recouvrer aux créanciers leurs droits de poursuite individuels. Les délais de prescription sont suspendus pendant le délai fixé pour le plan de redressement.

De plus, 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.

Dans le cadre de la procédure de règlement collectif des dettes, le fonds peut accorder au débiteur un prêt de consolidation à l'initiative de la Commission de médiation ou du juge de paix, le Service d'information et de conseil en matière de surendettement demandé en son avis.

Le prêt ne peut pas dépasser le montant de 70.000 francs au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948.

A l'initiative de la Commission de médiation ou du juge de paix, le fonds peut, le Service d'information et de conseil en matière de surendettement demandé en son avis:

- supprimer ou réduire le taux d'intérêt;
- prolonger la durée du prêt;
- suspendre temporairement le remboursement du prêt;
- transformer le solde redû du prêt en un secours non remboursable;
- dans des cas exceptionnels, procéder, après écoulement d'un délai de 7 ans et suite à un réexamen de la situation par la Commission de médiation ou par le juge de paix, au remboursement total ou partiel de la dette autre qu'alimentaire ou fiscale pour les seuls cas d'insolvabilité manifeste des



débiteurs dont l'absence de ressources ou de biens saisissables rend impossible un apurement des dettes.

Cette insolvabilité doit se caractériser dans le chef du débiteur par une situation durablement compromise et sans issue, de sorte que l'actif est en tout état de cause insuffisant pour apurer le passif de manière significative.

Aucun nouveau remboursement ne peut intervenir dans une période de 10 ans. Cette procédure ne peut pas être invoquée pour le remboursement de créances dues à des professionnels du secteur financier.

3.5. LES PERSPECTIVES

3.5.1. Les aspects internes

En vue de la mise en application de la loi du 8 décembre en matière de surendettement, le Service a élaboré de nouveaux supports de travail en concertation avec le Ministère de la Famille et le service « Endettement » de l'asbl Inter-Actions.

Les problèmes persistants au niveau du « LTS - Logiciel de traitement du surendettement » ne permettent pas encore une informatisation globale des dossiers « surendettement ». Il sera donc primordial de mettre en place des outils performants permettant au Service la gestion intégrée des dossiers.

Au niveau des ressources humaines, le Service s'est vu attribué un poste à mi-temps supplémentaire à occuper par un candidat de formation juridique. Le candidat retenu viendra renforcer l'équipe en place au cours de l'année 2001.



L'ACCORD DE PARTAGE

Vu la lettre du 15 décembre 1998 de la Ligue luxembourgeoise de Prévention et d'Action médico-sociales au Ministre de la Santé concernant l'accord de coopération du 22 mars 1996 ;
Vu le rapport interministériel du 28 juin 1999 proposant un partage des activités des deux œuvres ;
Vu la lettre du 12 avril 2000 des Ministres Mme Marie-Josée JACOBS, Ministre de la Famille, et M. Carlo WAGNER, Ministre de la Santé, la lettre du 27 septembre 2000 des Premiers Conseillers de Gouvernement des mêmes ministères demandant une proposition d'arrangement entre les deux œuvres tout en n'excluant pas une proposition de partage ;
Vu un projet d'un accord de partage, élaboré par la Ligue et discuté avec la Croix-Rouge les 26 octobre, 31 octobre et 9 novembre 2000 et dont le principe d'un partage a été retenu et signé d'un commun accord à l'issue de la réunion du 9 novembre 2000 ;
Vu cet accord de principe de partage, adressé aux Ministres de la Famille et de la Santé en date du 13 novembre 2000 ;
Vu l'accusé de réception de ce courrier par les ministres et la réunion avec des représentants de ces deux ministres du 13 décembre 2000, demandant la finalisation d'un accord de partage sur base de l'accord de principe ;
La Ligue et la Croix-Rouge arrêtent cet accord à la date du 19 janvier 2001 avec la teneur suivante :

Accord de partage

Entre la

Ligue luxembourgeoise de Prévention et d'Action médico-sociales, œuvre reconnue d'utilité publique, avec siège social à Luxembourg, 21-23 rue Henri VII, représentée par
son Président, le Dr Jean GOEDERT
son Trésorier général, Monsieur Guy de MUYSER
son Secrétaire général, Monsieur Jean RODESCH

ci-après dénommée «la Ligue»
et la

Croix-Rouge luxembourgeoise, œuvre reconnue d'utilité publique, avec siège social à Luxembourg, Parc de la Ville, représentée par
son Vice-Président, Monsieur Henri AHLBORN
son Vice-Président, Dr Guy SCHEIFER
son Econome, Madame Annette SCHWALL-LACROIX

ci-après dénommée «la Croix-Rouge»

Il est convenu ce qui suit :

Article 1er

Dans le respect de leurs missions primaires, confiées à la Ligue luxembourgeoise de Prévention et d'Action médico-sociales désignée ci-après par Ligue Médico-Sociale par la loi modifiée du 19 mars 1910 respectivement à la Croix-Rouge par la loi du 16 août 1923 et en entente avec les ministères de la Famille et de la Santé, les deux œuvres s'accordent pour réaliser le partage des services assurés actuellement par du personnel commun. Ce partage se concrétise par un regroupement des activités de ces services de part et d'autre afin de garantir leur bon fonctionnement à l'avenir.

Article 2

Aux fins visées à l'article qui précède, les deux œuvres respectent mutuellement leur patrimoine, leur autonomie financière, administrative, sociale et médico-sociale.

Article 3

Il n'y aura plus de personnel commun aux deux œuvres. Le détail de la répartition du personnel est repris dans le tableau de l'annexe B, qui fait partie intégrante du présent accord.

En ce qui concerne les modalités de partage du personnel commun, il est retenu que :

- l'affectation du personnel se fait selon le partage des domaines d'activités aux mêmes conditions de rémunération qu'auparavant ;
- la répartition du personnel s'est faite sur la base d'une évaluation de la charge de travail en s'orientant sur une clé de répartition de 60% Ligue et 40% Croix-Rouge ;
- la délégation du personnel sera consultée pour la mise en oeuvre de l'accord;



- des problèmes éventuels liés au transfert sont examinés dans un groupe de travail Ligue / Croix-Rouge.

Article 4

L'inventaire des activités à partager est le suivant :

1. Le domaine sanitaire, comprenant les services suivants :
 - a. les consultations pour nourrissons,
 - b. le dépistage et la prévention des maladies respiratoires
 - c. le service médical scolaire.
2. Le domaine social spécialisé, comprenant les services suivants :
 - a. le service régional d'action sociale (service conventionné)
 - b. le service social à l'hôpital
 - c. le service national de lutte contre le surendettement (service conventionné)
3. Le domaine social polyvalent, comprenant le service social de secteur à visée généraliste, avec l'objectif d'une continuité de la prise en charge. Ces activités sont :
 - a. l'aide sociale matérielle sollicitée par les usagers du service
 - b. les enquêtes sociales et les évaluations urgentes à la demande des autorités publiques
 - c. l'accompagnement social (Art.16) des bénéficiaires du revenu minimum garanti
 - d. l'accompagnement social des clients des services visés ci-dessus.

Article 5

Le partage d'activités entre la Ligue et la Croix-Rouge est convenu comme suit :

Croix-Rouge

- Le service social de proximité (articles 4.3.a et 4.3.b)

Ligue Médico-Sociale

- Les activités relevant du domaine sanitaire (article 4.1.)
- Les services suivants relevant du domaine social spécialisé
 - le service régional d'action sociale (article 4.2.a)
 - le service de lutte contre le surendettement (article 4.2.c)
- Le service d'accompagnement social
 - l'accompagnement social des clients des services visés ci-dessus (article 4.3.d)
 - l'accompagnement social de bénéficiaires du RMG (art.16) (article 4.3.c)
- Le service social à l'hôpital (article 4.2.b)

Article 6

Pour ce qui est des activités visées à l'article 4.3, la Croix Rouge et la Ligue Médico-Sociale les regrouperont dans deux entités à missions bien spécifiques :

1. la Croix Rouge prend en charge le domaine du **travail social de proximité** de toute la population. Ce service social est un service de première ligne ouvert à tout demandeur. C'est un service d'aide sociale et plus particulièrement socio-économique ainsi que d'orientation consistant en des prises en charge de courte et de moyenne durée. Le moment du transfert d'un dossier du service de proximité au service d'accompagnement est une décision professionnelle.

Population cible du service social de proximité :

- les demandeurs d'aide sociale ;
- toute personne ne rentrant pas dans une des catégories prises en charge par les services de la Ligue ;
- les clients nécessitant une aide ponctuelle occasionnelle
- les systèmes clients (familles, individus, ...) en situations d'urgence ;
- les «évaluations rapides» de situations urgentes pour la Cellule d'Evaluation et d'Orientation
- les enquêtes sociales de clients à la demande des offices sociaux et des ministères. Le service est le partenaire privilégié des offices sociaux et organise des permanences au sein des communes.

2. la Ligue Médico-Sociale assure **l'accompagnement social** des usagers des services (service de seconde ligne). Ce service ne prend pas directement en charge des clients, mais uniquement suite à une transmission de dossier d'un service spécialisé ou du service social de proximité, mentionné dans l'alinéa précédent.

Population cible du service d'accompagnement social:

- les consultants des consultations pour maladies respiratoires représentant un problème de santé publique;
- les enfants et jeunes en difficulté et leur famille (Consultation de Nourrissons; Service Médical Scolaire, Commission Médico-Psycho-Pédagogique);
- les bénéficiaires de l'allocation complémentaire (Art 16 de la loi RMG):



-les clients dont la prise en charge nécessite d'emblée une planification à long terme (p. ex. gestions volontaires);

-les personnes et familles transférées par le service social de proximité

La conception et l'articulation de la collaboration entre le service social de proximité de la Croix-Rouge et le service d'accompagnement social de la Ligue sont décrits en détail à l'annexe A.

Les deux services fonctionnent de manière sectorisée. Ainsi, les CMS de la Ligue sont à considérer comme pôles régionaux de compétences sociales et médico-sociales multidisciplinaires où peuvent être groupés ou associés également d'autres acteurs sociaux ou médico-sociaux qui n'empiètent pas sur les activités précitées.

Article 7

En ce qui concerne les infrastructures, la Ligue donne à la Croix-Rouge des garanties concernant la localisation des services concernés par l'accord de partage, à savoir :

- a) La Croix-Rouge peut utiliser comme par le passé des locaux dans les CMS de la Ligue pour l'organisation des activités définies ci-dessus. Les détails concernant l'utilisation des locaux feront l'objet de conventions ;
- b) s'il s'avérait que les locaux disponibles étaient insuffisants, les deux parties s'engagent à solliciter auprès du Gouvernement des moyens supplémentaires pour adapter les moyens ;
- c) si la Croix-Rouge le désire l'utilisation de l'infrastructure informatique de la Ligue, y compris l'accès au service INFO-SOCIAL est garantie moyennant contribution financière ;
- d) la prestation de réception est garantie par la Ligue.

Article 8

Les modalités de transfert de personnel sont fixées comme suit :

- Affectation du personnel selon le partage des domaines d'activité aux mêmes conditions de rémunération qu'auparavant ;
- la répartition se fera par Centre médico-social ;
- l'ancienneté de service la plus élevée donnera droit à une priorité de choix, si alors l'intéressé ne peut intégrer le service de son choix, une affectation à un autre Centre médico-social peut être envisagée ;
- des problèmes éventuels liés au transfert du personnel seront résolus dans un groupe de travail composé de deux délégués de chacune des oeuvres. Les propositions seront soumises à l'organisme décideur de l'oeuvre d'accueil pour accord.

Article 9

Le comité de coordination est aboli.

Toutefois, en cas de nécessité et à la demande de l'une ou de l'autre oeuvre, les oeuvres conviennent à se réunir pour régler les problèmes qui se poseraient.

Article 10

La mise en vigueur pratique du présent accord se fera progressivement

Fait en double exemplaire à Luxembourg, le 19 janvier 2001

Croix-Rouge Luxembourgeoise

Ligue Luxembourgeoise de
Prévention et d'Action médico-sociales

Henri AHLBORN
Vice-Président

Dr Jean GOEDERT
Président

Guy SCHEIFER
Vice-Président

Guy de MUYSER
Trésorier Général

Annette SCHWALL-LACROIX
Econome

Jean RODESCH
Secrétaire Général



Conception de la collaboration entre le service social de proximité et le service d'accompagnement social

Le service social de proximité et le service d'accompagnement social s'adressent à toute la population résidant sur le territoire luxembourgeois.

La conceptualisation de ces deux services, telle que décrite ci-après, procède à une différenciation du travail social, similaire à celle que nos pays limitrophes ont réalisé dans le passé.

La démarche entamée n'est pas une réinvention du quotidien professionnel, mais le changement projeté a lieu dans le respect de la continuité puisqu'il ne constitue qu'une redistribution des tâches réalisées jusqu'à présent. Dans le cadre du SSP et du SAS, l'approche globale du client, élément important du travail social, se réalise. Le double emploi est prévenu.

Pour le client lui-même, une qualité de service supérieure est garantie par la structuration future plus différenciée, ce à condition que la dotation en personnel des deux services sera adaptée à l'évolution de la population et des problèmes sociaux de notre société.

1. Le service social de proximité (SSP)

a. Définition

Le service social de proximité est à l'écoute des clients, analyse leur demande et les aide à la restituer dans le contexte global de la problématique. Ce service évalue ensemble avec les clients leurs propres ressources. Il les aide dans le cadre de sa mission selon la méthodologie professionnelle de ses agents.

b. Population cible du SSP

- ✓ les demandeurs d'aide sociale ;
- ✓ toute personne ne rentrant pas dans une des catégories prises en charge par les services de la Ligue ;
- ✓ les clients nécessitant une aide ponctuelle occasionnelle
- ✓ systèmes clients (familles, individus, ...) en situations d'urgence ;
- ✓ les «évaluations rapides» de situations urgentes pour la Cellule d'Evaluation et d'Orientation
- ✓ les enquêtes sociales de clients à la demande des offices sociaux et des ministères: le service est le partenaire privilégié des offices sociaux et organise des permanences au sein des communes.

2. Le service d'accompagnement social (SAS)

a. Définition

Accompagner, c'est se joindre à quelqu'un pour aller avec lui où il va. L'accompagnement dans le cadre du SAS est un processus d'aide sociale professionnelle, cadré par une relation contractuelle explicite entre un agent du service et un usager de service ou un usager d'une disposition légale.

L'accompagnement social suppose au départ un libre arbitre de l'utilisateur et demande par la suite un accord, entre au moins deux personnes, l'accompagné et l'accompagnateur.

Dans les situations souvent difficiles de l'aide sociale à l'enfance, il y a lieu de relativiser le libre arbitre et l'accord des parents en fonction du bien-être des enfants. Cette restriction peut s'appliquer aussi à d'autres situations où des personnes sont en danger.

b. Population cible du service d'accompagnement social

- ✓ les consultants des consultations pour maladies respiratoires représentant un problème de santé publique;
- ✓ les enfants et jeunes en difficulté et leur famille (Consultation de Nourrissons; Service Médical Scolaire, Commission Médico-Psycho-Pédagogique);
- ✓ les bénéficiaires de l'allocation complémentaire (Art 16 de la loi RMG):



- ✓ les clients dont la prise en charge nécessite d'emblée une planification à long terme (p. ex. gestions volontaires);
- ✓ les personnes et familles transférées par le service social de proximité

3. Procédure de transition du SSP vers le SAS :

a. Généralités

La procédure de transition du SSP vers le SAS est déterminée par 3 éléments :

1. Le moment de la transition d'un dossier social du SSP vers le SAS ou vers d'autres services est une décision professionnelle en dernière instance, car la prise en charge de clients relève déjà à l'heure actuelle de la responsabilité professionnelle des A(H)S.
2. L'accord du client en cas de transfert de son dossier est requis.
3. Dans le cadre d'un concept de service, chaque service établit des repères pour guider la décision professionnelle. Les règles suivantes doivent y figurer :
 - Pour éviter le double emploi, il y a lieu de conceptualiser la prise en charge du service social de proximité et du service accompagnement de façon chronologique. Un même client/ménage ne peut être suivi à la fois par l'un et par l'autre service.
 - La transition du service social de proximité vers le service accompagnement se fait sur base d'une première ébauche de projet d'aide sociale entre le client, le service SSP et le SAS. Ce projet *écrit* fait partie du dossier social des deux services. Il sera adapté et développé selon la réalité rencontrée dans le cadre du service d'accompagnement social.
 - L'adhésion du client/ménage au projet d'aide est un facteur déterminant du processus de transition

Au cours du processus d'aide, le SSP et le SAS peuvent assurer chacun de son côté les aides urgentes ou nécessaires d'ordre socio-économiques et/ou psycho-sociales.

b. Transfert des clients

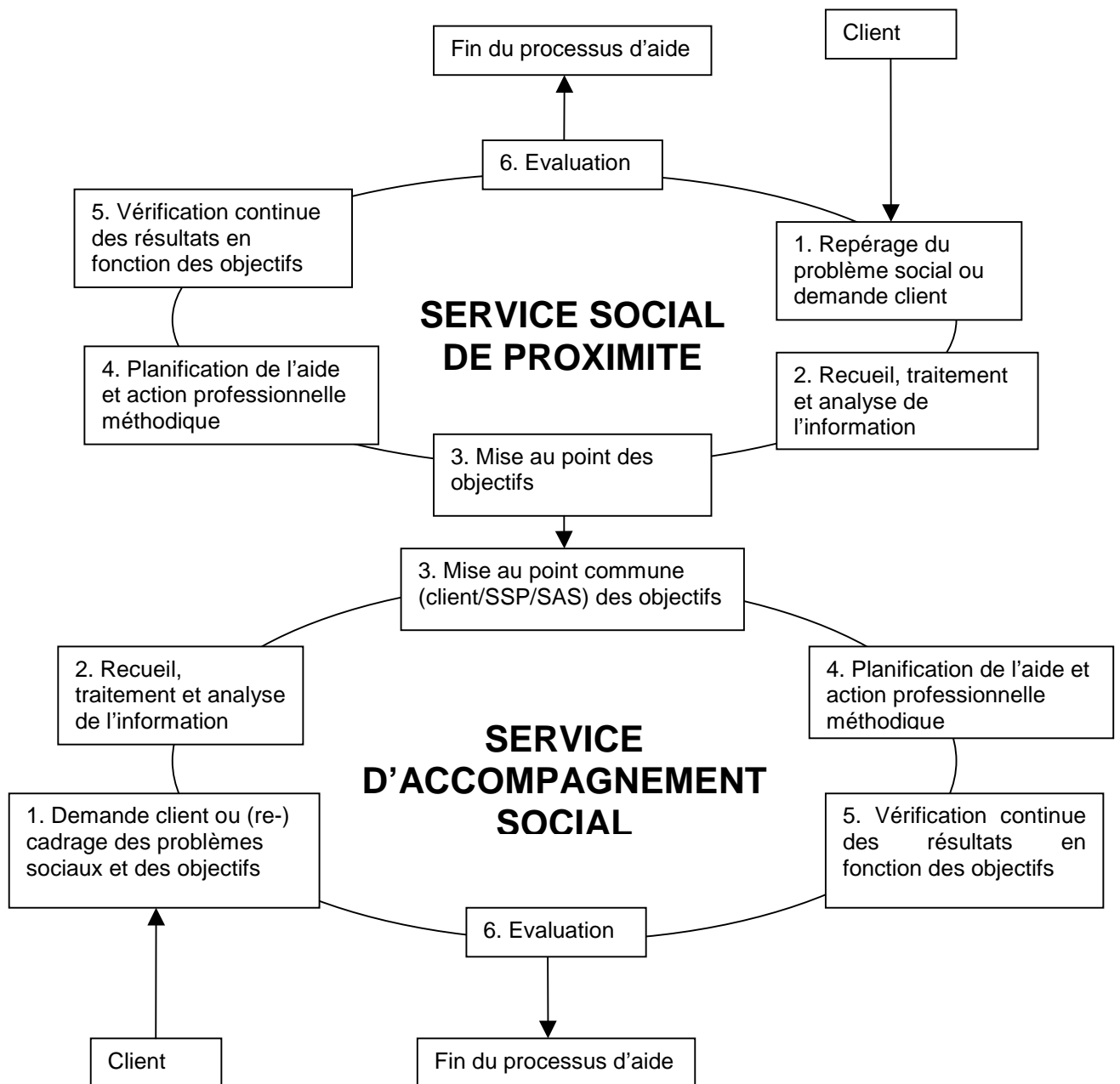
La phase accueil assurée par le SSP en cas de transfert d'un client/ménage doit aboutir à trois résultats :

1. Description de la situation du système client avec ses problèmes et ses ressources
 2. Evaluation de cette situation en relation avec les aides à apporter
 3. En fonction de 1 et 2 orientation des clients vers le SAS avec organisation de la phase de transmission afin d'éviter une interruption du processus d'aide
 4. Organisation et mise à disposition des aides socio-économiques nécessaires au cours de la phase accueil et de transition.
- ◆ La procédure de transfert est illustré par le schéma suivant. Le moment du transfert est à préciser par une typologie des situations sociales revenant à l'un ou l'autre service.

D'éventuels cas limites sont à trancher par les deux directions sociales.



4. Schéma de collaboration entre SSP et SAS



Répartition du Personnel Commun

TOTAL personnel commun

postes budget 2000	60%	40%
73	43.8	29.2

Service social polyvalent	Ministère	postes budget 2000	service	Ligue	C-R
	Santé	51	ssps	27	24
Famille	3	ssps		3	
Total	54		27	27	
	Santé directeur	1	directeur		1
	Famille Détaché	1	détaché		1
	Total	2			2
	TOTAL :	56		27	29
Services spécialisés	Santé SSH	2	ssh	2	
	Famille SRAS	12	sras	12	
	Famille SNLS	3	snls	3	
	Total	17		17	
Tous services confondus	GRAND TOTAL :	73		44	29

La Ligue est disposée à céder à la Croix-Rouge 1.5 postes administratifs de son personnel propre dans l'intérêt du service social de proximité de la Croix-Rouge, à savoir

- circonscription Centre 0.5 au centre médico-social Luxembourg
- circonscription Sud 0.5 au centre médico-social Esch/Alzette
- circonscription Nord 0.5 au centre médico-social Ettelbruck



HISTORIQUE DE LA POLYVALENCE

L'accord de partage marque un tournant dans l'histoire de la polyvalence luxembourgeoise. Importée de France, la Polyvalence existe depuis des décennies au sein des centres médico-sociaux. L'idée de cette conception particulière du service social est multiple et sa compréhension polyvalente elle aussi. C'est pourquoi l'explication de l'anatomie du changement opéré par l'accord de partage nécessite un détour historique

ELEMENTS HISTORIQUES DE LA POLYVALENCE FRANCAISE¹³:

La polyvalence française a été "inventée" par Henri Sellier, maire à Suresne de 1919 à 1941. Le service (médico-)social de polyvalence de secteur est organisé et finalisé comme service généraliste de proximité. Cette conception sera reprise après la guerre par les pouvoirs publics (Henri Sellier étant devenu ministre en 1936) qui l'officialiseront et la réglementeront afin qu'elle soit mise en application sur tout le territoire. Dès 1919, il prévoit dans son programme électoral l'organisation d'un service de visiteuses de la première enfance. Implantées dans les écoles, elles sont le vecteur privilégié de l'encadrement sanitaire et social mis en place par la Municipalité.

Alors qu'à l'intérieur de l'école, elles assistent le médecin scolaire sur le plan médical et hygiéniste, leur action rayonna sur le quartier, et auprès de chaque famille.

Signalons qu'en 1938 nous assistons en France à la fusion des formations d'infirmière visiteuse et de travailleuse familiale avec création du diplôme d'assistante sociale se caractérisant par une nette inflexion médico-sociale.

Après la Seconde Guerre mondiale, non seulement les pouvoirs publics ne reviennent pas sur cette conception de l'organisation du service social, mais la confortent juridiquement.

La loi du 4 août 1950 relative à la liaison et la coordination des services sociaux est promulguée. Elle préconise la création d'un comité départemental de liaison et de coordination des services sociaux publics et privés jouissant de la capacité juridique, distingue et définit les services sociaux spécialisés et les services sociaux polyvalents.

Le service social polyvalent est défini ainsi :

« tout service qui assume un ensemble d'activités sociales, médico-sociales, ou sociales et médico-sociales, en dehors des tâches exercées par les services sociaux spécialisés. Les services polyvalents exercent leur activité soit au profit de l'ensemble des bénéficiaires dans un secteur géographique donné, soit au profit d'une catégorie de bénéficiaires ».

Cette définition consacre plus une situation de fait qu'elle ne définit réellement la doctrine de la polyvalence de secteur.

La circulaire du 22 octobre 1959 restitue ce que doit être la polyvalence.

« La définition beaucoup trop large et beaucoup trop vague a eu pour effet la multiplication des polyvalences à contenus variables ou l'accumulation sous cette rubrique de tâches les plus diverses, n'ayant parfois qu'un rapport lointain avec un véritable service social et entraînant une surcharge de travail pour les assistantes et un service incomplet pour les usagers ».

« L'expérience montre que la vraie polyvalence a un sens beaucoup plus précis. Elle tend, en effet, à mettre, à la disposition des usagers, des assistantes capables d'avoir une vue d'ensemble de leurs problèmes sanitaires, sociaux, économiques, psychologiques et de les aider à mettre en œuvre les moyens d'y porter remède, avec le concours, le cas échéant, de services spécialisés pour des situations particulières. L'assistante polyvalente que l'on appelle souvent « assistante familiale » s'occupe en principe des divers membres d'une famille. Elle évite ainsi les interventions multiples de services à buts limités et les déplacements inutiles. Elle protège l'intimité des familles, tout en leur assurant une aide plus complète; sans sa présence, l'action des services spécialisés risque souvent de demeurer fragmentaire ou sans lendemain. »

« L'assistante polyvalente de secteur a l'avantage d'être proche de ses « clients ». Elle les connaît et elle est connue d'eux. Elle connaît le milieu dans lequel ils vivent et les institutions sanitaires et sociales auxquelles ils peuvent recourir. Elle est en rapport avec les autorités locales, les maires, les membres du corps enseignant, les employeurs, etc. De même, elle est en liaison étroite et permanente avec les autres assistantes polyvalentes et spécialisées des divers services sociaux du département. Cette liaison doit permettre notamment d'assurer les suites de l'action engagée au niveau des consultations de PMI, des dispensaires, des établissements scolaires, des établissements hospitaliers et d'une façon générale des organismes concourant à la protection sanitaire et sociale de la population. La formule de la 'polyvalence de secteur' est donc celle qui présente le maximum d'intérêt pour la population. »

¹³ BOUQUET Brigitte, Regard socio-historique sur la polyvalence de secteur. Vie sociale 9-10 Paris 1991



Cette réorientation de l'action sociale polyvalente ne fut pas suffisante pour faire face aux problèmes de fonctionnement (pénurie de personnel, problèmes de coordination,...).

Aussi, une nouvelle circulaire en date du 26 juillet 1962 relative au fonctionnement des services sociaux et aux conditions d'activité des assistantes sociales tente de remédier aux dérives et de recadrer sur un réel service social.

« Le service social est une notion difficile à définir. Il englobe des activités qui ne peuvent guère être circonscrites. La tentation est donc grande et la tendance s'en manifeste abondamment de confier aux assistantes sociales des tâches qui ne relèvent pas spécialement de leur compétence et qui nuisent à l'action qu'il leur appartient de mener et à leur travail propre. »

Cette situation est particulièrement grave pour les services polyvalents de secteur dont les assistantes sociales se voient accablées de demandes de toute nature, au détriment de leur action profonde dans les familles qui appellent précisément leur intervention (beaucoup de travail à caractère médical remis en cause). »

La grande réforme administrative de 1964 va avoir des implications importantes pour l'action sanitaire et sociale. Le décret du 14 mars 1964, relatif au pouvoir des préfets, à l'organisation des services de l'Etat dans les départements et à la déconcentration administrative ainsi que les instructions générales du 26 mars 1964, assurent le pouvoir du Préfet, véritable représentant du pouvoir central.

Le décret du 30 juillet 1964, portant réorganisation et fixant l'attribution des services extérieurs de l'Etat chargés de l'action sanitaire et sociale a pour objet de donner aux préfets des directives pour la mise en place de nouvelles structures :

« Un des objectifs de cette réforme est la création d'un service social départemental unique placé sous l'autorité directe du directeur départemental de l'action sanitaire et sociale. Ce service doit en particulier permettre au directeur départemental de l'action sanitaire et sociale, dans le cadre des dispositions relatives à la coordination des services sociaux, d'équiper le département en assistantes polyvalentes de secteur. »

La polyvalence de secteur et la spécialisation sont définies comme étant nécessaires et complémentaires. Un service social spécialisé doit intervenir en complémentarité d'un service social polyvalent de secteur qui commence une action et qui est appelé à la continuer.

Là encore, la circulaire fait référence au malaise de la polyvalence.

« La polyvalence est devenue trop lourde par suite du manque d'assistantes et de la multiplicité des tâches accumulées sous cette appellation ; ainsi s'explique en partie le déplacement constaté depuis plusieurs années des effectifs polyvalents déjà trop restreints vers les services dits spécialisés. »

Aussi, un des objectifs prioritaires est de « rendre à la polyvalence et à la spécialisation leur sens et leur objet propres ». De ce fait, la polyvalence est définie ainsi :

« la polyvalence tend à mettre à la disposition des usagers, des assistants sociaux, capables d'avoir une vue d'ensemble de leurs problèmes sanitaires, sociaux, économiques, psychologiques et de les aider à mettre en œuvre les moyens d'y porter remède avec le concours, le cas échéant, de services spécialisés, pour des situations particulières. »

La circulaire du 12 décembre 1966 ayant pour objet l'organisation et le fonctionnement du service social des Divisions Départementales d'Aide Sociale et Sanitaire (DDASS), préconise la promotion du développement des services sociaux familiaux et détermine l'organisation du service social selon 4 thèmes : la répartition des tâches, les structures géographiques du service, l'organisation type, les rapports avec les autres services sociaux.

La circulaire réaffirme le rôle premier de la polyvalence de secteur :

« La ventilation des tâches entre assistantes polyvalentes et assistantes spécialisées doit retenir particulièrement votre attention (...). J'insiste auprès de nous pour que la priorité soit donnée à la polyvalence, les services spécialisés intervenant seulement d'une façon complémentaire lorsque l'action à mener pour la solution d'un cas ne peut être assumée par l'assistance polyvalente concurremment avec l'ensemble des tâches qui lui incombent dans son secteur. »

Le 30 juin 1975 la loi relative aux institutions sociales et médico-sociales est promulguée (dite « loi sociale »). Elle préconise la concertation entre l'Etat et les institutions sociales, entre les collectivités publiques et les organismes d'action sociale. Elle incite au développement de l'action sociale globale, tant au niveau des départements, qu'au niveau des circonscriptions, par voie de conventionnement. Elle mentionne dans le chap. 6 de la création du service départemental d'action sociale art. 28 :

« Un service public chargé de mener une action polyvalente et des actions spécialisées est organisé dans chaque département. »

La notion de polyvalence est ainsi élargie et largement confortée.



Les lois de décentralisation, et particulièrement celle de la décentralisation de l'action sociale, n'ont apporté aucune consigne particulière sur les circonscriptions comme sur la polyvalence de secteur, laissant entière liberté aux conseils généraux. Ainsi la loi du 22 juillet 1983, art. 37, stipule que

« le département est responsable du service départemental d'action sociale prévu à l'art. 28 de la loi n° 75-537 du 30 juin 1975 modifiée, relative aux institutions sociales et médicales »

et se contente d'énoncer que le Conseil Général doit organiser le service départemental d'action sociale sur une base territoriale. Celle du 9 janvier 1986, précise dans l'art. 28 que :

« le service public départemental d'action sociale a pour mission générale d'aider les personnes en difficulté à retrouver ou à développer leur autonomie de vie et prévoit une convention entre les services sociaux extérieurs de l'Etat et le département pour la mise en oeuvre de l'action sociale polyvalente. »

Néanmoins, l'ambiguïté de la polyvalence de secteur et de la polyvalence d'action sociale n'est pas clarifiée. Depuis la circulaire de 1966, la polyvalence dans les textes, concerne seulement le service social. Or, depuis 1975, où un certain nombre de repères ont été fixés, l'action sociale fait intervenir d'autres acteurs que le service social. L'action sociale a élargi son champ et il s'agit maintenant de reconnaître la polyvalence assurée par un ensemble d'intervenants. En outre, les différents dispositifs comme le Revenu Minimum d'Insertion confrontent le social dans une notion de développement général de la société et se pose alors la question de la place des intervenants sociaux dans ce champ très vaste du développement social. Compte tenu de l'échec de « l'action sociale globale », ils préconisent des actions transversales ayant des objectifs précis, mobilisant la population et l'ensemble des partenaires institutionnels concernés ponctuellement. La notion de sectorisation n'est plus essentielle ; c'est l'objectif, les pratiques pour l'atteindre et l'évaluation qui dominent les nouvelles orientations sur un territoire adéquat.

Comment l'assistant social polyvalent de secteur se situe-t-il dans cette évolution ? Est-il le généraliste qui reçoit la demande, l'évalue, oriente et coordonne le traitement de la demande sociale ? ou reste-t-il l'acteur central qui assure par lui-même la polyvalence ?

Les alinéas précédents tracent une chronologie des idées qui ont sous-tendues le développement de la polyvalence française. Maintes questions soulevées se sont posées de manière analogue au Luxembourg au cours des années passées et surtout à partir de 1989 avec l'instauration d'un groupe de réflexion interministériel sur la restructuration de la polyvalence.

ELEMENTS HISTORIQUES DE LA POLYVALENCE LUXEMBOURGEOISE¹⁴:

L'histoire de la polyvalence luxembourgeoise est moins documenté que la polyvalence française. La raison essentielle en est qu'elle n'a jamais été légiférée en tant que telle. Il y a bien la loi organique de la Ligue, la loi sur la médecine scolaire et quelques autres législations qui ont défini pour des périodes données des tâches précises, assurées au sein de la polyvalence, mais on est loin de l'évolution légale de la polyvalence en France.

Pour le 60e anniversaire de la Ligue Médico-Sociale, Mlle Fernande Gretsche, assistante d'hygiène sociale, responsable du dispensaire Prince Charles expose l'évolution de sa profession et celle de l'action médico-sociale au Luxembourg.

L'action médico-sociale, telle que nous la connaissons aujourd'hui, a de nombreuses racines. Depuis des siècles, quelles qu'aient été les formes de civilisation, bien des courants ont poussé certains hommes vers d'autres, que la relation d'aide ait été motivée par une compassion innée, l'amour du prochain, le souci de l'ordre social ou un élan humanitaire. Des initiatives déjà anciennes ont eu un caractère organisé professionnel, telles au début du 17^e siècle, en France, les consultations gratuites de médecine, instaurées par Théophraste Renaudot, médecin du Roi et commissaire général des pauvres.

Pourtant, ce n'est qu'à l'aube du 20^e siècle à la suite de la prise de conscience de plus en plus large d'une responsabilité collective à l'égard de la souffrance et de la misère d'autrui, surtout dans les pays récemment industrialisés, du brusque développement des sciences médicales et sociales, qu'allait naître le service social d'aujourd'hui.

Dans une époque qui s'annonçait éminemment sociale, le point de départ a cependant été avant tout médical. La situation sanitaire était préoccupante avec les ravages de la tuberculose, des maladies vénériennes, des maladies infantiles. L'équipement sanitaire serait resté incomplet, s'il ne s'était intégré dans l'évolution sociale de l'époque.

¹⁴ Publication de la Ligue à l'occasion de son 60e anniversaire (1908-1968)



Des lois sur la protection des enfants séparés de leur mère donnent le départ d'une protection médico-sociale systématique.

Dès le début du siècle des dispensaires antituberculeux se créent dans nos pays voisins. A constater les ravages que faisait à cette époque le pire de tous les fléaux sociaux, la tuberculose, on était venu à penser que pour cette maladie, plus encore que pour d'autres, mieux vaut prévenir que guérir.

Rapidement se fait jour l'idée qu'il faut visiter le malade dans sa famille, s'inquiéter de son mode de vie, connaître les possibilités d'aide ou d'orientation, remplir une mission éducative. Il y avait certes des œuvres pour seconder la famille, mais ces mouvements de bienfaisance furent, malgré tout ce qu'ils pouvaient comporter de charité, parfois maladroits et portaient atteinte à la dignité de l'assisté.

L'époque devenue sociale, la technique devait rendre plus efficient le dévouement et c'est ainsi qu'aux avant-postes de la lutte antituberculeuse a été placée, comme agent de prévention par excellence: l'infirmière-visiteuse.

A la suite, d'autres œuvres manifestent le souci d'une assistance éducative. Immédiatement après la visiteuse de la tuberculose s'organisent celles de l'enfance, du service social, l'infirmière scolaire. On s'intéresse très vite à la formation d'infirmières-visiteuses polyvalentes. Vers 1905, des écoles préparant à la tâche se créent en Angleterre, en France, un peu plus tard en Belgique. Mais aucun diplôme n'est exigé pour l'exercice de la profession et l'on voit souvent travailler côte à côte agents bénévoles et premières infirmières-visiteuses. Ce n'est qu'entre les années 1922 et 1932 que, dans nos pays voisins des décrets instituent un brevet de capacité professionnelle permettant de porter le titre d'infirmière-visiteuse d'hygiène sociale.

Le premier dispensaire de la Ligue se crée en 1908. Le médecin du dispensaire est secondé dans sa tâche par des aides bénévoles.

Madame Emile Mayrisch, la grande promotrice des œuvres sociales au Luxembourg, ouverte à tous les problèmes sociaux de l'époque, soucieuse de leur trouver une solution, se rendait vite compte que les œuvres d'hygiène sociale ne pouvaient se développer pleinement qu'avec l'aide d'une équipe d'infirmières-visiteuses.

En 1921, elle fait appel à Mademoiselle Kauffeld (travaillant alors en tant qu'infirmière-visiteuse en France) et lui confie la mission d'organiser le service médico-social des dispensaires de la Ligue, et de recruter dans le pays des jeunes filles désirant se dévouer à la cause et acceptant de se soumettre à une formation sérieuse dans une école à l'étranger.

Il faudra attendre plusieurs années encore avant que l'Etat vienne soutenir la jeune profession et son travail.

En 1935, un arrêté crée le diplôme d'état luxembourgeois pour les infirmières hospitalières, les infirmières-visiteuses, les assistantes sociales.

En 1939, l'association des infirmières et assistantes sociales luxembourgeoises reçoit les statuts d'une société sans but lucratif et groupe une trentaine de professionnelles.

Après la libération commence l'époque du renouvellement et des transformations sociales et médico-sociales importantes. L'homme et son milieu ont changé. Les urgences en matière médico-sociale se précipitent, la tuberculose sévit avec une extrême violence, mettant surtout en danger notre jeunesse, déjà si durement éprouvée.

Sollicitées par le Ministère de la Santé Publique et de l'Assistance Sociale, qui enfin s'inquiète de la situation sanitaire et sociale du pays, et qui ne dispose ni de services compétents ni d'un cadre d'infirmières-visiteuses diplômées, les deux œuvres prennent en charge pour une large part les activités sociales et médico-sociales pour l'ensemble du pays. Il est nécessaire d'adapter les services et la profession aux besoins de l'époque; ils prennent progressivement les structures et la physionomie qu'ils ont encore aujourd'hui.

La loi du 18 novembre 1967 sur les professions para-médicales supprime le titre d'infirmière-visiteuse et le remplace par celui d'assistante d'hygiène sociale.

La majorité des assistantes d'hygiène sociale travaillent au service de la Ligue contre la Tuberculose et de la Croix Rouge, en étroite collaboration avec le Ministère de la Santé Publique, le Ministère de la Solidarité Sociale, les communes. Elles remplissent une mission de prévention et d'éducation.

A partir du dispensaire qui est leur base d'opération les assistantes d'hygiène sociale font un travail de polyvalence. La polyvalence comprend la presque totalité des activités propres au service social et médico-social, telles la lutte contre les maladies à retentissement social, en particulier la tuberculose, la protection médico-sociale de la maternité, de l'enfance, de l'adolescence, le service médico-scolaire, une part importante du service social familial, la protection aussi bien du nourrisson que du vieillard.

L'assistante sociale polyvalente doit connaître à la fois l'être humain dans son comportement physique, mental et moral, la société dans laquelle cet être évolue, donc les milieux familial, économique et social, les maladies et les tares sociales, les difficultés aussi auxquelles il convient de remédier et, enfin, les moyens législatifs, matériels, et moraux mis à sa disposition. Elle ne doit pas seulement posséder une solide base de connaissances générales et des possibilités intellectuelles, mais avoir le sens social développé, le désir de se dévouer à autrui, le respect de la personne humaine.

L'activité sociale polyvalente nous paraît le mieux répondre aux besoins de notre pays. Sous forme de service polyvalent de secteur, assurant auprès des familles d'une circonscription géographique l'ensemble des tâches de caractère social et médico-social, il évite les inconvénients de visites simultanées d'assistantes appartenant à des organismes différents. L'intimité des familles est ainsi mieux protégée. L'assistante polyvalente de secteur connaît ses familles, leur milieu, leur histoire, elle a su acquérir leur confiance. Elle-même est connue dans son secteur et les familles savent qu'elles peuvent venir à elle avec toutes leurs difficultés. Elle est en liaison avec les autorités locales, les maires, les membres du corps enseignant etc.

La polyvalence représente donc la forme de service social la plus efficace, elle correspond le mieux aux intérêts de la population. Elle n'exclut pourtant pas l'existence de certains services spécialisés où la disponibilité de l'assistante



doit être si grande qu'elle ne peut se consacrer à des tâches multiples, comme par exemple l'assistante sociale de l'enfance inadaptée, celle des prisons.

La Ligue luxembourgeoise contre la Tuberculose et la Croix Rouge occupent actuellement 29 assistantes d'hygiène sociale polyvalentes. Ce nombre est insuffisant et nos services se trouvent devant d'importants problèmes d'avenir. D'une part, le recrutement devient de plus en plus difficile; d'autre part, le nombre de ressortissants par assistante trop élevé, surtout dans les secteurs où le niveau de vie est relativement bas, la multiplicité des tâches, rendent indispensable la création de nouveaux postes.

La surcharge résultant du travail polyvalent, par suite du manque d'assistantes sociales, crée le danger que les jeunes assistantes quittent nos services pour se tourner vers un service spécialisé, moins complexe.

En ce qui concerne les difficultés de recrutement, il faut reconnaître honnêtement que la politique médico-sociale n'a que peu tenu compte de la profession d'assistante d'hygiène sociale dans les dernières décades.

La loi du 18 novembre 1967 nous a enfin donné la protection du titre et nous espérons que le règlement grand-ducal qui est en voie de préparation, situera notre profession à sa juste valeur. L'avenir de la profession tient pour une grande part dans le recrutement et je me permets de citer les paroles de Madame Emile Mayrisch, toujours actuelles et vraies: «Faites à l'infirmière-visiteuse (donc à l'assistante hygiène sociale) une situation pécuniaire, morale et sociale en rapport avec la dignité et l'importance de ses fonctions et avec l'étendue de sa responsabilité. Par contre, exigez d'elle un maximum de dévouement, d'initiative, d'intelligence, et choisissez-la parmi l'élite des jeunes filles».

EVOLUTION DE LA POLYVALENCE LUXEMBOURGEOISE DE 1978 A 1989 :

En 1978, lors de la commémoration du 70e anniversaire de la Ligue Médico-Sociale, Dr Jean Goedert, nouveau président, affirme que l'action de la Ligue doit s'orienter dans deux directions complémentaires :

- d'abord elle doit continuer l'œuvre de ses fondateurs, c'est-à-dire combattre par tous les moyens ce fléau qu'a été et que peut encore être, la tuberculose.

- ensuite, elle doit élargir son champ d'action pour permettre ainsi un travail de prévention médicale et sociale toujours plus général et de ce fait plus adapté aux besoins actuels.

Suit alors une période où les dispensaires anti-tuberculeux sont transformés en centres médico-sociaux. Ceci a été souvent combinée à des travaux de construction ou de rénovation, comme à Wiltz. (Bâtiment entamé en 1984 et inauguré en 1986).

En 1985, le rapport annuel de la Ligue décrit pour la première fois de manière exhaustive le service social polyvalent de secteur. Les champs d'activité sont décrits comme suit :

1) Domaine de la médecine préventive

- dépistage de la tuberculose et des maladies respiratoires (consultations tbc, pour fumeurs, visites à domicile, surveillance de personnes exposées);
- surveillance des grossesses à risque et des enfants en bas âge (consultations de nourrissons, vaccinations, visites à domicile, éducation sanitaire);
- organisation et collaboration avec les services d'orthoptie et de pléoptie;
- service médical scolaire, éducation à 1a santé dans les écoles primaires, participation aux commissions CMPP;
- service "Gesond liewen".

2) Domaine de la santé

- informations sur les dispositions des organismes de Sécurité Sociale et démarches auprès de ces institutions;
- règlement des prises en charge de frais pour non-assurés;
- orientation et placement des malades pour traitement, cure, convalescence ou réadaptation;
- démarches pour procurer au malade ou à sa famille le matériel ou les services nécessaires (matériel sanitaire, soins à domicile, aide familiale);
- service social dans les hôpitaux;
- prise en charge sociale de personnes après leur sortie de l'hôpital;
- service de rééducation précoce

3) Domaine de l'enfance et de la jeunesse

- protection des enfants en danger physique ou moral
- placements d'enfants dans des familles d'accueil, les foyers de jour, les maisons d'enfants et participation aux commissions MPPS de ces institutions;
- orientation des enfants malades ou handicapés vers les services vices et institutions spécialisées;
- orientation scolaire;
- séjours en cure ou en colonies de vacances.

4) Domaine de l'aide sociale

- information sur les mesures d'aide sociale;
- solution dans des problèmes de logement, de travail, de formation, de réadaptation ou réintégration professionnelles;
- attribution d'aide matérielle lorsqu'une maladie, un handicap ou d'autres circonstances entraînent des difficultés financières;
- collaboration avec les offices sociaux et permanences dans les communes.

5) Domaine de l'aide individuelle ou familiale

- conseil et guidages de personnes, de couples et de familles
- qui se trouvent dans une situation de conflit;
- accueil et orientation de personnes en détresse (mères célibataires, femmes seules).

6) Domaine de l'aide aux personnes âgées



- information sur les avantages et les services réservés aux personnes âgées et démarches pour obtenir ces avantages (repas sur roues, aide-seniors, soins à domicile);
 - organisation et gestion de ces mesures;
 - admission de personnes âgées en maisons de retraite ou en maisons de soins;
 - prise en charge médico-sociale de personnes placées en institution.
- 7) Domaine de l'action et de la politique sociales
- définition des insuffisances dans la couverture médico-sociale et sociale de la population.

Si la polyvalence revendiquait depuis toujours une prise en charge globale, le texte précédent l'illustre à merveille. La création de service spécialisés au sein de la polyvalence a débuté avec l'introduction de la loi sur le revenu minimum garanti (RMG) au Luxembourg. Cette loi marque un tournant pour la polyvalence, mais aussi pour le secteur social entier.

Le 4 mai 1987 a été signée pour la première fois une convention entre le SNAS, la Ligue Médico-Sociale et la Croix Rouge. Cette convention prévoyait l'instauration de trois comités de gestion dans les trois circonscriptions. Le rapport d'activité de cette année mentionne que « depuis l'introduction de la loi du 26 juillet 1986 concernant le revenu minimum garanti, le travail au sein de la polyvalence a connu une extension considérable. » 5 nouveaux postes ont été créés à ce moment et après une phase transitoire ce personnel a été regroupé dans un service spécialisé "le service d'action social » (SAS).

En 1989, apparaît la législation sur l'allocation de soins dont le nombre de demandes surchargent le service encore et surtout pendant la première année. Notons au passage que l'informatisation des centres médico-sociaux par la Ligue débute à cette époque.

Le rapport de 1989 retient les conclusions suivantes :

Comme il a été déjà soulevé à de très nombreuses reprises, les nouvelles dispositions légales en matière d'allocation de soins, de RMG, et d'examens pré-nuptiaux et d'admission à la fonction publique ont considérablement alourdi les tâches des centres. Divers problèmes méritent d'être soulignés:

- les consultations des maladies respiratoires qui vont en augmentant;
- les personnes âgées: la situation est plutôt catastrophique (délais d'attente pour une admission en Maison de Soins, multiplication du nombre de personnes reconnues "cas d'hébergement", ..., tous ces facteurs augmentant de façon considérable le nombre de nos interventions à tous les niveaux;
- apparition de l'allocation de soins qui a littéralement surchargé pendant le deuxième semestre notre service;
- la situation en matière de logement reste toujours aussi préoccupante.

Ces différents problèmes orientent malheureusement de plus en plus le travail de secteur vers un type d'intervention palliatif, au détriment d'une action préventive. L'accumulation de tâches nouvelles et le manque de personnel déjà signalé par le passé favorise cet état de choses.

Les heures supplémentaires non compensées, les congés reportés, les délais pour répondre aux demandes prouvent le sérieux de la situation. L'insatisfaction devant un travail social mal assuré est grandissante. Au cas où la polyvalence n'est pas substantiellement renforcée dans les prochains mois, elle ne sera plus capable d'assurer un travail de qualité et ne pourra plus répondre à de nouveaux objectifs que le Gouvernement se propose de mettre en application.

Les conclusions des rapports suivants vont être similaires. En 1991, le service se voit finalement renforcé de 6 professionnels AHS. Ceci suite au rapport intermédiaire du groupe de travail interministériel sur la restructuration de la Polyvalence dont nous allons parler par la suite. Le rapport de la Ligue de 1990 donne des informations intéressantes :

En dehors des problèmes concernant les affaires courantes au siège de la Ligue, le conseil d'administration s'est plus spécialement occupé au cours de l'exercice écoulé de l'évolution des travaux au sein du groupe de travail institué par le Gouvernement, chargé de réfléchir sur la mission et le fonctionnement actuels et futurs du travail social polyvalent de secteur ainsi que sur l'agencement de ces structures avec celles des services spécialisés des divers ministères.

Après de longues discussions, un résultat quand même très positif et concluant a pu être obtenu et cela à l'unanimité du groupe de travail reconnaissant comme incontournable la polyvalence du travail médico-social telle qu'elle est pratiquée dans les centres médico-sociaux de la Ligue avec le personnel commun Ligue médico-sociale / Croix Rouge.

La condition sine qua non dans l'ensemble des problèmes soumis à la réflexion du groupe de travail est restée le renforcement massif des effectifs de personnel aux centres médico-sociaux pour pouvoir répondre aux exigences du service dans le cadre des nouvelles missions attribuées à cette institution.

A la même occasion, il a apparu aux instances publiques concernées que la structure des deux œuvres, Ligue médico-sociale / Croix Rouge, réunies au sein d'un Comité de Coordination (Coco) pour la gestion de leur personnel commun leur semblait plus ou moins confuse, notamment à cause de la direction bicéphale, la multitude de catégories de personnel, l'absence d'une hiérarchie verticale et l'absence d'un interlocuteur général entre les œuvres et l'autorité supérieure.

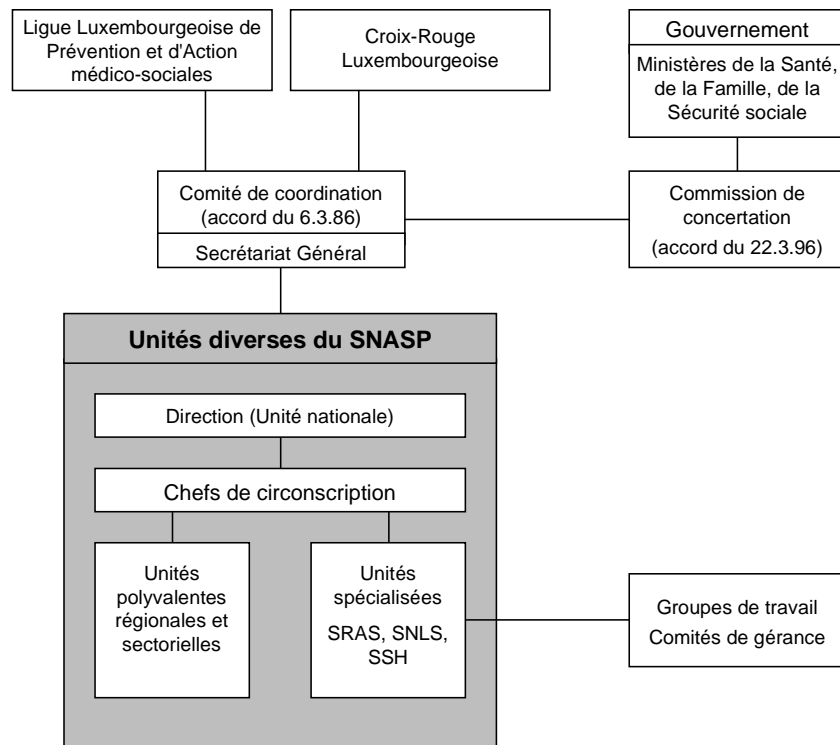
A cet effet la Ligue médico-sociale et la Croix Rouge sont convenues de réactualiser la coopération au dit Comité de Coordination. Les juristes des deux œuvres sont en train de travailler sur un texte susceptible de donner les garanties nécessaires pour éliminer les doutes et les confusions structurelles avancées initialement par les instances publiques concernées, en se basant sur l'organigramme du Coco actualisé et tout en respectant l'autonomie complète des deux œuvres respectives.



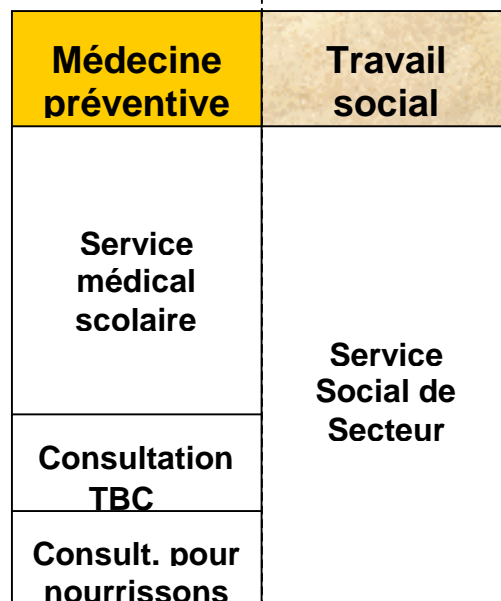
LES CHANGEMENTS RECENTS AU SEIN DE LA POLYVALENCE LUXEMBOURGEOISE DE 1989-2000 :

L'aboutissement définitif des travaux du groupe interministériel de 1989 conduit à l'accord de coopération entre la Croix Rouge, la Ligue Médico-Sociale, et les trois Ministères, Santé, Sécurité Sociale et Famille. l'organigramme arrêté un peu plus tard donne encore une nouvelle définition de la Polyvalence : c'est l'ensemble des unités polyvalentes et des unités spécialisées représentées sur le graphique ci-après.

Organigramme du Service national d'Assistance sociale polyvalente



Cette nouvelle structure n'a que peu influencé le travail sur le terrain, qui classiquement a été représenté comme suit :



Travail médico-social polyvalent de secteur sous la responsabilité d'une assistante d'hygiène sociale avec le soutien d'infirmières et de personnel administratif.

Il est intéressant de noter que l'étude menée par le directeur du « Service National d'Assistance Sociale Polyvalente » conclut e.a. en 1998 « que l'image classique de l'assistant(e) d'hygiène sociale de secteur effectuant elle-même les 4 missions précitées n'est plus d'actualité. En effet, la part relative des assistant(e)s d'hygiène sociales qui répondent à cette image dans le cadre des dispensaires n'est plus que de 22% en 1997.

Ce rapport reprend e.a. les conclusions du groupe de travail interministériel.

Deux modèles d'organisation du travail de secteur peuvent être envisagés:

a) La Polyvalence élargie

Le travail de secteur est assuré sous la responsabilité d'un assistant d'hygiène sociale ou d'un assistant social, secondé dans l'exécution du travail social par des équipes multi-disciplinaires regroupant d'autres professionnels du domaine médico-psycho-pédagogique. L'action de cette équipe s'étendra sur plusieurs secteurs voire sur toute une circonscription. Le responsable de secteur coordonne le travail de l'équipe pluri-disciplinaire.

b) La Polyvalence fonctionnelle

Dans ce modèle d'organisation la population d'un secteur est desservie par une équipe pluri-disciplinaire.

La composition de l'équipe est définie en fonction des attributions et missions du service polyvalent de secteur. La contribution de chaque membre de l'équipe est définie par sa qualification professionnelle. L'équipe pluri-disciplinaire doit obligatoirement comprendre un assistant d'hygiène sociale ou un assistant social. Cette obligation découle du caractère même du service. Le travail de l'équipe pluri-disciplinaire est coordonné par un animateur de secteur appartenant à une profession sociale.

Les membres du groupe de travail représentant le comité de coordination, le personnel de la Polyvalence et l'association des assistants sociaux, considèrent que l'animateur de secteur doit être obligatoirement un(e) AHS ou un(e) AS. Les représentants des ministères ne partagent pas cet avis. Ils estiment qu'on ne peut exclure d'emblée d'autres professionnels du domaine socio-psycho-pédagogique de la fonction d'animateur de secteur. Pour les représentants des ministères, l'organisation actuelle de la Polyvalence est tout à fait compatible avec une telle orientation puisque l'équipe pluri-disciplinaire comprendra un AHS ou un AS et, le cas échéant, des membres d'autres professions de santé. Les deux formules permettent à chaque habitant de trouver l'interlocuteur dont il aura besoin dans sa situation spécifique.

En considérant l'évolution et la multiplication des tâches à accomplir par le service polyvalent de secteur, le groupe de travail estime qu'à l'avenir la délimitation des secteurs devra être fixée sur base de critères objectifs tenant compte des besoins et des caractéristiques de la population ainsi que des prestations à fournir, et non pas sur la base des postes disponibles comme c'est le cas jusqu'à présent.

En novembre 1998, suite au rapport mentionné ci-avant, la Ligue décide de résilier l'accord de coopération, qui n'est pas conforme à sa loi organique et qui porte atteinte à son autonomie. Une phase de restructuration interne commence alors avec la création de la direction médicale et de la direction sociale en 1999.

L'accord de partage de novembre 2000 clôture l'évolution d'un siècle, tout en ouvrant un nouveau chapitre pour l'avenir.



PERSPECTIVES

1. Dans le domaine médical

Le partage entre la Ligue et la Croix Rouge n'aura pas de conséquences significatives pour l'affectation du personnel employé dans les différents domaines du secteur médical. Le personnel AHS, les infirmiers, les infirmières puéricultrices et les ATM conserveront les mêmes attributions au sein de la Ligue. Par contre il est difficile d'établir la charge de travail supplémentaire liée à la redistribution des tâches notamment dans le domaine de la santé scolaire.

En outre la Ligue prendra en charge les consultations pour nourrissons. Une évaluation de cette activité sera nécessaire afin d'en apprécier le mode de fonctionnement et les besoins de la population. Ce sera l'occasion de définir de nouveaux objectifs avec les partenaires institutionnels et locaux, et d'intégrer cette activité de protection et de prévention du nourrisson dans une conception plus large de protection de la mère et de l'enfant (type protection maternelle et infantile).

De même l'élaboration d'un concept de médecine scolaire plus axé sur la prévention des risques, le dépistage des sévices et plus généralement sur toutes les actions d'éducation et de promotion pour la santé des jeunes enfants est une option envisagée par la Ligue. Cette fonction s'ajouterait à son rôle actuel dans le dépistage des handicaps et des maladies potentiellement graves de l'enfant. Ce projet s'intégrerait bien entendu dans le respect des attributions légales et réglementaires de la Ligue.

Enfin, une collaboration plus étroite de la Ligue avec certains secteurs de la médecine du travail est envisagée pour la participation à la réalisation de bilans de santé du personnel des entreprises.

2. Dans les domaines médico-social et social

Par le passé, la polyvalence luxembourgeoise a été médico-sociale et sociale au sein d'un seul service. Elle constituait un service « par défaut » : à défaut d'autres institutions compétentes (ou en cas de surcharge de ces institutions spécialisées) c'était la polyvalence qui accueillait toute situation problématique. La formulation négative de cet état des choses a été traduite par l'expression « poubelle de la nation ». La vision positive considèrerait la polyvalence comme le « filet de sauvetage » de l'Etat de providence luxembourgeois.

L'action à long terme était parfois réduite à une présence à long terme, puisque l'afflux constant de nouvelles situations ainsi que la multiplicité des tâches contrecarrait trop souvent une action en profondeur. Il faut mentionner ici aussi le manque de personnel chronique.

Cela n'empêchait pas que pour le volet social, une réelle action continue et en profondeur combinée à une prise en charge généraliste constituaient les deux principaux objectifs de la polyvalence. Le troisième objectif était celui de l'action préventive aussi bien sociale que médico-sociale.

Les développements de la polyvalence française et luxembourgeoise, de même que l'évolution des besoins médico-sociaux de part et d'autre (avec un net retard au Luxembourg) mènent finalement à l'éclatement de la polyvalence traditionnelle construite sur la profession d'infirmière visiteuse puis de l'assistant(e) d'hygiène sociale.

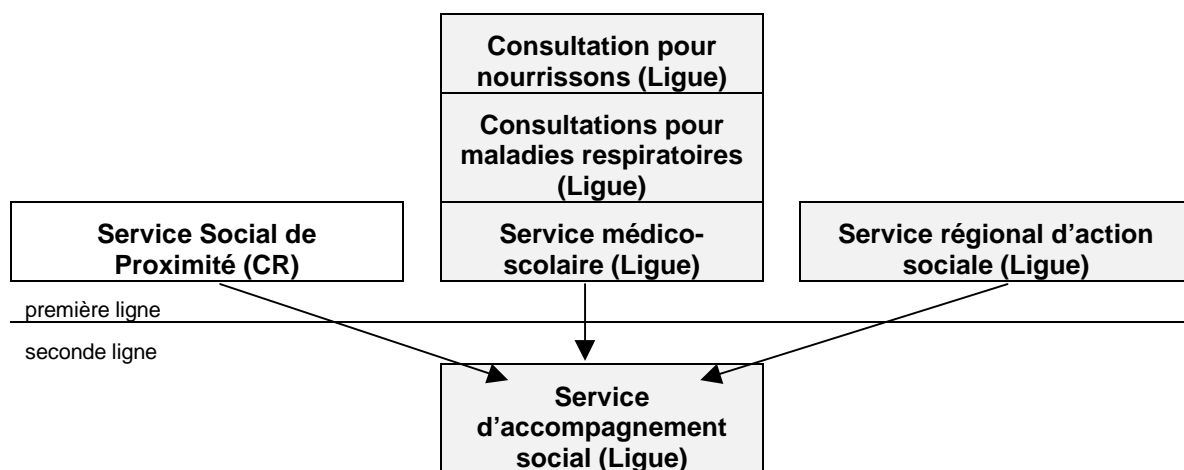
De toute façon, la disparition de la formation de cette dernière profession, il y a quelques années aurait abouti tôt ou tard au même résultat. Deux autres éléments ont amené ce changement profond :

- d'une part la complexité du travail ; celle-ci n'empêche cependant pas une fonction de généraliste à court terme dans le domaine purement social (la médecine est organisée sur un modèle similaire)
- d'autre part, la loi dite ASFT (régulant les relations entre l'Etat les organismes œuvrant dans le domaine social) qui introduit un agrément étatique et par là une définition claire des tâches à assurer ainsi que du budget y relatif.

La nouvelle organisation des différentes tâches à assumer, prévue dans l'accord de partage se présente comme suit :



La nouvelle organisation des différentes tâches à assumer, prévue dans l'accord de partage se présente comme suit :



Propositions de la Ligue médico-sociale dans le cadre de l'élaboration du plan national inclusion (PNAIncl.)

Introduction

Le Ministère de la Famille coordonne les travaux pour l'élaboration du PNAIncl. A cette fin, un premier séminaire a été organisé en présence de représentants de la CE le 23.03.2001. Une 2e réunion a eu lieu le 25.04.2001 avec l'objectif de réunir les organismes œuvrant dans le domaine social et de susciter leur collaboration. Dans la mesure où les travaux pour le PNAIncl doivent être terminés fin mai, les associations ont la possibilité d'introduire leurs propositions jusqu'au 08 mai 2001 au plus tard.

Les objectifs pour l'élaboration des PNAIncl, fixés par le Conseil Européen en décembre 2000 à Nice, sont les suivants :

1. Promouvoir la participation à l'emploi et l'accès de tous aux ressources, aux droits, aux biens et aux services.
2. Prévenir les risques d'exclusion
3. Agir pour les plus vulnérables
4. Mobiliser l'ensemble des acteurs

Par ses efforts propres et dans le cadre de conventions avec l'Etat, la Ligue joue un rôle important dans la lutte contre la pauvreté et l'exclusion.

Contributions de la Ligue au PNAIncl

Objectif 1 :

Promouvoir la participation à l'emploi et l'accès de tous aux ressources, aux droits, aux biens et aux services.

Favoriser l'accès à un emploi durable et de qualité pour toutes les femmes et hommes en situation de travailler, notamment: en mettant en place pour les personnes appartenant aux groupes de population les plus vulnérables des parcours d'accompagnement vers l'emploi et en mobilisant à cet effet les politiques de formation.

A. Situation actuelle

L'expérience montre que les mesures facilitant l'accès à l'emploi sont insuffisantes pour résoudre le problème du chômage. Certains problèmes d'ordre médico-psycho-social rencontrés par les personnes en cause, soit retardent l'accès à un emploi, soit favorisent un arrêt prématuré des mesures prises. L'accompagnement social de ces personnes constitue l'élément manquant pour promouvoir vraiment la participation à l'emploi et pour garantir une stabilité sociale suffisante aux personnes afin de leur permettre de participer pleinement aux mesures d'accès à l'emploi. Cet accompagnement social, qui devrait être offert au plan national, pour toutes les personnes prises en charge par l'Administration de l'Emploi, les services comme l'Objectif Plein Emploi ou Forum pour l'Emploi, voire différentes initiatives communales n'est actuellement réalisé que dans le cadre de la loi RMG.

En effet, lors du partage des activités de la polyvalence luxembourgeoise entre la Croix Rouge et la Ligue, celle-ci s'est investie pour assurer un service d'accompagnement social comme contrepoint au service social de proximité de la Croix Rouge, se limitant à une prise en charge de courte durée. Ce service qui sera conventionné dans le futur par le Ministère de la Famille assure actuellement l'accompagnement dans le cadre de l'art. 16 de la loi RMG. L'expérience pour ce genre de travail étant acquis depuis longtemps par les assistant(e) (d'hygiène) social(e) de la Ligue une extension de cette activité rencontre des conditions particulièrement favorable si on y ajoute la présence régionale des 13 centres médico-sociaux de la Ligue et donc l'assurance d'une couverture nationale pour ce service.



B. Mesures proposés par la Ligue Médico-Sociale

Néanmoins cette population exige une disponibilité importante en ressources humaines. C'est pourquoi, la Ligue propose de doter ce service existant des moyens en personnel nécessaires pour prendre en charge la population cible mentionnée.

C. Moyens et calendrier

Renforcement du personnel à partir de l'année 2002

Organiser les systèmes de protection sociale de façon à ce que, en particulier: ils contribuent à garantir à toute personne les ressources nécessaires pour vivre conformément à la dignité humaine.

A. Situation actuelle

Le recours de certaines personnes aux services d'une assistante sociale pour une gestion volontaire de leur budget est actuellement possible pour les bénéficiaires du RMG, mais aussi dans d'autres situations. Il s'agit surtout de personnes avec des capacités réduites pour la gestion de leur argent, voire de personnes toxicomanes. La gestion volontaire présuppose l'existence d'un compte bancaire auquel la personne prise en charge ne puisse accéder sans l'accord de l'assistant social. La personne est libre de faire transférer son argent à nouveau sur son compte personnel, si elle désire reprendre la gestion de ses revenus dans ses propres mains.

Avec l'avènement de l'assurance dépendance et les aides en espèces y prévues, un besoin de plus en plus pressant se fait ressentir dans le domaine social pour la gestion de cet argent reçu par les personnes dépendantes. Le personnel des réseaux d'aide et de soins refuse souvent pour des raisons évidentes de gérer l'argent de leurs clients. Il manque un service neutre qui puisse assurer ce travail.

Le même problème se pose en matière de tutelle. Le nombre de tuteurs qualifiés est dérisoire par rapport à la demande ; cela surtout pour les personnes dépendantes des couches de population plus défavorisées. La gestion de tutelles au sein de services sociaux pose problème puisqu'elle ne peut être attribué par la loi qu'à des personnes physiques.

B. Mesures proposées par la Ligue

- Modification de la loi du 11 août 1982 portant réforme du droit des incapables majeurs
- Création d'un service tutelles avec mission d'assurer la gestion de tutelles. Ce service « technique » collaborerait étroitement avec le service accompagnement social vu les besoins spéciaux de cette population . En 1999, la Ligue avait reconnue la nécessité d'une telle structure et un projet de création d'un service tutelles a été introduit auprès du Ministère de la Justice.

C. Moyens et calendrier

Dès 2002, étoffement du service d'accompagnement social et dotation de la structure technique de comptables assistant des travailleurs sociaux régionaux dans la gestion des tutelles. Le service « tutelles » pourrait débiter avec 3 assistant(e) (d'hygiène) social(e) et 3 comptables pour les trois circonscriptions du pays (centre, nord et sud).

Mettre en œuvre des politiques ayant pour objectif l'accès de chacun aux soins nécessaires à son état de santé, y compris son état de dépendance.

A. Situation actuelle

1. Depuis des décennies la Ligue exécute sous la tutelle du Ministère de la Santé, la loi du 2 décembre 1987 portant réglementation de la médecine scolaire. Parallèlement à la croissance de la population luxembourgeoise, le nombre d'écoliers ne cesse de croître. En 2000, le nombre de classes a augmenté de 187 unités, soit 2800 élèves de plus qu'en 1999.

Le surplus en travail empêche le service à s'investir d'avantage dans un champ important de la médecine scolaire, l'éducation à la santé. En 2000, la Ligue Médico-Sociale a développé et réalisé un projet pilote d'éducation à la santé « Le sommeil de l'Enfant » soutenu par le Ministère de la Santé et le Ministère de l'Education Nationale. Ce programme d'éducation à la santé (cfr. projet en annexe) constitue un modèle de travail réalisable au niveau national.



2. L'enseignement précoce, dont l'instauration au niveau communal se terminera en 2003, constituera en principe un champ supplémentaire de la médecine scolaire bien que la loi n'a pas encore été modifiée en ce sens. Actuellement, ces collectivités d'enfants ne sont pas surveillées du point de vue médical. En cas de problèmes (pour ne citer que le plus anodin: les poux), aucun service n'est responsable.

3. A côté de ses équipes médico-socio-scolaires pour les enfants scolarisés, la Ligue dispose d'un réseau de 30 consultations pour nourrissons à travers le pays, offrant une surveillance médicale préventive et gratuite pour les enfants de 0 à 2 ans. Ces consultations jouent un rôle important dans la protection maternelle et infantile. Elles participent ensemble avec les services sociaux de la Ligue et le service de médecine scolaire au projet multidisciplinaire et pluri-institutionnel avec des familles carencées à l'occasion d'une nouvelle naissance, initié par les services pour enfants du Centre Hospitalier de Luxembourg. Depuis 1997, ce projet vise la prévention anté- et postnatale des difficultés parentales dans les familles à risque (toxicomanes, ...)

Au cours de l'exercice 2000 ce travail en réseau (60 situations prises en charge) a été reconnu officiellement par le Ministère de la Santé. Un prix d'encouragement national dans le cadre du Prix européen de Promotion de la Santé a été décerné aux différentes institutions concernées. Le jury a estimé que ce projet est une excellente initiative pour promouvoir la santé des jeunes familles défavorisées et qu'il répond parfaitement au principe énoncé dans la Charte d'Ottawa: " Donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé, leur donner les moyens de pouvoir identifier et réaliser leurs ambitions, satisfaire leurs besoins et évoluer avec leur milieu".

B. Mesures proposées :

En collaboration avec le Ministère de la Santé, la Ligue travaille à l'élaboration d'un nouveau concept pour la médecine scolaire et notamment en ce qui concerne les examens prévues par la loi. Pour ce faire, elle s'est adjoint le concours d'un médecin pédiatre ayant acquis une longue expérience en médecine scolaire en France. Soucieuse de la réalisation d'un des objectifs importants de sa mission « la prévention », la Ligue s'investira à l'élaboration de programmes d'éducation à la santé qui seront réalisés en commun avec les enseignants.

C. Moyens et calendrier

A partir de 2002 : Renforcement en agents de la qualification infirmière et infirmière en santé communautaire pour les équipes médico-socio-scolaires

Développer à l'attention des personnes concernées des prestations, des services ou des actions d'accompagnement permettant un accès effectif à l'éducation, à la justice et aux autres services publics et privés tels que la culture, le sport, les loisirs.

voir objectif 2 pt. a) Service Info-Social 8002-9898
voir objectif 1.1 pt. a) Service d'accompagnement social

Objectif 2 :

Prévenir les risques d'exclusion

Exploiter pleinement le potentiel de la société de connaissance et des nouvelles technologies de l'information et de la communication et veiller à ce que personne n'en soit tenu à l'écart, en prêtant une attention particulière aux besoins des personnes handicapées.

A. Situation actuelle

L'exclusion est favorisée par des difficultés d'accès à l'information. L'Etat de providence met à la disposition de la population une multitude d'informations et d'aides. Pour le citoyen cela peut prendre les dimensions d'une jungle sociale qui l'empêchent de trouver l'information et les aides adéquates au moment propice.

B. Mesures proposés par la Ligue Médico-Sociale

Depuis un an le service INFO-SOCIAL 8002-9898 fonctionne au sein de la Ligue Médico-Sociale. Grâce à un numéro de téléphone gratuit, tout citoyen peut demander de façon anonyme les renseignements nécessaire pour son problème concret. Il est conseillé par un assistant social qui peut recourir à une base de données couvrant tous les grands domaines sociaux.



C. Moyens et calendrier

Ce service peut être développé en étendant les heures d'ouverture au-delà des heures de bureau (actuellement 8-12h et 14-18h). D'autre part, il y a lieu de promouvoir la publicité pour cette facilité. La consultations par internet, mise en route au cours de l'année 2001, sera une possibilité supplémentaire.

Un renforcement du personnel à partir de l'année 2002 pour la Ligue est souhaitable.

Objectif 3 :

Agir pour les plus vulnérables

Aller vers l'élimination des situations d'exclusion sociale frappant les enfants et leur donner toutes les chances d'une bonne insertion sociale

A. Situation actuelle

Les familles défavorisées et exclues risquent de transmettre leur problématiques à leurs enfants. Au Luxembourg, 7,2% de tous les enfants âgés de moins de 16 ans vivent en-dessous du seuil de pauvreté. Sans les transferts sociaux et notamment les allocations familiales ce pourcentage s'élèverait à 22,3% (Ceps/Instead, 2000). Il est clair que les parents qui vivent dans des situations de pauvreté rencontrent très souvent de problèmes dans la prise en charge de leur enfants.

1. Le nombre de placements d'enfants et de jeunes est (trop) important au Luxembourg. Il est certain qu'une partie de ces placements pourrait être évitée par une action préventive adéquate dans ce domaine. Par une prise en charge adapté des familles concernées en milieu ouvert, les périodes de placement pourraient être diminuées. Les mesures d'assistance éducative prévues dans le cadre de la loi du 10 août 1992 sur la protection de la jeunesse sont réduites pour une large part à des visites de surveillance par les services de la justice. Un accompagnement social efficace à moyen et long terme fait cruellement défaut.

Dans le cadre de son service d'accompagnement social régional, la Ligue propose la création d'une section d'accompagnement social pour enfants et jeunes. En collaboration avec les tribunaux de la jeunesse ce service prendrait en charge les mesures imposées par le juge aux familles tout en ayant pour but ultime la réintégration des enfants dans leurs familles. Ceci implique aussi l'accompagnement des parents avant et après le placement et le maintien éventuel d'une relation d'aide au cours du placement pour recréer les conditions sociales nécessaires au retour de l'enfant placé.

2. Les services médico-sociaux de la Ligue (service médical scolaire, consultations de nourrissons, service d'accompagnement social, ...) créent un lien de confiance entre les professionnels de ces services et les parents. Ils permettent également de détecter de façon précoce les difficultés familiales. A côté des informations sur la santé, les parents désirent de plus en plus de conseils en matière d'éducation. La réalisation du projet d'éducation à la santé sur le sommeil des enfants réalisé à Ettelbruck pour 280 élèves de l'enseignement précoce et préscolaire, l'a encore une fois confirmé.

B. Mesures proposés par la Ligue Médico-Sociale

Il existe un mélange entre le volet pénal, celui de la protection des mineurs et le volet de l'aide aux mineurs au niveau de la loi sur la protection de la jeunesse. Une réforme de cette loi est nécessaire. Les familles en difficultés devraient pouvoir bénéficier d'un *droit* à l'accompagnement social.

ad.1 A côté de son service d'accompagnement social, qui s'adresse plus particulièrement à ces familles et ce pour des interventions à long terme, la Ligue Médico-Sociale a lancé l'année passée le projet « Familien-Intensiv-Training » dont l'objectif principal est de revitaliser les ressources résiduelles des familles en rapport avec la prise en charge de leurs enfants. La stabilisation de la situation socio-économique familiale est une condition préalable et se fait par un travail en réseau avec les autres services sociaux (cfr. concept en annexe). Ce projet s'inscrit clairement dans l'action pour les plus vulnérables

ad 2. Introduction du programme triple P (Programme Préventif Parental) offrant aux parents aide et soutien dans la prise en charge de leurs enfants. Ce programme développé au Queensland (Australie) est actuellement promu en Europe par la TU Braunschweig dans le cadre de la lutte contre l'exclusion sociale des familles entre autre.



C. Moyens et calendrier

Suite au succès du projet pilote qui confirme le besoin urgent de cette forme d'intervention sociale, il y a lieu de renforcer ce service par deux assistant(e) (d'hygiène) social(e) avec formations complémentaires dans le travail systémique avec les familles p.ex. pour assurer une présence dans les trois circonscriptions du pays (centre, nord, sud). La Ligue estime qu'avec le concours d'éducateurs au sein de ce service et partant avec l'extension de la multidisciplinarité au sein des équipes des centres médico-sociaux, il sera possible d'une part d'apporter une aide continue et adapté en intensité au familles, puis d'œuvrer d'autre part à leur intégration sociale réelle dans leur milieu de vie. A cet effet, la réconciliation avec la vie associative et d'autres ressources (écoles, culture, services, ...) de la communauté (village, quartier), pourrait se faire dans le cadre d'une démarche éducative visant à renouer les liens sociaux de ces familles exclues.

Puis, les mesures d'assistance éducative prévue par la loi gagneraient en qualité par l'apport coordonné de compétences éducatives et sociales.

Finalement, la Ligue a assuré son soutien à un projet de création d'une banque alimentaire qui sera réalisé à la mi-2001.

En vue de ces objectifs, l'engagement de personnel supplémentaire à partir de 2002 est nécessaire.

Objectif 4 :

Mobiliser l'ensemble des acteurs

A. Situation actuelle

Les services sociaux se voient souvent confronté au reproche de travailler de façon redondante et de favoriser le double emploi. Or, présence simultanée de deux services sociaux même avec objectifs institutionnels similaires, ne veut pas encore dire double emploi. Le problème de la coopération se joue dans chaque situation concrète où plusieurs professionnels interagissent. La réalisation d'une efficience optimale de l'action sociale nécessite une réflexion sur les pratiques et techniques, voire les conditions de travail des acteurs professionnels. Cela pour parer aux effets néfastes d'un compartimentage trop important de l'action sociale.

Les centres médicaux sociaux de la Ligue sont à considérer comme pôle régionaux de compétences sociales et médico-sociales multidisciplinaires où peuvent être groupés ou associés également d'autres acteurs sociaux ou médico-sociaux.

Les centres médico-sociaux sont utilisés régulièrement pour des séances de coordination médico-psycho-sociales entre clients concernés et professionnels. Cette offre est insuffisante et un développement visant l'institutionnalisation de lieux de coordination régionale est à promouvoir. La population fréquentant les centres médico-sociaux est tellement varié que même au niveau régional le recours aux services des centres n'est pas automatiquement stigmatisante. Ainsi, les centres se prêtent à des activités de médiation familiale, de rencontres sur terrain neutre, etc.

B. Mesures proposés par la Ligue Médico-Sociale

- Extension du réseau des centres médico-sociaux : Au cours de la deuxième moitié de cette année, la Ligue inaugurera l'extension du centre médico-social de Luxembourg. Dans cette extension, un local spécial a été aménagé pour des activités de médiation familiale et sociale, ainsi que pour des séances thérapeutiques.
- Organisation de cycles de conférence et de « work-shops » sur le thème de la coopération afin de rallier une grande partie des acteurs du domaine social autour des problèmes à résoudre.

C. Moyens et calendrier

- Soutien par les instances publiques des nouveaux projets de construction de la Ligue
- Fin 2001 (conférence) et durant l'année 2002 (work-shops)

