

PREFACE



L'accord de partage du travail social, conclu en janvier 2001 entre la Ligue luxembourgeoise de Prévention et d'Action médico-sociales et la Croix-Rouge luxembourgeoise, a marqué un tournant dans nos activités.

Nous avons réussi en effet, au cours de l'année 2001, à restructurer, à élargir et à rendre plus performant nos différentes missions jusqu'alors en partie en commun avec la Croix-Rouge.

Comme points forts il faut relever l'élaboration de notre nouveau Service d'Accompagnement Social (SAS), l'introduction davantage de médecine préventive dans la médecine scolaire, ainsi que nos préparations pour la prise en charge au cours de 2002 d'un service de tutelles et de curatelles.

Dans les cadres du plan national d'action pour l'inclusion sociale et de l'accompagnement social suivant l'article 16 de la loi RMG, une attention toute particulière a été apportée aux personnes vivant en marge de la société.

Je me dois d'honorer ici le précieux travail qui a été réalisé par mon conseil d'administration et par tous nos collaborateurs tout au long de l'année 2001.

Forts de leur compétence et de leur expérience, ils ont su s'acquitter avec dévouement et efficacité de leurs diverses tâches.

Mes remerciements s'adressent de même au Ministre de la Santé, notre ministre de tutelle et à tous nos interlocuteurs 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.

Enracinée depuis près de cent ans auprès de notre population, notre œuvre a pleinement saisi les nouveaux défis auxquels elle s'efforce de répondre avec persévérance et professionnalisme.

Luxembourg, le 19 avril 2002

Dr Jean GOEDERT
Président

SOMMAIRE

Introduction	3
Patronage de la Ligue luxembourgeoise de Prévention et d'Action médico-sociales	4
Le Conseil d'Administration	5
1. Rapport d'Activité	6
Le Conseil de Surveillance	11
L'Organisation	12
1. Organigramme fonctionnel	12
Les Services de Médecine Préventive	13
1. Les Consultations pour Maladies Respiratoires	13
2. La Médecine Scolaire	25
3. Les Consultations pour Nourrissons	28
4. Prévention, Education et Promotion de la Santé	30
5. Information du public et représentation	33
6. Conclusions générales	33
Les Services Sociaux	34
1. Le Service d'Accompagnement Social	34
2. Le Service Régional d'Action Sociale	56
3. Le Service Social à l'Hôpital	61
4. Service d'Evaluation « Assurance Dépendance »	63
Les services de Conseil	64
1. Gesond Liewen	64
2. 8002 98 98 Info-Social - Service d'Accueil et d'Information téléphonique	65
3. Le Service d'Information et de Conseil en matière de Surendettment	66





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 2001

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.

1^{re} série 2001-2004

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

2^e 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

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 CONSEIL DE SURVEILLANCE

M. Joseph LENTZ, secrétaire - trésorier de la caisse de prévoyance des fonctionnaires et employés communaux, Niederanven
M. Albert PUNDEL, fonctionnaire e. r., Luxembourg
M. Edy BUCK, employé privé, Luxembourg

MANDATS & DELEGATIONS

SERVICE D'INFORMATION ET DE CONSEIL EN MATIERE DE 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

BANQUE ALIMENTAIRE

Dr Jean GOEDERT



1. Rapport d'Activité

La dernière assemblée générale s'est tenue le vendredi 11 mai 2001 à Strassen.

Au cours de l'année 2001, le conseil d'administration de la Ligue a siégé à 7 reprises en séance plénière et a eu grand nombre d'entrevues avec les ministères de la santé et de la famille. Pour les besoins de la gestion courante le conseil s'est réuni régulièrement en petit comité.

Une délégation du conseil a rencontré à plusieurs reprises la délégation du personnel.

Pendant l'année 2001 il n'y a pas eu de changements dans la composition du conseil d'administration.

1.1. Dossiers traités

1.1.1. Accord de Partage des activités

L'année 2001 a été surtout marquée par le partage des activités de la polyvalence entre la Ligue et la Croix-Rouge et la mise en route des nouvelles structures.

Comme suite à l'approbation de l'accord de partage par les ministères de la famille et de la santé plusieurs groupes de travail ont été mis en place pour préciser, en collaboration avec les représentants des ministères, les prestations futures des nouveaux services et les modalités de fonctionnement.

La répartition du personnel s'est déroulée en plusieurs étapes.

La première opération consistait à départager le personnel entre ceux qui optaient de travailler pour le compte de la Croix-Rouge dans le cadre du Service Social de Proximité et ceux qui optaient pour une activité sociale ou médico-sociale pour le compte de la Ligue.

Dans un deuxième temps le personnel de la Ligue était appelé à se prononcer pour un travail purement social dans le cadre du Service d'Accompagnement Social de la Ligue ou bien pour une activité sanitaire (consultations nourrissons, médecine scolaire, lutte contre la tuberculose) dans le cadre du Service Médico-Social de la Ligue. Cette opération s'est déroulée sans problèmes et l'on dispose aujourd'hui d'une répartition du personnel bien définie pour ces 2 types d'activité

La séparation était une opération délicate qui n'a pu être menée à bonne fin que grâce au concours du personnel et à une étroite collaboration entre la Ligue et les délégations du personnel. Avec un peu de recul on constate que cette définition plus précise des moyens et missions a permis d'éliminer le flou qui a caractérisé par le passé l'intervention du personnel de la polyvalence. Contrairement aux appréhensions de certains responsables communaux cette restructuration a permis de revitaliser nos activités et a apporté un surplus notable en matière de qualité de travail.

Le Service d'Accompagnement Social de la Ligue relève à partir de 2002 du ministère de la famille et le Service Médico-Social reste dans le ressort du ministère de la santé.

En ce qui concerne l'hébergement du Service Social de Proximité de la Croix-Rouge le conseil a fixé les modalités de la mise à disposition des locaux dans les centres médico-sociaux de la Ligue.

Chronologie des différentes étapes de la mise en pratique de l'accord de partage

Signature de l'accord de partage	19/01/2001
Approbation ministérielle	08/02/2001
Répartition du personnel de part et d'autre	30/04/2001
Reprise du personnel ayant opté pour la Ligue	01/05/2001
Reprise de la Convention par la Ligue seule pour le service Surendettement	01/05/2001
Reprise de la Convention par la Ligue seule pour le service SRAS	01/05/2001
Information sur le partage à toutes les administrations communales	18/06/2001
Définition des critères retenus pour orienter un client vers le service social de proximité ou vers le service social d'accompagnement.	06/07/2001
Remise du concept concernant l'organisation des activités médico-sociales et sociales de la Ligue	10/07/2001
Début de la période de transition	31/07/2001
Arrêt des activités de la polyvalence	31/08/2001
Lettre commune Ligue/Croix-Rouge au Syvicol	30/08/2001
Démarrage selon la nouvelle organisation comme retenu dans l'accord de partage	01/09/2001



Courrier aux communes pour présenter le nouveau concept et rappeler les différents interlocuteurs directs	20/09/2001
Modalités concernant la mise à disposition de locaux dans les CMS de la Ligue à la Croix-Rouge pour les besoins de leur service social de proximité	27/09/2001
Remise du concept définitif concernant le Service d'Accompagnement Social	20/11/2001

1.1.2. Objectifs de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale

Au conseil européen réuni à Lisbonne et à Feira, les Etats membres de l'union européenne ont fait de la lutte contre l'exclusion sociale et la pauvreté un des éléments centraux de la modernisation du modèle social européen et ont fixé les objectifs appropriés pour la mise en œuvre de la lutte pour l'inclusion sociale, objectifs, qui furent approuvés par le conseil européen réuni à Nice en décembre 2000.

Au Luxembourg les travaux relatifs à l'élaboration du plan d'action national pour l'inclusion sociale (PAN-incl) ont démarré le 9 février 2001.

Parmi les mesures retenues dans le cadre du PAN-incl (2001-2003) plusieurs contributions proposées par la Ligue ont été retenues. La Ligue est directement concernée par les points suivants :

- ◆ Extension du Service d'Accompagnement Social, qui assure la prise en charge à longue durée des personnes et des familles vulnérables (p. ex.: sur le plan des tutelles, des gestions de budgets familiaux et de guidance éducative).
- ◆ Adoption des règlements grand-ducaux prévus par la loi du 8 décembre 2000 en matière de surendettement, à savoir le règlement grand-ducal sur la Commission de médiation et celui portant sur les services d'information et de conseil en matière de surendettement.
- ◆ Lancement d'une campagne d'information et de sensibilisation sur le surendettement à l'intention des travailleurs sociaux.

1.1.3. Assurance Dépendance

La collaboration de la Ligue avec la cellule d'évaluation et d'orientation (CEO) démarrée en 2000 a été poursuivie. Début 2001 le conseil a marqué son accord pour un engagement supplémentaire de 3 A(H)S pour renforcer de façon substantielle son équipe dédiée à la réalisation des évaluations.

Ainsi en 2001 les 6 assistants sociaux de la Ligue ont procédé à plus de 2000 évaluations.

Au point de vue financier le décompte de l'opération a fait apparaître pour 2001 un solde négatif de plus de 3 millions de francs luxembourgeois à charge de la Ligue. En effet la rétribution des évaluations effectuées par le personnel de la Ligue se fait à l'acte sur base d'un taux qui est largement inférieur aux charges engagées.

1.1.4. Projet Tutelles

Comme annoncé lors de l'assemblée générale en 2001 le conseil d'administration a démarré ses travaux en vue de la création d'un service des tutelles. Dans un premier temps il s'agissait surtout de repérer le cadre légal permettant la création d'un tel service et d'élaborer des directives claires à l'intention des travailleurs sociaux de la Ligue. Ce travail minutieux a été réalisé par M. André THILL. Les séances de formation continue en la matière seront organisées pour le personnel à partir de la 2e moitié de l'année 2002.

Finalement des travaux préparatoires à la mise en place d'un service tutelles, service 'technique' qui collabore étroitement avec le Service d'Accompagnement Social, ont été poursuivis.

1.1.5. Service d'Information et de Conseil en matière de surendettement

ANCIENNEMENT SERVICE NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SURENDETTEMENT

Le conseil et plus particulièrement son vice-président M. André THILL ont contribué de façon importante à l'élaboration des différents règlements grand-ducaux qui restaient à prendre pour démarrer le fonctionnement du Service d'Information et de Conseil en matière de surendettement dans le cadre de la loi sur le surendettement.

Par arrêté grand-ducal la Ligue s'est vu octroyer l'agrément ministériel N° 2001/06/06 qui l'autorise à gérer le service d'information et d'orientation en matière de surendettement.



A partir du mois de septembre le service a été renforcé par un employé ayant une expérience bancaire confirmée.

1.1.6. Service Social à l'Hôpital

Suite à la décision de l'Union des Caisses de Maladie de prendre en charge le coût des travailleurs sociaux opérant dans le cadre des hôpitaux la plupart des établissements hospitaliers ont préféré embaucher leur propre personnel. La Clinique d'Eich a demandé de poursuivre, dans l'intérêt de l'objectivité de la relation client - travailleur social - hôpital, le maintien d'un service social à l'hôpital avec la Ligue. Le conseil a marqué son accord pour la poursuite de cette collaboration pendant 3 ans.

1.1.7. Education à la santé

Dès qu'il était acquis que la Ligue allait reprendre le domaine médico-social le conseil d'administration a décidé de réorganiser et de revaloriser la médecine scolaire en développant le volet de la l'éducation à la santé et de la promotion de la santé. A cet effet il a instauré un noyau formateur chargé de développer des programmes d'éducation en faveur des élèves du cycle primaire et de dispenser au personnel travaillant dans le domaine médico-social une formation sur certains thèmes de promotion de la santé.

Les initiatives de la Ligue en matière de promotion de la santé commencent à porter leurs fruits. De plus en plus souvent nos collaborateurs sont sollicités par les établissements scolaires pour des conférences sur un sujet de santé.

1.1.8. Consultations pour Nourrissons

Un premier inventaire des Consultations Nourrissons dressé en septembre 2001 a fait apparaître que tant en ce qui concerne l'organisation qu'en ce qui concerne les locaux et l'équipement beaucoup était à refaire. En vue de mener à bonne fin une entreprise de cette envergure le conseil a décidé de s'adjoindre les services du Dr Christine CHATEL pour élaborer un nouveau concept pour ces consultations qui constituent pourtant une étape très importante dans l'effort de prévention.

1.1.9. Charte graphique

Avec le démarrage des nouveaux services issus du partage des activités une refonte du papier à entête était à faire. L'occasion était donnée pour procéder à l'élaboration d'une charte graphique. Partant de cette base le conseil a approuvé la réalisation d'un certain nombre de dépliants, d'affiches et de brochures (Accompagnement social – Médecine scolaire – Consultation nourrissons – La Tuberculose ...)

1.1.10. Participation éventuelle à un projet européen

A plusieurs reprises la Ligue a été sollicitée pour participer à des projets sociaux d'envergure européenne, mais en raison des changements importants et profonds survenus en 2001 le conseil d'administration a dû y renoncer pour être en mesure d'affecter les ressources nécessaires à la mise en place de ses nouveaux services.

1.1.11. Projet d'Aide à la Vie Quotidienne

L'extension du Service d'Accompagnement Social qui assure la prise en charge des personnes et des familles vulnérables nécessite aussi la création d'une structure d'appui qui permet de renforcer l'action les travailleurs sociaux par des collaborateurs qui peuvent intervenir dans les familles et se consacrer à la gestion du budget familial ou qui assurent la guidance éducative.

Le conseil a avisé favorablement le concept et décidé de réaliser progressivement ce projet dans la mesure où le ministère de la famille est disposé à y mettre les crédits nécessaires.

Cette initiative a été reprise dans le cadre du PAN-incl (2001-2003).



1.1.12. Banque Alimentaire

Comme suite à la présentation du projet de création d'une banque alimentaire à l'occasion de la dernière assemblée générale cette initiative a été réalisée au cours de 2001. En octobre le conseil a marqué son accord pour la signature d'une convention de collaboration entre la Banque Alimentaire du Luxembourg et la Ligue. La collaboration a démarré au cours de la semaine du 12 décembre 2001.

A l'heure de la publication du présent rapport les travailleurs sociaux de la Ligue ont ainsi pu distribuer plus de 420 colis de denrées alimentaires.

La Ligue tient à remercier les initiateurs de la banque alimentaire et leur confirme que cet instrument est une aide précieuse pour les A(H)S dans leur travail avec les personnes et familles dans le besoin. Elle voudrait également remercier ceux de ses collaborateurs qui au-delà leur journée de travail bien remplie ont contribué à la distribution des nombreux colis à travers le pays.

1.1.13. Entourages de Tuberculose

Dans le cadre de ses missions de prévention de la tuberculose la Ligue a réalisé plusieurs entourages importants dans des entreprises. Suite à la demande des directions de ces entreprises concernant une rémunération des prestations fournies (honoraires, frais de déplacement, matériel, ...) le conseil a tenu à confirmer une fois de plus que les prestations de la Ligue sont gratuites.

Des dons, d'ailleurs déductibles fiscalement, sont cependant les bienvenus.

1.2. Les centres médico-sociaux

1.2.1. Extension CMS Luxembourg

Après 2 années de construction l'inauguration de l'extension du centre médico-social à Luxembourg a eu lieu le 16 novembre 2001 en présence du ministre de la santé.

Les premières démarches pour la réalisation de ce projet remontent à 1993. Le nouveau bâtiment complète les structures d'accueil de l'ancien bâtiment, salle d'attente, salles de réunion, salle de médiation, parloir et rajoute une vingtaine de bureaux. D'autre part il héberge la plupart des infrastructures techniques communes aux deux bâtiments. Le conseil a tenu à ce que cette construction soit exemplaire en matière d'accessibilité pour personnes handicapées. Le centre a été planifié et réalisé avec l'Architecte : Jo SCHILTZ (Atelier d'Architecture et d'Urbanisme Théo WORRE Jo SCHILTZ). Les volumes et surfaces se résument ainsi:

Volumes bruts	5600 m ³
Surfaces brutes	1566 m ²
Surfaces nettes sous-sol	594 m ²
Surfaces nettes hors-sol	784 m ²

Le déménagement des services s'est opéré pendant la première semaine du mois de septembre 2001. La réception unique aux 2 bâtiments a été déplacée dans le nouveau bâtiment à l'adresse 2, rue Marshall. La réalisation de ce projet a permis à la Ligue de donner corps à sa définition de ses centres médico-sociaux comme pôles régionaux de compétences sociales et médico-sociales multidisciplinaires.

Tout en offrant une infrastructure accueillante et moderne tant pour les travailleurs que pour les usagers.

1.2.2. CMS Grevenmacher

Conformément à son plan pluriannuel de maintien de ses infrastructures la Ligue a procédé en 2001 à d'importants travaux de réfection au rez-de-chaussée de son CMS Grevenmacher. D'une part il s'agissait de reconvertir les locaux libérés des installations radiologiques et d'autre part il y avait un besoin pour un nombre supplémentaire de bureaux. (Pose de carrelages, remise en peinture, rajout de 2 bureaux, déplacement de la salle d'attente, installation de portes insonorisées, sanitaire pour handicapés,...) Les travaux ont duré pendant près de 3 mois.

Parallèlement des travaux de réparation de la toiture et d'étanchéisation ont été réalisés.



1.2.3. Siège

Les localités du siège de la Ligue sont devenues trop exiguës pour accueillir valablement la direction et le Secrétariat Général de la Ligue. Le conseil a marqué son accord pour acquérir une surface supplémentaire, idéalement située directement adjacent au siège actuel, dans le même immeuble.

1.3. Formation du personnel - Congrès et conférences

1.3.1. Séances d'information à l'intention du personnel

Le 10 janvier 2002 la Ligue a organisé au CMS Luxembourg une conférence sous le patronage de Madame la ministre de la Famille sur le sujet 'La clinique de la concertation' .

La prise d'otage à Wasserbillig et ses répercussions sur le plan judiciaire avaient suscité beaucoup d'interrogations auprès du personnel. Afin d'apporter réponse aux nombreuses questions sur le secret professionnel et ses limites le conseil avait préparé et organisé pour le 22 janvier 2002, avec les juristes Me Valérie DUPONG et Me Lucy DUPONG une réunion d'information à ce sujet.

1.3.2. Conférences promotion santé

Au cours de l'année 2001 la Ligue a organisé un certain nombre de conférences de promotion santé à l'intention d'organisations ou à l'occasion de manifestations.

1.3.3. Participation à la journée de l'ASTF du 25 octobre 2001

La Ligue a apporté son concours à une journée d'information organisée par l'Association de Santé au Travail du secteur Financier à l'intention d'une centaine de responsables des ressources humaines du secteur bancaire à Mondorf-les-Bains.

1.3.4. Semaine européenne contre le cancer 8-14 octobre 2001

1.3.5. Journée mondiale contre la tuberculose le 24 mars 2001

La Ligue a participé à ces deux manifestations par des articles de presse de circonstance.

1.4. Effectif

A la date du 19 avril 2002 la Ligue compte un effectif de 132 salariés, dont 113 femmes et 19 hommes. En ce qui concerne les qualifications, la répartition se présente comme suit : 1 médecin spécialiste en pneumologie, 2 psychologues, 1 économiste, 67 assistants d'hygiène sociale / assistants sociaux, 1 infirmier hospitalier gradué, 3 atm en radiologie, 7 infirmiers en pédiatrie, 9 infirmiers, 28 administratifs, 13 auxiliaires.



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 2001.

Conformément aux dispositions de l'article 16 du statut modifié de la Ligue, le conseil de surveillance confirmé par l'assemblée générale ordinaire du 11 mai 2001 a procédé le 10 avril 2002 au contrôle des opérations comptables effectuées par le trésorier de la Ligue pendant l'exercice 2001 et au contrôle du bilan de la Ligue arrêté au 31 décembre 2001.

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 Edy BUCK, employé privé, Luxembourg;

LE CONTROLE DU GRAND LIVRE

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

LE CONTROLE DES PIECES A L'APPUI

La comparaison des écritures au grand livre avec les pièces justificatives (extraits de compte, avis de débit et de crédit des instituts bancaires, quittances et factures) a démontré une parfaite concordance. Partant, le conseil de surveillance propose d'accorder décharge à ceux qui ont été chargés en 2001 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 2002 d'approuver le bilan 2001 de la Ligue luxembourgeoise de Prévention et d'Action médico-sociales.

Luxembourg, le 10 avril 2002

Le conseil de surveillance,

Joseph LENTZ

Albert PUNDEL

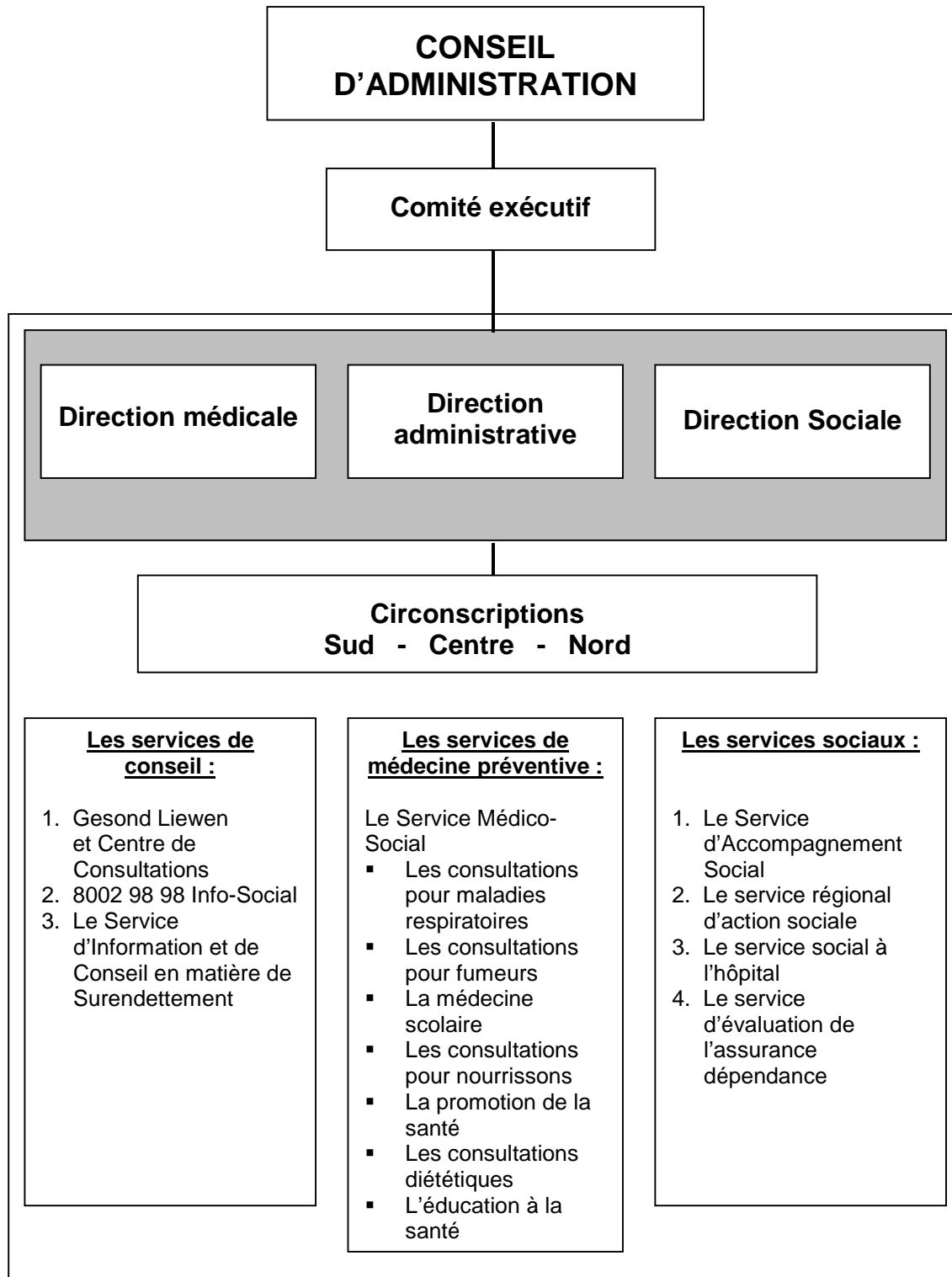
Edy BUCK

Romain KETTEL
membre consultant



L'ORGANISATION

1. Organigramme fonctionnel



LES SERVICES DE MÉDECINE PRÉVENTIVE

Dans le cadre de la médecine préventive et sociale la Ligue Luxembourgeoise de Prévention et d'Action médico-sociales assure par l'intermédiaire de ses différents services médico-sociaux plusieurs missions définies dans sa loi organique.

Le fait essentiel intervenu au cours de l'année 2001 est la signature de l'accord de partage entre la Ligue et la Croix Rouge. Cet événement a d'une part entraîné une nouvelle répartition du personnel qui a fait l'objet d'un redéploiement au sein des services afin de remplir les différentes missions de son ressort et d'autre part modifié l'organisation générale des services.

Ainsi la médecine préventive recouvre maintenant plusieurs domaines de compétence. La lutte contre la tuberculose et son corollaire des consultations pour maladies respiratoires (Cs TB), la médecine scolaire (MS), les consultations pour nourrissons (CN) et l'Education et la Promotion de la Santé (E.P.S.) sont ses quatre principaux domaines d'intervention et sont sous la surveillance du Conseil d'Administration et du médecin directeur.

A l'heure actuelle les deux premiers champs d'intervention représentent la principale charge de travail du personnel médico-social.

La mise en route dès la rentrée scolaire 2001-2002 du projet de promotion et d'éducation de la santé dans le cadre de la M.S. (écoles du cycle primaire) conçu en 2001 est l'autre événement marquant survenu au cours de l'exercice passé et qui montre la détermination de la Ligue dans une approche constructive de la promotion de la santé et du bien-être.

Par ailleurs, il faut signaler la cessation de toute activité médicale dans les CMS de Differdange et de Grevenmacher suite à la suppression du matériel de radiologie et à l'absence de médecin responsable, ce dernier motif ayant conduit à l'arrêt définitif des séances de tests tuberculiques.

1. Les Consultations pour Maladies Respiratoires

1.1. Les données générales

1.1.1. Organisation des consultations pour maladies respiratoires

1.1.1.1. Les médecins pneumologues

La Ligue fait appel, pour les consultations avec examens radiologiques pulmonaires, à des médecins spécialistes en pneumologie qui interviennent dans les CMS lors de consultations fixes. Ces médecins sont au nombre de huit actuellement. Cinq officient dans la circonscription Centre (Dr Kolber, Dr Ernzer, Dr Parini, Dr Schneider, Dr Chaussade), deux dans le Sud (Dr R.Muller et Dr F. Chaussade) et quatre pour le Nord (Dr Casel, Dr Faber, Dr Ernzer 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 légal de la lutte contre la tuberculose et le dépistage des maladies chroniques respiratoires, 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 par mois.
- Redange : 2 consultations par mois.

Le Directeur médical assure des consultations TB régulières dans plusieurs centres (Luxembourg, Esch, Ettelbruck, Redange, Wiltz) et est amené, par ailleurs, à remplacer ses confrères absents à Luxembourg, Dudelange, Esch sur Alzette ou 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 séances d'examens radiographiques pulmonaires des consultations réservées aux seuls tests cutanés tuberculiques. Ces dernières ne requièrent pas la présence du médecin, mais demandent la présence d'un personnel paramédical compétent.

1.1.1.2. Déroulement général des consultations

Les modalités et le déroulement de la consultation sont comparables dans la plupart des CMS et font intervenir successivement le secrétariat, l'AHS ou l'infirmier(ère) et l'ATM sous la responsabilité et le contrôle du médecin pneumologue présent. En dernier lieu un rapport médical des actes effectués est rédigé par le médecin et adressé par le secrétariat au médecin prescripteur ou correspondant. Toute cette démarche demande un personnel rôlé, compétent et mobilise de nombreux acteurs qui doivent assurer entre eux une bonne coordination.

Toutefois, en raison de l'activité libérale de la majorité des médecins vacataires et de l'afflux variable des patients selon les sites, le fonctionnement de chaque CMS peut différer. Le problème principal est lié à la ponctualité du médecin lors de la consultation puisqu'elle détermine, conformément à la réglementation, le début de la prise des clichés radiologiques par l'ATM. Ainsi, il peut survenir des retards plus ou moins importants dans le déroulement de la consultation et quelques désagréments pour le public et le personnel.

Par ailleurs, à Luxembourg-ville le nombre de consultants est toujours important et il n'est pas possible au médecin présent de proposer un entretien personnalisé à chaque consultant.

Une réflexion approfondie sur les modalités d'amélioration de la qualité du service pour les usagers est engagée depuis quelques temps.

1.1.2. **Missions et Rôles des consultations pour maladies respiratoires**

1.1.2.1. Lutte contre la Tuberculose

Pour la Ligue, œuvre fondée en 1908, la lutte contre la tuberculose dans notre pays est une activité historique et prioritaire. Notre œuvre assume pleinement cet objectif essentiel de santé publique.

Cette fonction consiste à effectuer des examens de dépistage et de prévention de la tuberculose au sein de la population : tests cutanés tuberculiques et/ou radiographies pulmonaires. Ceux-ci sont réalisés dans le cadre d'examens systématiques et/ou légaux (embauche dans la fonction publique ou les collectivités, médecine du travail, examen pré-nuptial, réfugiés, autorisation de séjour, armée, etc.), dans le cadre de contrôles gratuits des populations défavorisées ou enfin dans le cadre d'enquêtes épidémiologiques de dépistage dans l'entourage d'un malade tuberculeux (familles, entreprises, écoles, entourage privé et collectivités).

Ce dernier volet est particulièrement important car il permet de dépister les personnes récemment infectées en vue de les traiter, afin d'interrompre la chaîne de transmission de la maladie.

Ainsi chaque année les interventions de la Ligue permettent de détecter plusieurs dizaines d'infections tuberculeuses, qui conduisent à l'instauration de nombreux traitements préventifs, et par ailleurs de dépister plusieurs cas de tuberculose active.

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

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



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 tuberculeux. L'objectif est dans ce cas de dépister la survenue d'éventuelles rechutes ou récidives, de déceler des complications comme une greffe mycosique ou l'apparition d'une insuffisance respiratoire et enfin de prévenir à plus long terme le handicap respiratoire (prévention tertiaire).

1.1.2.1.2. *Enquêtes épidémiologiques au sein de collectivités*

Les missions d'enquête épidémiologique au sein des entourages de tuberculeux peuvent, pour des motifs pratiques être réalisées à l'extérieur des CMS, par exemple en milieu scolaire ou en collectivité. Ainsi une équipe peut se déplacer au sein des entreprises de plus ou moins grande taille (enquête de plus de quarante à 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. En collaboration avec la Ligue et selon les dispositions normatives de la Direction de la Santé, le médecin du travail détermine l'entourage à dépister. L'entreprise concernée et son département du personnel organisent les modalités pratiques de ces enquêtes dans son enceinte et coopèrent avec notre service pour établir la liste des employés à dépister et pour adresser les convocations. Une équipe, comprenant le médecin et au besoin d'autres personnes habilitées à la réalisation des ID (infirmière ou AHS) voire une secrétaire, se déplace dans ces collectivités pour réaliser le dépistage.

Cette pratique permet d'une part d'éviter l'engorgement des consultations habituelles dans les CMS et d'autre part de ne pas désorganiser le fonctionnement normal de ces entreprises. Par contre, elle demande une organisation plus stricte, un travail important de pointage et de contrôle, et une bonne coordination de nos services à tous les échelons. Toutefois, nous remarquons, que dans bon nombre de cas, l'informatisation en réseau de tous les CMS permettrait une meilleure fonctionnalité, une diminution de la charge de travail et un gain de temps appréciable pour le personnel.

Cette nécessaire flexibilité assure ainsi une meilleure couverture de cette mission et en définitive améliore son efficacité.

1.1.2.1.3. *Participation au réseau de surveillance nationale de la TB*

En ce qui concerne la tuberculose, la Ligue classe et comptabilise toutes les formes de tuberculose.

Nous distinguons ainsi :

- les primo-infections latentes (formes *A1*), appelées encore infections tuberculeuses latentes (infections récentes avec virage documenté des réactions cutanées tuberculiques, sans signe clinique ni anomalie radiologique). Elles ne sont pas à déclaration obligatoire (D.O.).
- les primo-infections patentes (*A2*) c'est à dire des infections tuberculeuses récentes avec signes cliniques ou radiologiques
- les tuberculoses maladies actives confirmées (formes *AII* à *C*, voir détail ci-dessous). Elles sont dépistées dans nos locaux ou portées à notre connaissance lors de la demande d'une enquête d'entourage.

Les formes potentiellement contagieuses sont représentées par les primo-infections avec signes radio-cliniques (*A2*), par les atteintes pleurales (*AII*), pulmonaires (*AIII*) et respiratoires (*AIV*).

Les formes extra thoraciques (*B*) osseuse, urinaire, cutanée, ganglionnaire sont exceptionnellement contagieuses et les formes généralisées (*C*) sont très rares.

Le point essentiel et le rôle primordial de la Ligue dans la lutte antituberculeuse résident dans l'évaluation des infections latentes *A1* qui ne sont pas déclarées au Ministère.



Il faut donc insister sur le fait qu'en 2001 la Ligue a dépisté 29 personnes au stade d'infection latente (A11). Ces personnes récemment infectées sont dirigées vers leur médecin traitant ou le médecin de leur choix pour la mise en route d'un traitement spécifique et une prise en charge adaptée.

Le rôle de la Ligue dans la rupture de la chaîne de transmission de la maladie est ici bien illustré et apparaît clairement (point développé dans le chapitre 1.1.2.1.1.).

Ainsi l'enregistrement de ces formes A11 par la Ligue vient compléter les données officielles et rend compte de façon plus approfondie du statut épidémiologique du pays vis à vis de la tuberculose.

Enfin, l'ensemble de ces statistiques vient compléter les données épidémiologiques du ministère et intègre de facto la Ligue dans le réseau national de surveillance de la tuberculose.

1.1.2.1.4. Evaluation de l'activité globale de la Ligue

➤ Recueil et interprétation des données :

Les données et les critères choisis, scrupuleusement inscrits sur les registres, sont recueillis et collectés par les AHS et les secrétaires. Ils sont ensuite archivés par informatique.

Ces éléments sont soumis au strict respect du secret professionnel et une totale confidentialité est assurée.

Ces informations sont totalement exploitables si elles sont enregistrées de façon homogène, fiable et complète. Ainsi, ce processus de recueil des éléments de la consultation respiratoire est parfois variable au niveau des différents CMS en raison des différences d'interprétation relative à la définition de certains critères. 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.

Ce phénomène est en outre accentué par la modification au fil des ans des critères retenus pour les données statistiques. L'évolution de l'activité des exercices successifs devient alors délicate et difficile à analyser.

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

- Nombre total de séances de consultations, avec ou sans acte 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
- Nombre de dossiers TB pris en charge par les AHS

Un point particulier mérite par ailleurs d'être souligné. Il s'agit de la comptabilisation des diagnostics de primo-infection latente (A11) effectués par les médecins des CMS. Le programme informatique actuel ne permet pas d'isoler l'incidence, c'est à dire le nombre de nouveaux cas diagnostiqués au cours de l'année en cours. En fait il prend en compte la prévalence instantanée en début et fin d'année, ce qui est une vision simplifiée et incomplète de la situation. Toutefois, il est possible de retrouver ces données dans le grand livre des consultations (registre) de chaque CMS. Il est souhaitable de remédier à ce défaut.

➤ 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.

Et d'autre part, comme nous l'avons déjà dit, la Ligue comptabilise les formes qui ne sont pas à déclaration obligatoire et qui n'apparaissent pas dans les données officielles nationales (infections tuberculeuses latentes A11). Ce dernier élément souligne encore une fois le rôle actif et efficace de la Ligue dans sa mission de dépistage des sujets récemment infectés lors d'un contage tuberculeux.



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 des pays 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 qu'à l'échelle mondiale 95% des cas de TB et 98% des décès surviennent dans les pays à faibles revenus. Les estimations officielles prévoient d'ici 2020, si des mesures efficaces ne sont pas prises rapidement, qu'un milliard de personnes seront infectées et que 35 millions d'individus tomberont malades.

Le problème est sérieux d'autant que les pays les plus touchés n'ont pas les moyens d'offrir à leurs malades un traitement efficace et approprié. Ce dernier point favorise par ailleurs l'augmentation des résistances aux médicaments, l'agressivité du bacille et la dissémination de la maladie. La tuberculose multi-résistante (MDR-TB) prend, dans certains pays, des proportions alarmantes, avec des taux de résistance primaire qui s'échelonnent de 4 à 14%. En outre, 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. 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.

1.1.2.2. Dépistage et Prévention des maladies respiratoires

Les consultations TB s'effectuent dans le cadre d'examens de dépistage de la tuberculose prescrits lors de bilans systématiques ou obligatoires, en conformité avec la réglementation grand-ducale. Mais les examens médicaux et radiographiques pratiqués à cette occasion ont de fait une vocation de dépistage des affections pulmonaire et thoracique de tout ordre.

C'est pour cette raison que nous distinguons cet aspect du chapitre précédent.

En outre, depuis plusieurs années, avec le recul progressif de la tuberculose, l'activité de la Ligue s'est naturellement tournée vers ce type de dépistage et vers la prévention des pathologies respiratoires chroniques potentiellement invalidantes, liées notamment au tabagisme, aux comportements à risque, aux facteurs liés à la pollution et aux expositions professionnelles. Cette mission est aussi définie dans la loi précitée. Cette activité s'effectue donc dans le même cadre que les consultations TB.

Dans la plupart des cas, les personnes consultent à l'occasion de demandes diverses que l'on peut scinder en plusieurs catégories.

En effet, la Ligue est amenée à effectuer des dépistages à l'occasion d'examens pré-nuptiaux, de visite d'embauche, de contrôle pour l'entrée dans la fonction publique, de demande d'autorisation de séjour (ressortissants de pays hors CEE) ou d'examen d'entrée sur le territoire notamment pour les réfugiés.

Par ailleurs, les médecins du travail, à l'occasion de visites systématiques ou de bilan d'embauche, afin de dépister les maladies à caractère professionnel ou les pathologies chroniques respiratoires en particulier bronchiques, font appel très régulièrement à la Ligue pour la réalisation d'examens radiographiques. Ces interventions sont souvent en rapport avec l'inhalation potentielle de substances toxiques professionnelles, aggravée ou non par un tabagisme.

Enfin, les médecins du secteur libéral ont aussi recours à nos services pour toute symptomatologie respiratoire subaiguë ou traînante à préciser ou dans le cadre du bilan de pathologies chroniques là encore souvent liées au tabagisme. Ces services s'adressent essentiellement à une population défavorisée ou à mobilité réduite qui bénéficie ainsi d'un acte gratuit et/ou de proximité.

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 toutes les affections qui n'apparaissent pas d'origine tuberculeuse.



1.2. Bilan de l'activité globale de la Ligue en 2001

L'activité globale de la Ligue au cours de l'exercice 2001 a été importante et comparable à l'activité de l'exercice précédent. En effet, le nombre de consultants, le nombre d'actes de radiologie ainsi que la quantité de tests cutanés effectués sont pratiquement identiques malgré un nombre de séances de consultations en diminution. Nous remarquons en outre que le nombre de rapports médicaux rédigés est en nette augmentation.

Les chiffres bruts au niveau national pour l'année 2001 sont les suivants :

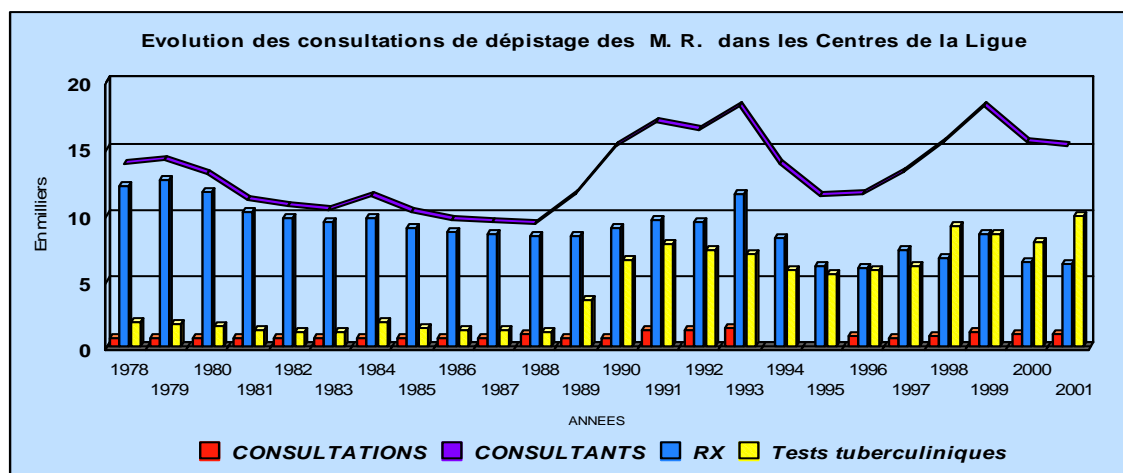
15425	consultants
920	séances de consultations assurées
6296	examens de radiologie réalisés
879	tests tuberculiques effectués
19545	rapports médicaux rédigés
29	dossiers de TB pris en charge par les AHS

Globalement l'activité de la Ligue reste à un niveau élevé et est tout à fait stable, comme nous allons le développer dans ce qui suit

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

1.2.1.1. 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. Le graphique présenté ci-dessous nous permet de visualiser toutes les données depuis 1978.



L'on constate en 2001, que le nombre de consultants est quasiment similaire à celui de l'exercice 2000 (15425 contre 15690 soit - 1,68%). Ce chiffre est élevé et du même niveau que celui du début de la dernière décennie ou que celui constaté depuis 1998. De la même façon le nombre d'examens radiologiques reste pratiquement stable par rapport à l'an dernier (6296 contre 6344 soit - 0,7%).

L'on remarque que le nombre de clichés effectués tend à se tasser depuis 10 ans et que ce chiffre est inférieur à la moyenne des cinq dernières années (6920). Ceci est probablement lié à la modification des habitudes de dépistage de la tuberculose qui incite à privilégier le test tuberculique comme méthode princeps de référence, ce qui par ailleurs renforce la protection de la population contre les rayonnements ionisants conformément aux directives nationales et européennes.

Ceci est corroboré par le niveau élevé des tests tuberculiques effectués qui est pratiquement identique à celui de l'an dernier (**7879 en 2001** contre 7889 en 2000). Ces chiffres sont par ailleurs nettement supérieur à la moyenne des cinq dernières années (6971 tests effectués en moyenne).

A noter cependant que le nombre de séances de consultations a baissé (-11,3%) en raison de la fermeture des CMS de Grevenmacher et de Differdange. Cet état de fait entraîne une augmentation de la charge de travail pour les autres CMS.

Ce haut niveau d'activité général est confirmé par le nombre sans cesse en augmentation de rapports rédigés et adressés aux médecins prescripteurs ou correspondants (**19545** contre 17289 soit + 13%).

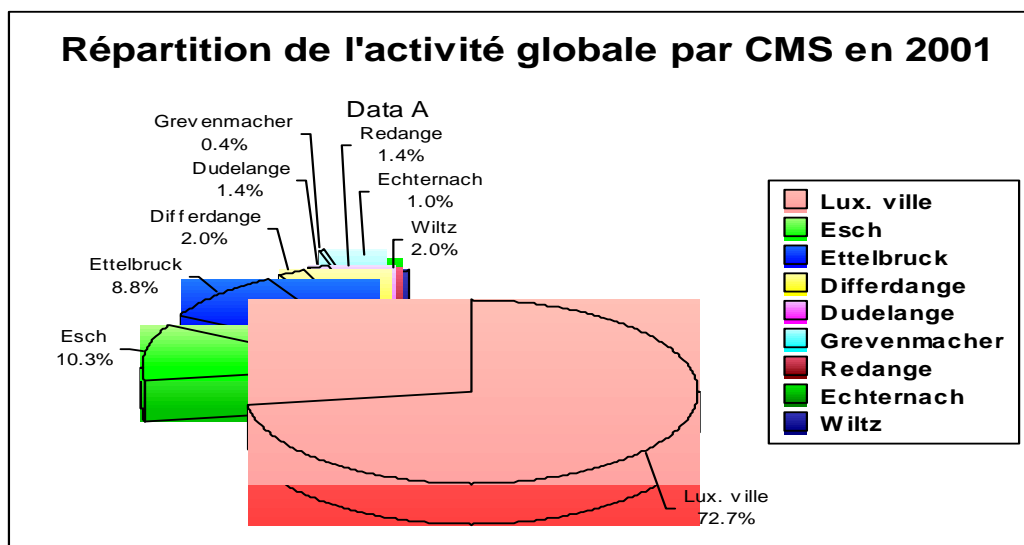


D'autres critères peuvent être inclus pour évaluer l'activité globale du personnel. Il s'agit par exemple du nombre de dossiers de TB traités par les A(H)S qui ont en charge l'enquête d'entourage (visites à domicile, entretien téléphonique, etc.) afin de mettre en place l'enquête épidémiologique et sanitaire. Ce chiffre est stable par rapport à l'an dernier (29 en 2001 contre 30 en 2000).

L'enregistrement des cas de tuberculose *AI - AII* (**30 cas en 2001** contre 34 en 2000) et *AIII* et *AIV* (voir la classification des formes de TB au paragraphe 1.1.2.1.3.) est aussi un témoin indirect de cette activité qui est néanmoins assujettie à l'incidence annuelle de la maladie sur le territoire (se reporter au graphique 1.3.3.2.).

1.2.1.2. Répartition de l'activité

L'activité est concentrée sur Luxembourg ville qui réalise plus de 72% de l'activité globale. Respectivement les centres d'Esch et d'Ettelbruck réalisent plus de 10% et près de 9% de l'activité. Ces centres réalisent à eux trois au niveau national plus de 90% de l'activité de la Ligue. Enfin l'ensemble des centres périphériques représente moins de 10% du total.



Nous avons effectué 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'indiquions précédemment, le recueil des données n'est pas similaire partout et nous avons comptabilisé pour cette évaluation les données indiscutables.

1.2.2. La population cible

La population du Grand-Duché, au 1er janvier 2002 est d'environ 445.000 habitants. Elle est en constante augmentation. Ainsi elle s'élevait respectivement à 364.600, 384.400 et 429.200 habitants en 1981, 1991 et 1999. L'accroissement de la population est important : de 15,8% depuis 1991 et de 3,6% depuis 1999.

De même, la proportion de résidents non luxembourgeois a progressé, passant successivement de 26,3% en 1981 à 29,4% en 1991 puis à 37,9% en 2002 de la population totale. Il s'agit, dans la grande majorité des cas, de ressortissants des pays de la CEE. La plus forte communauté est portugaise et représente, à ce jour, plus de 35% des étrangers résidants sur le territoire national, alors qu'en 1981 cette proportion atteignait un peu moins de 30%.

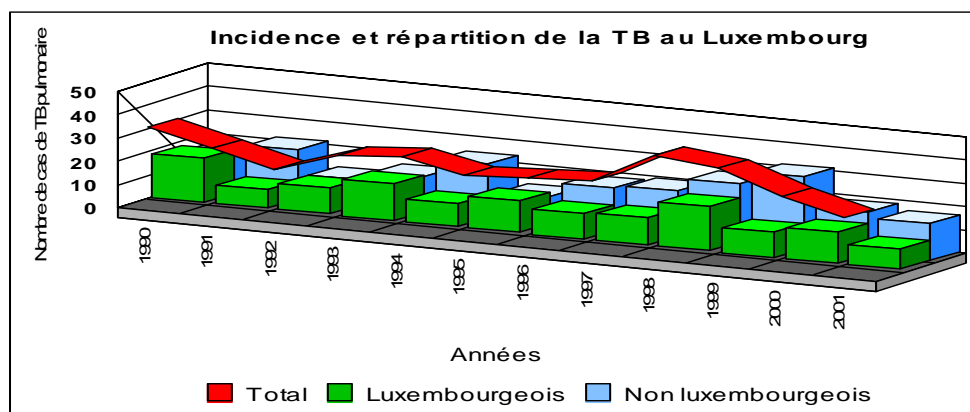
Il faut tenir compte de ces facteurs migratoires et démographiques dans l'évolution de l'activité et dans l'interprétation des résultats épidémiologiques. Cependant ce flux migratoire provenant très majoritairement de la CEE n'entraîne pas d'augmentation significative des examens systématiques d'entrée sur le territoire car dans ce cas, conformément aux accords européens, les personnes concernées ne sont pas soumises à une obligation de contrôle sanitaire d'entrée sur le territoire. D'autre part, la communauté internationale et plus particulièrement les pays membres de l'U.E. 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 ces dernières années. Toutefois, cet



afflux s'est considérablement ralenti depuis 2000 provoquant une sensible baisse des examens de dépistage à l'entrée sur le territoire national.

Nous reproduisons ci-dessous les données épidémiologiques officielles de la direction de la santé. Celles-ci font ressortir, depuis une dizaine d'années, la part des **cas de tuberculose dits « importés » au Luxembourg** par des personnes d'origine étrangère.

Ces dernières sont majoritairement résidentes mais il faut signaler cependant que tous les ans quelques cas proviennent de travailleurs frontaliers.



1.3. Activité par circonscription et par centre

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

Cette activité est évaluée comme cela a été indiqué précédemment.

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

1.3.1. Volume de l'activité

1.3.1.1. Circonscription du Nord

A l'heure actuelle quatre centres sont opérationnels pour effectuer des radiographies (Ettelbruck, Echternach, Redange et Wiltz). Les médecins y effectuent des tests cutanés à jours déterminés. Ainsi, la fréquence des séances, la disponibilité de la radiologie et la présence du médecin sont des facteurs déterminants de leur activité.

Cette année l'on comptabilise ainsi :

- 205 séances
- 3110 consultants
- 907 radiographies
- 1449 tests effectués
- 1326 tests lus
- 1844 apports rédigés
- 4 dossiers de TB** auxquels il faut ajouter **14 cas primo-infection AI1**



1.3.1.2. Circonscription du Centre

Luxembourg est la plus grande agglomération urbaine du pays.

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

Par ailleurs le CMS de Grevenmacher a définitivement arrêté ses prestations médicales en raison de la suppression du matériel radiologique en 2000, arrivé au terme de son autorisation d'exploitation, et par voie de conséquence de l'absence de médecin titulaire sur le site ce qui en dernier lieu a motivé la suppression des tests tuberculiques.

Les données recueillies sont les suivantes :

292	séances (530 si l'on inclue celles destinées exclusivement aux tests tuberculiques)
9199	consultants
4307	radiographies
5112	tests effectués
4892	tests lus
15570	rapports rédigés
12	dossiers de TB , auxquels il faut ajouter 4 infections latentes AI1

1.3.1.3. Circonscription du Sud

L'on constate 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 n'effectue plus depuis août 2001 de dépistage médical dans le cadre de la lutte contre la TB pour les mêmes raisons que celles évoquées pour Grevenmacher.

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

244	séances
3116	consultants
1082	radiographies
1318	tests effectués
1290	tests lus
1951	rapports rédigés
13	dossiers de TB , auxquels il faut ajouter 11 cas de primo-infection AI1

1.3.2. *Evolution de l'activité*

Si l'on veut avoir une vision précise de l'évolution de l'activité au sein du pays il est nécessaire de l'apprécier par CMS et par circonscription.

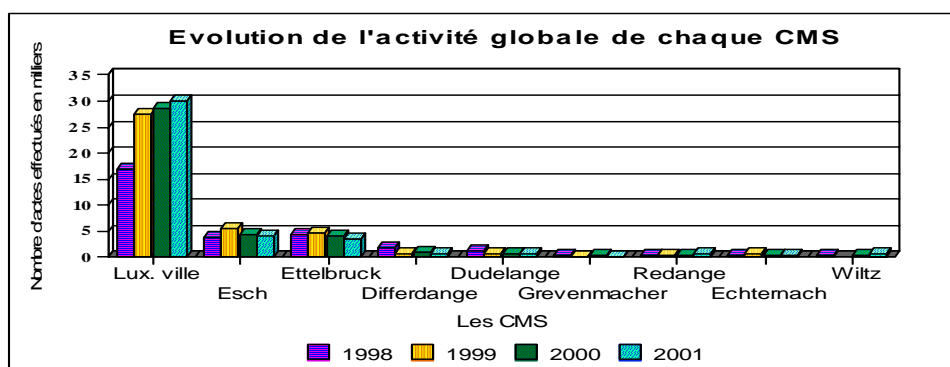
En effet, en regardant de plus près l'activité globale de la Ligue l'on s'aperçoit au fil des années de l'accroissement de la part du CMS de Luxembourg-Ville aux dépens de celle des CMS d'Esch et d'Ettelbruck et plus généralement de celle de la région centre par rapport aux deux autres circonscriptions.

1.3.2.1. Par CMS

Le CMS de Luxembourg-ville draine une part importante de la population nationale.

L'activité globale augmente légèrement à Luxembourg-ville (72,7% contre 70,2%) où l'offre de service au public est plus importante grâce à une ouverture quotidienne du CMS, alors qu'elle diminue modérément à Esch (10,3% contre 11,1%) et plus fortement à Ettelbruck (8,8% contre 10,5%). Le tableau présenté ci-dessous visualise l'évolution de l'activité de chaque CMS lors des 4 derniers exercices.





Le CMS d'Ettelbruck souffre certainement du morcellement de l'offre de service qui est proposée dans la région Nord. En effet, les centres périphériques de Redange, de Wiltz et d'Echternach voient leur activité cumulée passer de 2,9% en 2000 à 4,4% en 2001.

L'activité du CMS de Wiltz a été accrue grâce à une importante enquête épidémiologique alors que celle du CMS de Redange est restée stable. L'on note, dans cette dernière localité, une importante population de patients relativement âgés porteurs de pathologies chroniques, de silicozes (anciens ouvriers des ardoisières) ou de séquelles de TB et qui reviennent périodiquement se faire contrôler.

Pour les raisons évoquées en tête de chapitre et pour une meilleure appréciation de la tendance évolutive nous allons étudier l'évolution au niveau de chaque circonscription.

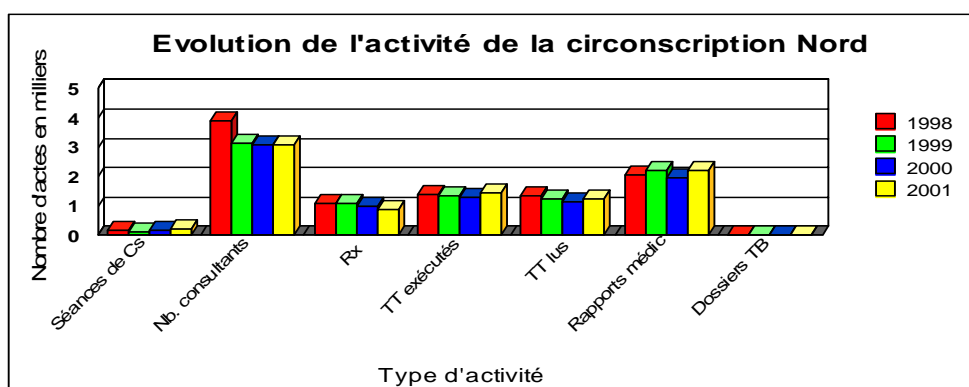
1.3.2.2. Pour la circonscription Nord

L'activité de cette circonscription a connu une activité contrastée mais globalement comparable à celle de 2000.

Le nombre de radiographies est en baisse depuis quelques années, comme le montre le schéma ci-dessous. Mais parallèlement la fréquentation est stable depuis 3 ans et les tests tuberculiques restent à un niveau important.

La reprise des consultations aux CMS de Wiltz et de Redange semble avoir compensé en 2001 la baisse enregistrée à Ettelbruck et a maintenu un volume d'activité stable pour la circonscription.

Le nombre de dossiers TB traités par les A(H)S a augmenté de 2 à 4.



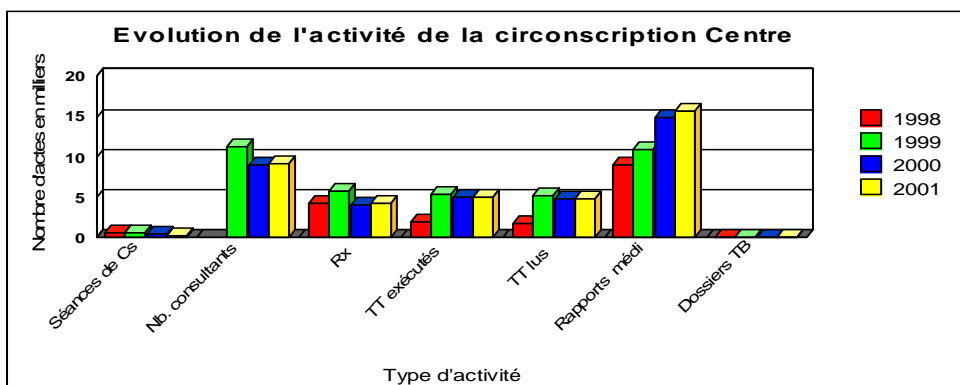
1.3.2.3. Pour la circonscription Centre

L'activité globale a légèrement progressé depuis un an, due essentiellement au nombre important de consultants, de tests tuberculiques de dépistage effectués, à l'activité soutenue de radiologie et au nombre croissant de rapports adressés aux médecins.

Par ailleurs, à plusieurs reprises des équipes ont été amenées à se déplacer au sein d'entreprises pour des enquêtes d'entourage TB. Cela a permis de surcroît une diminution de l'engorgement du CMS de Luxembourg.

Le nombre de dossiers TB traités est passé de 14 à 12.

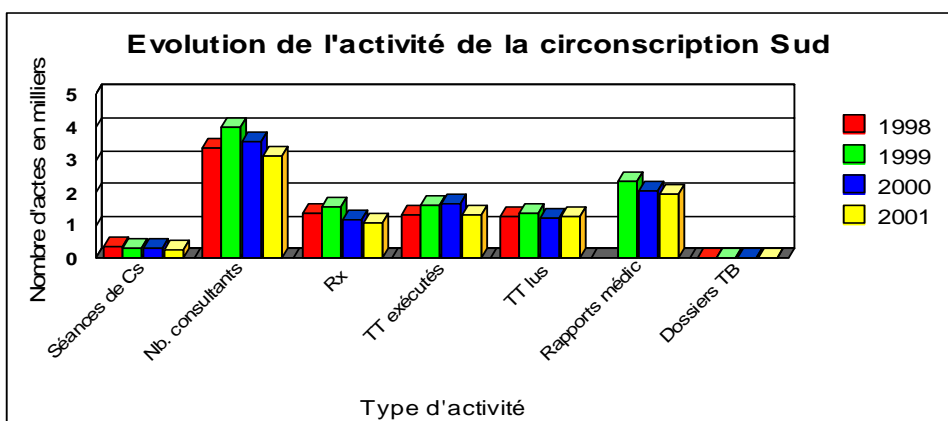




La charge de travail pour l'ensemble du personnel est globalement soutenue. L'ATM de radiologie est présent 6 demi-journées par semaine et permet aux infirmières et au personnel polyvalent de se recentrer sur ses compétences et d'améliorer l'accueil des consultants.

1.3.2.4. Pour la circonscription Sud

Dans ce secteur l'activité globale a modérément régressé. La moindre fréquentation en est la raison principale. Le nombre de consultants et d'examen radiographiques est inférieur à celui de 1999 et 2000. Par contre, l'activité en terme de réalisation de tests tuberculiniques est toujours soutenue. Enfin, le nombre de dossiers TB traités par le personnel a progressé de 11 à 13. A signaler que le transfert des consultants sur Esch auquel l'on pouvait s'attendre, suite à la fermeture du CMS de Differdange, n'est pas pour l'instant confirmé par les chiffres.



1.3.3. **Bilan épidémiologique et interprétation des résultats**

1.3.3.1. Affections non tuberculeuses

Bon nombre d'anomalies radiologiques ou de pathologies respiratoires sont dépistées ou diagnostiquées lors des consultations. Mais celles-ci nécessitent le plus souvent un bilan complémentaire dont les résultats échappent à notre structure ou bien ne sont pas systématiquement encodées par le médecin. En outre jusqu'à maintenant nous n'établissions pas de relevé annuel de ces constatations. Ces éléments rendent délicate l'interprétation des chiffres.

Néanmoins, à titre d'exemple, relevons qu'en 2001 **les médecins du CMS de Luxembourg-Ville ont notifié 405 clichés thoraciques présentant des anomalies non en rapport avec une pathologie tuberculeuse soit près de 10% de l'ensemble des examens radiologiques du thorax réalisés sur ce site**. Parmi ces anomalies 192 nécessitent des investigations complémentaires. De plus, 80 autres anomalies intéressent les structures pulmonaires (emphysème et BPCO, opacités, infection, signes bronchique, silicose, etc.) et 134 affectent d'autres structures thoraciques (plèvre, médiastin, rachis, cotes, diaphragme, hernie intrathoracique, etc.).



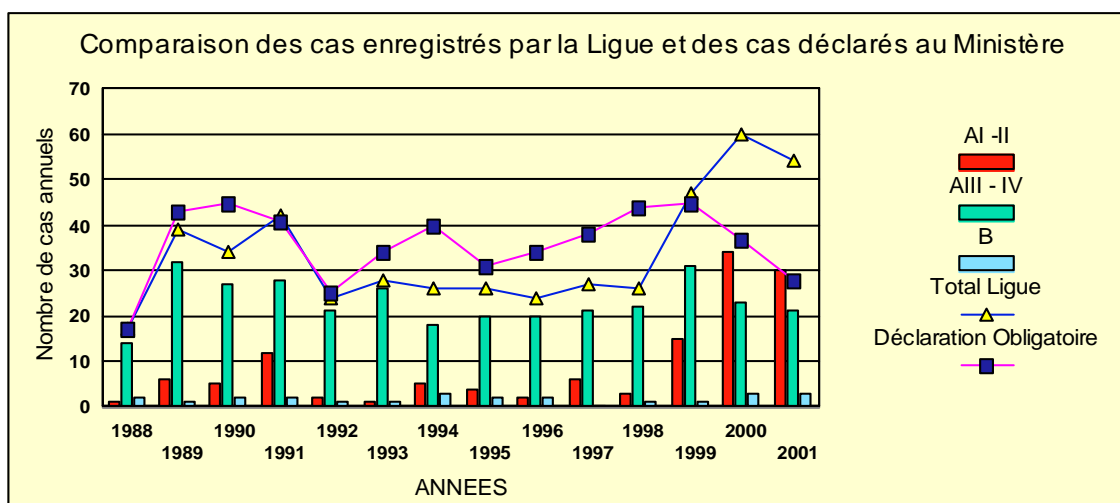
1.3.3.2. Epidémiologie de la TB

D'un point de vue global la Ligue observe pour sa part une baisse du nombre total des cas de tuberculose qu'elle a diagnostiqués ou enregistrés. Au total en 2001, parmi les 54 cas répertoriés de TB (toutes formes confondues) dans les CMS de la Ligue, 25 cas sont des tuberculoses potentiellement contagieuses et 29 sont des infections latentes (A11).

Les tuberculoses potentiellement contagieuses A12 et A11, A111 et A1V sont en régression. Par contre les primo-infections non compliquées A11 au nombre de 29 sont stationnaires. Cette constatation est probablement liée à l'accroissement des cas de tuberculose fortement contagieuse ces dernières années.

Un autre mode de regroupement permet de comptabiliser 30 formes A1 et A11 et 24 formes A111, A1V, B et C. Cela corrobore les données du Ministère de la Santé et de l'inspection sanitaire qui a comptabilisé 28 cas déclarés (D.O.) de TB au cours de l'année 2001 dont 25 formes pulmonaires exclusives.

Le graphique ci-dessous rend compte de ces données annuelles depuis 1988.



1.3.3.3. Constats et interprétation

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. Cette efficacité est d'ailleurs bien illustrée par le schéma précédent qui objective la nette progression des enregistrements d'infection latente par rapport aux D.O. et l'inversion de ces deux courbes. Cela est à mettre sur le compte du nombre croissant de tests tuberculitiques de dépistage effectués (se reporter au chapitre 1.2.1.1.).

La TB n'est pas éradiquée et ne régresse plus dans nos pays développés. 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.

Au niveau national la régression du nombre de tuberculose déclarée en 2001 (28 cas) reste conforme aux données épidémiologiques internationales car elle est essentiellement corrélée au ralentissement des flux migratoires des ressortissants en provenance de pays à forte endémie.

Cependant, ce constat doit être tempéré par le nombre non négligeable des cas de primo-infections dépistées par la Ligue en 2001 (29 cas), liées directement au nombre de TB pulmonaire contagieuse constaté ces dernières années, et qui préfigurent pour les années futures l'incidence probable et proportionnelle des cas de tuberculose maladie.

En terme d'activité, l'importante régression de l'accueil de réfugiés ces deux dernières années n'est pas compensée par l'accroissement démographique. En effet, celui-ci s'opère surtout en faveur de



ressortissants de la CEE. Par contre, c'est l'accroissement des demandes diverses comme les examens systématiques de dépistage et de prévention réalisés dans le cadre de dispositions réglementaires nationales ou dans le cadre des bilans demandés par les services de médecine du travail qui maintient ce haut niveau d'activité.

Une analyse plus approfondie des chiffres et graphiques (se reporter au chapitre 1.2.1.1.) fait apparaître que le nombre de radiographies est en baisse depuis plus de 20 ans malgré une population de consultants qui a globalement augmenté durant cette période. En parallèle le nombre de tests cutanés effectués au cours de cette même période a fortement progressé. Ces deux faits soulignent le respect des recommandations en matière de la lutte contre la TB, la modification des pratiques en matière d'enquête épidémiologique et de dépistage dont nous avons déjà parlé et enfin l'engagement vers les nouvelles dispositions en matière de protection du public vis à vis des rayonnements ionisants. La Ligue affiche ainsi clairement sa volonté d'améliorer la qualité et l'efficacité de ses services de lutte contre la TB.

1.4. Conclusions

Les ressources de la Ligue en personnel formé et en matériel doivent être adaptées sans cesse à cette mission de lutte contre la tuberculose, en particulier en faveur des populations les plus à risque. Cette action participe aussi à la surveillance et la « veille sanitaire » en matière de tuberculose. 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.

Ces éléments justifient le maintien, au niveau actuel, des moyens de lutte contre cette maladie transmissible.

2. La Médecine Scolaire

La médecine scolaire au sein des écoles primaires est l'autre domaine médico-social important d'activité de la Ligue. Elle offre actuellement à plus de 110 communes du pays et à plus de 28000 élèves ses services en la matière, comme la loi du 2/12/1987 le prévoit.

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

2.1. Les Missions

2.1.1. Le volet social

En ce qui concerne le domaine social l'assistante (d'hygiène) sociale «A(H)S», réalise le suivi social des enfants sur base des constatations retenues lors des bilans sociaux instaurés par la loi ou lors des bilans médicaux scolaires. De plus, faisant officiellement partie des commissions médico-psycho-pédagogiques (CMPP) depuis le 1.1.99, l'A(H)S constitue une plaque tournante de la prise en charge sociale des enfants scolarisés.

En moyenne chaque troisième enfant scolarisé fait l'objet d'un avis écrit envoyé par l'équipe médico-socio-scolaire aux parents. La gestion de ces avis et des suites à donner incombe à l'A(H)S.

Le volet social de la médecine scolaire regroupe d'autres prestations et activités qu'il faut se rappeler pour comprendre l'envergure du travail social dans ce domaine. Il s'agit de :

- contacts/entretiens avec les enseignants,
- contacts et entretiens avec les parents,
- travail en réseau avec d'autres professionnels notamment les enseignants, les inspecteurs, les professionnels du service de guidance ou du service rééducatif ambulatoire, les commissions médico-psycho-pédagogiques, la logopédie, etc.,
- visites à domicile; aide et assistance sociale, interventions urgentes, signalements au juge et participation à la prévention et à la protection des mineurs en danger,



- permanences dans les écoles. Ici, l'assistante sociale scolaire remplit une fonction d'écoute pour les enfants, pour les parents et pour les enseignants. Son rôle est celui d'un référent social pour l'école,
- développement et organisation concrète de projets scolaires dans le contexte d'un développement harmonieux de l'enfant. Cela est illustré par des projets d'interventions dans les écoles sur les domaines de la violence entre enfants, de l'école de santé, de la prévention des toxicomanies, etc.

Signalons que le travail social en médecine scolaire est un travail lourd et délicat qui traite des problèmes comme le handicap, les troubles comportementaux, la souffrance psycho-sociale, la négligence, la maltraitance, l'abus sexuel, l'exclusion sociale, les conflits familiaux (en aval ou en amont de situations de divorce), les défaillances éducatives des parents, etc.

Le travail social en médecine scolaire complète donc très utilement les investigations médicales pour offrir un service cohérent s'inscrivant parfaitement dans la mission médico-sociale de la Ligue.

2.1.2. Volet médical

L'équipe, sous l'autorité du médecin-chef de la division de la médecine scolaire du Ministère de la Santé, est composée d'un(e) infirmier(ère) ou d'un(e) AHS et du médecin désigné par la commune. Cette dernière doit fournir des locaux équipés adéquats.

Cette équipe tout au long de l'année scolaire réalise plusieurs types d'actes prescrits par le règlement grand-ducal du 21/12/1990.

Les tests systématiques annuels (*ts*) sont effectués par l'infirmier(ère) seul(e) ou l'AHS de la Ligue. Ce même personnel assiste le médecin scolaire lors des examens médicaux systématiques (*ems*) de 3ème et 5ème année et lors des bilans de santé (*bs*) de 1ère préscolaire, 1ère et 6ème année.

Le temps consacré à l'éducation pour la santé des jeunes élèves est inévitablement limité par les contraintes matérielles et temporelles. Cependant, en parallèle de ces examens légaux et conformément à son intention la Ligue a entamé en 2001 son projet d'éducation et de promotion de la santé dans le cadre de la MS. Nous y reviendrons plus loin.

Par ailleurs toutes les constatations, informations ou demandes particulières d'ordre social relevées par l'infirmier(ère) sont transmises à son homologue habilité de l'équipe médico-socio-scolaire du secteur correspondant.

2.2. La population des enfants scolarisés

Le nombre d'enfants scolarisés dans le cycle primaire et le nombre de classes croissent rapidement chaque année proportionnellement aux flux migratoires et aux évolutions démographiques.

La Ligue conformément aux dispositions de la loi propose ses prestations en matière de Médecine Scolaire (MS) à 114 communes du territoire national ce qui a représenté pour l'année scolaire écoulée **2423** classes et **28078** élèves inscrits.

2.3. L'activité de la Médecine Scolaire

2.3.1. La Médecine Scolaire (MS)

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

Au cours de la dernière année scolaire l'on relève les chiffres suivants :

- 23115 tests systématiques annuels (*ts*) effectués
- 7492 examens médicaux systématiques (*ems*) effectués
- 10272 bilans de santé (*bs*) effectués
- 11723 examens d'urines de dépistage ont été pratiqués



L'on remarque la faible rentabilité de ces examens particulièrement pour ce qui concerne le dépistage du diabète (0,22% d'anomalie du glucose) et dans une moindre proportion pour le dépistage des pathologies fonctionnelles rénales (0,7% d'anomalie de l'albumine).

Au total 3% des prélèvements révèlent une anomalie.

- 13189 avis médicaux ont été formulés en 2001.

Ils sont en augmentation de 19,8% par rapport à 2000 et représentent 5 à 6 constatations médicales par classe examinée. Les avis les plus nombreux concernent l'acuité visuelle, l'obésité, les problèmes dentaires (caries et orthodontie), les recommandations vaccinales et les déformations plantaires. Signalons que les problèmes de surpoids et d'obésité représente 10% du total des constatations. Ces avis font l'objet d'une information par courrier des parents des élèves concernés qui sont invités à consulter le médecin de leur choix.

Dans ce domaine les aspects organisationnel et administratif, la gestion des carnets médicaux ou la collaboration avec les multiples intervenants (communes, enseignants, médecins, inspectorat, associations de parents d'élèves, CMPP, etc.) représentent une charge de travail considérable pour le personnel médico-scolaire.

2.3.2. Promotion et Education de la Santé dans le cadre de la MS

La dynamique de prévention, d'éducation et de promotion de la santé (E.P.S.) dans le cadre de la médecine scolaire s'est matérialisée par la mise en place d'un programme ambitieux (se reporter au chapitre 4.1.).

La formation spécifique progressive du personnel de terrain va permettre à terme à la Ligue de multiplier ses interventions d'E.P.S. auprès des élèves du primaire. Ce champ d'action est réalisé en collaboration et en partenariat avec les pouvoirs publics, les institutions et les associations du pays.

La formation des professionnels de terrain a été entreprise dès la rentrée scolaire 2001-2002 sur la base des besoins exprimés par le personnel et par les partenaires (enquêtes).

Différents thèmes ont été choisis en fonction de leur intérêt, de leur priorité et de leur faisabilité comme cela est indiqué dans le tableau qui suit.

<i>Thèmes de Formation</i>	Formateur	CENTRE CMS Lux (de 9h à 11h30)	NORD CMS Ettelbruck (de 9h à 11h30)	SUD CMS Dudelange (de 9h à 11h30)
<i>Formation de base</i>	Equipe P.S. Dr C. Châtel	8 et 9/11	20 et 23/11	22 et 29/11
<i>Alimentation</i>	A.Krier Diététicienne Ligue	4 et 7/12	10 et 11/12	13 et 14/12
<i>Hygiène dentaire</i>	A. Franck L. Knaff	17 et 18 /1	28/1 et 4/2	24/1 et 7/2
<i>Hygiène corporelle</i>	A. Franck L. Knaff	7 et 8/3	18 et 19/3	14 et 15/3
<i>Drogues et dépendances</i>	Centre de Prévention des Toxicomanies	3 et 4/6	13 et 14/5	30 et 31/5

Le calendrier de ces formations spécifiques a pour l'heure été respecté.

Parallèlement le personnel a entrepris, auprès des enseignants et des parents, un travail de présentation de la structure mise en place dans différents établissements. Quelques interventions ponctuelles, rentrant dans le cadre de l'E.P.S., ont d'ores et déjà été effectuées depuis la rentrée scolaire 2001. Par la suite, en fonction de leur disponibilité et de leur aptitude, les professionnels entreprendront progressivement le programme qu'ils auront défini avec chaque communauté scolaire de leur secteur.

2.3.3. Evolution de l'activité de la MS et perspectives

Une analyse comparative fine entre les exercices précédents ne peut être effectuée en raison des conséquences du partage entre la Ligue et la Croix Rouge. La restructuration des services et la nouvelle affectation de certain personnel ont amputé une partie des données.

Toutefois, l'on note que le nombre de communes affiliées est passé de 113 à 114.



En outre, l'on constate une élévation significative (+ 20,7%) du nombre de classes concernées par la MS (2007 classes en 2000 contre 2423 en 2001) parallèlement à une population importante d'enfants à examiner qui s'accroît pour les raisons évoquées plus haut.

La classe étant l'unité d'intervention de l'équipe l'on imagine sans peine la charge de travail du personnel de la Ligue d'autant que cette activité comporte un aspect organisationnel et logistique (avec les médecins, les écoles et les communes) qui n'est pas comptabilisé dans ces chiffres. Ces éléments donnent la mesure du travail à fournir et posent des problèmes chaque année de plus en plus considérables à gérer.

En définitive, le personnel est accaparé par les examens médicaux systématiques et l'organisation des séances et ne dispose que de très peu de temps pour promouvoir le bien-être et des comportements plus sains pour la santé (E.P.S.). Cependant, il ne faudrait pas que cet aspect innovateur et à long terme plus efficient de la MS soit entravé voire compromis par la réalisation d'examen systématiques dont la fréquence annuelle n'apparaît pas pour la plupart médicalement justifiée. Il est temps de réfléchir, au niveau institutionnel, aux moyens à mettre en œuvre pour adapter la MS aux orientations actuelles et lui permettre de mieux agir en faveur du bien-être des enfants.

2.3.4. Le volet social de la MS

La réorganisation de la médecine scolaire au cours et à la suite du partage des activités médico-sociales et sociales entre la Ligue et la Croix Rouge pose un problème de recueil des données statistiques pour le volet social de la médecine scolaire. En effet, il est difficile voire impossible d'isoler parmi les chiffres relatifs aux dossiers sociaux de l'année écoulée ceux qui relèvent exclusivement de la médecine scolaire.

Cette distinction sera possible pour l'année 2002.

Le travail social en médecine scolaire est cependant bien caractérisé par la description dans ce rapport du groupe cible des familles à problèmes du Service d'Accompagnement Social. Rappelons toutefois qu'il s'agit d'un travail lourd et délicat autour des problèmes graves énoncés précédemment. Le volet social de la médecine scolaire complète donc très utilement les investigations médicales et fait l'objet d'un travail d'équipe au niveau de l'équipe médico-socio-scolaire pour offrir un service cohérent s'inscrivant parfaitement dans la mission médico-sociale de la Ligue.

3. Les Consultations pour Nourrissons

3.1. Les missions

Des consultations spécialisées en faveur des nourrissons de 0 à 2 ans sont organisées par la Ligue dans une trentaine de centres répartis sur le territoire.

L'objectif de ce service est le dépistage précoce des handicaps et des pathologies du nourrisson et le conseil des parents pour la prévention et la promotion de la santé de leur enfant.

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

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

Les locaux affectés sont choisis en fonction des moyens disponibles de la commune concernée ou de la Ligue.

Dans ce domaine aussi les contraintes extérieures et internes peuvent entraver l'efficacité de l'action.

3.2. Population des nourrissons au cours de l'année 2001

Pour l'année 2001 la population totale de nourrissons de 0 à 2 ans susceptibles de consulter s'est comptabilisée à 11318 enfants comme le tableau reproduit ci-après en rend compte.

L'on remarque que le nombre de naissances enregistrées en 2001 (5695) est inférieur à l'année dernière (5723 en 2000).



Nombre de naissances en 2001	5695
Nombre d'enfants âgés de 1 à 2 ans	5623
Nombre total d'enfants susceptibles de consulter	11318

De ce fait, le nombre de nourrissons inscrits dans les différents centres de consultation du pays a régressé et est passé de 1525 en 2000 à 1337 en 2001.

3.3. *Activité, évolution et perspectives*

Pour ces raisons essentiellement démographiques les examens médicaux ont été moins nombreux et sont passés de 5427 en 2000 à 5353 en 2001. De même le nombre des séances de consultations proposées aux parents est passé de 950 en 2000 à 912 en 2001.

Toutefois nous remarquons que, d'après les données partielles dont nous disposons, la fréquentation des différents sites d'examen a augmenté avec une moyenne générale sur l'ensemble des circonscriptions de 6,85 consultants par séance.

Ces phénomènes sont dus à plusieurs facteurs concomitants.

Il faut noter en particulier que la cessation prolongée d'activité à Grevenmacher et que l'arrêt des consultations à Luxembourg-centre à partir du 1/10/2001, alors que la fréquentation de ce dernier lieu est importante, ont affecté la fréquentation globale. Par ailleurs, il faut signaler aussi l'extrême variabilité et disparité de la fréquentation des différents centres de consultations qui s'échelonne de 1,17 enfants vus par séance à Mersch à 13,92 à Luxembourg-ville.

Circonscription	Nombre de naissances	Nombre d'examens	Nombre de consultants inscrits	Moyenne d'examens par séance
Centre	2300	2317	594	5
Nord	-	1706	496	8,25
Sud	-	1330	247	7,31
Total	5695	5353	1337	6,85

A signaler d'autre part des difficultés d'organisation des consultations dans plusieurs centres liées à la mise à disposition de locaux par les communes ou à la disponibilité limitée de certains médecins. Ces faits ne donnent pas aux parents une image valorisante du service proposé et ne favorisent pas la fréquentation des consultations.

Toutes ces constatations laissent entrevoir la nécessité d'une approche différente du concept des consultations pour nourrissons.

Cette réorientation doit s'adapter aux critères démographiques et géographiques locaux. Par ailleurs, ce service doit, tout en respectant les besoins et demandes des parents, élargir son accessibilité à toute la population des nourrissons afin de proposer son intervention aux nouvelles familles et notamment à celles qui nécessitent en priorité des conseils et des aides médico-sociaux.



4. Prévention, Education et Promotion de la Santé

En raison des objectifs que la Ligue s'est fixés en matière de promotion de la santé en général, notamment dans le cadre de la MS, les professionnels compétents dans ce domaine ont été récemment regroupés au sein d'une cellule éducation et promotion de la santé.

Cette cellule est capable de répondre aux demandes diverses des entreprises et aux besoins de la MS.

4.1. Dans le cadre de la Médecine Scolaire (en faveur des jeunes élèves)

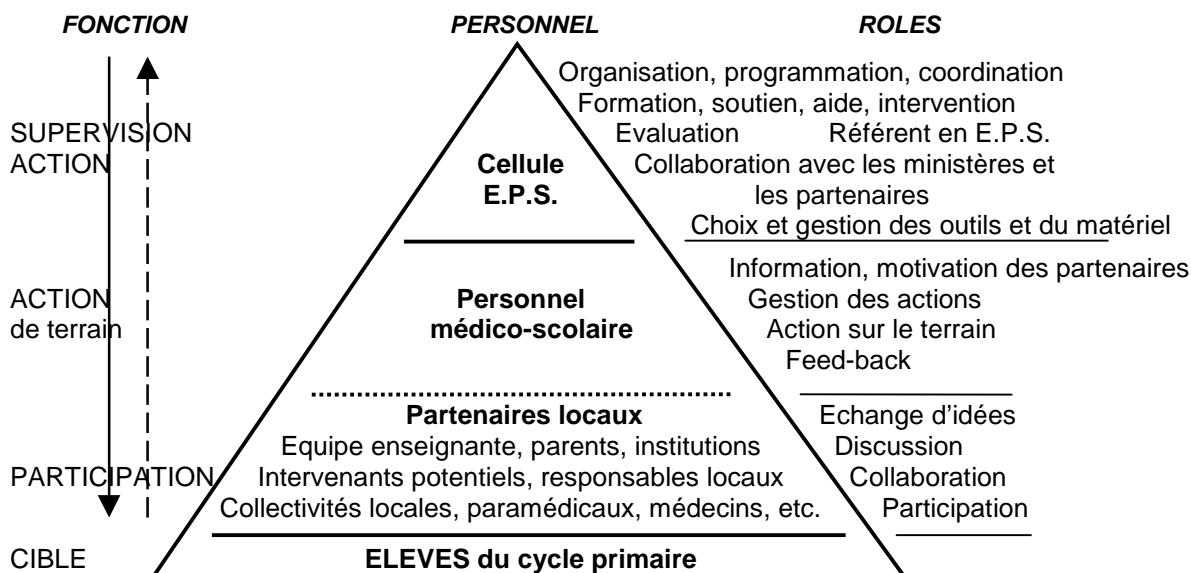
4.1.1. Objectifs

L'objectif est d'entreprendre, en matière de promotion de la santé, des actions de fond à long terme adaptées à chaque établissement et d'assurer des échanges interactifs et participatifs bénéfiques pour l'école et pour le bien-être des enfants. Nous revenons ici sur le processus qui a été décrit en terme d'activité au chapitre 2.3.2.

La cellule Education et Promotion de la Santé a entrepris la mise en œuvre de ce programme. Elle est composée de 3 personnes compétentes en E.P.S. : Me Lydia Knaff, Me Adrienne Franck et Me le Dr Christine Châtel conceptrice du projet.

Le rôle essentiel de cette structure est la formation en E.P.S. du personnel médico-scolaire de terrain, affecté à un secteur géographique, afin qu'il puisse entreprendre des interventions de promotion de la santé dans les écoles dont il a la charge. Les professionnels de terrain au contact régulier et direct avec la communauté scolaire sont les acteurs idéaux et indispensables à une politique d'E.P.S. cohérente au sein des établissements tout au long du cycle des études primaires.

En outre, cette cellule Promotion de la Santé a en charge la supervision, l'organisation, la programmation et l'évaluation des programmes. Elle gère les outils et matériels et assure la collaboration avec les ministères de tutelle et les partenaires.



4.1.2. Modalités de fonctionnement

La structure E.P.S. est centralisée à Luxembourg mais chaque circonscription possède un centre de référence de Promotion de la Santé qui détient une « bibliothèque » (documentation générale et base de données) et un lieu de stockage des outils et du matériel (support papier, vidéo, films, etc.) de base.

Un programme a été défini et un calendrier des formations du personnel a été établi pour l'année scolaire 2001-2002 et la suivante (voir le chapitre 2.3.2.). Les interventions des professionnels de



terrain s'effectueront progressivement en fonction de leur disponibilité, de leur aptitude et des demandes qui auront été formulées par les différents établissements scolaires au décours d'entrevues.

4.2. En faveur des adultes

La communauté des adultes est aussi une cible prioritaire en matière de prévention des risques et de promotion de comportements plus favorables pour la santé.

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

Des services particuliers et des interventions spécifiques sont régulièrement proposés à la population.

4.2.1. Consultations spécialisées

Parmi les consultations spécialisées nous pouvons citer les séances d'aide au sevrage tabagique, les entretiens personnalisés auprès de notre diététicienne et les consultations d'aide psychologique.

Ce dernier volet ne sera malheureusement pas développé en raison de l'absence prolongée de notre psychologue.

4.2.1.1. Les consultations pour fumeurs

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

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

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

Par ailleurs, les fumées inhalées entraînent des effets nocifs pour de nombreux organes au premier rang desquels 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 défenses immunitaires locales bronchiques et pulmonaires. 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 bronchique, respiratoire ou ORL 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, accidents vasculaires cérébraux, etc.), les pathologies digestives (gastrite, ulcère) et ses conséquences possibles pour la femme enceinte, son fœtus et pour le nourrisson.

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

Pour aider les fumeurs à se libérer de la dépendance nicotinique deux consultations spécialisées, avec la présence d'un médecin spécialiste pneumologue, sont proposées l'une à Luxembourg et l'autre à Dudelange. Celles-ci comportent 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.



Ainsi en 2001, 53 personnes ont fréquenté la consultation de Luxembourg-ville pour une aide et un accompagnement spécialisé.

La récente mise sur le marché en vente libre des substituts de la nicotine et surtout la mise à disposition du corps médical de nouvelles molécules d'aide au sevrage contribuent 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 fumeurs n'ont pas l'audience souhaitée notamment à Dudelange dont la fréquentation est très faible.

Un effort de sensibilisation de la population sur les problèmes du tabagisme et d'information des médecins sur les services proposés par la Ligue est à faire.

Par ailleurs, 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.

4.2.1.2. Les Consultations diététiques

La Ligue propose des consultations diététiques pour écoliers dans les centres médico-sociaux d'Ettelbruck, d'Echternach, de Luxembourg et de Dudelange. Ces consultations fonctionnent sur rendez-vous.

Les consultations à Luxembourg et Dudelange ont fonctionné normalement pendant toute l'année. A Echternach, le service n'a pas fonctionné pendant les mois de mars à octobre. A Ettelbruck une nouvelle diététicienne a repris les consultations à partir du mois de mars.

La plupart des enfants ont consulté pour cause de surcharge pondérale, problème dont la fréquence est importante comme le constate la MS (se reporter au chapitre 2.3.1.).

4.2.2. **Interventions ponctuelles**

La Ligue effectue en outre des interventions ponctuelles d'information, de prévention ou d'éducation pour la santé dans les domaines de l'hygiène de vie et des conduites à risque. Les thèmes abordés sont le tabac et la nutrition en particulier auprès des jeunes. En effet il faut souligner que chez les enfants le tabagisme et l'obésité sont en expansion dans tous les pays industrialisés.

4.2.2.1. Type d'actions

Ainsi, dans ce cadre de lutte contre le tabagisme, la Ligue propose à la population plusieurs types d'action préventive et éducative :

- Interventions d'éducation, de promotion de la santé et d'hygiène de vie, dans une optique de prévention primaire, qui visent principalement les enfants dans les écoles.
- Action d'information 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 ou 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 aspects concernant le tabac.

- Des réunions d'information des employés sont régulièrement organisées au sein des entreprises et des collectivités qui le désirent. Tous les aspects du tabagisme sont abordés lors de ces interventions suivies de discussion - débat. Des entretiens et des bilans individuels approfondis peuvent même être réalisés par le médecin pneumologue lors d'une demande de sevrage.

- Information sur les ondes radiophoniques (sevrage tabagique sur 100.7Mhz)
- En dernier lieu, à l'occasion de la journée mondiale sans tabac du 31 mai un



article a été publié dans les journaux nationaux. Celui-ci expliquait clairement le pouvoir nocif voire mortel des fumées secondaires, sensibilisait les fumeurs sur ce problème et proposait des solutions pour limiter l'exposition des non-fumeurs tout en respectant du mieux possible les libertés de chacun.

4.2.2.2. L'activité

Mme Adrienne Franck réalise la majorité de ces interventions (tabac et nutrition).

- L'on peut souligner par exemple ses interventions sur le tabac à la :
 - maternité Grande-Duchesse Charlotte sur le « tabagisme et la grossesse »
 - Deutsche Postbank
- En outre elle a organisé :
 - une « journée prévention des dépendances » dans la commune de Steinsel
 - des « ateliers » dans des « écoles pilotes ». Ainsi l'on dénombre la réalisation de 20 séances : 12 concernant l'atelier sur les petits déjeuners et les collations, 7 sur la pyramide alimentaire et 1 sur le tabagisme primaire. Ces ateliers ont servi par la suite de base de travail pour la formation spécifique du personnel dans le cadre du programme E.P.S. intégré à la MS.
 - une réunion d'information des parents sur l'alimentation des enfants
 - une réunion de sensibilisation dans une 6ème sur le thème des drogues et dépendances, en collaboration avec la police nationale

Quelques autres interventions ont été effectuées par notre diététicienne Me Danièle Krier.

Cependant, dans ce 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. Pour renforcer ce type d'actions la Ligue requiert du personnel formé en plus grand nombre et des moyens suffisants à la mesure des objectifs qu'elle s'est fixés et de la tâche à accomplir.

5. Information du public et représentation

- L'information du grand public est aussi une mission de la Ligue.

Différents domaines sont abordés comme ceux du tabagisme, de la nutrition ou de la tuberculose. Au cours de 2001, différents interlocuteurs ont effectué des interventions radiophoniques sur les ondes nationales et plusieurs articles ont été publiés dans la presse.

- La Ligue a participé à la journée mondiale de la tuberculose 2001, organisée par les instances internationales (UICMR), dont le thème était : « DOTS, un traitement pour tous ». A cette occasion elle a diffusé un article dans la presse écrite qui rappelait le droit de chaque individu, particulièrement ceux des pays à faibles revenus, à l'accès à un traitement efficace et la nécessité pour les gouvernements d'agir dans ce sens.

- Par ailleurs, la Ligue a élaboré une brochure d'information concernant la TB destinée au public et rédigée en plusieurs langues. Son tirage et sa sortie sont programmés pour la journée mondiale contre la tuberculose 2002.

6. Conclusions générales

Malgré les modifications récentes de fonctionnement et d'organisation des services, pour une efficacité optimale, la Ligue assure pleinement ses différentes missions et fonctions. Elle affiche par ailleurs clairement ses objectifs et sa volonté d'améliorer la qualité et l'efficacité de ses services médicaux.

Mais en parallèle de ses activités habituelles de dépistage et de prévention la Ligue développe des programmes et des actions en profondeur dans le domaine de la Promotion de la Santé destinés en particulier aux groupes et aux populations les plus vulnérables.

Cette approche nouvelle et cette vision innovatrice de la prévention, en plein essor, sont défendues par l'OMS et les organisations internationales et sont soutenues par les institutions nationales.

Pourtant cette évolution qui doit préserver les activités classiques et historiques de dépistage et de prévention nécessite sans cesse des ajustements, des adaptations ou des modifications au sein des services.



LES SERVICES SOCIAUX

1. Le Service d'Accompagnement Social

"Les êtres humains ont droit à notre aide (...). Je pense que la misère humaine est le plus urgent des problèmes qu'une politique sociale rationnelle doit prendre en considération. Le bonheur est un problème d'un autre ordre : il appartient à chacun de nous de le chercher individuellement."

Karl Popper

1.1. Concept du service

1.1.1. Mission générale

Le Service d'Accompagnement Social est un service agréé par le Ministère de la Famille, de la Solidarité Sociale et de la Jeunesse.

"Le Service d'Accompagnement Social a pour mission générale de contribuer à garantir aux personnes qui lui sont adressées (par les services publics), l'accès aux services, institutions et prestations existant en matière de législation et de protection sociales au Grand-Duché de Luxembourg. L'aide sociale est conçue comme une aide à long terme; elle vise un développement durable de la situation sociale des clients, le cas échéant, elle se limite à une stabilisation de la situation.

Le Service d'Accompagnement Social soutient et complète l'action des administrations et services des ministères de la famille et de la solidarité sociale, de la justice, de l'éducation nationale, du logement, de la sécurité sociale et de la santé, des administrations communales et des offices sociaux, en assurant l'apport spécifique des méthodes et moyens du travail social".

1.1.2. Objectif spécifique

1.1.2.1. Explication

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

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

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

Afin de réaliser l'objectif général du Service d'Accompagnement Social, ses agents se basent nécessairement sur le *consentement éclairé du client*. La coopération avec celui-ci est toujours au centre du processus d'aide. Ce principe n'est pas en contradiction avec un encadrement social imposé par une contrainte extérieure ou par une institution contraignante. Ce qui spécifie l'accompagnement est le fait qu'il suppose au départ un libre arbitre des futurs partenaires, qui débouche sur une relation volontaire où la place et le rôle de chacun, tout comme l'objet de la relation



et sa durée, sont clairement définis. C'est par cette spécificité que l'accompagnement social se conçoit dans une relation contractuelle, même s'il n'implique pas forcément un contrat effectif. (Dictionnaire critique d'Action sociale. Editions Bayard Paris, 1995)

1.1.2.2. Population cible

Le Service d'Accompagnement Social s'adresse à des personnes/familles dont la nature des besoins et des problèmes sociaux nécessite un *encadrement à long terme*. Ce sont plus particulièrement des clients appartenant à une des catégories suivantes :

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

1.1.2.3. Tâches spécifiques

Depuis la mise en place du service le 01.09.2001, un premier ensemble de tâches spécifiques a été défini pour constituer la base d'intervention du service et pour lui assurer une offre particulière.

- La prise en charge des clients relevant de la population cible et transférés entre autres par le service social de proximité de la Croix-Rouge.
- ◆ *L'exécution de l'art. 16* de la loi RMG (droit à l'accompagnement social) sur base de la convention entre la Ligue et le Service National d'Action Sociale du Ministère de la Famille concernant le Service Régional d'Action Sociale. Cette convention instaure une collaboration de ce service avec le Service d'Accompagnement Social.
- ◆ Le concours du service dans l'exécution des articles 5 et 14 (assistance sur le plan social, éducatif ou de la gestion des finances) de la loi du 8 décembre 2000 sur le *surendettement*.
- ◆ L'accompagnement des *familles avec enfants en difficultés* en coordination avec les Centres d'Aide Educative en Milieu Ouvert (CAEMO) et les services d'intervention de crise.
- ◆ Concours à l'analyse et étude des conditions préalables à la mise en place d'un système de gestion de *tutelles* et de *curatelles*, tâches pour lesquelles la Ligue a été chargée officiellement en décembre 2001.

1.1.3. **Méthodes**

Les méthodes de travail du Service d'Accompagnement Social se réfèrent à la théorie des systèmes et plus particulièrement à son application au travail social au niveau de l'analyse, du conseil et de l'aide (case management). Par conséquent, pour chaque situation prise en charge, les agents du service établissent un *plan d'aide* dans le cadre d'une convention avec le client faisant état des *objectifs* à atteindre et du moment de l'*évaluation* commune des résultats.

1.1.3.1. L'analyse et le conseil systémique

Pour son activité d'analyse et de conseil, inhérente à son travail social, le Service d'Accompagnement Social se réfère au modèle de réflexion systémique (systemische Denkfigur) développé par l'école de travail social de Zurich.



1.1.3.2. Le Case Management

Il s'agit d'une méthode de travail social intégrant des techniques de recherche, de planification et de coordination d'aides sociales, ainsi que des techniques de médiation et de conseil.

Cette méthode se combine parfaitement avec la contractualisation des projets d'aide décrite par la suite.

1.1.3.3. Le contrat

Le mot contrat provient du latin « contractus », de « contrahere », prendre engagement. L'idée est celle d'une convention, d'un accord par lequel une ou plusieurs personnes s'obligent envers une ou plusieurs autres personnes, à faire, à donner ou à ne pas faire une chose déterminée.

En formalisant la relation d'aide, le contrat apporte une direction et focalise les activités de l'A(H)S¹ et du client sur des points précis préalablement définis. Cette façon de procéder mobilise et concentre les énergies.

Le contrat restitue le client comme acteur de son destin. En négociant et en nommant les ressources à mobiliser du côté du client ce dernier est reconnu responsable et actif dans la réalisation de son devenir. Les objectifs à atteindre sont les siens et les engagements réciproques, et du client et de l'A(H)S, concordent dans un effort commun et complémentaire.

Finalement, le contrat apporte une base d'évaluation des résultats et facilite la mesure de la progression vers les objectifs définis. A travers l'analyse des objectifs, des moyens utilisés et des résultats atteints, l'évaluation est une démarche de connaissance pour savoir ce qui s'est passé et pour porter un regard professionnel sur le travail journalier.

Les limites du travail contractuel sont influencées par les éléments suivants : maîtrise d'une des langues usuelles du pays, illettrisme, capacités intellectuelles, degré de confiance, ...

1.1.4. **L'admission dans le service**

1.1.4.1. Procédure d'admission

Les demandes d'accompagnement social sont adressées par écrit au directeur social de la Ligue.

La demande d'accompagnement doit se faire sur base d'un formulaire spécifique et par l'intermédiaire d'un service agréé ou d'un professionnel du domaine médico-psycho-social. Il existe deux types de formulaires de demande. L'un pour les demandes d'accompagnement social selon l'article 16 de la loi modifiée du 29 avril 1999 portant création d'un droit à un revenu minimum garanti et l'autre pour toute autre demande d'accompagnement social.

Le professionnel qui aide le requérant à remplir le formulaire est prié de se conformer aux dispositions suivantes :

- Le client est le demandeur principal et en cette qualité il signe obligatoirement la demande.
 - Par la co-signature d'un professionnel le service demandeur soutient la demande du client et souligne ainsi la nécessité *objective* d'un accompagnement social.
- Il s'engage à préparer l'accompagnement social.
 - Dans la mesure où cet accompagnement se situe dans le long terme, il est indiqué :
 - ◆ d'informer le client du sens de cet accompagnement;
 - ◆ de le préparer, en déterminant des objectifs clairs;
Si les objectifs professionnels et ceux du clients divergent il y a lieu de retenir les priorités du client pour favoriser sa coopération, sans pour autant perdre de vue les objectifs professionnels;
 - ◆ de rendre le processus d'aide et de transfert aussi transparent que possible.
 - Les renseignements fournis par l'intermédiaire de la demande d'accompagnement (exception faite pour la demande art.16) ne doivent pas être exhaustifs, mais permettre au Service

¹ Assistant d'Hygiène Sociale, respectivement Assistant Social



d'Accompagnement Social d'avoir un aperçu pouvant servir de base à une première entrevue avec le client et le service demandeur.

Le Service d'Accompagnement Social répond par écrit endéans les 15 jours ouvrables au(x) service(s) demandeur(s) et à la (aux) personne(s) demanderesse(s) elle(s)-même(s). Cet écrit accuse réception de la demande et invite le(s) client(s) et le(s) service(s) demandeur(s) à une entrevue visant à clarifier la problématique et à rendre explicite les attentes des différents acteurs envers le Service d'Accompagnement Social. Cette phase est très importante car elle détermine les aides à apporter par le Service d'Accompagnement Social. A vrai dire c'est une *phase de négociation* autour d'un ou plusieurs objectifs communs. A l'issue de cette phase le client est en principe admis à l'accompagnement social.

1.1.4.2. Les types de coopération

Il y a lieu de distinguer trois types de coopération.

1.1.4.2.1. *La coopération « chronologique »*

Cette forme de coopération est celle décrite dans l'accord de partage entre la Croix-Rouge et la Ligue. Le Service Social de Proximité travaille en première ligne, principalement dans le court terme, dans la prise en charge de problèmes occasionnels et dans l'urgence. Après dépistage, analyse de la situation et éventuellement motivation des clients, il demande la prise en charge de cette situation «à problématique long terme» au Service d'Accompagnement Social. Après admission de la situation par le Service d'Accompagnement Social, la prise en charge du Service Social de Proximité se termine. L'action du Service Social de Proximité et celle du Service d'Accompagnement Social s'agencent donc chronologiquement. Les deux services ne travaillent pas en même temps autour d'une problématique donnée.

1.1.4.2.2. *La coopération « coordonnée »*

Il s'agit de la coopération entre services qui s'occupent d'un même client. N'étant pas réglée à l'avance, cette coopération doit se négocier et cela de préférence avec le client pour tenir compte de ses besoins et de sa demande. Les termes selon lesquels se déroule cette coopération peuvent faire partie de la convention écrite entre le Service d'Accompagnement Social et le client.

1.1.4.2.3. *La coopération « réglementée »*

Cette forme de collaboration est celle existant entre le Service d'Accompagnement Social et le Service Régional d'Action Sociale, voire celle recherchée entre le Service d'Accompagnement Social et le Service Central d'Assistance Sociale, puis celle entre le Service d'Accompagnement Social et le Service d'Information et de Conseil en matière de Surendettement. C'est la coopération cadrée par des dispositions légales spécifiques. Pour les services cités ci-avant il s'agit en l'occurrence des législations concernant le revenu minimum garanti, la protection de la jeunesse et le surendettement.

L'article 16 de la loi RMG confère un droit à l'accompagnement social. Les personnes qui tombent sous l'application de cet article sont admises directement par le Service d'Accompagnement Social sur base de la demande réalisée par le Service Régional d'Action Sociale.

1.1.4.3. Les conditions d'admission

Le Service d'Accompagnement Social vise une prise en charge à long terme. C'est pourquoi les conditions suivantes sont incontournables :

- La résolution ou la stabilisation de la situation problématique se situe à priori dans le *long terme*.
-
- Le client (même contraint à consulter le service) exprime sa volonté de coopération dans un premier temps (signature de la demande d'accompagnement) et *coopère réellement* lors du processus d'aide. Par conséquent, il existe au moins un *objectif commun* entre le système des aidants et le système des clients.



1. Le système des aidants désigne un *coordinateur* ou case manager responsable de la continuité du processus d'aide et de son évaluation régulière. Ce coordinateur peut changer en cours de route.
2. Le problème des missions souvent conflictuelles de l'aide sociale et du contrôle est résolu au sein du système des intervenants.

1.1.5. Déontologie

Bien entendu les agents du service sont liés par leur code de déontologie professionnelle respectif.

1.2. Statistique

1.2.1. Introduction Générale

Ce rapport d'activité 2001 des services sociaux de la Ligue contient quelques particularités en relation avec l'accord de partage des activités de la Croix-Rouge et de la Ligue. Rappelons que pour la Ligue l'accord de partage, ainsi que la restructuration interne consécutive, a abouti à la création de deux groupes de services distincts: les services médico-sociaux et les services sociaux.

Les services sociaux actuels, issus en partie du Service Social Polyvalent de Secteur, sont :

- le Service d'Accompagnement Social (à partir du 01.09.2001)
- le Service Régional d'Action Sociale
- le Service Social à l'Hôpital
- le volet social de la Médecine Scolaire

Le Service Social Polyvalent de Secteur a cessé d'exister le 31.08.2001 et le recueil des données statistiques du Service Social Polyvalent de Secteur et du Service Régional d'Action Sociale s'est terminé avec le début de la phase de transition (01.07.2001). Cette phase qui précédait la mise en place des nouvelles structures était destinée à transférer les dossiers sociaux dans les différents services compétents dans le respect du client et en fonction des problèmes à résoudre.

Ainsi, une exploitation purement quantitative des activités des différents services est peu utile et ne peut être exhaustive. Elle a été négligée au profit d'une description réalisant un profil statistique de différents types de clients. Ce sont notamment les catégories de clients qui font partie de la population cible du Service d'Accompagnement Social et du Service Régional d'Action Sociale.

1.2.2. Analyse statistique du Service Social Polyvalent de Secteur ou analyse de quatre populations cible du Service d'Accompagnement Social

La documentation des A(H)S de la Ligue dans le cadre du dossier social porte sur 6.533 ménages pour la période du 01.10.2000 au 30.06.2001.

Les données statistiques portaient sur plusieurs groupes d'items dont voici une énumération sommaire:

- Données sur les membres du ménage : Logement; Origine du contact / demande, Ressources financières du ménage; Problèmes rencontrés dans le ménage²; Attentes à l'A(H)S par le ménage; Attentes à l'A(H)S par tiers.
- Etat du dossier : Motif de clôture du dossier; Nombre de demandes selon l'origine; Services fournis pour le ménage; Changement de la situation du ménage; Evaluation globale du changement de la situation du ménage
- Entretiens
- Correspondances

² La rubrique des problèmes rencontrés (cf. annexe) englobe environ 55 problèmes différents. Ces problèmes sont subdivisés en trois grandes catégories qui sont les problèmes physiques (santé physique), les problèmes psychiques (santé psychique) et les problèmes sociaux. Cette dernière catégorie est encore subdivisée en : problèmes de logement, de travail, financiers, relatifs aux mesures sociales complémentaires dans le cadre du RMG, de formation, de socialisation, d'éducation, des relations sociales, des relations familiales et problèmes divers. Les 55 problèmes individuels regroupés dans ces catégories sont mentionnés tout au long du texte.



Les données disponibles permettent une description précise et détaillée des populations cible suivantes :

- les ménages avec bénéficiaire(s) d'une indemnité d'insertion (art.16 de la loi RMG³)
- les ménages "parents et enfants en difficultés"
- les ménages avec problèmes financiers à long terme
- les ménages avec problèmes psychiques

Ces catégories de ménages constituent depuis le 01.09.2001 le noyau de la population cible du Service d'Accompagnement Social.

Le rapport suivant permet de mieux préciser ces groupes de clients et de décrire leurs problématiques et leurs besoins spécifiques.

Parmi les ménages documentés, 62,3% le sont de manière complète et pour les 37,7% restants, une ou plusieurs fiches font défaut. Il faut considérer également que le contexte de travail de l'A(H)S ne permet pas l'utilisation du système de documentation statistique à la manière d'un interrogatoire. Ainsi les fiches ne contiennent en principe que les informations recueillies au cours du processus d'aide.

Le travail d'analyse statistique, réalisé par le Dr Georges STEFFGEN, professeur au Centre Universitaire de Luxembourg, se réfère par conséquent à des échantillons variables de l'ensemble des données encodées et les comparaisons effectuées se réalisent selon un schéma identique pour chaque groupe cible. Le groupe cible est isolé à partir d'un ou de plusieurs critères de l'ensemble des ménages documentés, puis comparé au restant des ménages. La comparaison ne se fait donc pas par rapport à l'ensemble de la population du pays mais par rapport à ce groupe de référence. Cette façon de procéder permet de montrer en quoi la population du Service d'Accompagnement Social diffère d'une clientèle moyenne de service social.

Il faut remarquer également que l'entièreté de l'analyse statistique n'a pas pu être reproduite dans ce rapport et que les conclusions constituent une combinaison des chiffres objectifs avec l'expérience du service.

1.2.2.1. Les ménages avec bénéficiaire(s) d'une indemnité d'insertion (art.16 de la loi RMG)

L'échantillon (N=2.398) a été constitué à partir de la question "Le ménage reçoit-il un accompagnement social selon l'art.16 de la loi RMG?" Si la réponse était affirmative (13,7%) le ménage a été intégré au groupe cible en question. Dans le cas contraire (86,3%) il faisait partie du groupe de référence pour les comparaisons.

Les ménages concernés par un accompagnement social art.16 sont dans une proportion importante des ménages sans enfant avec un adulte de moins de 60 ans (28,4% versus 16,4%). Une part importante des concernés habite des logements loués ou des logements sociaux (56,6% versus 42,1%). La situation financière est souvent problématique. Ainsi 82,5 % des ménages vivent avec un budget familial effectivement disponible⁴ qui est inférieur ou égal au barème RMG pour un ménage de composition identique.

Les *demandes ou attentes* de ces ménages à l'adresse du service sont multiples (en moyenne 3,1 demandes versus 2 pour le groupe de référence) et très étendues. Surtout les pourcentages des attentes "résolution de problèmes financiers" (68,1% versus 35,2%), "conseil social" (54,4% versus 45,2%) et "assistance dans démarches administratives" (52,7% versus 25,8%) sont importants en comparaison avec le groupe de référence.

La diversité des demandes se reflète aussi dans la multiplicité des *problèmes rencontrés* dans les "ménages art.16" (cf. graphique). Les A(H)S se voient confrontés à des situations où prédominent

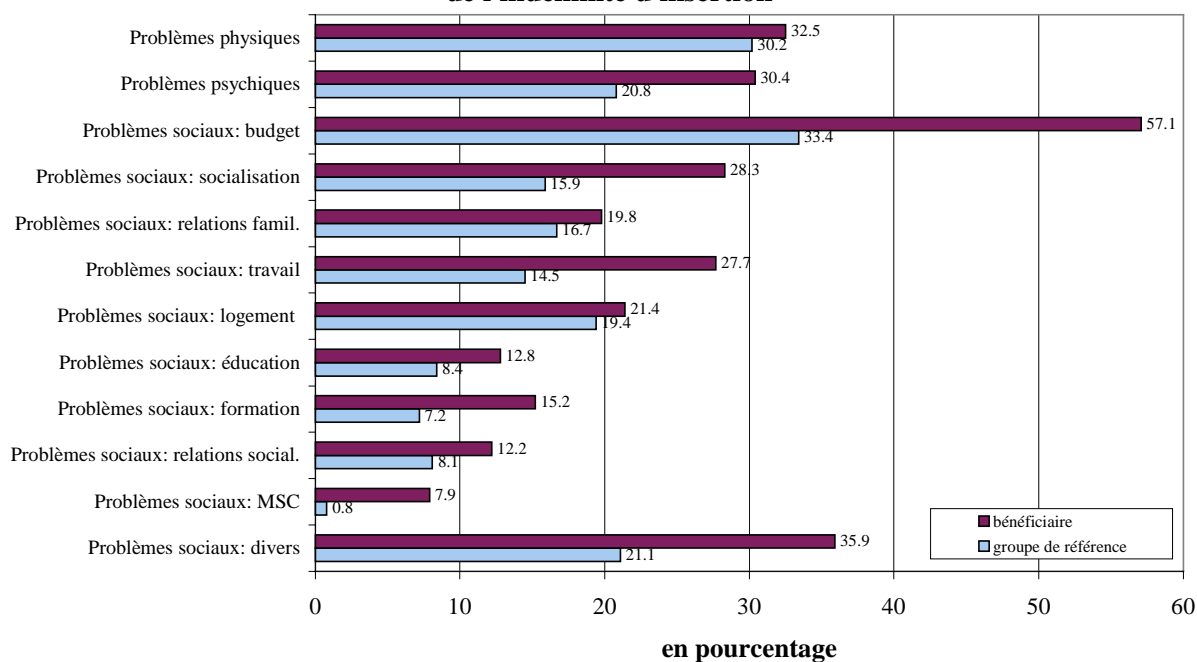
³ Loi modifiée du 29 avril 1999 portant création d'un droit à un revenu minimum garanti

⁴ Le calcul à la base de ce budget effectivement disponible visait à déterminer le montant que le ménage pouvait encore utiliser réellement pour ses multiples besoins, déduction faite des dépenses absolument nécessaires (loyer, chauffage, électricité, assurances, transport, ...) et des dettes. Afin de pouvoir mettre ce montant en relation avec une grandeur objective pour une même composition de ménage, le barème RMG a été choisi comme référence.



souvent des problèmes de formation et de travail, mais aussi et surtout des problèmes de santé psychique, de socialisation⁵ et des problèmes de budget ($\Delta^6 = 18,7\%$).

Problèmes rencontrés dans ménages bénéficiaires de l'indemnité d'insertion



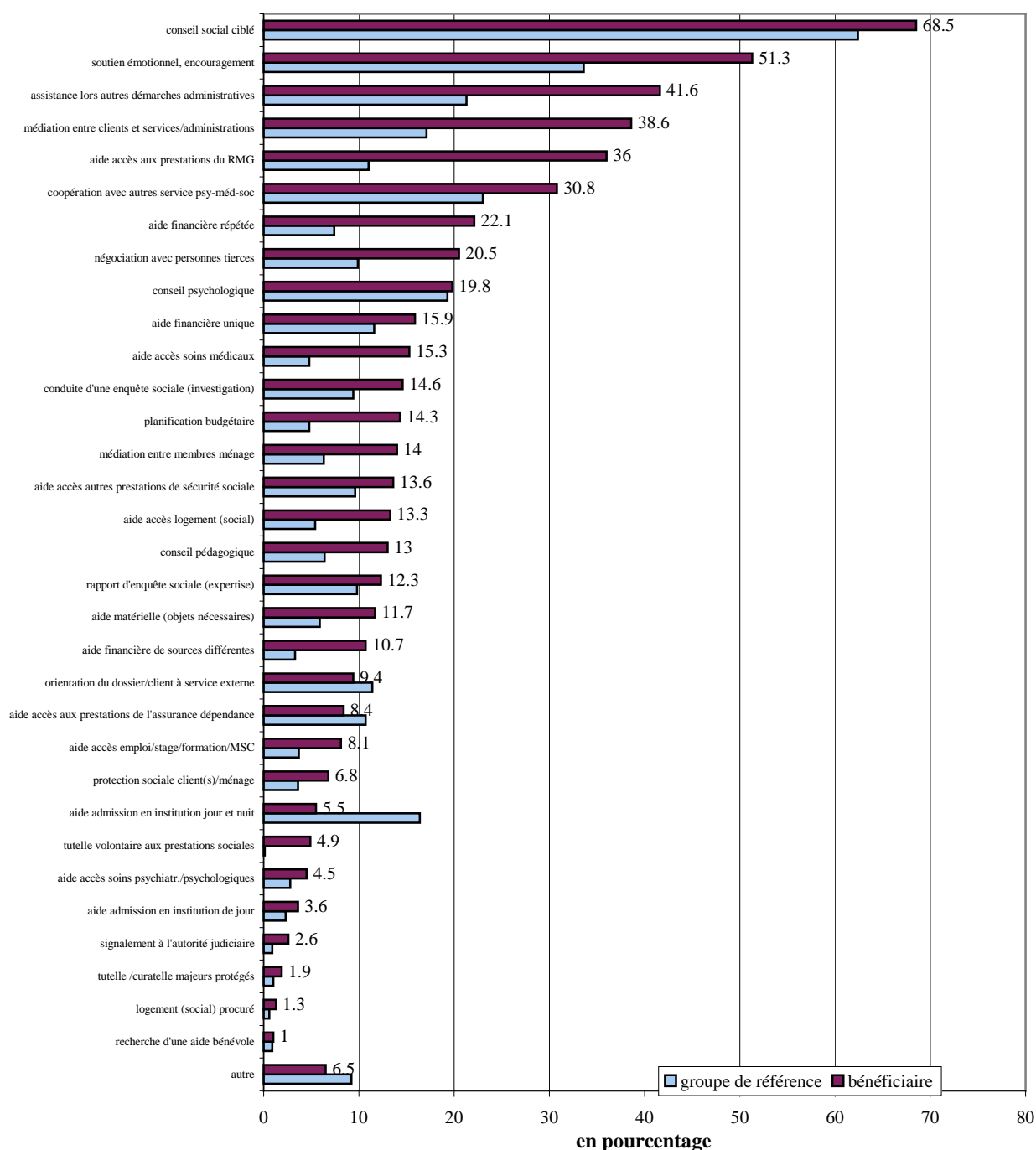
Face à ces problèmes, quelle a été la réponse en termes de *services fournis* par l'A(H)S? Le graphique suivant donne tout d'abord une idée de la fréquence relative des différents services; le conseil social ciblé, acte spécifique de l'A(H)S, en rapport avec un objectif précis (d'où le terme ciblé) est en tête de file. Nous constatons aussi que les services fournis excèdent en durée ceux du groupe de référence: 55,6% des dossiers des ménages art. 16 sont des anciens dossiers (30,9% seulement pour le groupe de référence). Mais, les services fournis excèdent aussi en quantité (avec 4 petites exceptions) ceux du groupe de référence. En moyenne chaque ménage reçoit 5,3 des services énumérés sur le graphique suivant. Les écarts les plus importants se retrouvent pour les services "aide accès aux prestations RMG ($\Delta = 24,1\%$), "médiation entre clients et administrations" ($\Delta = 21,5\%$), "assistance démarches administratives" ($\Delta = 20,3\%$), "soutien émotionnel, encouragement" ($\Delta = 17,7\%$), "coopérations avec services psy-méd-soc ($\Delta = 15,9\%$).

⁵ Ce groupe de problèmes englobe notamment les troubles comportementaux, les difficultés de gestion du temps, la négligence de soi-même ou de ses tâches quotidiennes, la délinquance et la criminalité, puis l'exclusion sociale ou l'isolement sociale.

⁶ Delta symbolise l'écart (en %) entre le groupe cible et le groupe de référence



Services fournis pour ménages bénéficiaires de l'indemnité d'insertion



Lors de l'évaluation du dossier social de chaque ménage, les A(H)S ont noté que pour 38,7% des situations (39,9% dans le groupe de référence) une amélioration positive ou légèrement positive a été réalisée tandis que dans 19,2% des situations (versus 10,6%) une évolution négative ou plutôt négative a été constatée.

Conclusion

Les ménages demandant un accompagnement social dans le cadre de l'article 16 sont des ménages en détresses multiples. Les graphiques des problèmes rencontrés et des services fournis montrent clairement la différence par rapport à une clientèle moyenne de service social.

Les relations interpersonnelles et les relations entre le ménage et la société sont souvent fortement perturbées. Les prestations de conseil, de médiation et d'aide sont vitales pour ces ménages.



1.2.2.2. les ménages "parents et enfants en difficultés"

Les ménages "parents et enfants en difficultés" décrits par la suite ont été isolés de l'ensemble des ménages pris en charge par le service sur base d'une part de la présence d'enfants et d'autre part sur base de deux groupes de problèmes: les "problèmes de relations familiales" et "les problèmes d'éducation".

Dans les deux groupes, les A(H)S pouvaient cocher les items suivants:

PROBLEMES DE RELATIONS FAMILIALES	PROBLEMES D'EDUCATION
conflit de couple divorce en cours conflits entre générations autre	manque de compétence éducative négligence suspicion négligence maltraitance suspicion maltraitance abus sexuel suspicion abus sexuel autre

Le groupe cible ainsi défini constitue 19% de l'**échantillon** (N=4150). Le groupe de référence de 81% renferme les ménages sans enfants et les ménages avec enfants sans les problèmes indiqués plus haut. La différence de l'échantillon par rapport au nombre total des ménages (6533) pris en charge s'explique par le fait que les dossiers ne contenant pas suffisamment d'informations par rapport au groupe cible et aux critères de sélection n'ont pas été considérés.

Une première remarque s'impose par rapport aux ménages monoparentaux, qui sont davantage confrontés à des problèmes familiaux (51,3% versus 43,5%). Puis, il est intéressant de noter que les familles du groupe cible semblent intégrées davantage socialement que le groupe de référence. Ainsi une part plus importante des chefs de ménage travaille (salarié plein-temps/temps partiel 52,8% versus 20,7%) et la situation financière et de logement ne diffère pas notablement du groupe de référence.

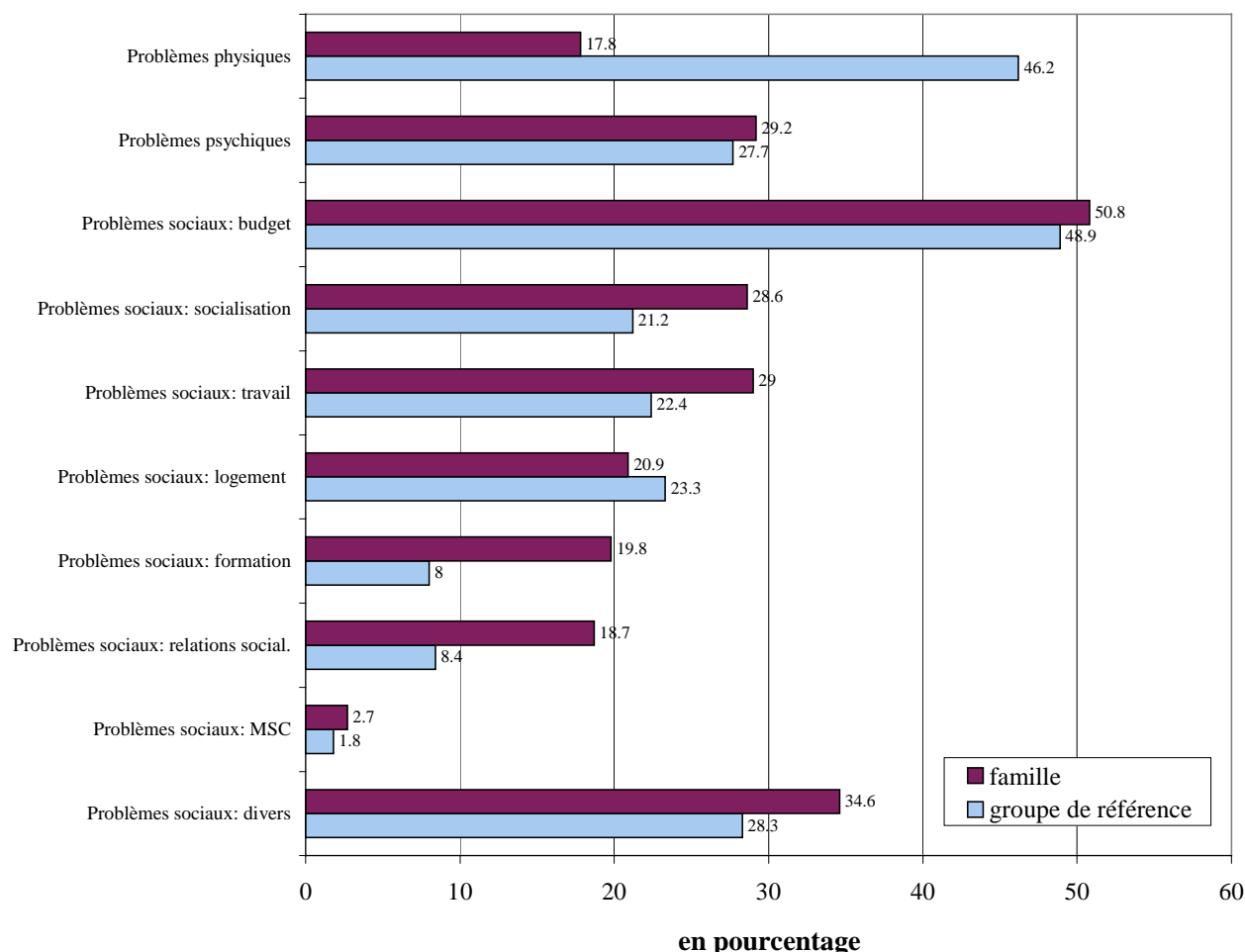
Les **demandes** de ces ménages à l'adresse du service sont plus nombreuses que celles du groupe de référence (en moyenne 2,7 versus 2). Surtout les pourcentages des attentes "conseil social" (60,9% versus 41,2%), "conseil psychologique" (25,3% versus 11,1%), "difficultés éducationnelles" (18% versus 1%) et "aide à la résolution de difficultés relationnelles" (20,3% versus 3,9%) sont plus importants dans le groupe cible.

La différence entre les deux groupes concernant la "résolution de problèmes financiers" (40,9% versus 41,2%) est presque nulle.

Quelles sont les **problèmes rencontrés** dans ces familles?



Problèmes rencontrés dans ménages "parents et enfants en difficultés"



Sachant que le nombre de problèmes rencontrés dans les familles est plus important que dans le groupe de référence (en moyenne 4,9 versus 3,1), il faut constater que l'A(H)S se voit confronté d'avantage à des problèmes de formation (19,8% versus 8,0%), de socialisation (28,6% versus 21,2%) et de relations sociales (18,7% versus 8,4%). Ceci sur un arrière-fond de problèmes de budget pour un dossier sur deux.

En excluant les problèmes relationnels et éducationnels qui sont présents dans tous les ménages, la liste suivante renseigne sur la fréquence relative des différents problèmes individuels.

	Famille	Groupe de référence
absence/insuffisance de salaire	26,1%	25,9%
manque de savoir et savoir faire concernant ses droits	22,3%	18,7%
troubles comportementaux	18,4%	8,0%
absence d'emploi	18,0%	18,0%
difficultés de gestion du budget	14,4%	10,1%
problèmes scolaires	13,4%	2,1%
problèmes d'orientation relatifs aux droits/devoirs et valeurs/normes	12,2%	6,2%
problèmes juridiques	12,0%	5,8%
endettement	11,4%	6,3%
problèmes psychiques divers	15,8%	8,1%

D'une importance particulière pour le groupe cible, notons les problèmes scolaires ($\Delta = 11,3\%$), les troubles comportementaux ($\Delta = 10,4\%$) et autres problèmes psychiques divers ($\Delta = 7,7\%$).



Les **services fournis** sont d'une envergure considérable (cf. graphique page suivante). Les familles nécessitant plus de 10 entretiens (les entretiens ne sont comptabilisés que s'ils dépassent la durée de 20 minutes) sont plus fréquents dans le groupe cible (10,3% versus 6,3%). En relation avec l'objectif de l'entretien les deux groupes de ménages diffèrent pour les réunions interprofessionnelles (19,1% versus 14,0%) et en sens inverse pour l'objectif "Information/Orientation". En ce qui concerne le lieu de l'entretien, les différences ne sont pas considérables. Le plus souvent les entretiens se font par téléphone (56,2% versus 55,7%) et au bureau (18,9% versus 19,%). Il est intéressant aussi de noter les différences concernant le genre de correspondance: lettres (31,6% versus 21,1%) et demandes (40,7% versus 46,1%).

On peut dire que ce sont surtout les prestations dans le domaine des relations interpersonnelles, des relations entre la famille et la société, les interventions de résolution de conflits qui prédominent.

L'**évaluation** des dossiers par les A(H)S révèle que les changements dans ces ménages ne sont que limités. Des améliorations sont atteintes au niveau des problèmes de logement et des problèmes financiers. Peu de changements ont lieu pour les problèmes psychiques que les A(H)S ne peuvent influencer directement.

Pour les problèmes rencontrés suivants les améliorations les plus importantes sont à noter (il faut mettre la moyenne indiquée en relation avec l'échelle de 1 = beaucoup aggravé à 7 = problème résolu):

	famille	groupe de référence
1. perte logement	5,25	4,75
2. problèmes résultant d'une grossesse	4,89	4,89
3. autre problème budgétaire	4,38	4,40
4. maladie / crise aiguë (psychiques)	4,27	3,54
5. prestat. financ. (sec. soc. e.a.) en attente	4,22	3,91
6. autre problème logement	3,91	4,02
7. absence d'emploi	3,88	4,08
8. divorce en cours	3,78	3,48
9. logement insalubre	3,76	4,20
10. problèmes juridiques	3,75	4,04

Au contraire les problèmes rencontrés suivants sont restés stables ou ont empirés :

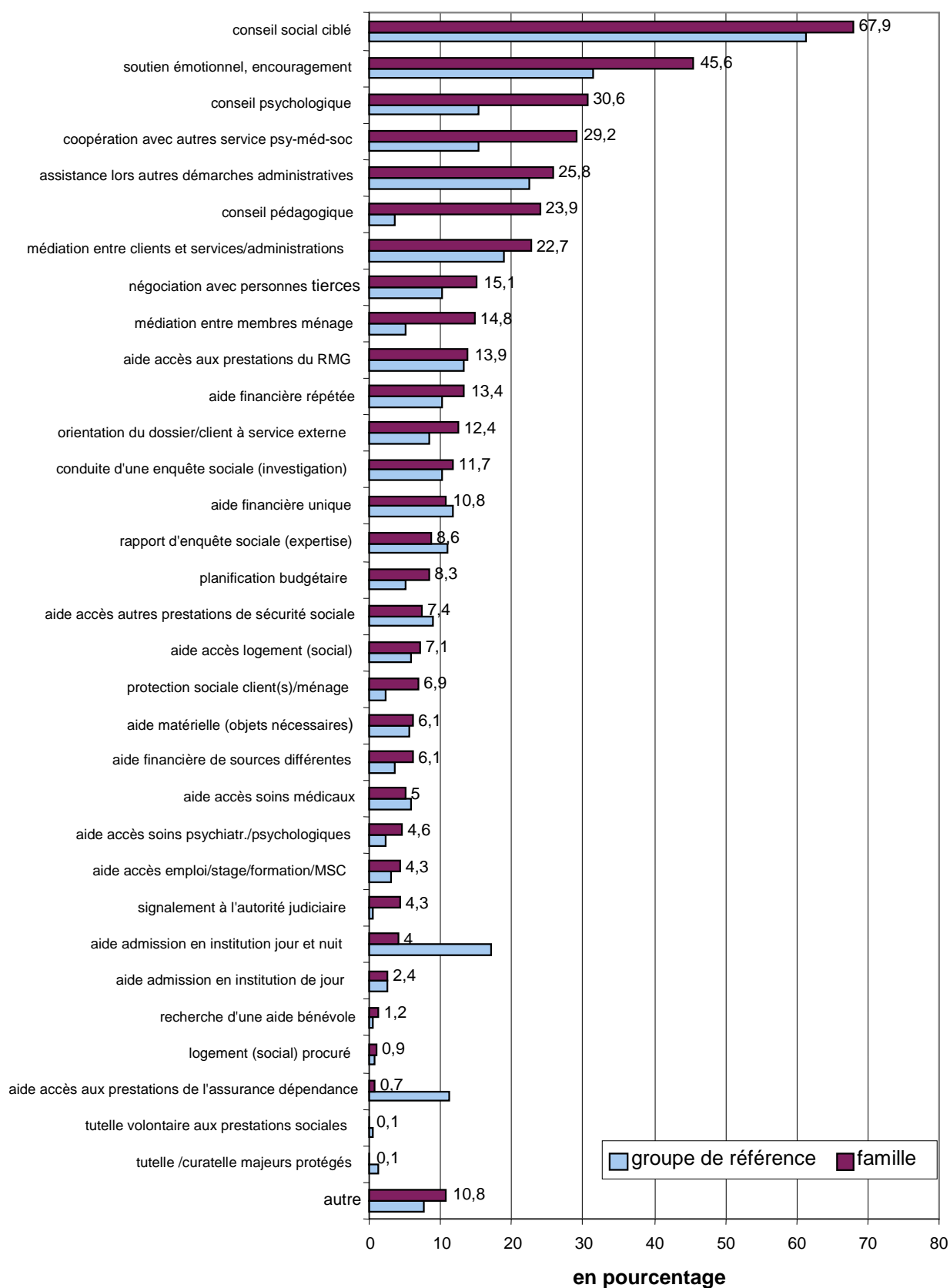
	famille	groupe de référence
1. demande rente d'invalidité en cours	2,70	2,95
2. abus/dép. drogues	2,79	3,42
3. exclusion sociale	2,84	3,40
4. maladie chronique psychiques	2,90	3,05
5. problèmes rel. familiales autre	3,07	3,00
6. abus médicaments	3,11	2,87
7. handicap psychiques	3,11	3,02
8. connaissance de langue insuffisante	3,13	3,11
9. difficultés dans la gestion du temps	3,13	3,21
10. négligence (soi-même/tâches quotid.)	3,16	3,72

Conclusion

Les ménages rencontrant des problèmes en relation avec leurs enfants demandent un accompagnement social intense. A voir l'évaluation des dossiers, cette tâche n'a pu être accomplie de manière suffisante dans le contexte du Service Social Polyvalent de Secteur.



Problèmes rencontrés dans ménages "parents et enfants en difficultés"



1.2.2.3. les ménages avec problèmes financiers à long terme

L'**échantillon** (N=4213) a été réalisé sur base de la question: "Quels sont les problèmes rencontrés dans le ménage?" Le groupe cible (10,6%) a été isolé par les items "endettement" et "surendettement". Les ménages restants, sans problèmes d'endettement et de surendettement, constituent le groupe de référence (89,4%).

Les ménages avec problèmes financiers à long terme se distinguent clairement des autres ménages où interviennent des A(H)S. Les ménages avec plusieurs adultes et enfants, la famille classique en principe (43% versus 27,3% → $\Delta = 15,7\%$), les ménages monoparentaux (16,8% versus 12%) et les adultes isolés de moins de 60 ans (21,1% versus 16,4%) sont sur-représentés. Par conséquent la tranche d'âge des enfants et jeunes (42,8% versus 34,2%) et des adultes (52,4% versus 43,9%) se retrouve plus fréquemment. Il en est de même pour les divorcés (25,3% versus 15,8%) et on rencontre l'inverse chez les veufs (3,8% versus 15,6%).

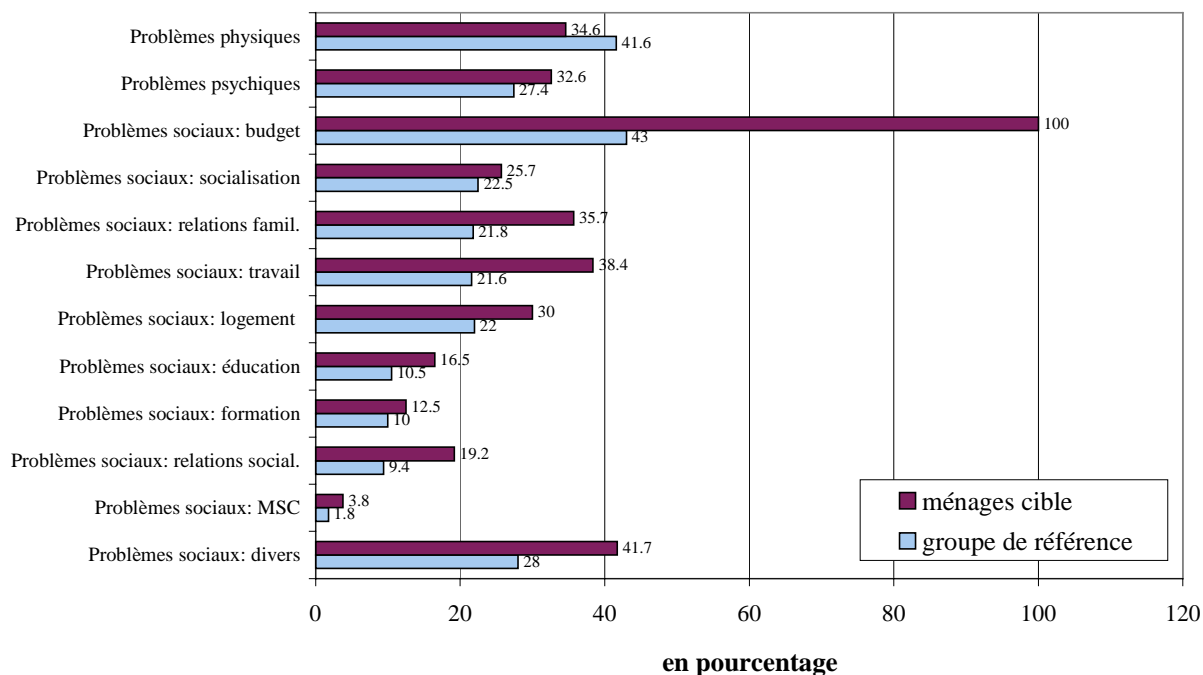
Les proportions pour le **statut socioprofessionnel** se présentent comme suit: salariés plein-temps (32,5% versus 19,4%), invalides (15% versus 11%), bénéficiaires RMG dispensés des mesures sociales complémentaires (11,2% versus 7,4%) et pensionnés (4,3% versus 28,8%). Concernant le chômage, on ne note pas de différence.

Il est intéressant de voir que les ressources financières du groupe cible ne sont pas inférieures (23,7% versus 24,3%) à celles du groupe de référence. Une part importante des ménages avec problèmes financiers long terme habite des logements loués (53,5% versus 39,3%).

En avant-plan des **attentes du ménage** on distingue trois demandes prépondérantes: résolution des problèmes financiers (81,8% versus 35,9%), conseil social (55,5% versus 44,7%) et assistance dans démarches administratives (36,6% versus 26,4%). En moyenne chaque ménage du groupe cible a 2,8 demandes.

Quelles sont les **problèmes rencontrés** dans ces familles? Concernant la fréquence, les ménages cible se distinguent avec 5,7 problèmes rencontrés des ménages de référence avec 3,2 problèmes présents.

Problèmes rencontrés dans ménages avec problèmes financiers



Les problèmes suivants prédominent: problèmes divers (41,7% versus 28,0%), problèmes de travail (38,4% versus 21,6%) , problèmes de relations familiales (35,7% versus 21,8%), problèmes de



logement (30,0% versus 22,0%), problèmes de relations sociales (19,2% versus 9,4%) et problèmes d'éducation (16,5% versus 10,5%).

En excluant les problèmes financiers qui sont présents dans tous les ménages la liste suivante renseigne sur la fréquence relative des différents problèmes individuels.

	Famille	Groupe de référence
absence d'emploi	26,1%	16,9%
manque de savoir et savoir faire concernant ses droits	24,8%	18,7%
maladies chroniques physiques	22,3%	22,2%
problèmes juridiques	19,2%	6,2%
conflits de couple	19,0%	9,6%
problèmes d'orientation relatifs aux droits/devoirs et valeurs/normes	15,8%	6,2%
conflits dans l'entourage proche	15,8%	7,7%
divorce en cours	12,8%	4,9%
troubles comportementaux	12,1%	10,3%
manque de compétence éducative	11,2%	5,3%

Notons l'importance particulière pour le groupe cible sont des problèmes d'emploi ($\Delta = 9,2\%$), des problèmes relationnels (conflits de couple, divorce en cours, conflits dans l'entourage proche) et des problèmes d'orientation relatifs aux droits/devoirs et valeurs/normes ($\Delta = 9,6\%$).

Ces chiffres représentés sur le graphique suivant montrent que le groupe des ménages avec problèmes financiers nécessitent une prise en charge intensive.

Quasiment toutes les **prestations** de travail social sont fournies plus fréquemment que pour le groupe de référence. Aussi, la reprise d'anciens dossiers est plus importante dans le groupe cible (42,8%) que dans le groupe de référence (36,7%). Au terme de la période statistique il y a de plus 42,5% des dossiers qui sont toujours en cours de traitement. (34,4% dans le groupe de référence), 16,7% des dossier ont pu être clôturés avec le motif objectif atteint (31,6% dans le groupe de référence). En général plus de 10 entretiens ont lieu avec ces ménages (11,6% versus 6,6%).

En relation avec les attentes et demandes des ménages (voir plus haut), les ménages cibles ont plus souvent reçu un conseil social ciblé (66,2% versus 62,2%), un soutien émotionnel (43,2% versus 33,2%) ainsi que des aides financières répétées (27,2% versus 8,8%) et uniques (19,9% versus 10,5%).

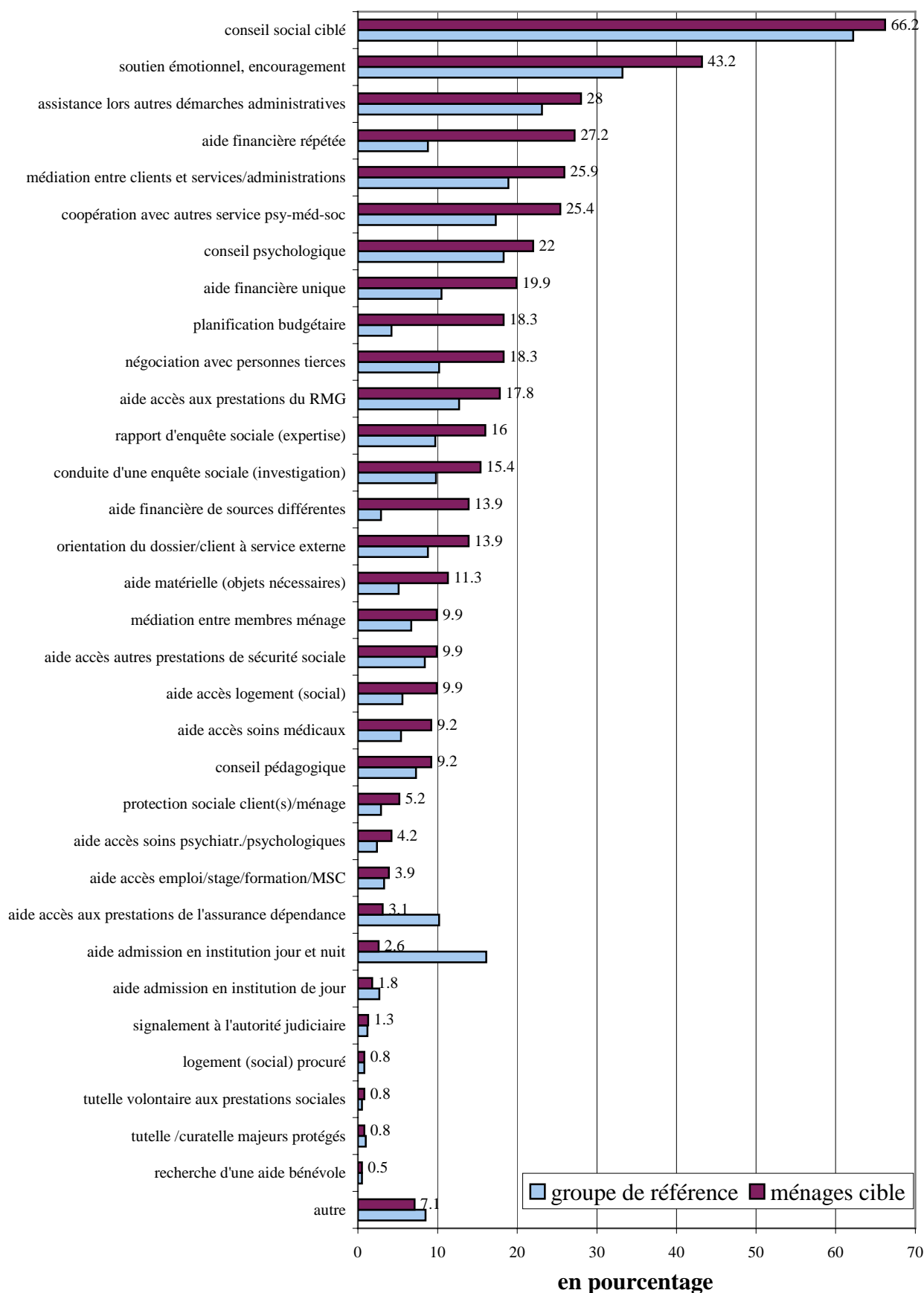
L'**évaluation** des dossiers montre selon l'avis des A(H)S qu'il n'y a que peu d'améliorations notables dans les situations financières problématiques à long terme. S'il y en a, elles se situent préférentiellement dans les domaines du logement, du travail, mais finalement aussi des finances.

Conclusion:

Comme pour les populations cible précédentes, il semble que les "armes" des A(H)S ont été insuffisantes pour les ménages avec problèmes financiers à long terme. L'expérience permet d'affirmer aussi que la surcharge du Service Social Polyvalent de Secteur forçait souvent ses agents à se limiter à un "traitement symptomatique" face à ces situations à problèmes multiples.



Services fournis pour ménages avec problèmes financiers



1.2.2.4. les ménages avec problèmes psychiques

L'**échantillon** pour ce groupe a été isolé à partir de la question "Quels sont les problèmes rencontrés dans le ménage?". Les dossiers dans lesquelles, il n'y a pas eu d'indication à ce sujet n'ont pas été pris en compte. Une première étape de différenciation fait apparaître le groupe cible de 1179 ménages (28% de l'échantillon, N=4213) avec problèmes psychiques.

Une deuxième étape permet de créer deux **sous-groupes**:

1. Les ménages avec personnes souffrant de troubles psychiques (66,7% de 1179 ménages; du type handicap, maladie/crise aiguë, maladie chronique et/ou autres problèmes psychiques)
2. Les ménages avec personnes dépendantes de substances psychotropes et souffrant de troubles psychiques (24,8% des 1179 ménages; abus médicaments, abus/dép. alcool et/ou abus/dép. drogues)

Un troisième groupe de ménages avec personnes dépendantes de substances psychotropes et souffrant de troubles psychiques (8,8% des 1179 ménages) n'est pas étudié à cause de la trop grande hétérogénéité du groupe et du nombre restreint de ménages.

Pour les deux sous-groupes, il faut constater que:

les ménages avec personnes souffrant de troubles psychiques sont des ménages

- avec une moyenne d'âge plus élevée et une part plus importante de personnes âgées (>59 ans; 24,4% versus 8%)
- avec un chef de ménage pensionné dans 35,2% des cas sur 17,7% dans le groupe de référence et plus souvent invalide (15,8% versus 9,6%)
- où les personnes qui les habitent sont plus souvent propriétaire de leur logement (51,5% versus 32,5%) et
- disposent plus souvent d'un revenu supérieur au RMG (67,8% versus 43,6%).

les ménages avec personnes dépendantes de substances psychotropes sont des ménages

- avec une part plus importante d'un seul adulte (20-60 ans; 30,8% versus 16,4%)
- avec plusieurs adultes et enfant(s) (26,9% versus 20,5%)
- avec un chef de ménage plus souvent chômeur non indemnisé (14,% versus 2,1%)
- où les personnes qui les habitent sont moins souvent locataire (31,9% versus 43,3%), plus souvent locataires d'une chambre meublée (8,3% versus 2,8%), puis la proportion des sans abri est aussi importante (5,1% versus 0,5%)
- qui disposent plus souvent d'un revenu disponible effectif en-dessous du barème RMG pour une même composition de ménage (34,2% versus 15,6%)

Quelles sont les **attentes** des ménages avec problèmes psychiques en général à l'égard de l'A(H)S?

- Conseil social ciblé (50,0% versus 44,3%)
- Conseil psychologique (22,1% versus 10,7%)
- Aide résolution de problèmes de santé physique (13,5% versus 4,1%)
- Aide résolution difficultés relationnelles (11,5% versus 5,2%)

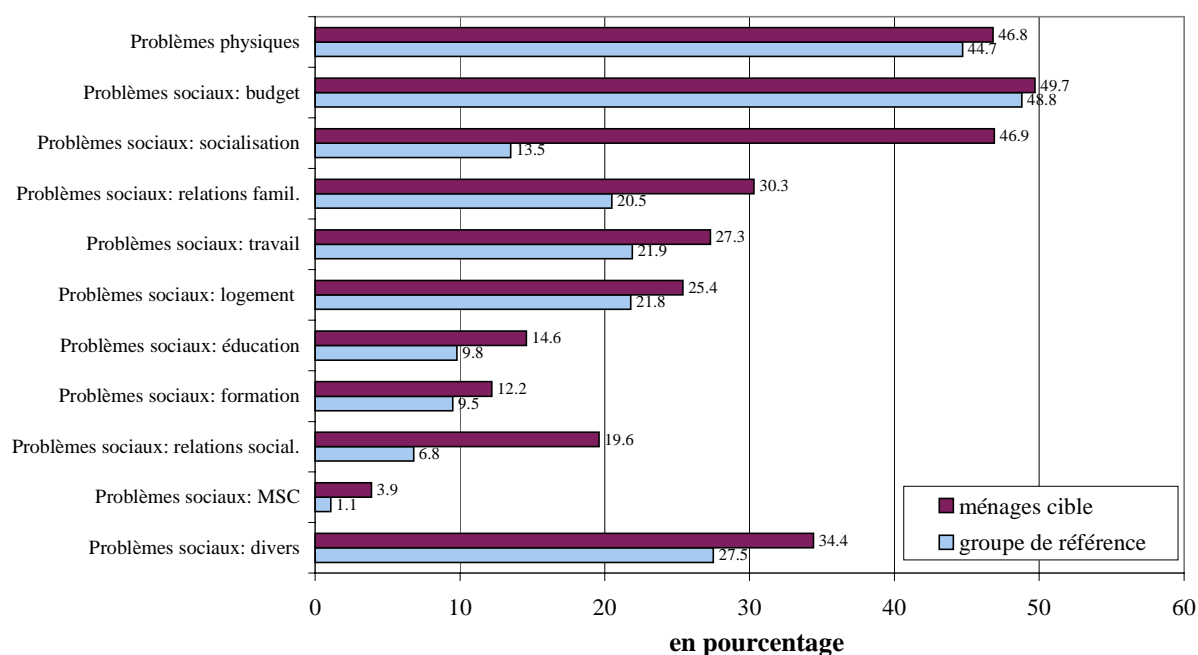
En relation avec les sous-groupes, on peut souligner que

- ◆ les ménages avec personnes souffrant de troubles psychiques demandent plus souvent un conseil psychologique (23,0% versus 15,2%) ainsi qu'une admission en institution (21,4% versus 5,6%)
- ◆ les ménages avec personnes dépendantes de substances psychotropes demandent plus souvent la résolution de problèmes financiers (50,9% versus 34,2%) ainsi que la recherche d'un logement (15,5% versus 6,7%)

Les **problèmes** avec lesquels se voit confronté l'A(H)S dans les ménages avec problèmes psychiques sont multiples (5,3 problèmes rencontrés pour les ménages cible et 2,7 pour les ménages de référence). Vu la problématique de fond cela ne peut étonner. On remarque d'abord que les problèmes psychiques vont souvent de pair avec des problèmes de santé physique ainsi que des problèmes financiers et dans une moindre mesure avec les problèmes de logement. Ensuite, les différences les plus importantes par rapport avec le groupe de référence sont constatées pour les problèmes de socialisation ($\Delta = 33,4$), de relations familiales ($\Delta = 9,8$), de travail ($\Delta = 5,4$) et de relations sociales ($\Delta = 12,8$).



Problèmes rencontrés dans ménages avec problèmes psychiques



En ce qui concerne les sous-groupes, les ménages avec personnes souffrant de troubles psychiques englobent de manière plus marquée des problèmes physiques (51,4% versus 33,2%) et les ménages avec personnes dépendantes de substances psychotropes par contre englobent de manière plus marquée des problèmes financiers (66,4% versus 41,7%), de travail (43,9% versus 20,2%) et de logement (30,8% versus 22,3%).

En regardant de plus les problèmes individuellement selon leur fréquence, le tableau suivant peut être dressé.

	Famille	Groupe de référence
maladies chroniques physiques	25,4%	20,9%
troubles comportementaux	24,8%	4,4%
absence / insuffisance de salaire	23,7%	26,8%
manque de savoir et savoir faire concernant ses droits	22,7%	18,0%
absence d'emploi	20,6%	16,8%
isolation / réseau social insuffisant	17,6%	5,9%
difficultés de gestion de budget	16,7%	8,6%
conflits dans l'entourage proche	16,0%	5,6%
négligence (soi-même/ tâches quotidiennes)	15,8%	3,0%
handicap physiques	15,4%	10,8%

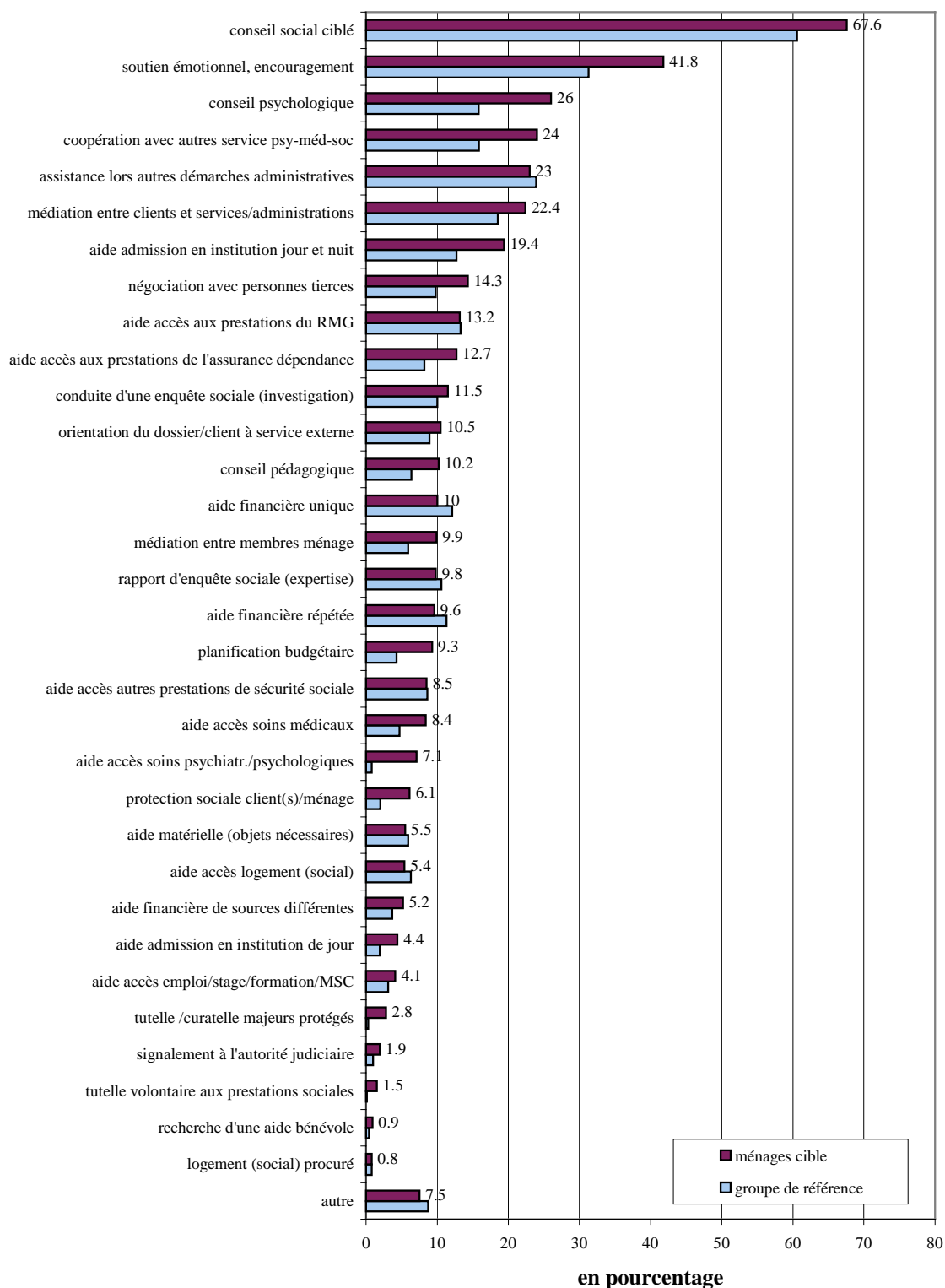
D'une importance particulière pour le groupe cible, notons les troubles comportementaux ($\Delta = 20,4\%$), les problèmes "isolation/réseau social insuffisant" ($\Delta = 11,7\%$), négligence (soi-même/tâches quotidiennes) ($\Delta = 12,8\%$) et conflits dans l'entourage proche ($\Delta = 10,4\%$).

La reprise d'anciens dossiers est plus importante dans le groupe cible (47%) que dans le groupe de référence (33,6%). Au terme de la période statistique, il y a en plus 37,3% des dossiers qui sont toujours en cours de traitement. (34,4% dans le groupe de référence); 22,3% des dossiers ont pu être clôturés avec le motif objectif atteint (33,1% dans le groupe de référence). C'est le cas pour les deux sous-groupes.



Face à ces problèmes, quelle a été la réponse en termes de **services fournis** de l'A(H)S? Le graphique suivant montre que le groupe des ménages avec problèmes psychiques nécessite une prise en charge très intensive. La grande majorité des prestations de travail social sont fournies plus fréquemment que pour le groupe de référence. Le conseil social ciblé, acte spécifique de l'A(H)S, en rapport avec un objectif précis (d'où le terme ciblé) est en tête de file (67,6% versus 60,6%). D'autres prestations sont: le soutien émotionnel (41,8% versus 31,3%) et le conseil psychologique (26,0% versus 15,8%)

Services fournis pour ménages avec problèmes psychiques



Pour les sous-groupes, notons que

- ◆ les ménages avec personnes souffrant de troubles psychiques obtiennent plus souvent un conseil psychologique (27,4% versus 18,0%) ainsi qu'une admission en institution (23,4% versus 10%) ou une aide aux prestations de l'assurance dépendance (15,2% versus 6,4%).
- ◆ les ménages avec personnes dépendantes de substances psychotropes obtiennent plus souvent un conseil social ciblé (71,2% versus 65,6%), une aide financière unique (13,6% versus 7,7%), une aide financière répétée (13,2% versus 8,3%) ainsi qu'une aide accès aux prestations du RMG (18,8% versus 10,7%)

La nécessité d'un nombre d'entretiens supérieur à 10 est plus fréquente pour les ménages avec problèmes psychiques que pour les ménages sans problèmes psychiques (10,1% versus 6,0%).

L'**évaluation** des dossiers montre selon l'avis des A(H)S que pour les ménages cible il existe une tendance positive ou plutôt positive dans 42,1% des cas (47,1% dans le groupe de référence). Pour les dossiers à tendance négative ou plutôt négative la relation est de 17,1% versus 8,5%)

Concernant les sous-groupes une différence notable existe : Le changement attribué aux ménages avec personne(s) souffrant de troubles psychiques est connoté plus souvent positivement (44,2% versus 38,4%), tandis que l'inverse est vrai pour les ménages avec personne(s) dépendante(s) de substances psychotropes (24,6% versus 14,2%). En général les changements sont plutôt modestes et s'il y en, a ils sont souvent en relation avec le logement et le travail.

1.2.2.5. Conclusion générale

Cette étude statistique pose le défi du Service d'Accompagnement Social. Les groupes cibles décrits sont des ménages avec des personnes souffrant de détresses multiples. En lisant l'étude précédente, on a l'impression de "voir" d'un point de vue social les mêmes ménages, mais sous des angles différents. En effet, nombre de problèmes sont identiques pour les quatre groupes, mais varient bien sûr en intensité. En fournissant une esquisse des caractéristiques propres aux 4 groupes l'étude permet néanmoins d'établir une description des besoins, attentes et problèmes spécifiques.

L'évolution (plutôt) négative de la plupart des dossiers ne doit pas conduire à la conclusion qu'il n'a rien à faire, mais que ces ménages nécessitent un encadrement adapté en intensité qui n'est pas limité dans le temps. Les changements positifs dans les ménages sont clairement en relation avec les moyens de travail de l'A(H)S. Leur proportion maigre impose la conclusion que la grande priorité du Service d'Accompagnement Social sera de se doter des moyens nécessaires pour pouvoir donner la réponse adéquate aux multiples problèmes de ses clients.

Autant que faire se peut le Service d'Accompagnement Social voudrait dépasser la dimension de la simple gestion de la misère et rejoindre le souci du philosophe Karl Popper au début de ce rapport qui est donc celui de combattre la pauvreté et l'exclusion dans toutes ses dimensions.

1.3. Les chiffres 2001 du Service d'Accompagnement Social

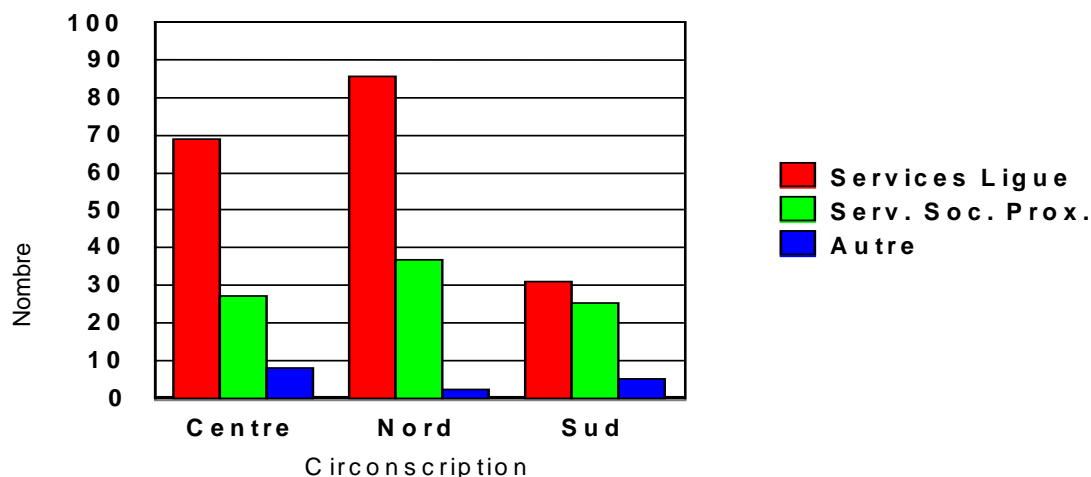
La statistique du Service d'Accompagnement Social se réfère à la période du 01.09.2001 au 18.01.2002, soit les 4 premiers mois de son fonctionnement.

Pendant cette période, 290 demandes ont été introduites, dont 12 ont du être refusées pour incompatibilité de leur objet avec la mission du service. Les services à l'origine de la demande sont représentés dans le graphique qui suit en trois catégories. Pour la catégorie des services de la Ligue, il s'agit du Service Social Polyvalent de Secteur (les dossiers repris), la Médecine Scolaire, le Service Régional d'Action Sociale, le Service d'Information et de Conseil en matière de Surendettement et le Service Social à l'Hôpital. Remarquons qu'environ un quart des demandes provenant des services sociaux de la Ligue sont des demandes d'accompagnement dans le cadre de l'article 16 de la loi RMG et proviennent donc pour la majeure partie du Service Régional d'Action Sociale.

Parmi les "autres services", on compte les services sociaux des hôpitaux, Jugend- an Drogenhëllef, Neit Liewen, le Service Central d'Assistance Sociale, le Service d'Aide Familiale, les Ateliers Thérapeutiques de Walferdange, etc.



Origine des demandes

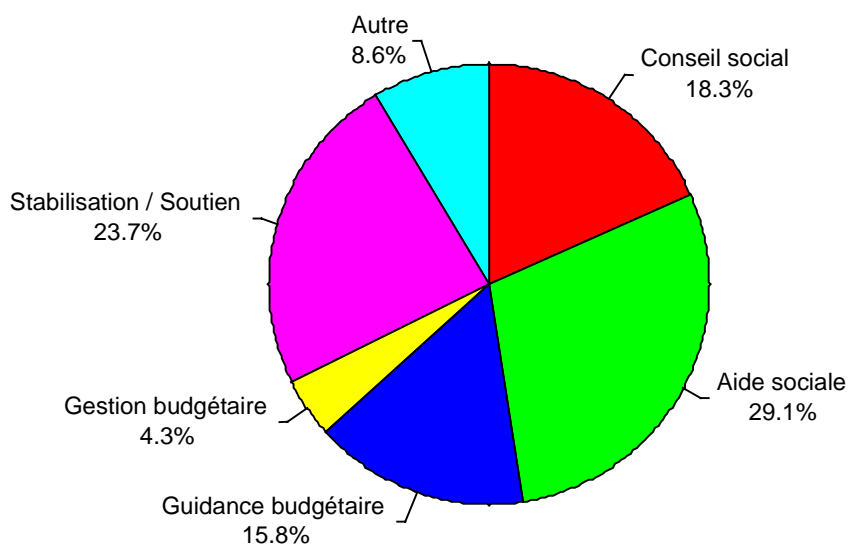


Le chiffre des demandes introduites par l'intermédiaire du Service Social de Proximité, partenaire privilégié et complémentaire du Service d'Accompagnement Social, est restée modeste en 2001.

Si l'on classe les objectifs de l'accompagnement social, déterminés au début de la prise en charge, en 5 catégories, le tableau suivant se présente:

Circonscription	C	S	N	Total
Conseil social	21	8	22	51
Aide sociale	20	20	41	81
Guidance budgétaire	13	13	18	44
Gestion budgétaire	1	4	7	12
Stabilisation / Soutien	40	11	15	66
Autre	7	2	15	24

Objectif au début de la prise en charge



La mise en place d'une gestion informatisée des dossiers permettra en 2001 une statistique plus exhaustive et des conclusions dépassant la simple description chiffrée des demandes ci-dessus.



1.4. Le Projet-Pilote « Familien-intensiv-Training »

“MAN KANN DAS HEUTE NICHT LEBEN, OHNE EINE VORSTELLUNG DAVON ZU HABEN, WO MAN MORGEN SEIN WIRD.”

(Paul AUSTER)

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 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.

Familien-Intensiv-Training, 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.

Im Laufe des Jahres 2001 wurden insgesamt 11 Familien von FIT begleitet. Arbeitsaufträge für die Tätigkeit in den Familien kamen von unterschiedlichen sozialen Institutionen:

- Service Social Polyvalent de Secteur (bis September 2001)	3
- Service Régional d'Action Sociale	2
- Jugend-an Drogenhëllef	1
- Réseau Psy, Psychech Hëllef dobaussen asbl	1
- Service FOK (Fir ons Kanner)	1
- Niedergelassener Jugend-und Kinderpsychiater	1
- Jugendgericht Luxemburg	1

Eine Familie wandte sich von sich aus an FIT, um um Hilfe zu bitten.

Für 3 weitere Familien wurde die Hilfe durch FIT von den zuständigen Kollegen als notwendig und wünschenswert erachtet – aus Mangel an Interesse der Familien und, in einem Fall, dem Problem der Unterbringung der Kinder durch das zuständige Jugendgericht, konnte FIT nicht in diesen Familien aktiv werden.

Am Ende des Jahres 2001 waren 3 weitere Familien an der Arbeit von FIT interessiert, sie wurden an den Service d'Accompagnement Social weitervermittelt, da das Projekt FIT auf Wunsch des Familienministeriums in den Service d'Accompagnement Social integriert werden soll.

Als vorrangige Probleme, die zur Kontaktaufnahme mit FIT führten, wurden von den zuweisenden Stellen benannt:

1. Auffälligkeiten der Kinder und Jugendlichen in der Schule.

Diese wurden unterschieden nach rein schulischen Problemen (schulisches Versagen) und/oder Verhaltensauffälligkeiten der betroffenen Schüler wie aggressives Verhalten gegenüber Mitschülern und Lehrern, motorische Unruhe und Stören des Unterrichtsgeschehens, mangelnde soziale Kontakte bis hin zu ADS (AufmerksamkeitsDefizitSyndrom)

2. Deviantes Verhalten der betroffenen Kinder (Ladendiebstähle)

Als weitere Probleme wurden danach aufgeführt:

3. Überforderung der Eltern im Hinblick auf die Versorgung und Erziehung ihrer Kinder

4. Schwierige finanzielle Situation der Familie, näher definiert als das Unvermögen der Eltern mit dem zur Verfügung stehenden Haushaltsbudget angemessen umzugehen.



5. Abhängigkeitserkrankung der Eltern oder eines Elternteils (Alkohol/Medikamente/ illegale Drogen)
6. Chronische organische Erkrankung der Eltern oder eines Elternteils
7. Chronische psychiatrische Erkrankungen der Eltern (Psychose/Depression)
8. Psychiatrische Erkrankung des Kindes (präpsychotisches Verhalten/ADS/Suizidversuch)
9. Rückführung der Kinder (Jugendlichen) in die Familie nach mehrjährigem Heimaufenthalt.

Festzuhalten bleibt, daß trotz der Fälle der aufgelisteten Probleme in der Mehrzahl der Fälle auffälliges Verhalten von Kindern und Jugendlichen im außerfamiliären Kontext Fachleute aktivierte, die der Familie Hilfestellung durch FIT vorschlugen.

Erste und außerordentlich wichtige Aufgabe von FIT ist es dann, von der Familie einen Arbeitsauftrag zu erhalten.

FIT versteht sein Hilfeangebot für Kinder und Jugendliche in familiären Schwierigkeiten als Hilfe für Eltern, ihre Erziehungsaufgaben möglichst adäquat ausgestalten zu können und Kinder und Jugendliche direkt in ihren Entwicklungsmöglichkeiten zu fördern, beziehungsweise diese zu erhöhen.

Das Eintreten von FIT wurde vor allem über Entwicklungsdefizite von Kindern und Jugendlichen definiert; das heißt Schwierigkeiten die Kinder und Jugendlichen in ihrem familiären und außerfamiliären Zusammenleben haben und machen – über gezeigte Symptome.

Im vergangenen Jahr habe ich die Erfahrung gemacht, daß Familien und Familienmitglieder sich mir gegenüber verschließen, sobald ich sie "bedränge". Dies geschieht beispielsweise dadurch, daß ich Eltern unter einen wie auch immer gearteten moralischen Druck setze oder ihnen durch mein Verhalten den Eindruck vermittele, ich wisse besser als sie selbst, wie ihr familiäres Zusammenleben zu gestalten sei.

Ich erlebe Erstgespräche in Familien als weichenstellend für ein weiteres Engagement der Familie, mit FIT die Situation der Familie gemeinsam anzuschauen, sich auf den Weg zu machen, um die Handlungsoptionen der Familie zu vergrößern und die Situation der Kinder und Jugendlichen zu verändern, das heißt zu verbessern.

Für mich hat sich gezeigt, daß Familien in Schwierigkeiten äußerst sensibel reagieren auf Einstellungen und Haltungen des Sozialarbeiters – diese können sowohl verschließend wirken, wenn Eltern sich nicht genügend gewertschätzt fühlen – oder öffnend Gleichwohl definiert FIT seine Aufgabe auch darin, Kinder und Jugendliche in Situationen in denen sie durch das Verhalten ihrer Eltern in ihrem Wohl oder Entwicklung gefährdet erscheinen, vor ihren Eltern zu schützen.

Hier erscheint es umso bedeutender diese Hilfe so zu gestalten, daß sie nicht gegen die Eltern gerichtet erscheint, sondern daß es möglich wird, einen gemeinsamen Auftrag zu definieren.

Wie dargestellt zeigen Kinder ein auffälliges Verhalten – ein Symptom, sie machen durch ihr von ihrer Umwelt als abweichend und nicht-erwünscht definiertes Verhalten auf Schwierigkeiten in ihrer Familie aufmerksam. Friedhelm KRON-KLEES definiert: "Symptome dienen (...) der Lebensbewältigung durch Reduzieren von Komplexität (...) im Zusammenhang mit bevorzugten Mustern des Wahrnehmens, des Handelns und Verstehens, sowie der diesbezüglichen Bedeutungsgebungen. (...)

Jede Symptomausbildung, das heißt jedes bevorzugte Lösungsmuster von Aufgaben im Lebenszusammenhang hat ihren Preis, indem sie zum Beispiel andere Lösungsmöglichkeiten ausschließt, (...) Leiden am Preis tritt meines Erachtens dann um so stärker auf, je mehr die Lösungsmuster die Entfaltungsmöglichkeiten der einzelnen Personen und damit auch ihrer Familie im Hinblick auf die körperlichen, seelischen, gesellschaftlichen sowie beruflichen Wachstumsimpulse behindern" (KRON-KLEES Friedhelm: Claudia – oder Öffentliche Jugendhilfe als heilsamer Impuls. Ein systemisches Wahrnehmungs – und Handlungskonzept. Dortmund 1994. Seite 24).

In diesem Zusammenhang erscheint das problematische Verhalten des Symptomträgers – des Kindes beziehungsweise des Jugendlichen - als ein destruktiver Lösungsversuch, gesamtfamiliäre Aufgaben zu lösen:



Kinder versuchen die Familie zu erhalten und in ihrem Weiterbestand zu schützen und zu sichern und werden dadurch in ihrer eigenen Entwicklung gefährdet und nehmen sich Entwicklungs- und Wachstumschancen.

In der überwiegenden Zahl der Familien, in denen FIT aktiv wurde, war problematisches Verhalten eins oder mehrerer Kinder Anlaß zur Kontaktaufnahme. Eine große Herausforderung besteht dann darin, mit den Eltern in einen konstruktiven Dialog zu treten, einen Konsens darüber herzustellen und einen gemeinsamen Auftrag zu konstruieren; eine Wirklichkeit herzustellen, in der es nicht um Schuld und Versagen sondern um Lösung und Zukunft geht. Dies bedeutet in erster Instanz die schwierigen Lebensumstände der Familie zu sehen und ihre Lösungsversuche anzuerkennen. Daraus resultiert eine wertschätzende, offene Haltung des Sozialarbeiters. Diese wertschätzende, nicht verurteilende Haltung und Einstellung ist nach meiner Erfahrung Grundvoraussetzung, daß sich Vertrauen entwickeln kann und man gemeinsam an der Lösung arbeiten und reifen kann und so Entwicklungsmöglichkeiten für die Familien und vor allem für Kinder und Jugendliche entwickeln kann in und mit ihrer Familie.

FIT versucht Visionen von "Morgen" zu entwickeln, die von "Heute" ausgehen und das "Gestern" miteinbeziehen und würdigen und dies unter Berücksichtigung des Potentials der Familie mit der festen Überzeugung, daß die Lösungen von Schwierigkeiten bereits in den Familien liegen und Sozialarbeiter die Aufgabe haben, die Entfaltung dieser Möglichkeiten zu begünstigen und Handlungsoptionen zu vergrößern.

In 2 Familien ist dies nicht gelungen. Die Familien haben den Kontakt abgebrochen. In einer anderen Familie haben die Eltern eine freiwillige Unterbringung eines Kindes in einem Heim als zur Zeit einzig mögliche Lösung gesehen. Auch dies kann eine Lösung sein, besonders dann, wenn Eltern aktiv in diesem Prozeß einbezogen werden und regelmäßige Hilfeplangespräche stattfinden, die Kriterien definieren, wann das Kind wieder in seiner Familie leben kann.

In einer anderen Familie war die Intervention von FIT nur über wenige Wochen notwendig. Die Familie konnte in kurzer Zeit verschiedene Impulse nutzen und dann unabhängig von FIT andere ambulante Hilfsangebote nutzen.

2. Le Service Régional d'Action Sociale

La Ligue est gestionnaire d'un service régional d'action sociale (SRAS) chargé de l'exécution de la loi du 29 avril 1999 portant création du droit au revenu minimum garanti. 15 postes de A(H)S assurent dans 113 communes du pays le suivi socioprofessionnel des personnes bénéficiaires d'une prestation légale. La loi distingue deux types de prestations : l'indemnité d'insertion, équivalente au taux du salaire social minimum et payée en contrepartie d'un travail fourni, et l'allocation complémentaire attribuée aux personnes dispensées des mesures d'insertion professionnelle.

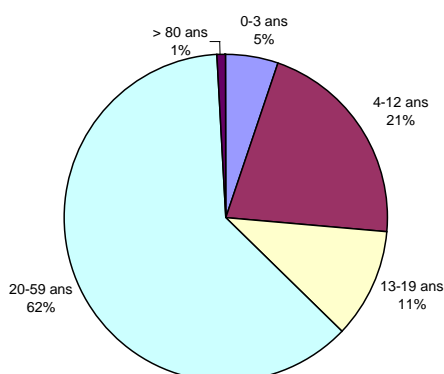
L'activité de l'année statistique 2001 n'est que recensée partiellement pour différentes raisons. Notamment, la fiche "activité" (cf explication concernant le recensement des données dans le chapitre précédent) n'a pas été remplie par les agents du service. Ainsi, 708 dossiers constituent l'échantillon d'analyse pour la période du 1 octobre 2000 du 30 juin 2001. Ce chiffre ne correspond pas au nombre réel de dossiers du service. Au 1 juillet 2001 le dossier statistique du service a subi des modifications importantes et son exploitation n'est plus possible dans la même mesure. Le nombre de mesures exécutées par les agents du service dans le cadre de la législation sur le RMG (contrats d'insertion, conventions, procédures de retrait, dispenses octroyées, etc.) n'est plus recensé par nos propres soins. Ces mesures sont statistiquement évaluées par le service national d'action sociale (SNAS) du Ministère de la Famille, de la Solidarité Sociale et de la Jeunesse, organisme compétent pour l'organisation et l'exécution des mesures de la loi.

La statistique qui suit se limite donc à la description de la clientèle du service, les attentes de celle-ci, les problèmes rencontrés et les réponses données. Dans la mesure où une comparaison avec les chiffres de l'année précédente est décrite, le parallélisme des résultats et les exceptions qui sont explicables, renseignent sur une qualité semblable dans le recensement des données.

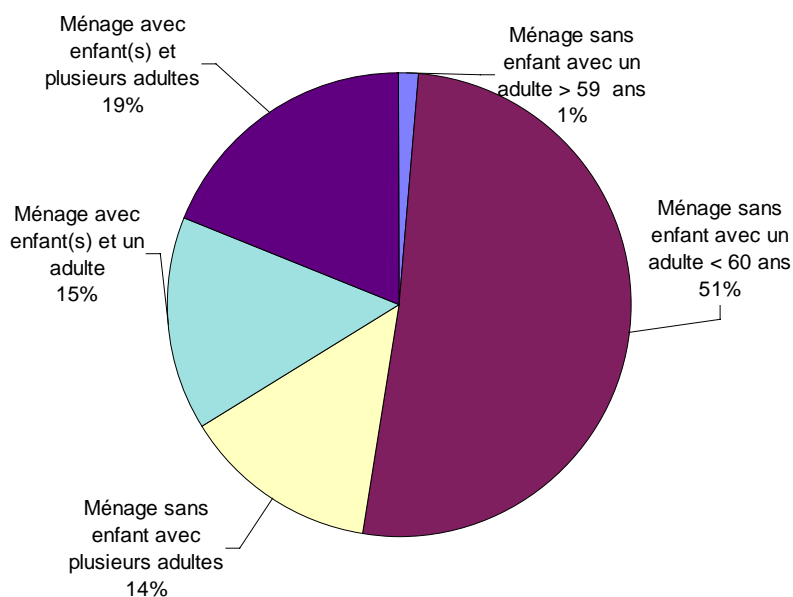


2.1. La clientèle du service

Les tranches d'âge de la clientèle recensée se présentent comme suit :



Le graphique suivant montre que la grande majorité des personnes touchées par l'activité du SRAS sont les adultes en âge de travailler (20-59 ans). De nombreux ménages ont un ou plusieurs enfants (34%), dispensés des mesures d'insertion professionnelles de la loi. De par le nécessaire encadrement à donner aux enfants, les adultes de ces ménages peuvent le cas échéant être dispensés de ces mêmes mesures.



Le ménage type le plus représentatif est celui d'un adulte seul (51%), suivi du ménage avec un ou plusieurs enfants (19%). 14% des ménages sont composés de plusieurs adultes sans enfants à charge. Le taux des familles monoparentales est élevé avec 15%.

72,6% de la clientèle est de nationalité luxembourgeoise. Les résidents portugais constituent le groupe d'étrangers le plus important avec 9,5%.

Concernant la situation matrimoniale des adultes, il s'avère qu'un tiers (32,6%) est marié et un tiers est célibataire (33,3%). 22,2% des adultes ont divorcé.

Au sujet de leur situation professionnelle, on peut relever que 71,6% des adultes ont le statut de travailleur non qualifié. Parmi eux 38,5% n'ont pas terminé les études primaires, 26,2% ont quitté l'école avec une 9^{ème} complémentaire. Seulement 14,5% disposent d'un diplôme de fin d'études professionnelles (CATP).



Dans les ménages concernés 2,2% des adultes travaillent à temps plein, contre 4,8% qui travaillent à temps partiel. Dans ces cas le ménage touche un revenu complémentaire en fonction de la composition du ménage concerné. Le fait de travailler à temps partiel ne dispense pas d'office les adultes concernées des mesures d'insertion de la loi.

La situation de logement reflète aussi une certaine marginalisation de la population concernée. 61,6% des ménages sont locataires contre 17,8% qui sont propriétaires de leur logement. Pour la population nationale du grand-duché ces taux sont inversés. 4,6% de la population concernée vivent en chambre meublée.

Cette description succincte de la clientèle montre que le service prend en charge une population fragilisée, à faible revenu, à faible qualification professionnelle et qui vit dans une situation de logement précaire. Le client type est un adulte en âge de travailler, sans emploi et sans qualification, qui vit seul et qui doit s'acquitter d'un loyer. L'on constate que la population cliente du service n'a pas changé par rapport à l'année 2000.

2.2. Les attentes

Une part croissante des ménages entre en contact avec le service régional d'action sociale sur l'initiative du SNAS. De 2000 à 2001 ce pourcentage a augmenté de 36,8% à 61,3%. En même temps le SRAS lui-même est dans 28,1% des cas à l'origine du contact, contre 19,9% en 2000.

Ces chiffres reflètent les modifications réglementaires qui ont suivi l'introduction de la nouvelle loi en 2000. La centralisation de l'information au SNAS et le cheminement des nouvelles demandes entraîne que le SNAS dirige les dossiers des requérants et bénéficiaires vers les services régionaux. Jadis, les SRAS entraient en contact avec les requérants déjà au moment où ils introduisaient une demande de prestation.

Au moment du premier contact le professionnel a recensé les attentes prioritaires des clients du service. Les attentes principales sont les suivantes :

- Aide recherche emploi/stage/formation 55,2%
- Conseil social 31,0%
- Résolution de problèmes financiers 19,8%

A remarquer qu'au moment du premier contact 11,6% des ménages n'expriment pas d'attente claire envers le service.

L'analyse statistique montre que les attentes par tiers envers le service sont presque les mêmes que pour les ménages.

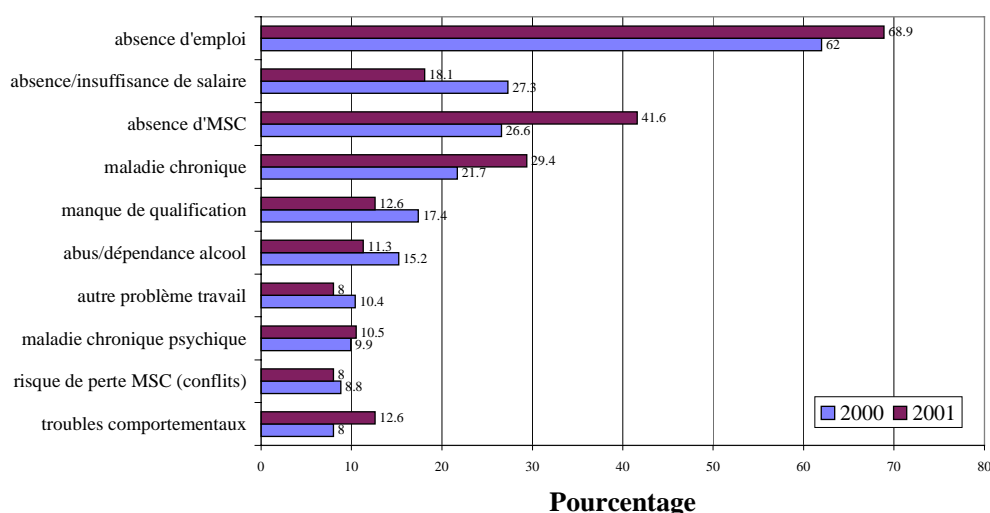
En conclusion l'analyse des attentes reflète clairement la mission même du service régional d'action sociale en tant que service spécialisé d'encadrement et de prise en charge des personnes bénéficiaires du revenu minimum garanti.

2.3. Les problèmes rencontrés

En moyenne 3,8 problèmes sociaux ont été identifiés pour chaque ménage client du service. Le tableau qui suit permet la comparaison avec les données de l'année 2000. Si l'ampleur de la majorité des problèmes rencontrés se confirme par rapport à l'année d'avant, l'absence de mesure sociale complémentaire gagne en importance. Cette tendance s'explique par le fait que le SRAS est beaucoup moins en contact avec des requérants du RMG qui ne sont pas soumis aux mesures sociales complémentaires. La nouvelle loi distingue clairement la prestation liée à l'exigence d'un contrat d'insertion de celle octroyée aux personnes dispensées de ces mesures légales. Les dernières ne sont plus adressées au SRAS que si cette dispense a un caractère temporaire.



Problèmes rencontrés dans le ménage



Les problématiques des ménages clients du SRAS sont principalement groupées autour des thèmes du travail, des ressources et de la santé. Le service reçoit donc une clientèle qui témoigne d'un ensemble assez clair de problèmes sociaux.

D'autre part le tableau des 10 problèmes majeurs laisse apparaître que l'action du SRAS ne peut se limiter à une simple attribution des mesures sociales complémentaires, mais que l'action du service doit tenir compte d'un nombre élevé de problématiques qui caractérise cette clientèle fragilisée.

2.4. Les activités sociales du SRAS

L'échantillon des 708 dossiers sur lequel repose cette analyse relève que deux tiers (66,2%) sont des anciens dossiers, contre un tiers (31,4%) de dossiers nouvellement admis au cours de la période de référence.

Durant cette période 13,9% des dossiers actifs ont été clôturés, ceci pour les raisons majeures suivantes : dans 34,7% de ces dossiers les objectifs sont atteints, 16,3% des dossiers sont clôturés suite au déménagement du ménage et 10,2% sont clôturés suite au refus de collaboration de l'utilisateur.

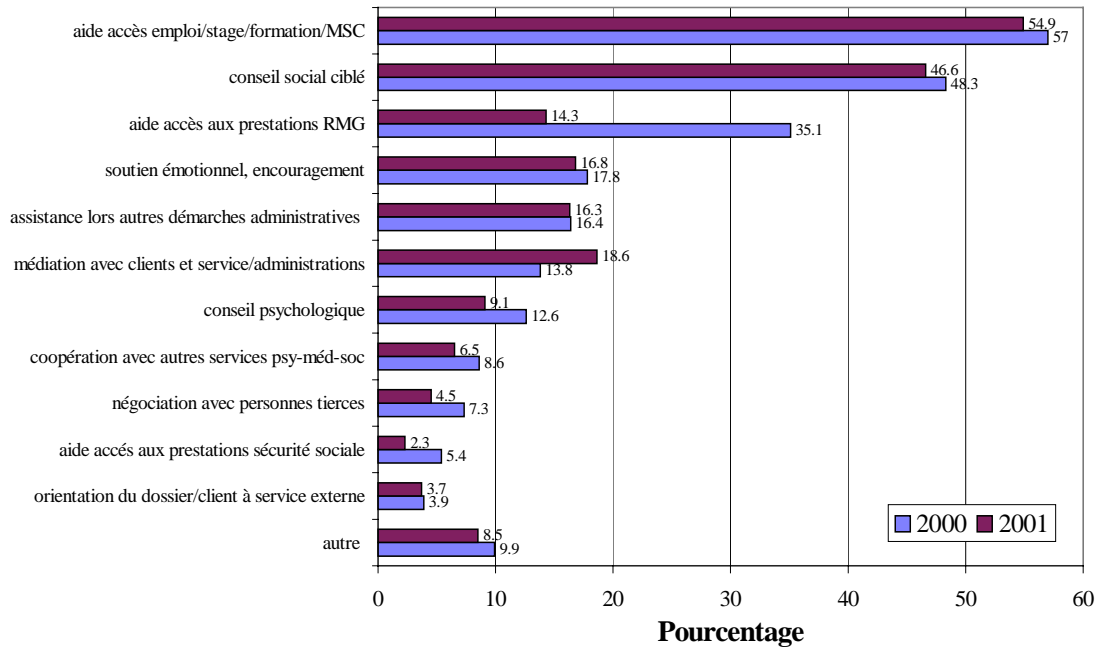
Conformément aux attentes des usagers envers le service, 54,9% des ménages (57% en 2000) ont reçu une « aide accès emploi/stage/formation ». De même le conseil social ciblé est particulièrement important avec un taux de 46,6%.

La seule différence majeure de l'année 2000 à l'année 2001 consiste en la baisse de "l'aide accès aux prestations RMG". Si en 2000 les SRAS accueillaient tous les nouveaux requérants de leur secteur géographique et qu'ils devaient fournir une pièce constitutive de leur dossier pour le Fonds National de Solidarité, cette pratique a changé avec l'introduction de la nouvelle loi. Les SRAS entrent en contact avec les usagers une fois que leur dossier est constitué.

Relevons finalement le taux important de soutien émotionnel et de conseil psychologique, indice certain que la population considérée n'est pas pleinement autonome et nécessite un appui moral et une aide sociale pour l'établissement de son projet de vie.

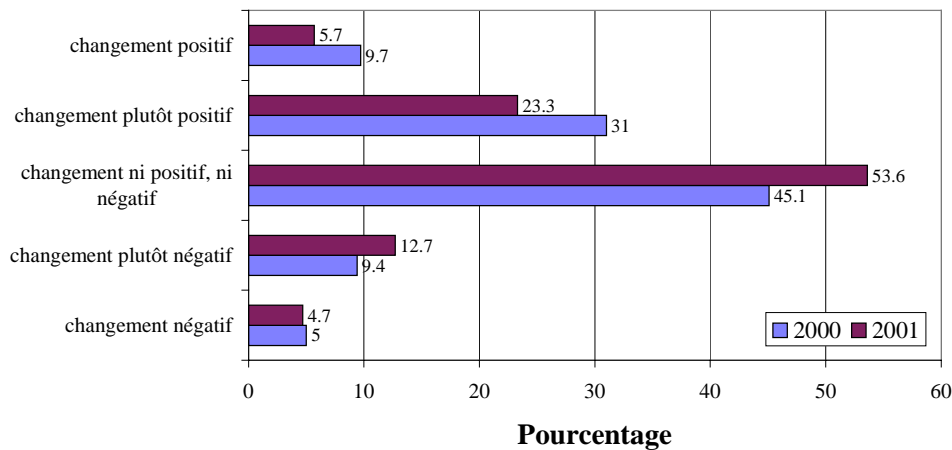


Services fournis pour le ménage



Il a été demandé aux A(H)S du SRAS de juger les changements qui ont eu lieu dans les ménages pris en charge par le biais d'une évaluation succincte de chaque dossier en fin de la période de référence. Le résultat de cette analyse montre que 29% des dossiers ont connu une évolution positive ou plutôt positive, alors que la majorité des dossiers connaissent une stabilisation de leur situation. Seulement dans 4,7% des dossiers une évolution négative et dans 12,7% une évolution plutôt négative sont constatées, ce qui témoigne de l'effet du moins stabilisant du travail réalisé par le SRAS.

Changement de la situation du ménage



Finalement les changements ont été évalués par rapport aux problèmes rencontrés. Sur une échelle de 0 (très fort, aggravé) à 7 (problème résolu) nous obtenons l'évaluation suivante du degré de progression dans les dossiers SRAS. Les problèmes suivants individuels ont connu le plus fort taux de changement :



évolution plutôt positive	Moyenne
1. absence d'MSC ⁷	4,86
2. perte logement	4,33
3. conflits lieu de travail	3,75
4. risque de perte MSC (conflits)	3,71
5. travail partiel	3,55
6. absence d'emploi	3,43
7. logement inadapté/précaire	3,37
8. absence d'emploi	3,32
9. isolation/réseau social insuffisant	3,31
10. connaissance de langue insuffisante	3,20

évolution plutôt négative	Moyenne
1. surendettement	2,38
2. négligence	2,57
3. abus médicaments	2,67
4. maladie chronique	2,73
5. difficultés dans la gestion du temps	2,75
6. insuffisance de revenu de remplacement	2,78
demande rente d'invalidité en cours	2,78
exclusion sociale	2,79
9. conflits entre générations	2,79
10. conflits de couple	2,95

2.5. Conclusion

La conclusion principale de cette analyse statistique, faite sur un échantillon de 708 dossiers traités au service entre le 1.10.00 au 30.06.01, est sans doute la suivante :

Le SRAS offre des prestations diverses qui correspondent aux attentes des ménages et aux problèmes rencontrés. En tant que service spécialisé en charge d'une population fragilisée qui connaît un nombre élevé de problèmes sociaux, le SRAS remplit sa mission principale de l'insertion socioprofessionnelle des usagers. A la fois les problèmes relevés, les réponses fournis et les changements majeurs obtenus sont du domaine « aide accès emploi/stage/formation ».

La présente analyse renseigne sur les aspects qualitatifs du travail social du SRAS. L'aspect quantitatif devrait renseigner sur le nombre de contrats d'insertion, de stages en entreprise, de formations, de retraits, d'insertions professionnelles, de dispenses temporaires, etc. que les employés ont faits pendant l'année écoulée.

Or, ces actes s'inscrivent dans la procédure légale de la loi et sont réalisés sous la tutelle administrative du SNAS. Par conséquent le SNAS établit ce volet statistique, lequel ne nous a pas pu être communiqué au moment de la finalisation du présent rapport.

3. Le Service Social à l'Hôpital

L'objet principal du service social à l'hôpital est l'accompagnement du malade, son bien-être psycho-médico-social (cf. définition de l'OMS de la santé) et sa réintégration dans un environnement adapté à sa personne et sa problématique. Il s'adresse en principe à tous les malades de l'hôpital ainsi qu'à leurs familles.

Le service social à l'hôpital se réalise dans le respect de la déontologie des assistantes (d'hygiène) sociales A(H)S. Les notions-clé de cette déontologie sont : le respect de la dignité humaine, la recherche de la collaboration des clients, le droit à l'autonomie et à l'autodétermination, le secret professionnel et la discrétion dans la transmission d'informations.

⁷ Mesure Sociale Complémentaire



3.1. Concept

Le service social complète les aides médicales et les soins par l'aide sociale professionnelle, qui se concrétise par la méthodologie et les actes suivants :

méthodologie :

- ◆ diagnostic social de la situation du client
- ◆ élaboration d'un plan d'aide en collaboration avec le client et les autres acteurs ou services compétents
- ◆ documentation du travail dans un dossier social
- ◆ évaluation du travail sur base du dossier social

actes dans le cadre du service social à l'adresse du client :

- ◆ information, conseil, soutien et motivation du patient et de sa famille,
- ◆ orientation vers d'autres services internes et externes,
- ◆ organisation du transfert vers d'autres institutions ou à domicile
- ◆ coopération avec les services internes
- ◆ coopération avec des services psycho-médico-sociaux externes
- ◆ médiation entre client et services ou administrations internes ou externes,
- ◆ médiation entre le client et sa famille
- ◆ conduite d'une enquête sociale (investigation)
- ◆ rapport d'enquête sociale (expertise)
- ◆ aide accès aux prestations de la sécurité sociale (assurance maladie, assurance dépendance, ...)
- ◆ aide à l'organisation du retour à domicile
- ◆ aide à l'admission en institution de jour
- ◆ aide à l'admission en institution jour et nuit

- ◆ aides financières et / ou matérielles (exceptionnellement),
- ◆ rétablissement du patient dans ses droits,
- ◆ déplacements pour assistance lors de démarches,
- ◆ signalement à l'autorité judiciaire dans le cadre de la protection sociale du client (tutelles, maltraitements, ...)

actes à l'adresse de groupes de patients ou des autres services et acteurs dans l'hôpital :

- ◆ séances d'information pour les services internes
- ◆ séances d'information pour patients
- ◆ ...

Le service organise des permanences au sein de l'hôpital. L'horaire de ces permanences est fixé par l'A(H)S dans l'intérêt du SSH. Peuvent faire appel au service social: le patient, sa famille ou son entourage, l'équipe soignante, les médecins, les services administratifs de l'hôpital et les services sociaux externes. Le cas échéant les demandes peuvent se faire par l'intermédiaire de fiches spéciales.

Les demandes adressées à l'A(H)S sont analysées, traitées et évaluées selon la méthodologie et la déontologie du service social. L'intervention de l'A(H)S ne se fait pas sur prescription ou ordonnance des acteurs professionnels précités, mais vise néanmoins une coopération maximale. En premier lieu la coopération et l'accord du patient sont recherchés.

L'activité de l'A(H)S se situe à trois niveaux:

- l'intervention directe auprès du bénéficiaire ;
- l'intervention au sein de l'hôpital auprès de l'administration, des médecins, des équipes de soins ;
- l'intervention dirigée vers l'extérieur sous forme de collaboration avec la famille, l'entourage, les autres services et administrations.

En principe, l'activité se réalise au sein de l'hôpital, mais en cas de besoin une visite à domicile peut être faite.

Sur le plan professionnel le SSH fonctionne sous l'autorité de la direction sociale de la Ligue. Cela garantit la **neutralité** nécessaire du service au bénéfice du malade.



3.2. Rapport 2001

Pour le Service Social à l'Hôpital de la circonscription centre l'année 2001 a apporté beaucoup de changements. En effet, comme par le passé, certains hôpitaux ont suivi l'évolution dans leur secteur pour créer dans les structures de l'hôpital leur propre service social pris en charge par l'UCM. Ainsi l'effectif du personnel du service pour cette activité a encore été réduit, et de 2 mi-temps il restait un seul poste mi-temps à partir du 01.09.2001, date de la reprise du service par la Ligue dans le cadre de l'accord de partage.

A la Clinique Ste Elisabeth, la Ligue a cessé ses activités fin août après 4 ½ ans de présence dans cet établissement. Une permanence et une présence par semaine ont été assurées de janvier à août dans cet hôpital à 162 lits. Pendant la même période, 69 nouveaux dossiers ont été traités. A partir du mois de septembre la clinique a engagé une assistante sociale mi-temps.

La Clinique Ste Thérèse, hôpital à 250 lits, a également embauché un A(H)S. Jusqu'au mois de septembre l'assistante d'hygiène sociale de la Ligue a assuré une permanence hebdomadaire. Elle a pris en charge les demandes urgentes et elle a transmis de nombreuses demandes à ses collègues du service social polyvalent de secteur. 28 nouveaux dossiers ont été pris en charge. S'y ajoute un stock considérable d'anciens dossiers. A partir du 01.11.01 une assistante sociale engagée plein temps par la clinique a repris le service.

A la Clinique d'Eich l'assistante d'hygiène sociale qui a assuré la 2e mi-temps du Service Social à l'Hôpital a cessé ses activités fin août. Au mois d'octobre l'autre assistante d'hygiène sociale a repris le service après avoir terminé son travail dans les cliniques Ste Thérèse et Ste Elisabeth.

Pendant l'année 2001 une présence à raison de 4 fois/semaine a été assurée pour la clinique d'Eich. Le nombre de nouveaux dossiers dans cet établissement à 152 lits s'élevait à 94 pour cette période.

4. Service d'Evaluation « Assurance Dépendance »

Comme pour l'année précédente la Ligue a épaulé en 2001 la Cellule d'Evaluation et d'Orientation dans l'exécution de sa mission en mettant à sa disposition une équipe d'A(H)S chargée exclusivement de la réalisation d'évaluations de la dépendance de personnes ayant introduit une demande auprès de la Cellule d'Evaluation et d'Orientation (CEO), résidant en établissement d'aide s et de soins ou à domicile

Le travail de l'évaluateur consiste à remplir un questionnaire exhaustif visant à déterminer les capacités du demandeur en relation avec les actes de la vie quotidienne dans les domaines de la mobilité de l'alimentation et de l'hygiène.

Ce questionnaire comprend deux parties l'une pour l'interview avec le patient et l'autre pour une personne de son entourage proche, de préférence la personne soignante. La méthode veut que ces questionnaires soient remplis séparément de sorte que le patient et le soignant répondent à l'évaluateur l'un en l'absence de l'autre. Cette règle rencontre souvent la résistance des personnes interviewées, mais l'expérience montre qu'elles parlent plus librement si elles sont seuls.

Afin de garantir la qualité des évaluations, l'équipe des évaluateurs de la Ligue participe régulièrement à des formations et participe à des réunions de l'équipe multidisciplinaire de la CEO, qui fixe le plan d'aide et de soins pour le demandeur. Ceci importe pour que l'évaluateur puisse connaître les critères en jeu dans la détermination des soins requis. Complémentairement à l'évaluation, l'équipe multidisciplinaire de la CEO dispose d'un rapport médical pour prendre ses décisions.

L'avantage d'une équipe d'évaluateurs fonctionnant à partir des centres médico-sociaux de la Ligue est évident : continuité, professionnalisme, appui logistique.

Ci-après une liste non exhaustive des principaux problèmes rencontrés:

- le manque ou le refus de collaboration du patient qui peut trouver les questions trop intimes, qui ne veut répondre seul, qui ne comprend pas, ...;



- la difficulté de contrôler la véracité de certaines affirmations si le demandeur et l'aidant informel ne répondent pas de la même façon aux questions;
- la difficulté de contacter le demandeur et de fixer un rendez-vous;
- la difficulté de trouver dans les établissements d'aide et de soins le professionnel de référence même si un rendez-vous a été pris;
- la disponibilité restreinte du personnel dans les établissements, qui conduit parfois à des interruptions de l'évaluation ou à des réponses standardisées;
- la difficulté dans le même contexte de trouver le demandeur, qui participe peut être à une activité dans la maison ou que la famille est venu chercher pour une petite excursion, ...

L'évaluateur n'a pas connaissance des décisions qui sont prises sur base de son travail notamment si des prestations de l'assurance dépendance ont été accordées ou si les personnes en cause ont été admises dans une institution. Le suivi des dossiers est assuré par la CEO.

En 2001, les évaluateurs de la Ligue ont réalisé **2118 évaluations**. L'effectif moyen en personnel du service a été de 4,75 postes pour cette année.

Le système a fait ses preuves puisqu'il n'existe quasi plus de retard dans le traitement des demandes.

LES SERVICES DE CONSEIL

1. Gesond Liewen

1.1. Consultation Psychologique Ettelbruck

En 2001, 118 personnes ont cherché une aide psychologique, et 94 dossiers ont été constitués: 75 dossiers individuels, 9 dossiers de couple et 10 dossiers de famille.

Le nombre total d'heures de consultation prestées s'élève à 627.

Parmi la clientèle, en majorité adulte, il y avait 22% en situation de travail marginale: RMG/ATI, rente d'invalidité (provisoire), chômage.

Le motif prépondérant est constitué par le symptôme de la dépression, suivi de près par les problèmes de couple et les problèmes relationnels.

Les familles viennent pour des troubles du comportement des enfants adolescents, violence, absentéisme et / ou difficultés scolaires, problèmes de communication, tentative de suicide.

82% de la clientèle viennent entre 1 et 10 fois aux séances. 18% des personnes s'engagent dans une psychothérapie de longue durée au terme de laquelle nous leur demandons une évaluation en leur proposant un questionnaire.

Le contact au service se fait en majorité (63%) par des référents professionnels (médecins, A(H)S, services médico-psycho-sociaux, psychologues) et 37% par des relations personnelles.

1.2. Centre De Consultations Luxembourg

Le rapport d'activité pour l'année 2001 n'a pas pu être finalisé en temps utile.



2. 8002 98 98 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 est de proposer une information rapide et une orientation concrète.

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

Il s'agit également d'un outil de travail accessible à l'assistant/e (d'hygiène) social/e pour le soutenir dans l'accomplissement de son travail social quotidien.

Le service Info-Social est accessible depuis juin 2000, du lundi au vendredi de 9h à 17h. Les permanences sont actuellement assurées par 21 A(H)S de la Ligue, dans les CMS de Differdange, Dudelange, Esch/Alzette, Ettelbruck et Luxembourg.

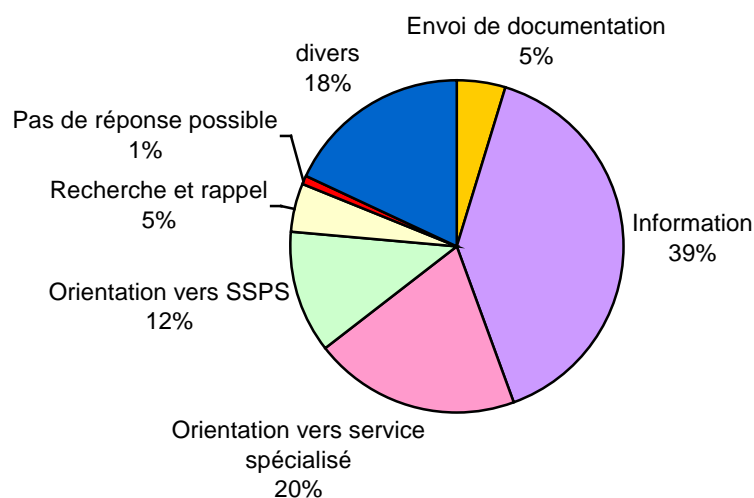
Outre les consultations internes de la banque de données, près de 600 appels externes ont été enregistrés.

Appels reçus en 2001 pour chaque catégorie recensée.

Sécurité sociale	14.57 %
Santé	13.39 %
Logement	10.63 %
Personnes âgées	10.24 %
Enfance	7.87 %
Famille	7.48 %
Justice	7.09 %
Travail	6.69 %
Indigences	6.69 %

Maternité	3.54 %
Femmes	3.54 %
Jeunesse	3.15 %
Etrangers	1.57 %
Education	1.18 %
Handicap	0.79 %
Finances	0.39 %
Autres	1.18 %

Réponses fournies aux clients par le service :



Nous pouvons ainsi constater que près de 40 % des appels ont fait l'objet d'une simple information.



Dans certains cas, les situations étaient plus complexes : 20 % des appels ont été orientés vers un service spécialisé, 12 % vers le SSPS. 32% des demandeurs ont donc été guidés pour une analyse individuelle.

L'info-social préconise une réponse immédiate. Ce n'est que dans 4 % des appels qu'une recherche plus longue a été nécessaire.

Deux situations n'ont pas trouvé satisfaction.

3. Le Service d'Information et de Conseil en matière de Surendettement

(anc^t Service National de Lutte contre le Surendettement)

3.1. Introduction

Avec l'obtention de l'agrément ministériel n° 2001/06/06, le Service National de Lutte contre le Surendettement a changé de dénomination et est devenu le Service d'information et de conseil en matière de surendettement habilité à intervenir dans le cadre de la loi du 8 décembre 2000 sur le surendettement.

Au cours de l'année 2001, 218 demandes de conseil ont été adressées au Service portant le nombre total de demandes à 2.388 depuis sa création en 1993.

De ces 218 demandes de conseil, 171 personnes se sont effectivement présentées au 1^{er} rendez-vous, il en résulte donc un taux d'absence de 22 %.

En date du 27.11.01 fut signée la première demande d'admission à la procédure de règlement collectif des dettes dans le cadre de la loi du 8 décembre 2000 sur le surendettement auprès de notre service. Jusqu'au 31.12.01, 14 demandes d'admission à la loi précitée furent introduites auprès de notre Service.

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.

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 qui ont eu lieu au Ministère de la Famille.

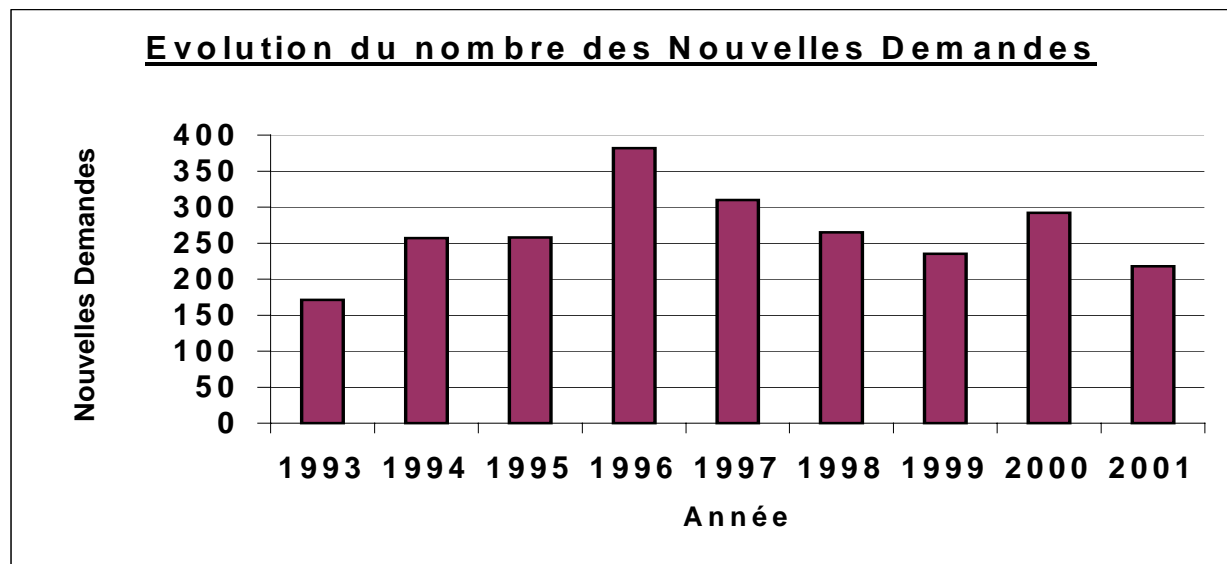
3.2. Le conseil et l'information

3.2.1. Les données statistiques générales

Au cours de l'exercice 2001, 218 nouvelles demandes de conseil ont été enregistrées portant le nombre total de demandeurs à 2.388 depuis la création du service.

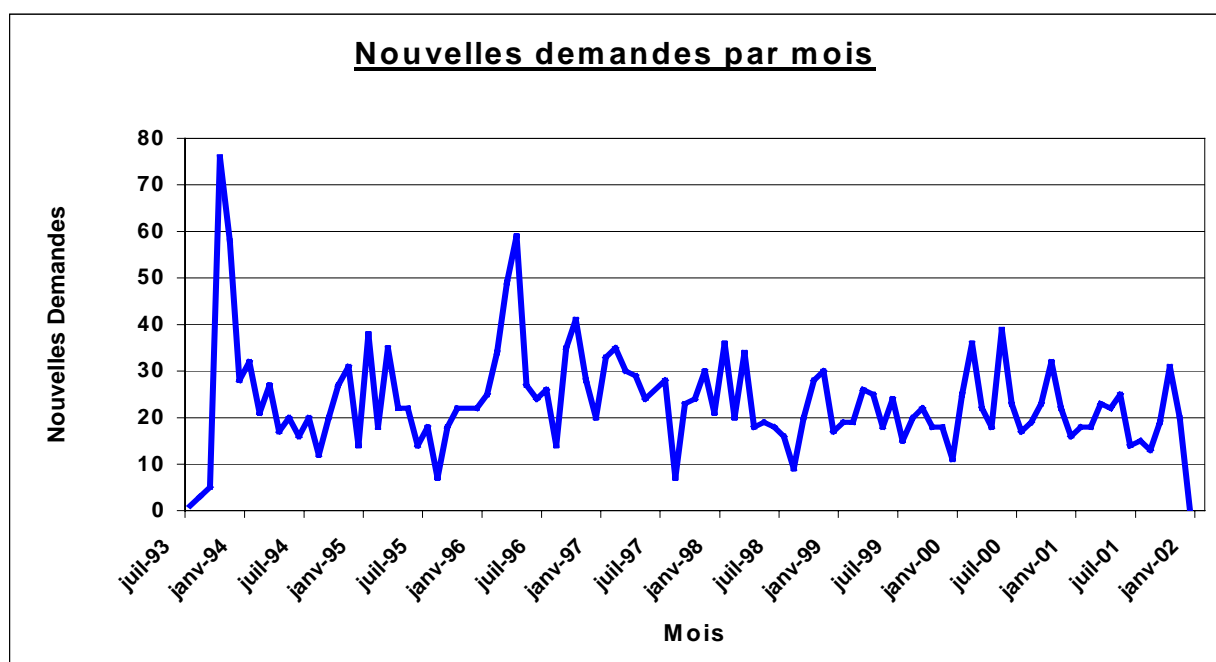


Demandes / Année	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	Total
Nombre de demandes	171	257	258	382	310	265	235	292	218	2.388
Pourcentage	7 %	11 %	11 %	16 %	13 %	11 %	10 %	12 %	9 %	100%
Moyenne mensuelle	28	21	21	32	26	22	20	24	18	23



Il ressort des chiffres ci-dessus que le nombre moyen annuel sur la période considérée est de 276 nouvelles demandes, les années 1996 et 1997 pouvant être considérées comme exceptionnelles, la barre des 300 demandes ayant été dépassée.

On peut en déduire une moyenne globale de 23 personnes qui s'adressent chaque mois au Service pour convenir d'une première entrevue.



Pour l'ensemble des clients ayant contacté le Service en 2001, le tableau de fréquentation suivant peut être établi :

Clients de l'année	Nbre de demandes de rendez-vous	Nbre d'entretiens	Nbre de clients reçus
1993	19	15	9
1994	15	12	6
1995	7	6	6
1996	20	15	15
1997	21	16	14
1998	25	20	19
1999	27	26	26
2000	110	80	78
2001	316	229	171
Total	560	419	344

Il s'en dégage que 560 personnes ont pris rendez-vous auprès du Service au cours de l'année 2001, 419 rendez-vous ayant été respectés par 344 clients.

3.2.2. *Le profil de la clientèle*

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

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

Il en découle la situation suivante pour 2001 :

L'ANNEE 2001 EN CHIFFRES	
Nouveaux clients reçus ou DOSSIERS :	171
+ Nouveaux clients non-présents au 1ier rendez-vous :	47
TOTAL Demandes de Conseil :	218
+ Demandes d'informations :	191
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 :



3.2.2.1. L'état civil

La catégorie des « mariés » connaît une forte baisse et ne représente plus que 29 % (46 % en 2000) de la population s'adressant au service au profit des « séparés » qui augmentent à 16 % (6 % en 2000).

Remarquons ici qu'une situation de surendettement peut être cause et/ou conséquence de problèmes conjugaux ou relationnels.

3.2.2.2. L'âge

La tranche des « 18 – 25 ans » diminue à 9 % alors qu'elle représentait 14 % l'année précédente.

La structure globale reste cependant identique à celle du passé. Aucune demande d'un mineur d'âge n'a été adressée au service.

3.2.2.3. Le nombre d'enfants à charge

44 % des gens venant en consultation n'ont pas d'enfants à charge, 56 % étant parents d'un ou de plusieurs enfants.

3.2.2.4. 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 45 %, suivie des employés avec 13 %. Notons encore l'existence d'une portion non négligeable de « sans emplois » de 13 %.

3.2.2.5. Le pays d'origine

Le service est ouvert à tout demandeur résidant sur le territoire luxembourgeois.

Les demandeurs luxembourgeois constituent 59 % de la clientèle du service alors que les ressortissants des autres pays de l'Union Européenne représentent 37 %. Suivent derrière les autres pays avec 4 %.

Nationalité	1997		1998		1999		2000		2001	
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Luxembourgeoise	208	67.1	131	64.2	107	59.7	112	59.9	101	59.0
Union Européenne	87	28.1	64	31.4	63	35.3	65	34.8	64	37.4
Hors Union Europ.	15	4.8	9	4.4	9	5.0	10	5.3	6	3.6
TOTAL	310*	100	204	100	179	100	187	100	171	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)

3.2.2.6. 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 2001, 63 % des gens ayant contacté le Service ont déclaré avoir été orientés, tandis 37 % ont affirmé venir en consultation sur leur propre initiative.



3.2.2.7. Le contact préalable avec un service social

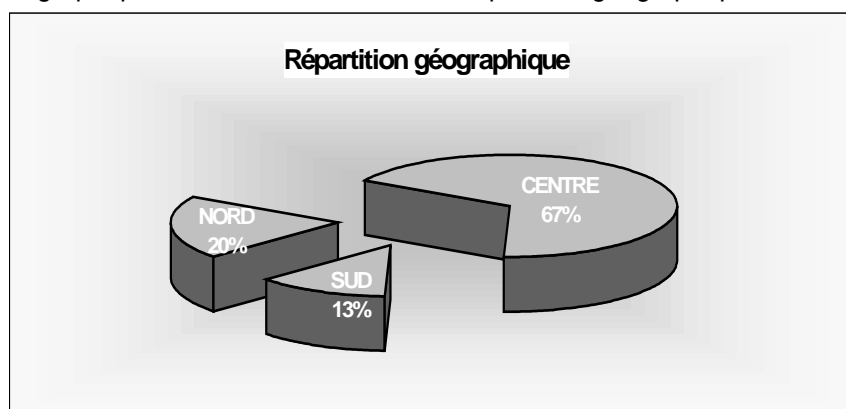
Le fait que le client a eu un contact préalable avec un service social permet aux intervenants, par le biais de leur collaboration avec les autres services sociaux, de mieux cerner les causes profondes des problèmes financiers du client.

Au cours de cette année, 47 % des clients ont déclaré avoir eu un contact préalable avec un service social.

3.2.2.8. 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.

Le graphique ci-dessous reflète bien la répartition géographique :



3.2.2.9. Initiative de la demande selon le sexe des clients

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

En 2001, sur les 218 personnes ayant demandé un rendez-vous auprès du service, 41 % étaient des femmes et 59 % des hommes.

3.2.3. **Les moyens d'action**

3.2.3.1. 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 connue 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 introduite par la loi du 8 décembre 2000 sur le surendettement se déroule sur trois niveaux :



1. Au niveau du Service : instruction administrative du dossier et élaboration d'une proposition de règlement.
2. Au niveau de la Commission : Proposition de règlement conventionnel aux parties intéressées.
3. Au niveau judiciaire : établissement d'un plan par 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.

3.2.3.2. 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 désigner en accord avec le client des personnes chargées de l'assistance des clients du Service sur les plans social, éducatif ou de la gestion des finances.

3.2.3.3. La coopération avec le service "Endettement" de l'asbl Inter-Actions

Dans le cadre de la coopération avec l'asbl Inter-Actions, l'échange d'informations entre les services a eu lieu lors des entretiens et entrevues des responsables des deux services. Une attention particulière a été apportée aux questions relatives à l'application de la nouvelle loi.

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 au Ministère. Au cours de l'année écoulée, le thème central de ces réunions a bien entendu été la mise en application de la loi du 8 décembre 2000 sur le surendettement.

3.2.3.4. La coopération avec le service « EUROGUICHET » de l'Union Luxembourgeoise des Consommateurs

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

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

3.2.3.5. 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 prévention

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 régulièrement fourni des informations relatives aux problèmes du surendettement aux médias et à la presse écrite.

Ainsi, le Service est intervenu le 08.01.01 et le 19.11.01 sur invitation du « Soziokulturelle Radio » lors d'émissions radiodiffusées ayant eu comme thème le surendettement des particuliers et plus particulièrement la nouvelle loi du 8 décembre 2000 en matière de surendettement.

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 2001 ».

Le Service a eu l'occasion de tenir des exposés sur le phénomène du surendettement au Luxembourg à quatre reprises aux Centres Nationaux de Formation Professionnelle Continue d'Esch/Alzette (15.02.01 et 02.07.01) et d'Ettelbruck (12.07.01) ainsi qu'au Centre thérapeutique d'Useldange (15.10.01).

Sur invitation du Ministère du Logement, le Service a participé à une Table ronde en date du 23.01.01 réunissant les associations oeuvrant en faveur de personnes socialement défavorisées, notamment du point de vue de leur situation de logement.

3.3.2. Le volet international

Dans le cadre de ses activités internationales, le Service est intervenu activement au cours du « Bundeskongress Soziale Arbeit » qui s'est tenu du 20. au 22.09.01 à Mayence en Allemagne. Au sein d'un groupe de travail « Surendettement », le Service a eu l'occasion de présenter la nouvelle loi luxembourgeoise en matière de surendettement.

Sur recommandation de l'Observatoire du Crédit et de l'Endettement de Charleroi, le Service a participé du 13. au 14.11.01 au Colloque de la Présidence belge de l'Union Européenne. A cette occasion, le Service a pu présenter la situation du surendettement telle qu'elle se présente au Luxembourg dans le cadre d'un atelier intitulé « Les acteurs du règlement des situations de surendettement ».

3.4. La loi du 8 décembre 2000 sur le Surendettement

Suite à l'obtention de l'agrément ministériel n° 2001/06/06 et après publication des règlements grand-ducaux du 17.07.01 portant organisation et fonctionnement de la Commission de médiation dans le cadre de la loi sur le surendettement et du 12.10.01 portant organisation et fonctionnement du Service d'information et de conseil en matière de surendettement, la première demande d'admission à la procédure de règlement collectif des dettes fut signée en date du 27.11.01.

Au 31.12.01, 14 demandes d'admission à la loi précitée ont été introduites auprès de notre Service.

Après un délai de trois mois durant lequel le Service instruit le dossier, celui-ci et un projet de plan de redressement sont transmis à la Commission de médiation.

La Commission de médiation propose au débiteur, aux créanciers et, le cas échéant, aux autres parties intéressées, un plan de redressement qui peut comporter notamment :

- des mesures de report ou de rééchelonnement de paiement des dettes;
- l'obligation pour le débiteur d'accomplir des actes propres à faciliter ou à garantir le paiement des dettes;
- l'obligation pour le débiteur de s'abstenir d'actes qui aggraveraient son insolvabilité;
- une assistance sur les plans social, éducatif ou de la gestion des finances;



- des secours financiers publics ou privés;
- une remise partielle ou totale des dettes;
- une réduction des taux d'intérêt.

Le plan définit les modalités de son exécution et les obligations réciproques des parties concernées. A cet effet la commission peut convoquer toutes les parties intéressées et procéder à leur audition.

Si le plan de redressement proposé est accepté, il est daté et signé par toutes les parties intéressées et par le président de la commission. Les modalités du plan conventionnel de redressement peuvent être modifiées si des éléments nouveaux le justifient.

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.

En cas d'échec de la procédure de règlement conventionnel, 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 rend un jugement dans lequel il arrête un plan de redressement judiciaire qui peut comporter les mesures suivantes:

- le sursis au paiement de tout ou partie de dettes;
- la réduction du taux d'intérêt;
- la suspension de l'effet d'une sûreté réelle sans perte de privilège ni compromission de l'assiette;
- 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.



PROFIL 2001	DOSSIERS		CLIENTS	
	Clients reçus	%	Total Demandes	%
ETAT CIVIL				
CELIBATAIRE	49	29	66	30
DIVORCE	36	21	43	20
MARIE	50	29	63	29
SEPARE	27	16	34	16
VEUF	9	5	12	5
TOTAL	171	100	218	100
AGE				
<18	0	0	0	0
18-25	16	9	28	14
26-35	64	37	73	33
36-45	49	29	64	29
>45	42	25	53	24
TOTAL	171	100	218	100
NOMBRE D'ENFANTS A CHARGE				
AUCUN	76	44	105	48
UN	36	21	45	21
DEUX	40	24	41	18
TROIS	12	7	18	8
PLUS DE TROIS	7	4	9	5
TOTAL	171	100	218	100
STATUT PROFESSIONNEL				
BENEFICIAIRE RMG	17	10	21	10
BENEFICIAIRE PENSION/RENTE	14	8	19	9
CHOMEUR	8	5	8	4
EMPLOYE PRIVE	22	13	32	14
FONCTIONNAIRE PUBLIC	5	3	7	3
INDEPENDANT	5	3	5	2
OUVRIER	78	45	100	46
SANS	22	13	26	12
TOTAL	171	100	218	100
NATIONALITE				
LUXEMBOURGEOISE	101	59	127	58
UNION EUROPEENE	64	37	83	38
AUTRES PAYS	6	4	8	4
TOTAL	171	100	218	100
INITIATIVE				
PROPRE INITIATIVE	63	37	85	39
ORIENTE	108	63	133	61
TOTAL	171	100	218	100
CONTACT AVEC UN AUTRE SERVICE SOCIAL				
NON	91	53	123	56
OUI	80	47	95	44
TOTAL	171	100	218	100
REGION				
CENTRE	115	67	150	69
NORD	34	20	42	19
SUD	22	13	26	12
TOTAL	171	100	218	100



