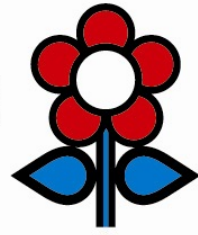




LIGUE MÉDICO-SOCIALE
MIR HËLLEFEN ZËNTER 1908



RAPPORT D'ACTIVITE

2006

RAPPORT D'ACTIVITE 2006

publié par la **LIGUE MEDICO-SOCIALE**

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

Edition 2007

SOMMAIRE

Le Conseil d'Administration	11
Rapport du Conseil d'Administration	13
Rapport du Conseil de Surveillance	19
Rapport sur les Services médico-sociaux	21
1. Les Consultations pour Maladies Respiratoires	21
1.1. Missions et Rôles des consultations pour maladies respiratoires	21
1.2. Les données générales.....	22
1.3. Activité des consultations pour TB et maladies respiratoires	23
1.4. Analyse et interprétation des résultats.....	26
1.5. Conclusion	27
2. La Médecine Scolaire	29
2.1. Les Missions	29
2.2. La population des enfants scolarisés.....	29
2.3. L'activité du Service Médical Scolaire	30
3. Prévention de la Santé de l'Enfant	37
3.1. Les missions	37
3.2. Population de jeunes enfants de 0 à 4 ans.....	37
3.3. Activités et évolution	37
3.4. Bilan et perspectives.....	38
4. Prévention, Education et Promotion de la Santé.....	40
4.1. Dans le cadre de la MS (en faveur des élèves du primaire).....	40
4.2. Activités diverses de prévention et d'E.P.S. à visée communautaire.....	40
4.3. Formation des professionnels.....	43
5. Information du public, travaux et représentation	43
6. Conclusions générales	43
Rapport sur les Services Sociaux	45
1. Service d'Accompagnement Social	45
1.1. Mission du service	45
1.2. Objectifs poursuivis en 2006.....	46
1.3. L'activité du service en 2006.....	46
1.4. Conclusions et constatations	53
2. Service Régional d'Action Sociale.....	54
2.1. Mission du service	54
2.2. L'activité du service en 2006.....	57
2.3. En guise de conclusion.....	59

Rapport sur les Services de Conseil	60
1. Service d'Information et de Conseil en matière de Surendettement.....	60
1.1. INTRODUCTION	60
1.2. LE CONSEIL ET L'INFORMATION	61
1.3. LA PREVENTION	65
2. Gesond Liewen & Centre de Consultations.....	67
2.1. Mission du Service.....	67
2.2. Conclusions.	67
2.3. Chiffres.....	68
2.4. Graphiques.	69
3. Info-Social – Service d'information et de conseil par téléphone.....	71
3.1. ACTIVITE 2006.....	71
3.2. CONCLUSION.....	72
Le Personnel	73

INTRODUCTION

Le 20 octobre 2006 nous avons accueilli avec un très vif plaisir et une profonde gratitude dans notre Centre médico-social de Luxembourg-Ville, en présence de notre Ministre de tutelle, Monsieur Mars di Bartolomeo, Ministre de la Santé, Son Altesse Royale la Grande-Duchesse Maria-Teresa. Son Altesse Royale s'est intensément intéressée à nos différentes activités et Sa visite représente pour nous un précieux encouragement pour l'accomplissement de nos diverses missions, si souvent au service des plus démunis de notre société.

L'importance de notre travail médical et social durant l'année 2006 se résume le mieux par quelques chiffres clés qui sont d'ailleurs plus explicitement décrits dans le présent rapport d'activité.

Ainsi, pour nos **missions médico-sociales**,

- les consultations pour **tuberculose et autres maladies respiratoires** sont restées à un niveau élevé avec 17 823 consultants,
- en **médecine scolaire** 33632 enfants de 114 communes ont été inscrits, dont 1038 enfants (3 %) ont nécessité un suivi social et 325 enfants ont fait appel à nos diététiciennes pour surpoids,
- les **consultations pour nourrissons et enfants jusqu'à l'âge de 4 ans** ont été étendues, avec 4003 consultations sur 28 sites différents et une brochure très instructive « Alimentation du bébé » fut élaboré, ensemble avec le Ministère de la Santé,
- 162 consultations pour **fumeurs** furent prestées dans nos 3 sites, de nombreuses séances ou ateliers dans la lutte anti-tabac furent organisés dans les lycées, collectivités ou communes et au plan national de lutte contre le tabagisme une collaboration étroite nous lie avec le Ministère de la Santé, surtout après le vote de la loi antitabac.

Une grande importance fut attribuée à nos activités d'**éducation et de promotion à la santé**, surtout dans le cadre de la médecine scolaire :

- 310 classes ont profité de l'organisation par nos équipes d'éducation et de promotion à la santé d'un de nos 18 ateliers, traitant surtout de l'alimentation, de l'hygiène, du sommeil ou du soleil et ceci en collaboration avec les enseignants, les parents d'élèves ou les communes.
- Nous avons de même participé au projet pilote européen « Gesunde Kinder in Gesunden Gemeinden » et à l'action nationale « sacs jaunes » sur l'alimentation et l'activité physique.

Depuis 2005, nous participons auprès du Ministère de la Santé au groupe de travail pour une **révision de la réglementation de la médecine scolaire**. Nous attendons de cette nouvelle réglementation la possibilité d'une plus grande disponibilité de notre personnel pour les enfants en situation sociale difficile et défavorable et plus de temps pour l'éducation à la santé. Ces disponibilités s'imposent d'**urgence** pour pouvoir mieux répondre aux pressantes nécessités d'aujourd'hui.

Pour nos **missions sociales**,

- 865 familles ont été régulièrement suivies par le **service d'accompagnement social** ; 269 nouvelles demandes ont été introduites en 2006 et le service a pu venir ainsi en aide à 2163 personnes dont 921 enfants,
- 156 mandats de tutelles de curatelles et de gestions volontaires en milieu ouvert ont été gérés par le **service pour mineurs et majeurs protégés**, dont 53 demandes de gestion financière volontaire, toujours en augmentation, restent en souffrance par manque de personnel,
- près de 4230 personnes sont suivies par notre personnel du **SRAS** (service régional d'action sociale) dans le **cadre du RMG**, dont 703 personnes ont été encadrées pour une mise au travail,
- le **service d'information et de conseil en matière de surendettement** a enregistré 253 nouvelles demandes d'aide,
- une **aide psychologique** a pu être offerte à 499 consultants, avec 2141 consultations.

- depuis peu et dans le cadre de la commission de «**domiciliation** » auprès du Ministère de la Famille, une domiciliation à temps limité peut être accordée dans nos différents centres médico-sociaux. aux « **sans domicile fixe** »

Pour le volet social des activités de la Ligue, il faut souligner l'effort de **formation continue** faite au sein des services sociaux depuis deux ans. A cet effet, la Ligue s'est assurée la collaboration d'un formateur, spécialiste dans le domaine du **travail social sous contrainte**.

Au cours de cette formation les professionnels sociaux ont appris à **différencier** les contextes de contrainte, à se positionner et à assurer un rôle de **médiateur** entre le contraignant (le juge, l'administration, ...) et le client, rôle *qui permet d'atteindre les meilleurs résultats en termes de durabilité*. C'est par ce biais que la Ligue a su *améliorer la qualité* de ses prestations dans ce domaine hautement difficile et elle s'est engagée de continuer dans cette voie.

D'autres activités à souligner sont notre collaboration avec **l'EAPN**, l' « European anti poverty network » et notre participation au groupe de travail de la « **Wunnengshëllef asbl** » pour une *agence immobilière sociale*, qui semble enfin sur le point d'aboutir.

Pour assurer toutes ces activités la Ligue peut compter sur un personnel qualifié et motivé. Il s'agit en dehors de nos médecins d'un effectif de plus de 130 assistants(es) sociaux et d'hygiène sociales, d'infirmiers(ères), d'ATM en radiologie, de psychologues et d'un personnel d'appui, (dont un informaticien), opérant à partir de nos 12 centres médico-sociaux du pays..

Mes sincères remerciements s'adressent

- au Ministre de la Santé et au Ministre de la Famille et à tous nos interlocuteurs des différents ministères pour leur soutien et leur aide précieuse durant l'exercice écoulé,
- à mon Conseil d'Administration, notre Conseil de Surveillance et surtout aussi tous nos collaboratrices et collaborateurs qui ont donné un attachement et un essor très positif à toutes nos missions le long de 2006,
- à la générosité de nos donateurs qui nous ont permis d'intervenir en maintes situations de détresse de notre population.

Depuis 1908 au service de nos concitoyens, notre Ligue à toujours réussie de bien s'attaquer aux problèmes du moment et aujourd'hui, devant une évolution démographique croissante et des problèmes médico-sociaux de plus en plus complexes, nous nous efforçons de répondre d'une façon pertinente, adaptée et efficace à ces nouveaux défis.

Luxembourg, le 30 mars 2007

Dr Jean GOEDERT
Président

La Ligue médico-sociale

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



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

Elle a été reconnue d'utilité publique et a obtenu la personnalité civile par la loi 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 et de l'action sociale sous toutes ses formes. Elle prend toutes initiatives propres à réaliser son objet".

Ses moyens d'action consistent notamment:

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

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

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

PATRONAGE DE LA LIGUE LUXEMBOURGEOISE DE PRÉVENTION ET D'ACTION MÉDICO-SOCIALES

De 1911 à 1927

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

De 1927 à 1986

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

De 1986 à 2005

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

Depuis juin 2005

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

LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

Composition suivant assemblée générale du 31 mars 2006

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

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

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

LE CONSEIL DE SURVEILLANCE

M. Joseph LENTZ, secrétaire - trésorier de la CPFEC e.r., Niederanven
M. Albert PUNDEL, fonctionnaire e. r., Luxembourg
M. Edy BUCK, employé privé, Luxembourg
M. Romain KETTEL, membre consultant, Luxembourg

LE SIEGE SOCIAL

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

RENOUVELLEMENT STATUTAIRE DU 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 2005-2008

Mme Colette FLESCH, membre, Luxembourg
M. Guy de MUYSER, trésorier général, Luxembourg
Dr Nicole MAJERY, membre, Luxembourg
Dr Robert MULLER, membre, Esch/Alzette
Dr Romain NATI, membre, Luxembourg

2^e série 2003-2006

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

Le mandat de la deuxième série élue pour la période de 2003-2006 est venu à échéance en date du 31 décembre 2006.

Cette série était composée comme suit:

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

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

Dr Jean GOEDERT, Mme Marguerite SCHOLTES-LENNERS, M. André THILL, M. Jean RODESCH, Mme Lucy DUPONG, ont accepté une prolongation de leur mandat pour une nouvelle période de 4 ans à partir de l'année 2007.

Il appartiendra à l'assemblée générale ordinaire 2007 de procéder au renouvellement partiel du conseil d'administration pour la période de 2007 à 2010. L'élection des membres du conseil, des délégués et des suppléants peut se faire par acclamation, s'il ne s'élève pas d'opposition au sein de l'assemblée. Dans le cas contraire, l'élection aura lieu par scrutin secret et à la majorité relative des bulletins valables. En cas de partage, le plus âgé l'emporte.

La fonction d'administrateur au sein du conseil d'administration de la Ligue est incompatible avec celle de salarié de la Ligue.

RAPPORT D'ACTIVITE

RAPPORT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

La dernière assemblée générale s'est tenue le vendredi 31 mars 2006 au Centre des Arts Pluriels à Ettelbruck.

Au cours de l'exercice écoulé le conseil d'administration a siégé à 7 reprises (15 février, 15 mars, 3 mai, 19 juillet, 20 septembre, 8 novembre et 20 décembre) et en date du 6 juillet en réunion avec la ministre de la famille et de l'intégration.

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

SITUATION DU PERSONNEL

A la date du 31 décembre 2006 la Ligue comptait un effectif de 136 collaborateurs salariés, dont 116 femmes et 20 hommes.

EVENEMENTS

VISITE DE LA GRANDE-DUCHESSE MARIA TERESA

En date du 20 octobre 2006 son Altesse Royale la Grande-Duchesse Maria Teresa a visité la Ligue. Elle a été accueillie au Centre médico-social de Luxembourg par le conseil d'administration de la Ligue en présence de son ministre de tutelle.

A cette occasion Son Altesse Royale a fait le tour des installations et des différents services de la Ligue (consultation pour maladies respiratoires, service médico-social, service d'accompagnement social, service de promotion de la santé, service de surendettement) à Luxembourg, où elle a eu l'occasion de rencontrer les membres du personnel.

A son départ la Grande-Duchesse a fait savoir que la visite l'avait profondément impressionnée et qu'elle était fière d'avoir accordé son patronage à notre œuvre qui s'investit tant dans l'intérêt des habitants de notre pays.

NOUVELLE INSTALLATION RADIOLOGIQUE AU CMS LUXEMBOURG

La nouvelle installation radiologique au Centre médico-social de Luxembourg a été inaugurée par le ministre de la santé le 14 juin 2006. Un meilleur agencement des bureaux de la réception, du nouveau mobilier, un nouveau revêtement du sol et la mise en peinture rendent les locaux de la consultation plus accueillants.

L'installation radiologique SIEMENS du type ARISTOS TX permet une acquisition d'image immédiate complètement digitale et fournit des images d'une très haute définition permettant au médecin spécialiste de la consultation de disposer d'un outil d'investigation puissant et performant.

Parallèlement une nouvelle application informatique a été mise en production qui relie les consultations de Luxembourg, Ettelbruck et Esch/Alzette.

CAMPAGNE « FLEUR PRINCE JEAN 2006 » (12 JUIN AU 3 JUILLET 2006)

La collecte de 2006 a porté sur les initiatives de la Ligue en matière de Prévention et de la Promotion de la Santé. Les fonds collectés (36 500€) sont dédiés à soutenir les activités de la Ligue dans ce domaine.

DOSSIERS TRAITÉS

SERVICES MÉDICO-SOCIAUX

Prévention des maladies respiratoires

LOI DU 11 AOÛT 2006 SUR LE TABAGISME

Le conseil d'administration de la Ligue a accueilli avec grande satisfaction la mise en application de la loi contre le tabagisme au Grand-Duché de Luxembourg. Pour la Ligue cette loi signifie que son combat contre les nuisances du tabac, entamé en 1983 par l'organisation des premières consultations pour fumeurs au Luxembourg, n'était pas en vain.

Il était évident pour la Ligue de répondre présent à la demande du ministère de la santé d'étendre l'offre de ses consultations de sevrage tabagique pour répondre à la demande des personnes qui dans la foulée de la mise en application de la loi, le 5 septembre 2006, recherchent de l'aide pour s'arrêter de fumer.

CONSULTATIONS POUR FUMEURS

Début janvier 2006, la Ligue a ouvert sa 3^e consultation pour fumeurs au CMS d'Ettelbruck.

Dorénavant les personnes désireuses de s'arrêter de fumer ont le choix entre trois consultations pour se faire aider (Luxembourg, Dudelange, Ettelbruck). Pour simplifier la prise de rendez-vous un numéro d'appel spécial a été mis en place, le **22 01 22** et faut-il le rappeler : les consultations sont gratuites.

CONSULTATIONS POUR ASTHMATIQUES - ECOLE DE L'ASTHME

Le concept d'organisation de ce projet de prévention des maladies respiratoires a été finalisé.

Comme pour toutes les interventions de la Ligue le principe de la gratuité pour le client reste acquis.

Le personnel spécialisé (infirmiers et médecins) retenu pour assurer ces consultations devra suivre une formation spécifique à l'étranger.

Les premières séances seront organisées au CMS Luxembourg avec possibilité de séances de groupe au CMS Dudelange. Cette organisation se fera conjointement avec le développement des consultations pour fumeurs.

PLAN NATIONAL PANDÉMIE GRIPPE

La Ligue a confirmé au ministère de la santé sa disponibilité pour participer au « Plan National Pandémie Grippe » par la mise à disposition de son infrastructure logistique et matérielle en pareille circonstance.

La Ligue dispose de 3 installations radiologiques équipées à réaliser des examens de thorax et situées à Luxembourg, Esch/Alzette et Ettelbruck. L'installation à Luxembourg permet d'envoyer en cas de besoin le ou les clichés vers des centres de diagnostic à l'extérieur.

Les localités sont aménagées à pouvoir accueillir un important afflux de patients. La nouvelle application informatique pour la gestion des consultations TB a été développée avec le souci de pouvoir apporter une réponse en cas de situation de crise.

D'autre part, tout le personnel de la Ligue a été équipé d'un appareil de téléphonie mobile. Ainsi des messages peuvent être envoyés à un nombre important de personnes réparties sur tout le territoire de notre pays. Les messages sont relayés par un dispositif central pouvant être déclenché sur initiative du ministère.

Médecine scolaire / Consultations pour nourrissons et jeunes enfants

EVOLUTION DU GROUPE DE TRAVAIL

Le conseil d'administration de la Ligue se réjouit de l'élan qu'a pris le groupe de travail instauré par le ministère de la santé pour réfléchir sur les possibilités de réorganisation de la médecine scolaire. Il tient à remercier ses représentants au sein de ce groupe pour leur engagement dans ce projet si important pour la santé et le bien-être des enfants.

CONSULTATIONS POUR NOURRISSONS ET JEUNES ENFANTS

En juillet 2006, la Ligue et la commune de Troisvierges ont inauguré une nouvelle consultation pour nourrissons et jeunes enfants à Troisvierges. Cette consultation fonctionne en alternance avec la consultation de Hosingen.

AVANT-PROJET DE LOI SUR L'ORGANISATION SCOLAIRE

Le conseil a examiné le texte de l'avant-projet de loi sur l'organisation de l'enseignement primaire. Le document en question reste muet sur le sujet de la médecine scolaire et ne fait nulle part référence aux textes de loi et règlements grand-ducaux actuels ayant trait à la médecine scolaire.

Considérant toutefois que l'article 23 de la Constitution apporte les garanties nécessaires pour la médecine-scolaire, le conseil a estimé qu'il est prématuré pour la Ligue de formuler pour son compte un avis à ce stade d'avant-projet.

(« Art. 23 L'Etat veille à l'organisation de l'instruction primaire, qui sera obligatoire et gratuite et dont l'accès doit être garanti à toute personne habitant le Grand-Duché. L'assistance médicale et sociale sera réglée par la loi. ... »)

JOURNEE EUROMELANOMA (15 MAI 2006) / CAMPAGNE DE SENSIBILISATION « SOLEIL, AMI OU ENNEMI ? » (9 MAI 2006)

Comme les années précédentes la Ligue a contribué à cette journée de sensibilisation de la population aux maladies de la peau et en particulier des mélanomes.

A cette occasion la Ligue a participé avec le ministère de la santé au lancement d'une campagne de sensibilisation à l'adresse du grand public ayant comme sujet : « Soleil, ami ou ennemi ? ».

INTERNATIONAL UNION AGAINST TUBERCULOSIS AND LUNG DISEASE (31.10- 4.11.2006)

Le Dr Fabrice CHAUSSADE a participé pour le compte de la Ligue à la 37^e Conférence Mondiale sur la santé respiratoire à Paris qui avait pour thème « Renforcement des ressources humaines pour une meilleure santé pulmonaire ».

SERVICES SOCIAUX

SERVICE POUR MINEURS ET MAJEURS PROTEGES

Démarré voilà quatre ans, ce service spécialisé intervient aux côtés des travailleurs sociaux du Service d'Accompagnement Social pour les aspects administratifs, financiers et légaux dans l'intérêt des personnes/ménages sous gestion volontaire ou placés sous curatelle ou tutelle.

Les situations rencontrées sont bien souvent très complexes et presque inextricables. Une très grande implication de la part du conseil d'administration de la Ligue est nécessaire.

En 2006, la Ligue a géré par l'entremise de ce service plus de 200 situations.

A maintes reprises, la Ligue a relevé l'urgence d'un renforcement de cette structure dans l'intérêt des personnes à protéger.

DOMICILIATIONS - DEMANDE DU MINISTÈRE DE LA FAMILLE

D'après la Loi du 29 avril 1999 portant création d'un droit à un revenu minimum garanti, une des conditions à remplir pour bénéficier de l'octroi du RMG est la condition de résidence (Texte coordonné du 22 juin 2004 Chapitre 1er - Art 2 „être autorisée à résider sur le territoire du Grand-Duché, y être domiciliée et y résider effectivement“).

Un certain nombre de personnes socialement défavorisées ne peuvent ou ne désirent pas se domicilier et par conséquent elles sont exclues du bénéfice du RMG ou d'autres prestations sociales normalement prévues. Par le passé ces personnes se domiciliaient à l'adresse du Centre Ulysse. Vu le nombre croissant de demandes de ce genre le Centre Ulysse n'est plus en mesure d'assurer leur suivi social et se voit obligé de refuser toute nouvelle demande.

Les centres médico-sociaux n'étant pas des structures d'hébergement et compte tenu de la portée légale de la notion de domicile le conseil d'administration de la Ligue a longuement hésité avant d'accepter une formule qui permet d'« élire domicile » pour une période donnée, dans un centre médico-social de la Ligue. Les concernés sont tenus à rechercher activement un domicile et donner suite aux mesures leur imposées par la commission des domiciliations instaurée au sein du ministère de la famille.

Pendant la période en question les personnes sont suivies par un assistant social du Service d'accompagnement social de la Ligue. Une reconduction éventuelle devra faire l'objet d'une nouvelle demande de la part de la commission.

PROBLEME DE TRANSMISSION DES DONNEES

Le conseil a été appelé à se prononcer sur l'attitude à adopter par son personnel par rapport à des demandes d'informations de la part de tiers sur des personnes venues en consultation auprès de la Ligue.

La Ligue est liée au secret professionnel et ne peut divulguer à un tiers des informations sur ses clients. La protection de la vie privée constitue un droit fondamental, tout comme l'inviolabilité du domicile, le secret de la correspondance, ou encore la liberté d'opinion et d'expression. (Loi sur la Protection des données du 2 août 2002)

Même un ministère en tant qu'autorité hiérarchique ne peut imposer l'accès aux dossiers de clients. (v. Art. 7 et 9 de la loi du 8 septembre 1998, réglant les relations entre l'Etat et les organismes oeuvrant dans les domaines social, familial et thérapeutique). Un contrôle de finalité d'un ministère ne pourra se limiter qu'au contrôle de la gestion du budget et sur le fait que le public a bien accès aux services.

Par conséquent un transfert de renseignements ne peut se faire que par l'entremise du client.

PLATE-FORME PORTANT SUR « TRAVAIL SOCIAL CONCERTÉ, QUALITÉ DE VIE ET SOLIDARITÉ »

La Ligue participe à la plate-forme « Travail social concerté, qualité de vie et solidarité » qui a été mise en place sur initiative de la Ville de Luxembourg pour analyser les prestations sociales actuellement offertes à la population résidant sur le territoire de la Ville.

MAISON POUR ELEVES DIFFICILES

Au Luxembourg, il n'existe aucune structure appropriée pour prendre en charge des adolescents qui en raison de leur comportement brutal ont été virés de l'école. En règle générale ces jeunes finissent ou bien en psychiatrie ou bien dans une structure pénitentiaire. (Givenich).

L'agressivité de ces jeunes prend la plupart du temps ses racines dans des problèmes du milieu familial.

La Ligue a avisé favorablement la demande du ministère de l'éducation nationale d'examiner les possibilités pour mettre en place une structure qui en collaboration étroite avec un/des établissements scolaires peut prendre temporairement ces élèves en charge avec la visée de « réussite scolaire ».

SERVICE D'INFORMATION ET DE CONSEIL EN MATIÈRE DE SURENDETTEMENT

La Ligue a participé aux différents échanges de vues au sujet des conclusions à tirer du rapport quinquennal sur la loi du 8 décembre 2000 sur le surendettement. Fort de nombreuses années d'expérience dans cette problématique et gérant son service de lutte contre le surendettement depuis 1992, la Ligue en vient au constat que les dispositions de la loi actuelle sur le surendettement sont à revoir, car elles ne répondent que partiellement aux réalités du terrain.

L'avis de la Ligue est que le passage par le dispositif de la commission de médiation alourdit le processus de désendettement. En lieu, le Service d'Information et de Conseil en matière de Surendettement (SICS) devrait avoir pour mission de préparer les dossiers directement pour le juge. La loi sur la faillite civile pourrait apporter une nette amélioration de la situation.

BANQUE ALIMENTAIRE

En 2006 plus de 3 100 colis de vivres de la Banque Alimentaire ont été distribués par les assistants sociaux de la Ligue dans le cadre de leur travail de suivi social. Dans la majorité des cas il s'agissait de personnes seules ou de ménages avec enfants en bas âge sans subsistance.

ORGANISATION DE LA LIGUE

Le conseil a décidé d'adapter la structure de son organisation pour mieux répondre aux réalités du terrain. Sans abandonner l'organisation par circonscription le changement s'effectue par une redéfinition du rôle de l'AHS de circonscription qui dorénavant s'appelle **AHS des circonscriptions pour le domaine médico-social** respectivement **AHS des circonscriptions pour le domaine social**.

En effet l'évolution des différentes activités au cours des dernières années a montré qu'une structure organisée par pilier d'activité répond mieux au fonctionnement quotidien de la Ligue et apportera une meilleure réactivité.

L'organisation des consultations pour maladies respiratoires a été découplée des autres activités médico-sociales et se trouve placée sous la direction médicale. La coordination des consultations pour maladies respiratoires est assurée par l'infirmier hospitalier gradué.

L'organisation au quotidien des autres activités du domaine médico-social (Consultations pour nourrissons - Médecine scolaire - Promotion santé) est placée sous l'AHS des circonscriptions pour le domaine médico-social.

Dans la même logique le quotidien de l'activité sociale, (Service d'accompagnement social et Service régional d'action sociale) est coordonné par l'AHS des circonscriptions pour le domaine social.

Ces changements structurels dans l'organisation sont couplés à des améliorations dans l'administration qui sont en cours d'implémentation par le Secrétariat général.

JOURNEE DE REFLEXION LIGUE

Le 28 juin 2006 la Ligue a organisé une première journée de réflexion. L'idée et l'objectif de ces rencontres périodiques est de réunir à tour de rôle plusieurs membres de la Ligue et à « penser la Ligue ». Comment la Ligue pourra-t-elle améliorer l'efficacité de ses interventions actuelles, s'organiser pour mieux répondre aux défis de la société de demain, ...

Ces rencontres permettent de réunir pendant quelques heures des spécialistes du terrain venus des différents secteurs d'activité de la Ligue pour analyser et discuter ensemble dans un cadre structuré de quoi sera fait la Ligue de demain.

PERSONNEL

ASSURANCE « ACCIDENTS » AU PROFIT DES COLLABORATEURS DE LA LIGUE

Conformément à ce qui a été annoncé lors de l'assemblée générale de 2006 le conseil de la Ligue a souscrit à partir de la mi-juin 2006 à une assurance accidents en faveur de son personnel. Cette assurance couvre tant les accidents de la vie professionnelle que ceux de la vie privée. En cas de décès l'assurance prévoit le paiement d'un capital d'une fois le traitement annuel aux ayants droits. En cas d'invalidité partielle la somme assurée se calcule par rapport au barème progressif. En cas d'invalidité permanente un capital égal à deux fois le traitement annuel sera payé.

PLAN DE FORMATION DU PERSONNEL

La Ligue a poursuivi ses efforts de formation de son personnel en 2006.

Ainsi le conseil a retenu pour son personnel relevant du domaine social

- Poursuite de la formation de longue durée portant sur la relation client dans le cadre spécifique du travail social sous contrainte avec enseignement d'un savoir-faire pratique;
- des formations en matière de législations sociales nouvelles;

personnel relevant du domaine médico-social

- formation interne sur les nouveaux ateliers de promotion à la santé dans les écoles ;
- formation sur la diététique et l'alimentation saine;
- formation spécialisée en matière de tabagisme ;

Pour les collaborateurs francophones dans les rangs du personnel le conseil a insisté à ce qu'ils puissent s'entretenir valablement avec des clients qui ne peuvent s'exprimer qu'en langue

luxembourgeoise. Le conseil a décidé de prendre à sa charge l'organisation de ces cours de formation intensifs qui ont démarré fin 2006.

INFORMATIQUE

Compte tenu de l'importance du parc informatique et de l'infrastructure réseau de la Ligue le conseil a décidé de l'embauche d'un informaticien.

HONORER LES ANNÉES DE SERVICE

Le conseil d'administration a décidé du principe d'honorer les collaborateurs qui pendant plus de 20 années se sont engagés dans l'intérêt de la Ligue.

La remise des reconnaissances est fixée à l'occasion de l'assemblée générale. On retient comme insigne la fleurette « Prince Jean » stylisée.

L'insigne portera au verso les inscriptions suivantes :

« Ligue médico-sociale » « initiale » « nom » « année ».

DÉLÉGATION DU PERSONNEL

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

INFRASTRUCTURE et EQUIPEMENT

En 2006, les efforts de la Ligue ont porté sur

- la mise en sécurité des bâtiments ;
- le remplacement des dispositifs d'alarme incendie ;
- l'amélioration des performances des installations de chauffage ;
- la rénovation de la réception des consultations pour maladies respiratoires au CMS Luxembourg ;
- la poursuite des travaux de rénovation au CMS Ettelbruck ;
- la rénovation des bureaux au CMS Redange
- l'extension du réseau informatique ;
- le remplacement d'appareils fax et de copieurs
- le remplacement du chauffage au CMS Schifflange par le raccordement au réseau de chauffage urbain mis en place par la commune ;
- le remplacement du standard téléphonique au CMS Mersch ;
- le remplacement du revêtement du sol et la mise en peinture des localités de la médecine scolaire à Grevenmacher ;
- remplacement et extension du parc informatique ;
- mise à disposition à chaque membre du personnel d'un appareil téléphonique mobile ;

VICES DE CONSTRUCTION

Le secrétariat général s'est appliqué à régler à l'amiable un certains nombre de litiges portant sur des vices de construction apparus au CMS de Luxembourg.

RAPPORT DU CONSEIL DE SURVEILLANCE

RAPPORT

sur la vérification de la gestion comptable de la Ligue luxembourgeoise de Prévention et d'Action médico-sociales pendant l'année 2006.

Conformément aux dispositions de l'article 16 du statut modifié de la Ligue, le conseil de surveillance confirmé par l'assemblée générale ordinaire du 31 mars 2006 a procédé le 27 mars 2007 au contrôle des opérations comptables effectuées par le trésorier de la Ligue pendant l'exercice 2006 au contrôle du bilan de la Ligue arrêté au 31 décembre 2006.

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

Ont participé au contrôle dont question:

- Monsieur Joseph LENTZ, secrétaire - trésorier de la caisse de prévoyance des fonctionnaires et employés communaux e.r., Niederanven ;
- Monsieur 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 2006 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 2007 d'approuver le bilan 2006 de la Ligue luxembourgeoise de Prévention et d'Action médico-sociales.

Luxembourg, le 27 mars 2007

Le conseil de surveillance,

Joseph LENTZ

Albert PUNDEL

Edy BUCK

Romain KETTEL
membre consultant

RAPPORT SUR LES SERVICES MÉDICO-SOCIAUX

Dans le cadre de la médecine préventive et sociale, la Ligue Médico-Sociale assure plusieurs missions médico-sociales conformément à la loi du 25 avril 1983.

Ainsi grâce à ses différents services médico-sociaux elle délivre diverses prestations :

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

1. Les Consultations pour Maladies Respiratoires

Plusieurs événements marquants sont intervenus en 2006.

Tout d'abord l'acquisition d'un nouvel appareillage radiologique pour le CMS de Luxembourg, suite à la panne de l'ancien. Il s'agit d'un matériel de dernière génération, entièrement informatisé et performant notamment en ce qui concerne l'acquisition et la transmission de l'image ce qui constitue un progrès considérable pour la pratique et la radioprotection.

Parallèlement une nouvelle application informatique a été mise en place progressivement en cours d'année sur les 3 sites. Ces objectifs sont de faciliter la pratique quotidienne et l'extraction des données statistiques.

Enfin une restructuration du service TB à l'échelle nationale a été effectuée. Elle a permis de réduire le personnel soignant sur l'ensemble des 3 sites et vise une rationalisation des moyens.

1.1. Missions et Rôles des consultations pour maladies respiratoires

1.1.1. Lutte contre la tuberculose

Pour la Ligue la lutte anti-tuberculose (LAT) dans notre pays est une activité historique et prioritaire de santé publique qu'elle assume pleinement. La Ligue exerce cette activité sous le contrôle de la Direction de la Santé et en collaboration avec d'autres institutions concernées.

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

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

Toutes ces investigations sont destinées à identifier d'éventuels malades contagieux mais aussi à repérer les personnes récemment infectées, en vue de les traiter et ainsi d'interrompre la chaîne de transmission de la maladie.

En effet, le rôle de la Ligue est tout particulièrement centré sur la détection des infections tuberculeuses latentes (ITL) et des primo-infections tuberculeuses (PIT), sans signes cliniques ou radiologiques, qui peuvent évoluer vers une TB maladie d'où l'intérêt essentiel de les identifier.

En outre ces formes particulières de TB ne sont pas à déclaration obligatoire et ne sont pas répertoriées par le Ministère de la Santé. Ainsi, cette action préventive primordiale de la Ligue vient

En bref

*Le volume de l'activité des « Consultations pour maladies respiratoires » est resté à un niveau élevé en 2006 avec **17823 consultants** enregistrés, **14354 tests tuberculiniques** effectués ou lus et **5093 radiographies** réalisées.*

*La restructuration du service par la redistribution du personnel au niveau national a permis de **rationaliser les ressources** en vue d'une meilleure efficacité. De plus les **nouveaux outils radiologique et informatique** contribuent à améliorer l'efficacité et la qualité de la prestation qui devraient pouvoir pleinement s'évaluer lors des exercices futurs.*

utilement compléter les données du ministère et rend compte de façon plus précise du statut épidémiologique du pays vis à vis de cette maladie transmissible.

Cependant la Ligue comptabilise toutes les formes de tuberculose, les latentes comme l'on vient de le voir mais aussi les actives qu'elle dépiste ou que la Direction de la Santé lui notifie à la suite d'une déclaration obligatoire (D.O.).

Chaque année la Ligue détecte plusieurs cas de tuberculose active.

Mais, il faut surtout insister sur le fait que la Ligue identifie de nombreuses infections tuberculeuses latentes et primo-infections tuberculeuses qui recommandent habituellement l'instauration d'un traitement préventif par les médecins traitants.

Par ailleurs, les enquêtes épidémiologiques d'entourage (dans l'entourage d'un malade) peuvent, pour des motifs pratiques, être réalisées dans les locaux d'une collectivité. Nos équipes peuvent ainsi être amenées à se déplacer dans une école ou une entreprise. Ce dispositif demande une organisation stricte, une coordination et une collaboration étroite avec les collectivités concernées et nos partenaires institutionnels (Direction de la Santé, Ministères, Services de Médecine du Travail, etc.).

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

1.1.2. Dépistage et Prévention des maladies respiratoires

Cet autre volet d'activité du service s'effectue dans le même temps que les consultations TB. Les professionnels de santé des CMS sont particulièrement attentifs aux antécédents, aux conduites à risque et enfin aux conditions de vie de nos visiteurs. Tous les consultants font l'objet d'une attention particulière quant au dépistage et à la prévention des maladies respiratoires chroniques notamment liées au tabac ou à d'autres polluants.

A cet effet la Ligue travaille en partenariat avec les Services de Médecine du Travail. Dans le cadre du dépistage des maladies à caractère professionnel ou des pathologies chroniques respiratoires les médecins du travail, à l'occasion des visites systématiques ou d'un bilan d'embauche, font très régulièrement appel à la Ligue pour la réalisation d'examens radiographiques de "débrouillage" ou de dépistage. Ces examens sont motivés par l'inhalation potentielle de produits ou substances toxiques d'origine professionnelle, aggravée ou non par un tabagisme chronique.

Enfin, le service répond régulièrement aux demandes des médecins ou des clients dans le cadre du bilan de pathologies chroniques là encore souvent liées au tabac ou à la pollution domestique ou encore lors de la survenue de manifestations respiratoires à inventorier. Ces interventions s'adressent essentiellement à une population défavorisée qui bénéficie ainsi d'un acte gratuit de proximité.

Au terme de la consultation pour maladies respiratoires un diagnostic, confidentiel, est notifié. Ainsi les pathologies d'origine tuberculeuse et les affections non tuberculeuses sont différenciées et peuvent faire l'objet d'évaluations statistiques et épidémiologiques. (Se reporter au chapitre 1.4.).

1.2. Les données générales

1.2.1. Organisation des consultations pour maladies respiratoires

1.2.1.1. Sites et organisation

Chaque circonscription possède un site de consultations.

L'équipe médicale, constituée de secrétaires, d'infirmiers, d'assistant(e)s d'hygiène sociale, d'un infirmier gradué et de médecins, effectue gratuitement des tests tuberculiques, des radiographies thoraciques et prodiguent des conseils dans 3 Centres médico-sociaux à une fréquence variable.

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

Début 2006, les professionnels ont été regroupés au niveau national au sein d'une même équipe ce qui a permis une meilleure organisation des consultations sur les trois sites.

1.2.1.2. Déroulement des consultations

Les modalités et le déroulement de la consultation sont à peu près identiques au niveau de tous les sites.

Les secrétaires accueillent les consultants et remplissent les dossiers administratifs. Ensuite une assistante d'hygiène sociale ou un(e) infirmier(ère) prend en charge la partie paramédicale.

Si une radiographie est prescrite l'ATM de radiologie est sollicité. Il vérifie la présence d'une prescription médicale puis, en l'absence de toute contre-indication et sous le contrôle et la responsabilité du médecin, réalise le cliché thoracique.

Puis dans la majorité des cas le médecin pneumologue s'entretient avec le consultant, au besoin l'examine, interprète le cliché, formule un diagnostic, l'informe des résultats et le conseille pour les démarches ultérieures éventuelles à entreprendre.

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

1.2.2. **La population cible**

Au 1er janvier 2006 la population grand-ducale était estimée à 459.500 habitants, soit une augmentation de près de 1% par rapport à l'année précédente.

La proportion de résidents étrangers a progressé de 0,6% et représente actuellement près de 39,6% de la population totale. Il s'agit, dans la grande majorité des cas, de ressortissants de pays de l'U.E.

La plus forte communauté est portugaise et continue de progresser. Elle représente actuellement plus de 37,3% des étrangers résidant sur le territoire national et 14,75% de la population totale.

Il faut tenir compte de ces facteurs démographiques et migratoires dans l'évolution de l'activité et dans l'interprétation des résultats épidémiologiques. (Se reporter aux chapitres 1.3.1. et 1.4.).

1.3. **Activité des consultations pour TB et maladies respiratoires**

1.3.1. **Volume de l'activité nationale**

Au niveau national, les principaux indicateurs d'activité enregistrés en 2006 sont les suivants :

17823	consultants
764	séances de consultations assurées
5093	examens radiologiques réalisés
7772	tests tuberculitiques effectués
16059	rapports médicaux rédigés
20	déplacements en entreprise pour des séances de dépistage TB

Au cours de cet exercice 2006, l'activité dans ce domaine s'est maintenue à un niveau élevé.

1.3.2. **Evolution de l'activité nationale**

La nouvelle application informatique facilite le recueil des données. Mais cet outil demande encore à être affiné et amélioré car l'on constate pour certaines données quelques discordances par rapport aux années précédentes. C'est le cas notamment pour le nombre de consultants qui s'avère avoir été sous-évalué par le passé en raison d'un mode de calcul par extrapolation. Aussi, la comparaison de cet indicateur d'activité par rapport aux exercices précédents, utilisant l'ancienne mode de recueil des données, est aléatoire. Et l'on ne peut pas tirer de conclusions objectives sur l'évolution de la fréquentation nationale ou par site.

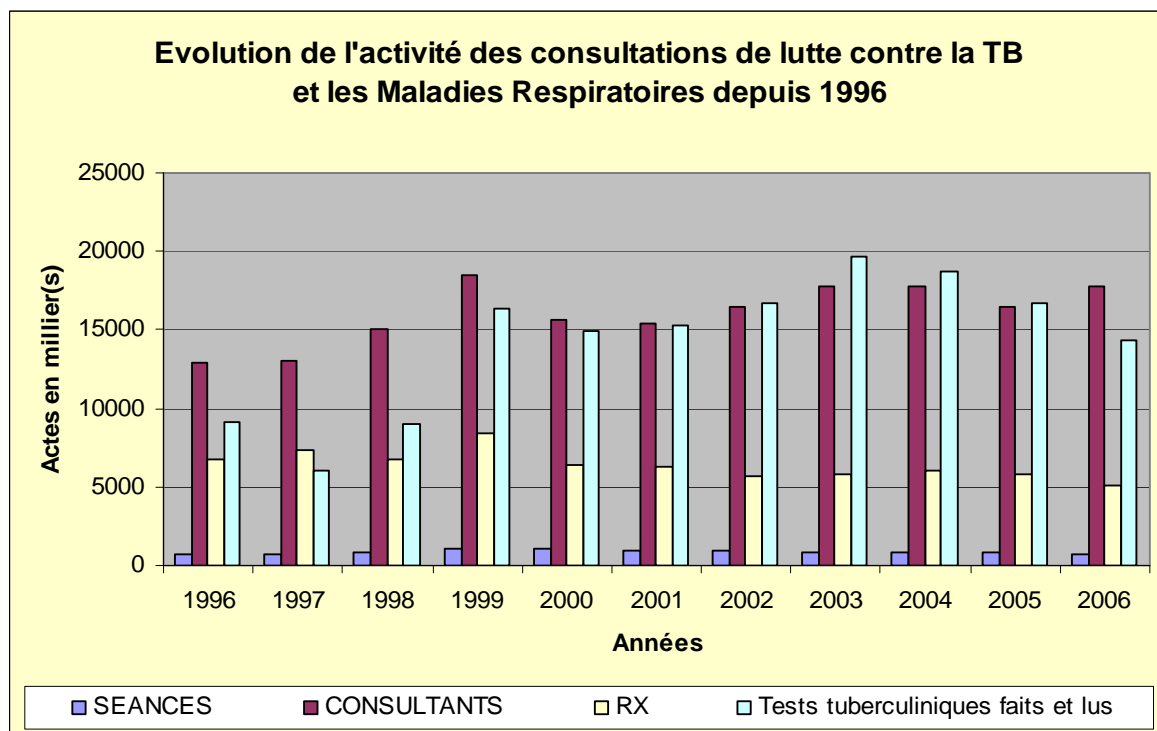
Par contre les autres données colligées sont globalement fiables.

Au plan national, **5093** examens radiologiques ont été pratiqués soit une baisse sensible de 12,85% par rapport à l'an dernier.

De même le personnel a effectué ou lu **14354 tests tuberculitiques** ce qui correspond à une régression de 14,24% par rapport à 2005.

Tout en prenant garde aux remarques citées au début de ce chapitre, le graphique présenté ci-

dessous rend compte de l'évolution des principaux critères d'activité enregistrés ces 10 dernières années.

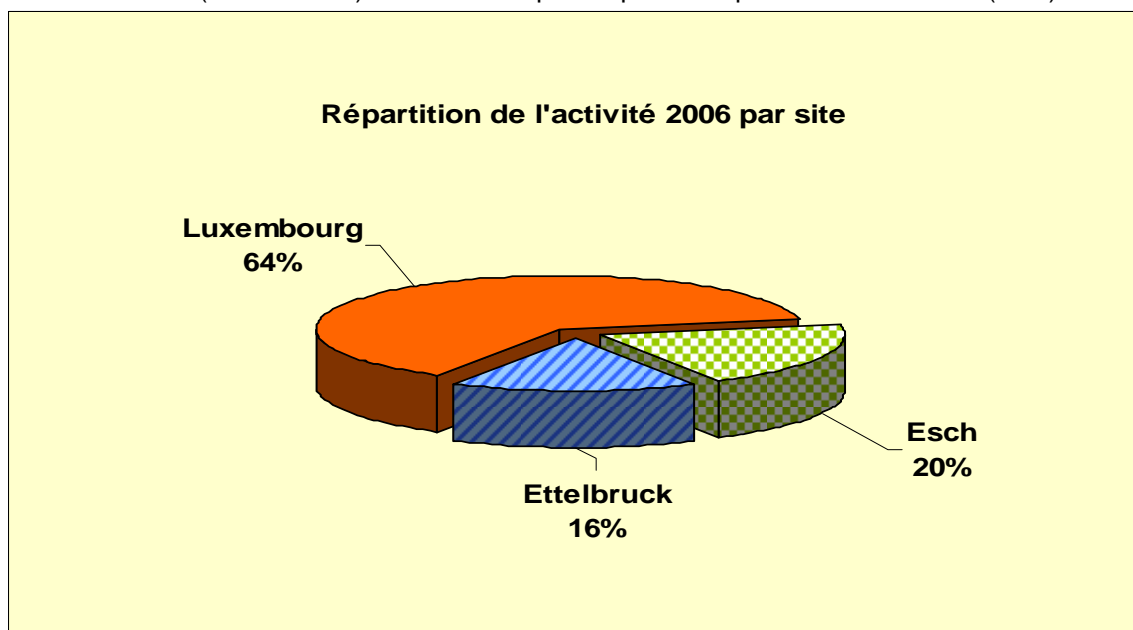


L'évolution démographique, les flux migratoires, la persistance des cas de TB sur le territoire national, la demande grandissante de nos correspondants institutionnels influent sur la fréquentation des centres et engendrent une activité globalement soutenue.

1.3.3. Répartition de l'activité

L'activité des 3 sites est évaluée en additionnant les principaux indicateurs d'activité (nombre de consultants, examens radiologiques réalisés, tests cutanés lus et effectués et rapports adressés aux médecins).

Ainsi, le CMS de Luxembourg-Ville réalise l'essentiel de l'activité nationale avec près de 64% de celle-ci. Le CMS d'Esch (20% du total) a une activité plus importante que celle d'Ettelbruck (16%).



Cependant cette somme d'indicateurs donne une évaluation incomplète de l'activité de cette prestation. En effet, il faut y ajouter toutes les tâches administratives, le suivi des dossiers, leur archivage, la gestion des convocations, les contacts divers avec les correspondants et la logistique que nécessitent les entourages TB. Et tout ce travail s'effectue essentiellement en dehors des consultations.

1.3.4. Evolution de l'activité par site

1.3.4.1. CMS d'Ettelbruck

Nous avons comptabilisé en 2006 pour le CMS d'Ettelbruck:

128	séances
2834	consultants
754	radiographies
1296	tests effectués
912	tests lus
2818	rapports rédigés
36	nouveaux cas d'infection tuberculeuse latente

Il y a trois consultations par semaine. Une infirmière et deux médecins les assurent avec l'aide d'un(e) voire deux secrétaires (selon les séances) qui participent aussi aux tâches annexes administratives.

La fréquentation dans ce site a faiblement régressé (-3,4%) ainsi que le nombre des tests tuberculiques effectués et lus (-5,4%). La baisse est plus importante pour les radiographies pratiquées avec - 15,9%.

Toutefois l'on constate que, pour ce site, le taux des lectures de tests tuberculiques effectués par nos professionnels n'est que de 70% alors que le taux moyen dans les deux autres est de 95%. Cette différence s'explique en partie par l'éloignement des consultants par rapport au CMS et à leur plus difficile mobilisation.

Mais l'augmentation des charges administratives a compensé l'activité globale à Ettelbruck (+3,5%).

1.3.4.2. CMS de Luxembourg

L'offre de consultations au CMS de Luxembourg est quotidienne (voir 1.2.1.1.) avec notamment 6 séances dédiées aux examens radiologiques. Il s'agit là d'un attrait primordial pour la clientèle.

Trois infirmiers(ères) ainsi que deux secrétaires tournent pour assurer les consultations aidés et supervisés par l'infirmier gradué et le médecin du jour.

Les données recueillies en 2006 pour Luxembourg sont les suivantes :

451	séances
11131	consultants
2938	radiographies
4904	tests effectués
4333	tests lus
10851	rapports rédigés

Compte tenu des remarques faites quant au recueil des données nous pouvons uniquement constater que le nombre de radiographies et de tests tuberculiques pratiqués ont respectivement chuté de 17,8% et de 16,1%. Malgré cela l'activité globale y reste importante.

1.3.4.3. CMS d'Esch / Alzette

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

De la même manière, l'activité à Esch en 2006 s'établit ainsi :

185	séances
3858	consultants
1401	radiographies
1572	tests effectués
1337	tests lus
2390	rapports rédigés
60	nouveaux cas d'infection tuberculeuse latente

Tous les indicateurs d'activité ci-dessus ont diversement diminué par rapport à l'an dernier.

L'indice d'activité régresse de 9,2% notamment en raison de la baisse de fréquentation (- 3,4%).

Néanmoins en raison de ressources moindres, détaillées précédemment, la charge de travail à Esch, pendant et en dehors des séances de consultations, est globalement lourde d'autant que beaucoup d'entourages TB proviennent de cette circonscription.

1.3.4.4. Conclusions

Du fait de la réorganisation du personnel au niveau national, la charge de travail s'est avérée mieux équilibrée.

1.4. Analyse et interprétation des résultats

Le nouveau système informatique ne nous a pas permis cette année d'extraire certaines données épidémiologiques et en particulier les nouveaux cas diagnostiqués. Il est donc impossible de publier des données concernant l'incidence de certains indicateurs ou de différentes pathologies. Nous ne mentionnerons donc ici que les données concernant la prévalence de critères et d'affections médicales c'est-à-dire leur nombre total enregistré (anciens et nouveaux cas) en 2006.

C'est ainsi que parmi les 5093 radiographies effectuées en 2006, près de **25% des clichés soit 1244 présentaient une anomalie.**

1.4.1. Affections non tuberculeuses

Parmi ces 1244 radiographies, l'on dénombre **731 anomalies radiologiques non en rapport avec une affection tuberculeuse** soit 14,3% des clichés réalisés et interprétés **dont 212 sont des situations** (4,2%) qui nécessitaient soit un contrôle soit un complément de bilan par l'intermédiaire du médecin traitant ou du médecin prescripteur.

1.4.2. Affections en rapport avec une tuberculose

Au cours de l'année 2006, nos services ont vu et répertorié **513 cas d'affection tuberculeuse à déclaration obligatoire** (toutes formes confondues) soit 10,1% de l'ensemble des radiographies effectuées.

Parmi celles-ci, la Ligue a contrôlé ou suivi **42 tuberculoses évolutives, potentiellement contagieuses**, et **471 tuberculoses séquellaires non évolutives**.

Il faut à nouveau insister sur le dépistage spécifique des infections tuberculeuses latentes réalisé exclusivement et spécifiquement par la Ligue qui vient compléter les cas de tuberculose active enregistrés par le ministère. (Se référer au chapitre 1.1.1.)

A ce propos, depuis quelques années, nous constatons une augmentation importante du nombre de primo-infections et d'infections tuberculeuses latentes diagnostiquées par la Ligue.

Ce constat est le résultat de trois facteurs principaux :

- L'accent mis sur le dépistage des infections tuberculeuses latentes conformément aux recommandations du Conseil Supérieur d'Hygiène et des institutions internationales.
- La réalisation rigoureuse des enquêtes épidémiologiques d'entourage TB et le dépistage de toutes les personnes ayant été en contact effectif avec le malade.
- Et enfin, lors de ces contacts TB et des dépistages, la recherche d'une éventuelle infection tuberculeuse récente ou latente par la réalisation systématique d'un test cutané tuberculinique.

Au Luxembourg la tuberculose n'est pas éradiquée mais son taux d'incidence y est relativement stable et faible (8 à 10 cas pour 100.000h. selon les années) par rapport à la moyenne de l'Europe de l'Ouest (environ 14 cas pour 100.000h.). En outre l'on constate une prédominance de tuberculoses dites « importées » comme dans bon nombre des pays d'Europe de l'Ouest.

1.5. Conclusion

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

Pour faire face à ces impératifs et répondre aux exigences de qualité, la Ligue a investi dans du matériel et des outils modernes et performants, réorganisé ses ressources et finalement renforcé ses compétences dans ce domaine.

Les résultats de la Ligue en matière de dépistage et de prévention de la TB et des maladies respiratoires témoignent de cette qualité accrue.

2. La Médecine Scolaire

L'autre champ d'action important qu'effectue la Ligue médico-sociale pour le compte de la plupart des communes du pays est la médecine scolaire (MS) dans les écoles primaires et préscolaires.

Cette prestation est réalisée conformément à loi du 2/12/1987.

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

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

2.1. Les Missions

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

2.1.1. Le volet médical

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

Les tests systématiques annuels (ts) ou évaluations biométriques, sont effectués par l'AHS ou l'infirmier(ère) 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, de 1ère et 6ème année primaire.

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

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

2.2. La population des enfants scolarisés

La Ligue conformément aux dispositions de la loi propose ses services en matière de médecine scolaire à **114** communes du territoire national.

Le nombre d'enfants scolarisés dans le cycle primaire et le nombre de classes varient d'une année scolaire à l'autre parallèlement aux évolutions démographiques et aux flux migratoires.

Pour l'année scolaire 2005 - 2006 l'effectif assujéti au volet médical s'élevait à **32278 élèves inscrits** (+ 0,75%), répartis dans **2074 classes**.

En bref

Pour les communes dans lesquelles la Ligue intervient, la croissance démographique de 0,75% pour l'année scolaire 2005-2006, avec 32278 élèves inscrits dans le primaire et préscolaire et 2074 classes, influe directement sur le volume d'activité très élevé de ce secteur.

Les professionnels de terrain remplissent leur mission de contrôle médical des élèves et réalisent d'année en année toujours plus d'examens médicaux obligatoires.

Au cours de l'année scolaire l'on a comptabilisé 30501 tests biométriques, 8182 examens médicaux systématiques et 11566 bilans de santé effectués.

Les difficultés croissantes pour assurer tous les examens prescrits par la loi réduisent les possibilités d'organiser des actions et programmes d'éducation et de promotion de la santé. On note une baisse de 26,7%, alors que ces disciplines représentent les modes d'intervention privilégiés et recommandés par les instances internationales et nationales pour la prévention des problèmes de santé publique.

2.3. L'activité du Service Médical 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 qui ont été énumérés précédemment (*ts*, *ems* ou *bs*).

Au cours de l'année scolaire 2005 - 2006 les données suivantes ont été comptabilisées. Leur évolution, par rapport à l'exercice précédent, est indiquée entre les parenthèses :

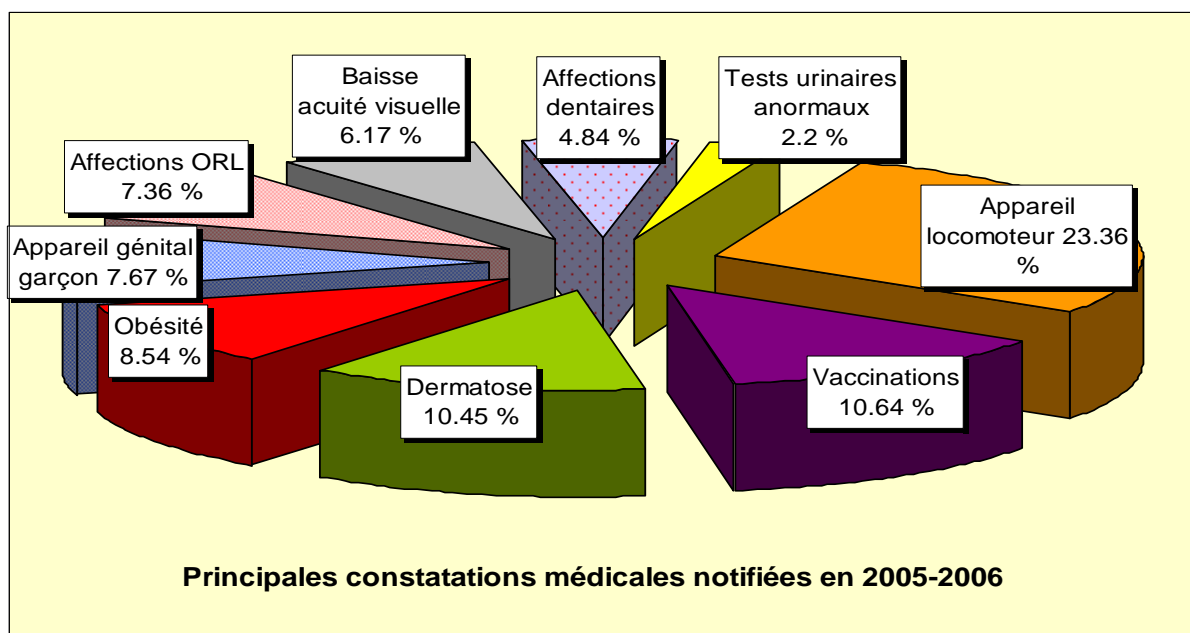
30501	tests systématiques (<i>ts</i>) annuels effectués	(+ 4,72%)
8182	examens médicaux systématiques (<i>ems</i>) effectués	(- 3,33%)
11566	bilans de santé (<i>bs</i>) effectués	(+ 3,82%)
29864	examens d'urine de dépistage ont été pratiqués	(+ 0,15%)
13354	avis médicaux ont été envoyés aux parents	(- 7,42%)

Le nombre des examens médicaux obligatoires est en augmentation (*ts* : + 4,72% ; *ems et bs* : + 0,73%) par rapport à l'exercice antérieur et ils occupent la majeure partie du temps des professionnels de terrain au détriment des interventions d'éducation pour la santé et de promotion de la santé.

Ces examens médicaux permettent de constater des anomalies médicales qui peuvent motiver l'envoi d'avis médicaux pour inviter les parents à consulter le médecin de leur choix. Ces avis médicaux sont en moyenne au nombre de 6,44 par classe examinée dont l'effectif moyen est de 15,57 élèves.

Au plan épidémiologique les constatations médicales les plus fréquentes concernent :

- l'appareil locomoteur (rachis, déformations plantaires, etc.) avec 23,36% des *ems + bs*,
- les recommandations vaccinales pour 10,64% des élèves examinés en *ts*,
- les dermatoses dont les pédiculoses avec 10,45% des *ems et bs*,
- l'obésité qui est signalée dans 8,54% des *ts*,
- les anomalies génitales du garçon (7,67% des garçons examinés)
- les affections ORL pour 7,36% des *ems + bs*,
- la baisse de l'acuité visuelle (6,17% des *ts*),
- les problèmes dentaires (caries et orthodontie) pour 4,84% des enfants examinés,
- enfin 2,2% des prélèvements urinaires révèlent une anomalie. Ceux-ci objectivent la présence d'albumine dans 0,9% des cas, de glucose dans 0,11% des cas et enfin de sang pour 1,2% de ces tests.



Mais, signalons toutefois qu'une anomalie constatée lors d'un examen ne fait pas systématiquement l'objet de la part du médecin scolaire d'un avis auprès des parents notamment si elle a déjà été notée à plusieurs reprises. Cela engendre un certain degré de sous-notification qui est particulièrement observé pour des « pathologies chroniques » telles que l'obésité, l'asthme ou les allergies.

2.3.2. Le volet social de la Médecine scolaire

2.3.2.1. Mission

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

L'art. 4 stipule que la « ...médecine scolaire a pour objet ... de collaborer aux tâches sociales en liaison étroite avec les commissions scolaires et les services spécialisés de l'Education nationale, tels que les services de guidance, les commissions médico-psycho-pédagogiques et les services de psychologie et d'orientation scolaire, en établissant **un bilan social** de l'élève en cas de besoin, en **assurant le suivi et en assistant**, le cas échéant, l'enfant afin qu'il puisse bénéficier effectivement des mesures proposées... »

Travaillant à l'intersection du milieu scolaire, du milieu familial, du monde médical et du domaine social, l'assistante sociale occupe une place charnière dans le dispositif médico-socio-scolaire et il lui revient de soutenir l'enfant dans sa famille, puis d'organiser, de suivre et d'assurer la continuité des aides nécessaires à un enfant en difficulté. De fait coordinatrice, voire case manager, elle est présente sur tout le **processus d'aide** et cela du diagnostic initial à l'évaluation des résultats. Son rôle inclut aussi la fonction de conseillère au sein de la commission médico-psycho-sociale, auprès du personnel enseignant ainsi qu'auprès des parents pour toutes sortes de problématiques sociales.

En bref
 Au sein du Service de Médecine Scolaire, l'assistante sociale est intervenue auprès de 1 038 (3%) enfants scolarisés pour un problème social.

Les problèmes, les plus importants rencontrés au début de la prise en charge chez les enfants sont: les problèmes comportementaux d'origine psychique ou sociale de l'enfant à l'école (agressivité e.a.), les problèmes du contexte familial en général et notamment les conflits au niveau des parents, l'absentéisme scolaire et la négligence.

Avec 678 nouvelles demandes, soit 65% de toutes les demandes, nous constatons la persistance d'un nombre important de nouvelles problématiques. 24% des enfants sont traités en collaboration avec l'équipe multidisciplinaire de la Commission médico-psycho-pédagogique (CMPP).

2.3.2.2. Objectifs

Après avoir décrit statistiquement en 2003-2004 (cf. rapport d'activité) les problématiques sociales à l'origine de l'intervention des assistantes (d'hygiène) sociales, l'objectif pour l'année 2005-2006

consistait à améliorer la méthode d'intervention dans les situations fréquentes où les parents ne collaborent pas, malgré une problématique avérée au niveau de leurs enfants.

2.3.2.3. Activité

En médecine scolaire, la nécessité de l'intervention d'une *assistante sociale* est liée à la présence effective d'un problème social.

Un problème est un problème social s'il s'agit soit d'un :

- problème de *statut* social des parents ou tuteurs (statut socio-économique, formation insuffisante, manques de ressources, pauvreté, exclusion...) soit d'un
- problème d'*interaction* sociale des parents et/ou de l'enfant (isolement, exclusion, conflits, exploitation, manque d'éducation ou de soins, difficultés d'accès aux ressources de la société/Etat *et notamment aux soins de santé et aux services d'aides médico-psycho-sociaux et pédagogiques*, discrimination, ...).*

2.3.2.4. Quelques chiffres

Sur une population toujours croissante de 33 632 élèves, 1 038 ont bénéficiés d'une ou plusieurs interventions sociales de la Ligue médico-sociale. Il s'agit aussi bien d'interventions courtes que d'interventions longues et difficiles dans des familles dont la situation sociale est connue ou non.

SMS-Social 2005/2006	Centre	Nord	Sud * : social / médical	Total social
Enfants inscrits	14 478	10 505	8 649 (7 295)	33 632
Classes	937	702	523 (438)	2 162

*Pour les communes de Rumelange et de Schifflange, la Ligue médico-sociale n'assure que le volet social de la prise en charge des enfants dans le cadre de la médecine scolaire.

SMS-Social 2005/2006	Centre	%	Nord	%	Sud * : social/ médical	%	Total social	%
Demandes de situations connues	194	42%	138	40%	28	12%	360	35%
Demandes nouvelles	271	58%	210	60%	197	78%	678	65%
Nombre total de demandes	465	100%	348	100%	225	100%	1038	100%

1 038 (3%) enfants scolarisés ont bénéficié du service social et nous constatons la persistance d'un nombre important de nouvelles demandes (678 soit 65% de toutes les demandes). Le tableau suivant montre que presque un quart (24%) des enfants sont traités par l'équipe multidisciplinaire de la Commission médico-psycho-pédagogique (CMPP) dont fait partie l'assistante sociale de l'équipe de médecine scolaire.

SMS-Social 2005/2006	Centre	%	Nord	%	Sud*	%	Total	%
Enfants pris en charge	465	100%	348	100%	225	100%	1038	100%
Enfants traités en CMPP	80	17%	66	19%	98	44%	244	24%

Les problèmes, les plus importants rencontrés au début de la prise en charge chez les enfants sont: les problèmes comportementaux d'origine psychique ou sociale de l'enfant à l'école (agressivité e.a.), les problèmes du contexte familial en général et notamment les conflits au niveau des parents, l'absentéisme scolaire et la négligence.

2.3.2.5. Conclusions

- Cette courte description du volet social de la médecine scolaire reflète la capacité de prise en charge de la Ligue qui est donc de l'ordre de 3%, c.à.d. d'un enfant par classe en moyenne. Ce chiffre ne doit pas induire en erreur quant au besoin réel de l'encadrement social en médecine

* GEISER Kaspar, Problem- und Ressourcenanalyse in der Sozialen Arbeit, Interact Luzern 2004

scolaire. Un court entretien avec l'un ou l'autre enseignant révélera selon la région une proportion beaucoup plus importante d'enfants à problèmes sociaux dans nos classes.

- Le travail social en médecine scolaire consiste malheureusement trop souvent à intervenir en situation de crise. Cela pour plusieurs raisons. Tout d'abord le recours à l'assistante sociale reste toujours stigmatisant. Puis, entre une offre d'aide accueillie favorablement par des parents collaborant et une mesure de protection octroyée par le juge à des parents non collaborant, il manque des possibilités d'intervention puisque l'absence de demande du côté des parents est très fréquente. Ce fait, étonnant de prime abord, devient compréhensible si on se remémore les problèmes cités ci-avant et rencontrés le plus fréquemment. La plupart de ces problèmes se développent suite à des fragilités du côté des parents. Sans demande parentale, beaucoup de situations relativement peu problématiques au départ dégradent donc sans qu'on puisse aider l'enfant et souvent à tel point que l'intervention judiciaire devient incontournable.
- Afin de remédier en partie à ce problème structurel, la Ligue a organisé une formation spécifique pour travailler avec des parents qui demandent peu d'aide ou pas du tout et cela malgré que leurs enfants souffrent. Il s'agit en effet de minimiser dans le travail social les possibilités de résistance de la part de la famille.
- Il serait souhaitable que l'école ou les communes puissent se doter dans le cadre de la nouvelle législation sur l'enseignement préscolaire et primaire d'un cadre administratif, contraignant le cas échéant, qui permette de réagir aux problèmes décrits. Le projet de loi sur l'obligation scolaire, prévoyant les moyens d'intervention en cas d'absentéisme scolaire, en fournit un exemple concret.

2.3.3. Activités de Promotion et d'Education pour la Santé dans le cadre de la MS

Les professionnels médico-socio-scolaires, au contact direct et régulier avec la communauté scolaire, représentent les acteurs de terrain indispensables à une politique d'E.P.S. cohérente et pérenne au sein des établissements scolaires.

2.3.3.1. Formation du personnel

La formation spécifique des professionnels de terrain est donc indispensable et continue. Elle est destinée à multiplier les interventions de la Ligue en E.P.S. auprès des élèves du primaire. L'objectif sous-jacent est aussi d'assurer des échanges participatifs au sein de la communauté scolaire afin de contribuer à long terme au bien-être des enfants.

Elle est supervisée par la « Cellule Education et Promotion de la Santé ». (Voir chapitre 4.1.1.).

Au cours de cette année scolaire les professionnels de terrain ont tous bénéficié d'une formation sur la PS proposée par le ministère et organisée en plusieurs groupes et sur plusieurs séances. La cellule PS a concouru à l'élaboration de ce programme spécifique.

Ils ont en outre été formés au nouvel atelier « sexualité ».

Parallèlement tous les thèmes de PS déjà traités ont été présentés et développés au personnel nouvellement engagé.

2.3.3.2. Bilan des interventions des professionnels

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

Au cours de cet exercice, le nombre d'interventions de PS effectuées dans le cadre de la MS s'est élevé à **310 actions** soit une baisse de plus d'un quart (26,7%) par rapport à l'année scolaire précédente. Toutefois signalons que, comme lors de l'exercice précédent, la répartition géographique s'est encore accrue puisque **56 communes** (+7,7%) du pays ont bénéficié d'intervention(s). La Ligue a ainsi effectué des activités de PS dans près de la moitié (49,12%) des communes dont elle a la charge. Enfin, seulement 3 séances d'information ont été réalisées à l'intention des parents contre 25 lors de l'année scolaire précédente.

Interventions de PS au niveau national	
Activités réalisées pour les élèves	310 (- 26,7 %)
Nombre de communes concernées <i>sur total de</i>	56 (+7,7%) 114
Séances réalisées pour les parents	3 (- 88%)

La répartition de l'activité et son évolution locale par rapport à l'exercice antérieur sont très contrastées comme l'indique le tableau ci-dessous.

Circonscription	Interventions pour les élèves <i>(chiffres 2004-2005)</i>	Demandes d'intervention non effectuées	Nombre de communes concernées <i>(chiffres 2004-2005)</i>
Centre	191 <i>(274)</i>	52	34 <i>(30)</i>
Nord	118 <i>(112)</i>	--	21 <i>(16)</i>
Sud	1 <i>(38)</i>	--	1 <i>(6)</i>
National	310 <i>(424)</i>	52	56 <i>(52)</i>

Dans le Centre l'activité est en baisse de 30,3% et 52 demandes n'ont pu être honorées.

Par contre dans le Nord l'on enregistre une légère augmentation de 5,36%.

Au Sud le volume des activités de PS est en chute libre et quasi inexistant (1 seule intervention PS).

Enfin, le nombre de communes bénéficiaires est en augmentation au Centre et au Nord.

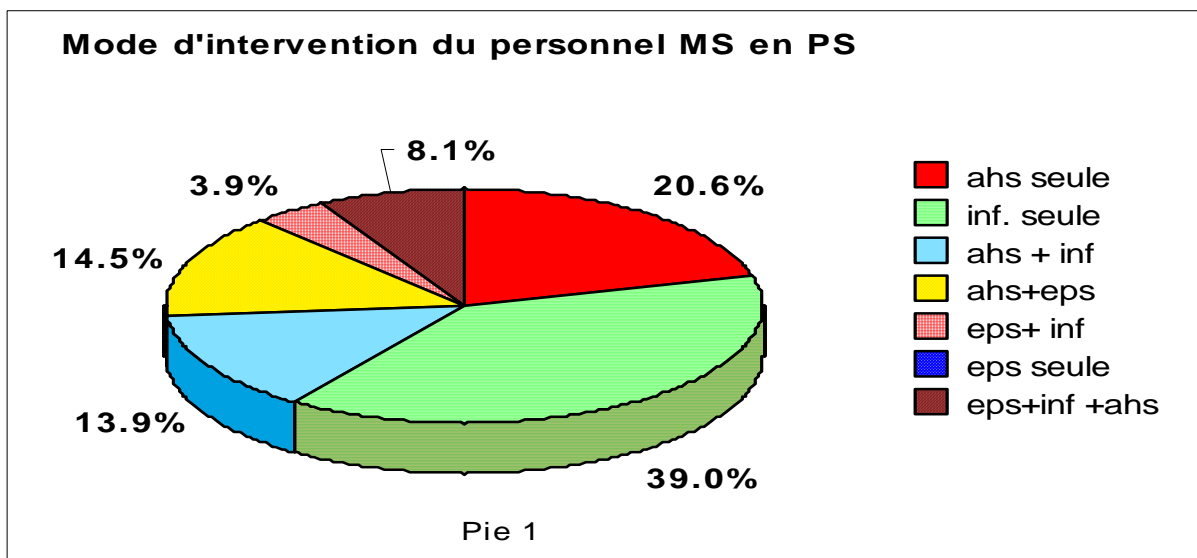
2.3.3.3. Modes d'intervention

Lors des ateliers, 73,5% des professionnels se passent de l'aide d'un référent de la cellule PS. Et près de 60% des interventions d'EPS sont effectuées par un seul professionnel. Enfin, les interventions à plusieurs intervenants ont augmenté de 3%.

Les infirmières sont plus impliquées dans des interventions d'EPS que les AHS avec respectivement 64,9% et 57,1% des réalisations.

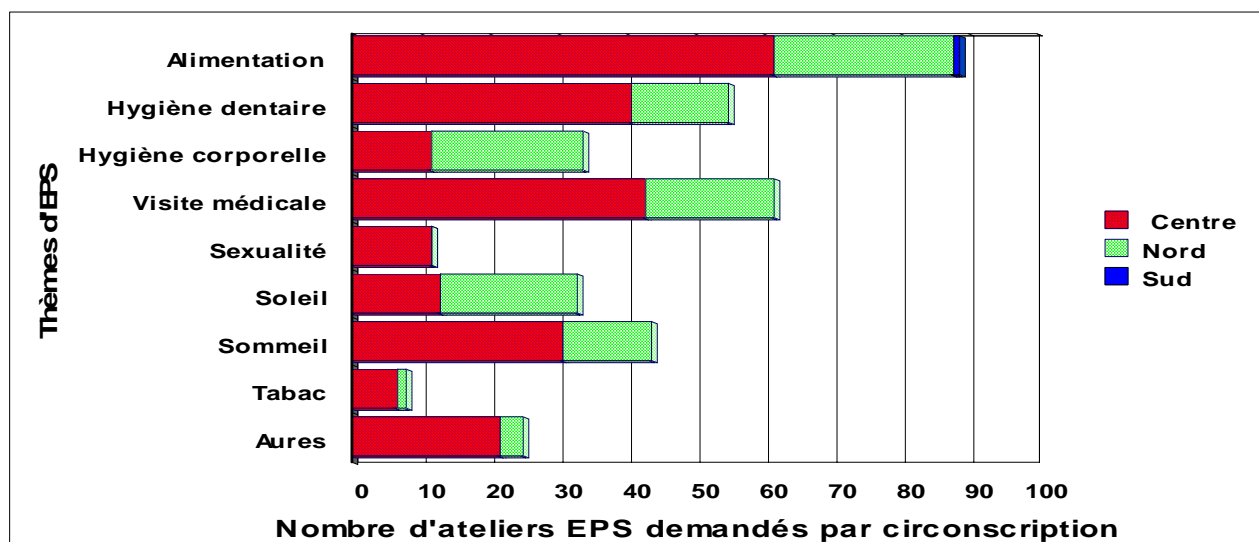
Les premières interviennent seules dans 39% des actions ou accompagnées dans 25,9% des cas et les secondes respectivement dans 20,6% et 36,5% des interventions.

Les résultats sont schématisés dans le graphique présenté ci-après.



La sexualité a été introduite dans le panel des thèmes proposés par les professionnels de terrain à la communauté scolaire portant leur nombre total à 8.

Comme par le passé les thèmes les plus demandés et traités, comme le montre le schéma sous-jacent, sont par ordre décroissant l'alimentation, la visite médicale, l'hygiène dentaire et corporelle et le sommeil.



- L'alimentation saine, est un thème prioritaire de santé publique. Apprendre aux enfants, dès le plus jeune âge, à avoir une alimentation saine est une action essentielle dans la lutte contre l'obésité.

- La présentation de la visite médicale aux jeunes enfants dédramatise cet examen, facilite le contact avec les enfants et les enseignants et favorise une meilleure approche de la médecine scolaire.

- L'hygiène corporelle est un thème très demandé notamment du fait de la problématique des poux qui demande de nombreuses interventions d'information et de prévention afin de dédramatiser le problème.

- Le sommeil est très apprécié par l'ensemble de la communauté scolaire (parents, élèves, enseignants, professionnels de santé et communes).

L'origine des demandes au cours de l'année scolaire 2005-2006 s'établit ainsi :

- 277 émanent de l'enseignant (76%)
- 63 sont à l'initiative du personnel médico-scolaire
- 13 des directeurs d'écoles privées
- 4 proviennent des parents d'élèves
- 2 de l'inspecteur
- 3 des communes

2.3.3.5. Réponses

Les interventions de PS ne sont pas faites systématiquement, mais en fonction des besoins des élèves, de l'équipe pédagogique, des parents, des communes ou des professionnels de santé, suite notamment aux examens médicaux. Cela demande un travail de présence, de collaboration et de partenariat qui aboutit à des échanges fructueux.

Par rapport à l'exercice antérieur seul l'atelier « soleil » a connu une progression des réalisations. L'on constate une nette diminution des ateliers « hygiène corporelle » et « visite médicale ». Dans le premier cas une explication pourrait être la meilleure gestion des poux par le personnel de terrain, grâce à la procédure mise en place, alors que dans le deuxième cas il pourrait s'agir d'une meilleure appréhension de la visite médicale suite aux interventions antérieures.

Mais globalement les réponses et réalisations d'ateliers ont diminué pour des raisons évidentes de manque de temps. Et l'absence de réponses aux demandes était jusqu'à cette année 2006 contenue.

Une évaluation des non-réponses a été effectuée dans le Centre (52 cas) qui étaye cette analyse. Pour les 243 demandes seulement 191 ateliers ont été réalisés soit un taux de réponse de 78%. Tous les ateliers sont concernés : 16 fois « hygiène dentaire », 11 « visite médicale », 9 « alimentation », 7 « soleil », 4 « sommeil », 3 « hygiène corporelle » et 2 « sexualité ».

Le manque de temps a été le motif primordial des non-réalisations dans 50 des 52 cas.

Si les réponses n'arrivent plus à suivre les demandes, il y a un grand risque que ces dernières se tarissent et que l'activité de PS diminue au sein des écoles primaires.

2.3.3.6. Analyse

Toutes ces activités de PS ont l'avantage de modifier l'image de l'équipe médico-scolaire auprès des élèves et d'établir un partenariat avec les enseignants voire la communauté scolaire en faveur du bien-être des enfants.

Elles s'inscrivent dans une démarche internationale et anticipent la future réforme de la médecine scolaire qui se propose de donner une part plus importante à la prévention et la promotion de la santé. Néanmoins, à la lumière des résultats exposés ci-dessus, pour réussir dans cette entreprise, il est impératif de s'en donner les moyens.

2.3.4. **Conclusions sur les activités du SMS et perspectives**

L'activité du SMS est considérable et comporte un aspect organisationnel et logistique (avec les médecins, les écoles et les communes) qui n'est pas comptabilisé dans les chiffres énumérés ici.

Ceci donne la mesure de la charge de travail en MS qui pose tous les ans de lourds problèmes de gestion des ressources.

Malgré de lourdes contraintes le service médical scolaire remplit chaque année les exigences en matière d'examens médicaux obligatoires dont la justification n'est pas toujours pertinente.

Il n'en va pas de même des interventions d'éducation pour la santé et de promotion de la santé qui sont entravées par le manque de temps bien que les demandes soient croissantes.

La nouvelle orientation prévue de la médecine scolaire, axée sur la prévention et la promotion de comportements plus sains pour la santé, conforte la Ligue dans sa démarche promotionnelle de la santé qu'elle a mise en place depuis plusieurs années et lui donne l'espoir de pouvoir y consacrer dans un avenir proche beaucoup plus de temps et de ressources.

3. Prévention de la Santé de l'Enfant

3.1. Les missions

Les objectifs de ce service sont le dépistage précoce des retards de développement, notamment psychomoteur, et des pathologies du jeune enfant ainsi que l'information et le conseil des parents pour tout ce qui concerne la santé, l'éducation et la promotion de la santé ou l'épanouissement social de leur(s) enfant(s).

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

3.2. Population de jeunes enfants de 0 à 4 ans

La population, estimée par la Statec, des enfants de 0 à 4 ans concernés par la prestation est en baisse de 1,1% par rapport à 2005 (et de 3,6% par rapport à 2002) avec un chiffre de **27378** individus en 2006.

3.3. Activités et évolution

Ce service comporte en fait 3 activités distinctes complémentaires.

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

Les consultations pour nourrissons et jeunes enfants (CN) sont organisées de longue date et s'effectuent dorénavant dans 28 sites du pays depuis l'ouverture en juin d'un centre à Troisvierges. Elles sont accessibles aux enfants de 0 à 4 ans et proposent des interventions préventives et promotionnelles de la santé adaptées à la petite enfance.

La fréquence des consultations varie en fonction de la démographie locale, de la localisation géographique, des besoins observés et de la fréquentation de ces sites. Les locaux affectés sont choisis en fonction des possibilités de la commune concernée ou de celles de la Ligue.

Enfin, remarquons les difficultés régulières à pourvoir certains sites de consultations en médecins.

L'activité de ces consultations 2006 est synthétisée dans le tableau ci-dessous

Circonscription	Nombre d'enfants examinés (évolution / 2005)	Nombre de nouveaux inscrits (évolution / 2005)	Nombre d'anciens consultants (évolution / 2005)	Moyenne par séance (évolution / 2005)
Centre	1861 (- 4,02%)	535 (+14,56%)	1326 (- 9,92%)	4,65 (- 2,9%)
Nord	1013 (- 2,69%)	200 (+12,99%)	813 (- 5,9%)	7,24 (+3 %)
Sud	1129 (+ 4,25%)	243 (- 13,21%)	886 (+ 10,34%)	7,73 (+ 7,8%)
National	4003 (- 1,48%)	978 (+ 5,84%)	3025 (- 3,63%)	5,84 (+ 1,39)

En bref

L'on constate une tendance vers l'embellie de cette prestation constituée de plusieurs niveaux d'intervention.

Concernant les « Consultations pour nourrissons » (CN) la baisse de fréquentation (-1,48%), avec 4003 consultations, a été faible en 2006 proche de la diminution démographique (- 1,1%).

Les « visites en maternité » (VM) à la maternité Grande Duchesse Charlotte de Luxembourg opérationnelles depuis 2003 et celles de St Louis à Ettelbruck depuis début 2006 sont bénéfiques et recrutent de nouveaux inscrits, dans les sites du Centre et du Nord, pour les CN dont l'effectif national est passé à 978 (+ 5,8%).

Néanmoins il reste encore à réfléchir sur les moyens de fidéliser les parents des enfants déjà inscrits (anciens clients) dont la fréquentation, 3025 en 2006, est en baisse (- 3,63%) constante.

Remarquons la baisse mineure de la fréquentation nationale des CN par rapport à 2005 (-1,48%) qui est légèrement supérieure à la régression démographique (1,1%).

La tendance est d'ailleurs, d'année en année, à la réduction de cette diminution de fréquentation qui pour une partie est obtenue par le nombre important de nouveaux inscrits, notamment au Centre et au Nord, qu'il paraît légitime d'attribuer aux visites en maternités (VM). (Voir chapitre 3.3.3.)

Cette évolution nous renforce dans l'idée d'encourager les mères à visiter régulièrement les CN jusqu'à ce que leurs enfants aient 4 ans, de diversifier nos prestations et de les développer particulièrement au Sud.

3.3.2. Les visites en maternité (VM)

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

Il faut mentionner dans ce domaine le début effectif de notre coopération avec l'Hôpital Saint Louis d'Ettelbruck depuis le premier trimestre 2006. Elle permet dorénavant à l'un de nos professionnels d'intervenir sur le même modèle que celui partiqué depuis 2003 à la maternité du CHL.

La collaboration avec le personnel soignant de cet établissement s'avère bonne.

En 2006, l'infirmière puéricultrice de la Ligue a rencontré **672 mères** au cours de ses **44 déplacements** à la maternité Grande Duchesse Charlotte du CHL. La fréquence est environ une fois par semaine et à chaque séance 15,27 mamans sont en moyenne visitées. Le nombre moins important d'entretiens effectués en 2006 (- 17,65%) s'explique mécaniquement par la baisse de fréquentation de cette maternité (restructuration régionale).

De même, **48 déplacements** ont été réalisés à la maternité de l'hôpital St Louis d'Ettelbruck mais le nombre d'entretiens effectués avec les mères n'a pas été répertorié.

3.3.3. Les visites à domicile (VD)

Actuellement ces visites ne sont proposées qu'aux parents d'enfants résidant dans la ville de Luxembourg. Elles sont effectuées par des infirmières de la Ligue suite à :

- une demande du personnel de la maternité (soignant ou travailleur social du CHL)
- une proposition de l'infirmière de la Ligue lors d'une visite en maternité (VM)
- une demande des parents à l'issue de l'information faite en maternité

Toute demande d'intervention à domicile fait l'objet d'une évaluation et le recours aux consultations sur site (CN) est toujours privilégié. Ainsi la visite à domicile (VD) ne s'effectue que si elle est impérative.

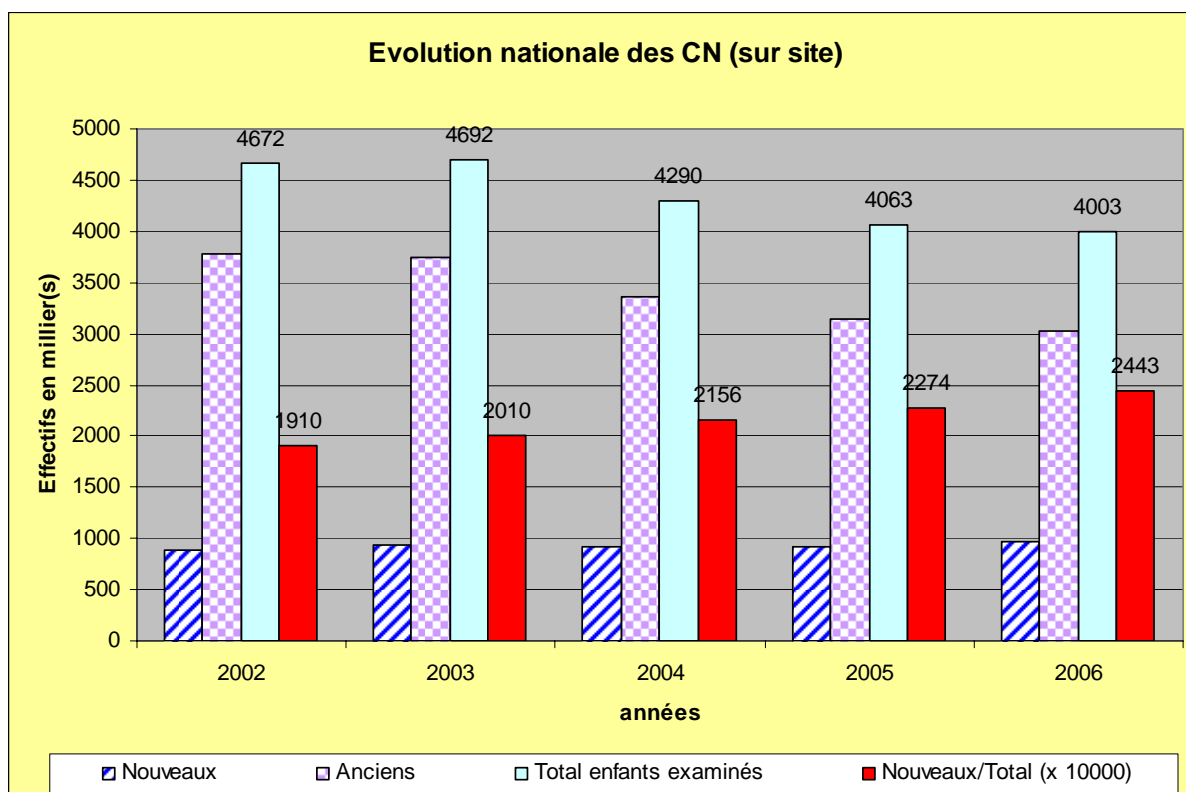
En 2006, le personnel a effectué 1 seule visite à domicile au profit d'un enfant.

Ce chiffre très faible est expliqué par le caractère très ciblé de cette intervention mais peut-être aussi par un ciblage insuffisant des bénéficiaires potentiels.

3.4. Bilan et perspectives

En 2006, le nombre total d'enfants examinés a, comme l'on vient de le voir, diminué légèrement plus que le niveau démographique. Cette baisse est à relativiser par l'augmentation continue depuis 2002 de la proportion des nouveaux inscrits par rapport à la fréquentation totale.

Néanmoins ce dernier constat ne masque pas le déficit chronique de fidélisation des mères qui tend toutefois à se réduire progressivement.



Ces résultats confirment le bénéfice apporté par notre action en maternité qui demande à être étendue aux autres maternités notamment du sud du pays.

De gros efforts de formation du personnel (allaitement, alimentation du nourrisson, etc.) ont déjà été entrepris ces dernières années pour mieux anticiper la demande des parents.

Et il faut à nouveau réfléchir à de nouveaux moyens pour fidéliser la clientèle.

La diversification des prestations proposées comme notamment le conseil spécialisé et la promotion de la santé et du bien être en faveur du nourrisson, du jeune enfant et de leurs parents en font partie.

4. Prévention, Education et Promotion de la Santé

Dans ce domaine des professionnels expérimentés, médecins, diététiciennes, psychologues, AHS et infirmière(s) spécialisée(s) répondent aux besoins des communautés et à de diverses demandes.

4.1. Dans le cadre de la MS (en faveur des élèves du primaire)

Pour plus de détails se reporter au chapitre 2.3.3.

4.1.1. Objectifs

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

La « Cellule Education et Promotion de la Santé », principalement vouée à la MS, s'emploie à répondre à ces objectifs. Elle s'occupe des aspects conceptuels et organisationnels et supervise la programmation des actions. Elle assure la formation du personnel médico-socio-scolaire afin qu'il puisse entreprendre des interventions de promotion de la santé auprès des élèves dont elle a la charge (voir 2.3.3.1.). Elle gère les outils et matériels et collabore avec les ministères de tutelle et les différents partenaires.

4.1.2. Modalités de fonctionnement

La structure E.P.S. est centralisée à Luxembourg et chaque circonscription possède son centre de référence de Promotion de la Santé. Ainsi chaque région dispose d'un site pour le stockage du matériel de référence et des outils pédagogiques (support papier, vidéo, films, etc.).

4.1.3. Interventions d'E.P.S. dans le cadre de la MS en 2005-2006

Tous les aspects de ces interventions sont développés dans le chapitre 2.3.3.

Enfin signalons que la Ligue a pris une part active à la distribution des sacs jaunes et à l'animation de celle-ci dans le cadre de l'action ministérielle sur l'hygiène alimentaire et l'activité physique.

4.2. Activités diverses de prévention et d'E.P.S. à visée communautaire

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

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

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

En bref

Comme cela avait été prévu, le plan national de lutte contre le tabagisme et la loi antitabac ont fortement augmenté l'activité des « Consultations pour fumeurs » sur tout le territoire. La fréquentation nationale est en augmentation de 40% avec 162 consultations prestées. A Luxembourg l'on enregistre 57 entretiens initiaux (+ 26,6%) et à Dudelange l'on en comptabilise 12 (+ 200%). La nouvelle consultation d'Ettelbruck, ouverte en mars enregistre des débuts très prometteurs avec 22 entretiens réalisés.

Les « consultations diététiques » ont connus une activité en légère baisse (4,07%) qui reste toutefois importante. Les diététiciennes ont pris en charge 325 enfants en surpoids importants au cours de 990 entretiens spécialisés et 37 adultes.

Enfin de nombreuses interventions de prévention et d'EPS ont été effectuées par des professionnels expérimentés dans des écoles, des lycées, des collectivités ou des communes sur des thèmes prioritaires de santé publique.

4.2.1. Consultations spécialisées

4.2.1.1. Les consultations pour fumeurs

Le tabagisme est un problème de santé publique majeur dans tous les pays développés. Fumer une cigarette est malheureusement un geste banal pour plus d'un tiers de la population féminine et de plus en plus précoce pour de nombreux adolescents.

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

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

Grâce aux efforts entrepris dans la lutte contre le tabagisme son incidence semble globalement amorcer un déclin même s'il reste extrêmement préoccupant chez les jeunes et les femmes.

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

Dans le cadre du plan national de lutte contre le tabagisme, la Ligue a ouvert en mars 2006 une nouvelle consultation d'aide au sevrage tabagique au CMS d'Ettelbruck portant ainsi à 3 le nombre de sites de consultations de ce type sur le territoire national au coté de ceux du CMS de Luxembourg-ville et de Dudelange.

Aussi, comme prévu en 2005, l'activité de cette intervention prioritaire de santé publique a fortement progressé en 2006.

En effet, au niveau national, le nombre de séances organisées a augmenté de 21% pour un accroissement de 40% du nombre de consultations (162). Celles-ci ont notamment quintuplé à Dudelange par rapport à 2005 et ont enregistré un début très significatif à Ettelbruck. Cette demande fortement accrue pose néanmoins des problèmes de ressource en personnel qualifié.

Voici le détail de l'activité sur les différents sites :

A Luxembourg-ville, 41 séances de consultations pour fumeurs se sont déroulées en 2006. Au total **114 consultations** ont été dispensées (+ 2,7%) réparties en 57 consultations initiales (+ 26,6%) et 57 suivis (- 13,6%) pour une moyenne de 2,78 consultants par séance.

A Dudelange, la fréquentation a augmenté par rapport à 2005 avec **26 consultations** dont 12 consultations initiales (+ 200%) pour une moyenne de 1,73 consultants par séance (15 séances).

A Ettelbruck, 13 séances ont été organisées depuis mars 2006 pour **22 consultations** dont 10 consultations initiales et une moyenne de 1,69 consultants par séance.

Citons par ailleurs que des experts de la Ligue ont participé tout au long de 2006 à différents réseaux et groupes de travail, sous l'égide du ministère de la santé et en collaboration avec d'autres partenaires, dans le cadre du plan national de lutte contre le tabac.

Il s'agit du «groupe de travail tabac» et de ses sous-groupes particuliers dont le réseau des "professionnels de santé et la lutte antitabac" ou le réseau "écoles sans tabac".

Enfin, notons que dans ce même cadre 7 professionnels de la Ligue ont participé aux 3 matinées de formation de tabacologie, organisées en automne par la Société Luxembourgeoise d'Oncologie, en vue de participer dans le futur aux différentes activités de lutte contre le tabagisme et de prévention.

4.2.1.2. Les consultations diététiques

Quatre diététiciennes proposent pour le compte de la Ligue et sur rendez-vous des consultations diététiques gratuites dans les CMS de Luxembourg, Dudelange, Ettelbruck, Echternach, Wiltz et Clervaux.

Elles sont presque essentiellement, pour 89,8% des consultations, destinées aux enfants obèses (plus de 20% de surcharge pondérale) repérés lors des contrôles médicaux scolaires.

L'entretien initial comporte une anamnèse alimentaire, la mesure du poids et de la taille et des plis cutanés (indice de surcharge graisseuse), le calcul du BMI, des propositions de régime à entreprendre, des informations et la fourniture de brochures diverses.
Par la suite, les visites de contrôles sont indispensables à l'évaluation de la perte de poids et au contrôle du régime diététique.

En 2006, l'ensemble des sites a enregistré une baisse de 4,07% des consultations d'enfants par rapport à 2005 (990 contre 1032). Parmi celles-ci 249 étaient des « premières fois » ce qui représente un quart de l'effectif mais une baisse de 13,5% par rapport à 2005.

Au total chacun des 325 enfants ayant fréquenté les sites de consultations en 2006 a été vu en moyenne 2,92 fois par une diététicienne.

Parmi ceux-ci l'on dénombre plus de 53,5% de filles et 46,5% de garçons.

Les classes d'âge les plus représentées sont celles des enfants âgés de 10 à 13 ans (45,56%) puis de 7 à 9 ans (34,56%).

Le surpoids constaté est majeur chez près de 2/3 des enfants (64,8%).

Par ailleurs 37 adultes ont fréquenté ces consultations spécialisées dont la majorité à Echternach (14) et Ettelbruck (11)

En outre, dans le cadre de l'EPS dans les écoles primaires, les diététiciennes ont animé une vingtaine d'ateliers à l'attention des élèves, effectué 5 conférences à l'attention de la communauté scolaire et des parents et participé à 2 journées de santé organisées par des communes.

De même les diététiciennes ont effectué de nombreuses actions du même ordre dans des établissements secondaires et des lycées (voir chapitre suivant 4.2.2.).

Enfin, elles participent à toute sorte d'intervention en faveur de l'information du public (conférences, brochures, fiches –conseils, conception ou amélioration d'outils, etc.).

Tout cela confirme que les besoins et demandent en la matière sont importantes et en augmentation.

4.2.2. Interventions ponctuelles, à la demande

La Ligue effectue des interventions ponctuelles d'information, de prévention ou d'éducation pour la santé notamment en matière d'hygiène de vie et de conduites à risque. Les thèmes les plus fréquemment abordés, en particulier auprès des jeunes ou des populations vulnérables, sont le tabac et la nutrition mais d'autres sujets peuvent être ponctuellement traités à la demande.

Pour 2006 citons les différentes actions suivantes :

- Parmi les interventions sur le tabagisme l'on peut énumérer :
 - plusieurs interventions en faveur des étudiants des LTPS de Warken
 - 1 conférence publique à Ettelbruck
 - 2 matinées « sevrage tabagique » pour les employés d'un établissement de santé
 - Présentation des résultats de « l'enquête nationale sur le tabagisme dans les établissements de santé » dans un centre de soins de Luxembourg.
- Actions effectuées par les diététiciennes dans les lycées en faveur d'une alimentation saine
 - 2 conférences à l'attention de la communauté lycéenne
 - 28 ateliers
 - 17 matinées « petits déjeuners équilibrés »
- Participation à la programmation de l'action nationale « sacs jaunes », initiée par le ministère, sur l'alimentation saine et l'activité physique dans les écoles primaires
- Participation dans une commune à 6 journées dans le cadre de « projet santé »
- Participation aux activités du projet pilote de la commune de Wiltz (« Fit Wooltz ») et de Roeser dans le cadre du programme européen « Gesunde Kinder in Gesunden Gemeinden » visant au développement d'activités physiques pour toute la population.

4.3. Formation des professionnels

Dans le domaine de la prévention, de l'éducation pour la santé ou de la promotion de la santé les concepts, les techniques et les approches notamment comportementales évoluent. La formation permanente est indispensable.

Ainsi, dans le cadre de la Médecine scolaire le personnel médico-social a bénéficié de nouvelles formations (chapitre 2.3.3.1. et 4.1.1.) afin de pouvoir intervenir dans les établissements scolaires sur des thèmes toujours plus nombreux et diversifiés.

En parallèle, la structure EPS veille à former ces nouveaux professionnels de terrain.

De même, le personnel médico-social a bénéficié en février 2006 de 2 journées de formation sur « l'entretien motivationnel » ciblé sur le tabagisme, mais applicable aux autres types de conduite à risque.

5. Information du public, travaux et représentation

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

Sur les ondes radiophoniques nationaux différents domaines sont régulièrement développés.

En 2006 des interventions sur les thèmes du tabagisme, de l'alimentation et des dangers du soleil ont été effectuées.

La Journée Mondiale sans Tabac du 31 mai 2006 avait choisi le thème « Le tabac : mortel sous toutes ses formes ». Ce fut l'occasion d'expliquer, par voie de presse écrite, à la population et notamment aux jeunes fumeurs que toutes les formes de consommation de tabac sont dangereuses pour la santé et potentiellement mortelles particulièrement depuis l'émergence de modes "exotiques" et attrayants.

A l'occasion de la journée mondiale contre la tuberculose, la Ligue a publié dans la presse un article invitant chaque individu à souscrire au slogan de cette action internationale « Agir pour la vie. Vers un monde sans tuberculose » et à intervenir avec les moyens dont il dispose pour lutter contre ce fléau.

La Ligue a participé, sous l'égide des ministères de tutelle, par l'intermédiaire de ses experts et avec d'autres partenaires à différents réseaux et groupes de travail dont certains ont déjà été mentionnés dans ce document.

Nous citerons particulièrement sa participation active aux groupes suivants :

- Le « groupe de travail tabac » et ses sous-groupes (voir chapitre 4.2.1.1.)
- Le « groupe de travail médecine scolaire » et ses différents sous-groupes qui demandent beaucoup d'assiduité, de réflexion et d'énergie. Il est chargé notamment de réfléchir à l'élaboration d'un projet de réforme de la médecine scolaire. Il met en place la formation en promotion de la santé du personnel de médecine scolaire au niveau national.
- Le groupe de travail « alimentation » dans le cadre du plan national d'action pour la promotion de l'alimentation saine et de l'activité physique.
- Le réseau "vivre le soleil- prévention primaire" pour la prévention des dangers du soleil.
- Le « Comité national de l'allaitement » où le représentant de la Ligue a assisté à 5 réunions cette année et, en marge de ce groupe, a participé à une conférence publique communale.

Ces échanges de réflexions sont particulièrement enrichissants et bénéfiques pour l'analyse et l'élaboration de projets ou de programmes à visée médico-sociale communautaire.

Participation en janvier 2006 au Congrès de Pneumologie de Langue Française qui permet à nos spécialistes de s'informer sur les nouvelles avancées de ce vaste domaine de la médecine.

Enfin en novembre 2006, la Ligue a participé au 37^e congrès mondial de l'Union (IUATLD) sur la santé pulmonaire. Des nouveautés sont attendues quant au dépistage de la TB depuis la mise au point d'un test sanguin (par interféron gamma) qui apparaît performant mais dont il faut encore préciser la place et les modalités d'utilisation dans les domaines du dépistage et de la prévention.

6. Conclusions générales

En parallèle de ses activités historiques et de ses prérogatives, la Ligue Médico-Sociale s'investit dans des programmes d'Education et de Promotion de la Santé, inspirée par l'OMS et les organisations internationales, destinés en particulier aux populations à risque, vulnérables ou défavorisées.

Cette nouvelle approche se doit de préserver les activités médico-sociales classiques de dépistage et de prévention de notre institution. Elle nécessite par ailleurs des ressources suffisantes, et requiert des adaptations constantes et des ajustements ou réorganisations au sein des services.

Ainsi le niveau global élevé d'activité des services médico-sociaux, la recherche de la qualité, l'exigence de réduire les risques et les dangers dans le domaine sanitaire et social et enfin les objectifs nationaux de santé publique supposent d'adapter sans cesse les moyens et les ressources.

RAPPORT SUR LES SERVICES SOCIAUX

1. Service d'Accompagnement Social

*On dit d'un fleuve emportant tout qu'il est violent,
mais on ne dit rien de la violence des rives qui l'enserrent.*

Bertold Brecht

1.1. Mission du service

L'Accompagnement Social consiste à apporter une **aide sociale à long terme et en milieu ouvert** à des personnes et familles présentant des **problématiques médico-psychosociales lourdes**. Le but est d'amener le client fragilisé à récupérer et à reprendre sa vie en main avant que sa déchéance sociale ne soit complète.

Catégories de clients : bénéficiaires RMG - enfants et jeunes en difficulté dans leur famille - parents dépassés par la prise en charge de leurs enfants - personnes surendettées - personnes placées sous tutelle ou curatelle - personnes dépendantes de substance psychotropes - personnes souffrant de troubles psychiques - personnes (âgées) dépendantes physiquement et/ou psychiquement.

L'accompagnement social consiste à encourager et soutenir le « client » et à prendre toutes les mesures nécessaires pour l'aider à restaurer son autonomie de vie, respectivement à stabiliser sa situation.

Parmi les moyens du service, on distingue : l'écoute et le conseil – l'analyse de la situation sociale - le dégagement de ressources (matérielles) pour et avec le client – la motivation - l'accès aux services et administrations – la coordination des aides - la guidance budgétaire ou la gestion du budget en cas d'incapacité du client, ...

Les principes éthiques de ce travail d'accompagnement comprennent : le respect du client, sa responsabilisation et la foi en ses compétences, l'autonomie du client, la discrétion dans l'intervention et l'observation du secret professionnel, l'aide et la solidarité.

L'accompagnement social complète les mesures d'intégration légales en les déclinant à la réalité sociale des bénéficiaires. A chaque type de problème rencontré (chômage, logement, handicap/maladie, (sur-)endettement, dépendances, ...) par les personnes démunies peut donc correspondre à la fois un "programme d'intégration" avec des conditions plus ou moins contraignantes (mesures complémentaires du RMG, location par l'intermédiaire d'une agence immobilière sociale, tutelle/curatelle, redressement de la situation financière dans le cadre de la loi sur le surendettement, protection de l'enfance, ...) et une forme spécifique d'accompagnement social, fournissant l'assistance nécessaire pour se conformer aux conditions imposées.

L'intérêt, en termes d'efficacité, de ce modèle réside notamment dans le fait que même si les mesures de réintégration cumulent (p.ex. famille surendettée avec des problèmes de protection de la

En bref
En 2006, le Service d'Accompagnement Social (SAS) a pu venir en aide à **2163 personnes, dont 921 enfants, dans 865 ménages (dossiers)**. Au 31.12.2006 nous comptons exactement **619 dossiers actifs**. Avec **156 mesures de gestion financière en cours au 31.12.2006** (soit 25% des dossiers actifs sans compter les mesures clôturées en 2006), le nombre de mesures de gestion financière (MGF) est resté stable.

*Susciter et maintenir la collaboration avec le client est la clé du succès en travail social. La **collaboration** est bonne ou plutôt bonne dans presque 2/3 des cas (62%) et dans plus de 2/3 des situations (69%), nous constatons un **gain d'autonomie** du côté du client. Ainsi, dans 59% des situations traitées, le **changement** peut être qualifié de positif.*

jeunesse), le travailleur social assurant l'accompagnement reste le même et peut contribuer à assurer la cohérence et la coordination des mesures d'intégration (fonction de **case manager**).

Pour professionnaliser les guidances dans les questions de gestion budgétaire en faveur des « clients », le service d'accompagnement social de la Ligue médico-sociale est appuyé depuis 2002 par une structure dédiée au volet financier et comptable, le **Service pour Mineurs et Majeurs protégés**.

1.2. Objectifs poursuivis en 2006

Suivant les expériences faites en 2005 (cf. entre autres les conclusions dans le dernier rapport d'activité), les efforts d'adaptation de la pratique professionnelle se sont orientés aux axes suivants:

1. Développement des méthodes et techniques spécifiques pour motiver le client à s'engager dans un projet de changement. En effet, un grand nombre de demandeurs contraints de consulter l'assistant social du Service d'Accompagnement Social sont peu enclin - trop fragilisés - à faire un effort propre pour changer leur situation, d'où le nombre important de dossiers clôturés avant 6 mois. Or, l'enquête par questionnaire (cf. plus loin) corrobore l'étude statistique de 2003 qui a montré une corrélation très nette entre la collaboration du client et l'évolution positive de sa situation sociale. Une explication succincte de l'approche du service dans ces situations compliquées est donnée plus bas.
2. Développement de la coordination et de la coopération avec d'autres services partenaires
3. Réflexions sur le développement d'un programme "Accompagnement social à la parentalité" en tant qu'intervention spécifique du Service d'Accompagnement Social dans le domaine de la protection de l'enfance.
4. Extension des moyens d'aide au client notamment dans le domaine du logement

1.3. L'activité du service en 2006

1.3.1. Activités relatives à l'assurance-qualité

Les actions suivantes ont été réalisées en 2006 afin d'atteindre les objectifs précités:

1. Poursuite de la formation longue offerte depuis 2005 à tout le personnel social de la Ligue médico-sociale. La **formation continue, intitulée "La relation d'aide, la relation d'aide sous contrainte et la compétence des bénéficiaires"**, est dispensée par M. Guy Hardy, formateur belge particulièrement compétent dans le domaine du travail social dans des contextes de contrainte. Des techniques efficaces ont été enseignées et sont actuellement utilisés au sein du Service d'Accompagnement Social.
2. La Ligue médico-sociale participe activement au groupe de travail interinstitutionnel "**Travail social concerté qualité de vie et solidarité**" fonctionnant depuis plus de deux ans à la demande de la Ville de Luxembourg. Les travaux de ce groupe, dont l'objectif général est l'amélioration de la qualité de la coopération interprofessionnelle et interinstitutionnelle, sont accompagnés scientifiquement par l'institut allemand FOGS GmbH. (Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich). Après une étude sur l'état actuel de la coopération réalisée par le FOGS, les institutions, qui font parti de ce réseau de collaboration, ont élaboré un document "**Richtlinien und Mindeststandards für die Zusammenarbeit**" et ces standards sont mises en pratique à l'heure actuelle pour une phase test de trois mois.
3. La réflexion sur **l'accompagnement social à la parentalité** a été entamée en 2006 dans différentes réunions. Des travaux écrits sont en cours de préparation. La deuxième phase de ce projet aboutira en 2007 à une collaboration plus intensive avec les instances judiciaires à ce sujet.
4. La collaboration de la Ligue médico-sociale au projet de création d'une **agence immobilière sociale** (AIS) a été intense au cours de l'année 2006. Le seul élément qui manque aujourd'hui à la réalisation du projet est une décision politique relative aux moyens à mettre à disposition de la nouvelle entité "Agence Immobilière Sociale". Afin de sensibiliser le grand public, le groupe de travail ad hoc a élaboré une "**Charte pour la promotion de l'accès au logement**" à laquelle on peut adhérer et qui soutient le projet de la création d'une AIS.

En rapport avec le 1^{er} et le 3e point, il échoit de donner quelques explications supplémentaires concernant la spécificité du **travail social sous contrainte** dans lequel le Service d'Accompagnement Social s'engage de plus en plus. Tout travail social vise l'amélioration de l'autonomie du client, sa capacité donc de gérer sa vie de manière autodéterminée à partir du moment où les conditions matérielles de son existence sont objectivement suffisantes, cela dans un contexte sociétal donné. Une des fonctions primaires du travail social consiste donc à rétablir des conditions de vie matérielles décentes (revenu, alimentation, logement, travail, accès aux soins, accès aux droits, ...). Toute aide à ce niveau comporte automatiquement le risque de déresponsabiliser la personne, d'hypothéquer ses capacités et ressources propres et d'augmenter par conséquent sa dépendance. Ainsi, tout en visant l'émancipation du client, le travail social *peut* produire le contraire. Conscient de ce paradoxe, les travailleurs sociaux s'efforcent d'adapter à chaque situation l'intensité de l'aide et celle de la responsabilisation (*Fördern und fordern*).

Il s'agit de créer une relation de travail, un contexte de coopération, qui rende le **client expert et acteur** de son propre projet de changement. Ceci est loin d'être aussi facile qu'on ne le croit communément et du côté de l'assistant social les difficultés se situent paradoxalement dans sa vocation, c.à.d. le désir d'aider, la tentation de faire à la place du client et surtout dans le fait de se sentir responsable de la résolution du problème (sentiment par ailleurs renforcé par les attentes de la société à l'adresse du travailleur social). Aider trop ou trop vite risque d'engendrer la **dépendance**. Tandis qu'aider sur un autre plan que celui demandé par le client risque d'engendrer la **résistance**.

Le recours aux ressources et capacités existantes au sein du système client est donc une condition préalable au **maintien de l'autonomie existante**, mais le travailleur social ne peut en rester là s'il veut diminuer la fréquentation des services d'aide, donc augmenter l'autonomie du client.

Or, les clients envoyés au Service d'Accompagnement Social, sans motivation de changement vers l'autonomie, sont une réalité quotidienne. Se pose alors la question, suggérée par l'expression « travail social sous contrainte », si l'on peut forcer un client à devenir plus autonome à partir du moment où il ne le demande pas. Outre le fait que c'est contraire aux valeurs du travail social, l'efficacité d'une contrainte directe sur une augmentation durable de l'autonomie du client tend vers zéro. Les études de la psychologie sociale démontrent en effet que la contrainte n'a d'effet sur le comportement que si le contraignant reste présent dans la situation. Or, cela est rarement le cas dans le cadre du travail social, bien que certains accompagnements sociaux, combinés à une mesure de tutelle ou de curatelle répondent à ce critère.

Le terme « travail social sous contrainte » doit donc signifier plus exactement la réalisation d'un accompagnement social dans un contexte de contrainte *extérieure à la relation assistant social-client*. C'est cette **constellation binominale entre un agent contraignant et un agent aidant qui permet d'atteindre les meilleurs résultats en termes de durabilité**. A partir du moment où cette « séparation des pouvoirs » (ou des mandats avec leurs obligations spécifiques) est réalisé, l'art professionnel réside dans la capacité de poser un diagnostic social précis afin de gérer la relation d'aide au-delà des moyens et techniques à mettre en œuvre dans le cadre de la méthode général de projet, utilisée au sein du Service d'Accompagnement Social.

A chaque étape du processus d'aide, l'assistant(e) social(e) est en effet amené(e) de repérer le type de relation existant entre lui et le client et de déjouer les « pièges » relationnels posés par le client (pour plus de précisions cf. G. Hardy, 2001 et L. Isebaert, 2005)^{*}. Il s'agit notamment de distinguer dans les difficultés énoncées par le client, celles qui sont de l'ordre d'une **limitation** (qu'on ne peut qu'accepter), une maladie p.ex., et celles qui sont de l'ordre d'un **problème** (que l'on peut résoudre) p.ex. un conflit avec le conjoint.

Afin de bien cibler l'intervention, il faut également distinguer entre :

- la relation non-engagée, lorsqu'il n'existe pas de réelle demande d'aide du côté du client. Exemple : Le client est envoyé par un autre service qui décrit des problèmes que lui-même il nie (ex. consommation régulière et excessive d'alcool).
- la relation de recherche, qui se caractérise par le fait que le client cherche bien de l'aide, mais qu'il n'est pas prêt à collaborer soi-même à la résolution de ses problèmes. Il cherche de l'aide, mais pas au bon endroit, c.à.d. chez soi-même. Il refuse de devenir actif, car il n'a pas

^{*} HARDY G., S'il te plaît, ne m'aide pas ! Érès-Éditions Jeunesse et droit, Paris 2001

ISEBAERT L., Kurzzeittherapie – ein praktisches Handbuch. Die gesundheitsorientierte kognitive Therapie, Thieme Verlag, Stuttgart 2005

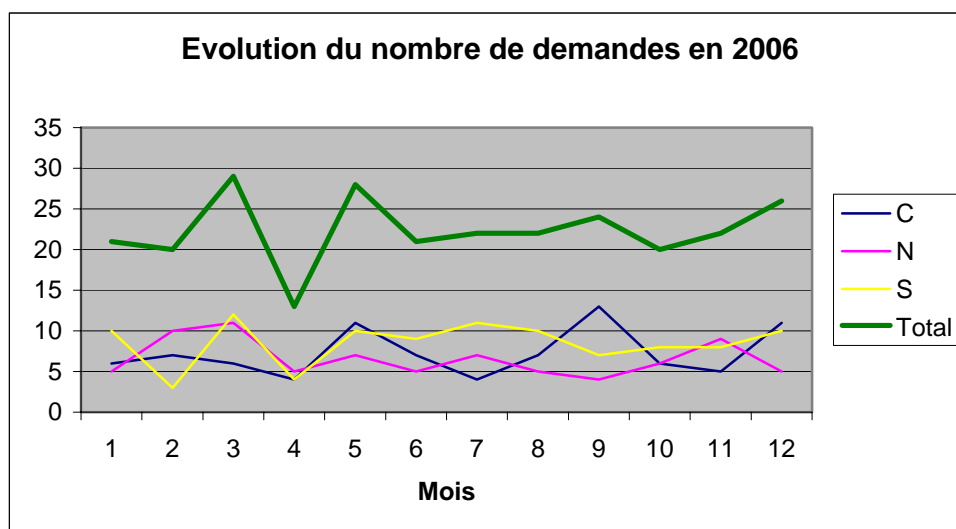
d'objectif clair devant les yeux (p.ex. pour les personnes à tendance dépressive), parce qu'il ne croit pas en ses capacités (ma dépendance est plus forte que moi), ou parce qu'il projette la cause de ses problèmes sur des tiers.

- la relation de consultance dans laquelle le client sait qu'il a les ressources pour changer, mais qu'il lui manque le savoir ou le savoir-faire
- la relation de co-expertise, qui respecte le client, motivé à changer, dans son rôle « *d'expert de sa situation en particulier* ». L'objectif de la relation d'aide consiste dans ce cas-ci à développer en coopération une stratégie de résolution des problèmes où l'assistant social prend le rôle « *d'expert de la problématique en générale* ».

Contrairement à la croyance commune, nous remarquons ici que **l'art du travail social revient à aider sans aider**. S'utilisant soi-même (sa personnalité), l'assistant(e) social(e) construit des occasions ou contextes dans lesquelles le client peut expérimenter sa « self-efficiency », pour apprendre à s'aider soi-même. Cette attitude est mieux connue par l'expression allemande : « Hilfe zur Selbsthilfe ».

1.3.2. **Activité clinique en chiffres**

En 2006, **269 demandes** ont été adressées au service. Ce nombre est quasi identique à celui de l'année 2006 et semble indiquer un ordre de grandeur adéquat pour assurer une fluidité suffisante dans les admissions. En effet en 2006, les listes d'attente ont été très restreintes dans les trois circonscriptions, exception faite pour les dossiers doublés d'une demande de gestion financière.



Graphique 1

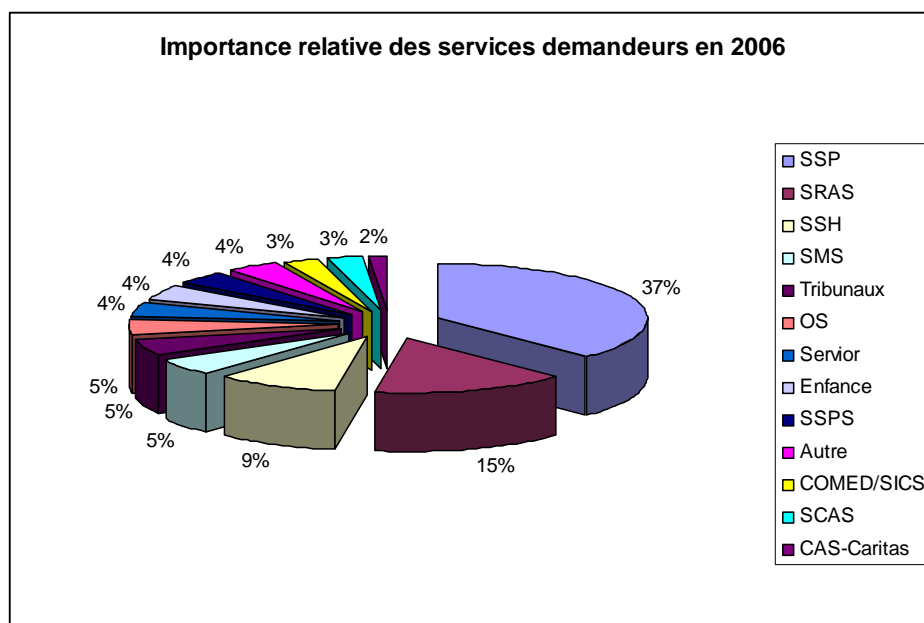
1736 demandes ont été introduites depuis la création du Service d'Accompagnement Social, il y a 5 ans. Sans compter le stock de dossiers de 2001, nous pouvons calculer une **moyenne d'environ 300 nouvelles demandes par an**.

DEMANDES D'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL	TOTAL
Demandes introduites en 2001 (4 mois)	275
Demandes introduites en 2002 (12 mois)	345
Demandes introduites en 2003 (12 mois)	246
Demandes introduites en 2004 (12 mois)	335
Demandes introduites en 2005 (12 mois)	266
Demandes introduites en 2006 (12 mois)	269
Total des demandes introduites	1736
dont réadmissions	175
Total des dossiers sociaux	1561
dont total dossiers clôturés au 31.12. 2006	942
dont total dossiers actifs au 31.12.2006	619

Tableau 1

En comparant le graphique 2 avec celui de l'année 2004, nous constatons des pourcentages relativement identiques, en ce qui concerne la quantité de demandes, pour le Service social de proximité (SSP : 37% en 2004), le Service régional d'action sociale (SRAS : 17% en 2004), le Service médical scolaire (SMS : 7% en 2004), pour ne citer que les plus importants.

Par contre, au cours des dernières années, certains demandeurs gagnent de l'importance par le biais des mesures de gestion financière réalisées par la Ligue : Servior et les tribunaux p.ex.. Le Centre d'Accueil et de Solidarité - Caritas est un nouveau demandeur qui recourt au Service d'Accompagnement Social dans le cadre de demandes de « domiciliation » de clients « sans-abri » auprès des centres médico-sociaux. Les services de l'enfance gagnent également de l'importance en tant que demandeurs d'un accompagnement social.



Graphique 2

Plus de 600 dossiers sont actifs en permanence tout au long de l'année et au 31.12.2006 nous comptons exactement **619 dossiers actifs**. Le nombre de dossiers traités en 2006 monte à 865. Ce chiffre se calcule en ajoutant au nombre de dossiers actifs au 31.12.2006 les dossiers clôturés au cours de l'année 2006 (= différence entre le total des dossiers clôturés au 31.12.06 et le total des dossiers clôturés au 31.12.2006). Retenons donc qu'en 2006, le service a pu venir en aide à **2163 personnes, dont 921 enfants, dans 865 ménages**.

La charge de travail reste ainsi considérable et sensiblement au-delà de l'optimum (cf. rapport 2004).

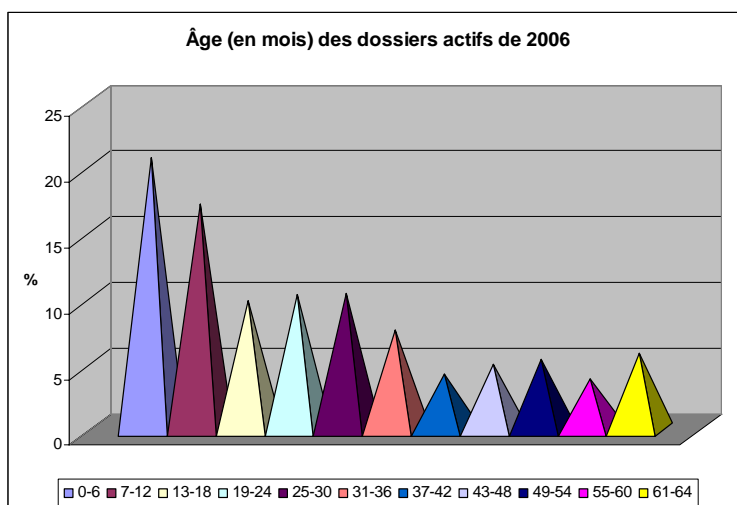
DOSSIERS	TOTAL dossiers clôturés depuis 2001	TOTAL Dossiers actifs au 31.12.2006
Total des dossiers sociaux	1561	
dont total des dossiers clôturés / actifs	942	619
Demandes volontaires (conventions):	887	517
dont sur base conventionnelle simple	398	172
dont art. 1 (protection de la jeunesse)	40	49
dont art. 16 (Loi RMG)	380	173
dont art.1 et art. 16	33	12
dont GFV total	36	111
dont GFV - en attente	/	22
dont GFV - Servior - en attente	/	16
dont GFV - refusées/retirées	3	/
dont GFV - convention	7	20
dont GFV - Art.16	17	30
dont GFV - Art.16 + Art.1	3	2
dont GFV - Art.1	/	1
dont GFV - Servior	6	20

Tableau 2

"Demandes" sous contrainte	55	102
dont demandes en attente	/	15
dont demandes refusées/retirées	20	4
dont art. 5 (Loi / surendettement)	12	19
dont art.14 (Loi / surendettement)	4	10
dont tutelle aux prestations sociales	2	0
dont sauvegarde de justice	2	0
dont curatelles	4	27
dont tutelles	11	27

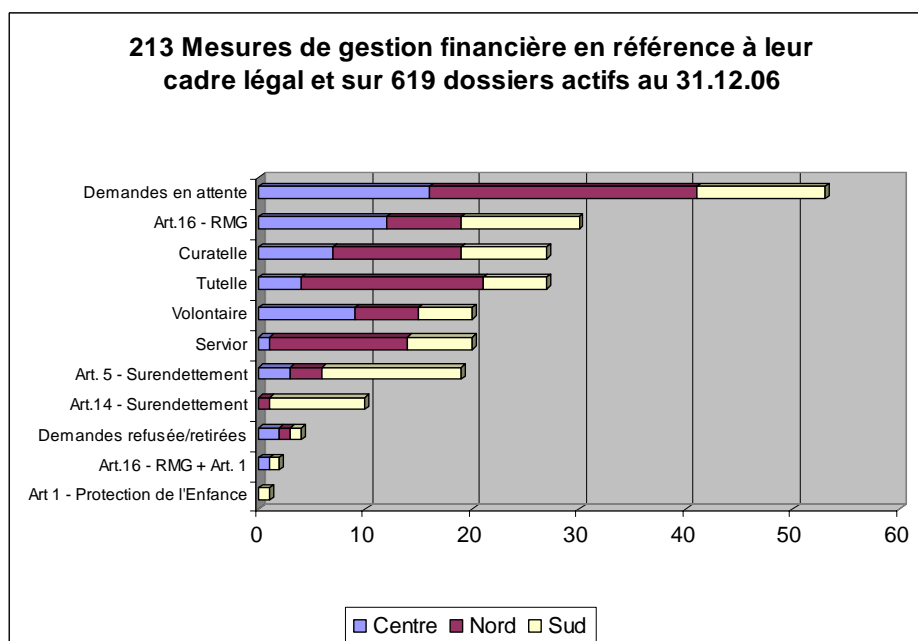
Tableau 2bis

Le graphique 3 ci-après souligne que le Service d'Accompagnement Social assure bien sa mission de prise en charge à long terme avec 24 % des dossiers dépassant 36 mois de prise en charge. 38% des dossiers compte moins que 12 mois et le même pourcentage se rapporte aux dossiers âgés de 1-3 ans.



Graphique 3

Le graphique 4 montre que le nombre de mesures de gestion financière (MGF) est resté stable avec 156 mesures en cours au 31.12.2006 (soit 25% des dossiers actifs sans compter les mesures clôturées en 2006). Par contre le nombre de demandes de GFV en attente (53) a considérablement augmenté en cours d'année et les besoins réels dans ce domaine excèdent encore de loin ce chiffre.



Graphique 4

Sur les 156 mesures en cours, 70 sont demandées par les clients eux-mêmes (Art.16-RMG, demande volontaire et Servior) et 86 sont imposées par des instances judiciaires ou administratives. Il faut souligner ici la qualité d'une "prévention secondaire" des gestions financières demandées volontairement. En effet, mise à part les demandes de la part de Servior, les gestions qui se font avec la coopération effective du client ont un effet éducatif et restaurent l'autonomie de ce dernier. En cela ces mesures sont susceptibles de sortir les personnes définitivement des dispositifs d'aide sociale et ont un effet durable manifeste.

1.3.3. Evaluation de l'efficacité du service

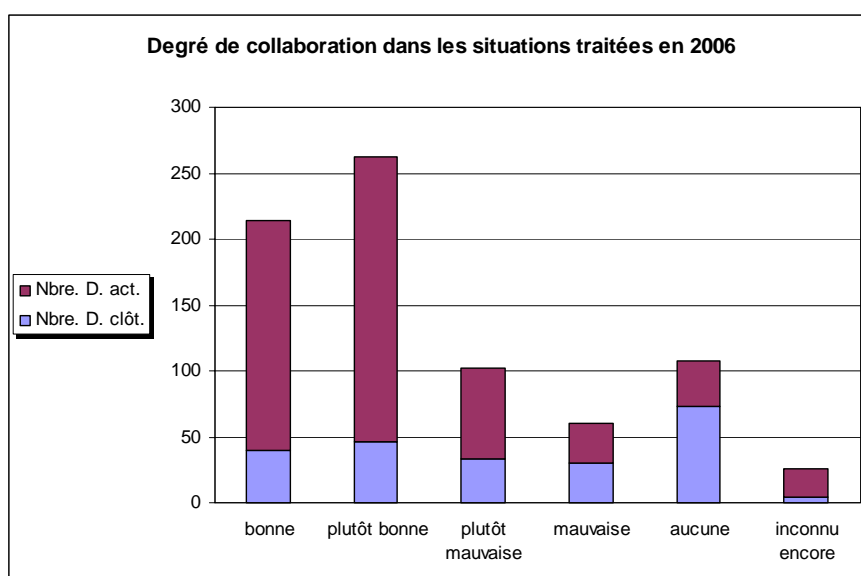
L'objectif des quelques indications ci-après n'est pas une évaluation *précise* de l'efficacité du Service d'Accompagnement Social. Cet exercice fastidieux nécessiterait la collecte d'un grand nombre de données d'où un investissement en temps trop important. Il est néanmoins intéressant de pouvoir se faire une idée sur le résultat de l'activité du Service d'Accompagnement Social en 2006.

Grâce à un questionnaire rempli sur les dossiers traités (N=772) par les agents du service, les affirmations suivantes, en relation avec la collaboration des clients, comme p.ex. leur gain en autonomie, les changements obtenus, sont possibles.

Nous avons montré dans le rapport d'activité 2005 qu'il existe une nette corrélation entre la motivation du client à contribuer à la résolution de ses problèmes et le changement positif de sa situation.

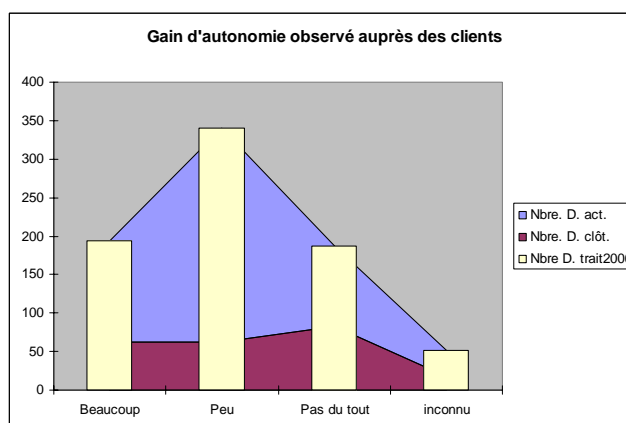
Le graphique 5 montre selon l'appréciation actuelle des assistants sociaux que **la collaboration est bonne ou plutôt bonne dans presque 2/3 des cas (62%)**. Susciter et maintenir cette collaboration est la clé du succès en travail social.

L'absence de toute collaboration est relativement importante avec 14%. Elle est surtout présente dans les dossiers où le service demandeur exerce une certaine pression sur les personnes pour les forcer à consulter ou dans les situations de curatelle et tutelle.



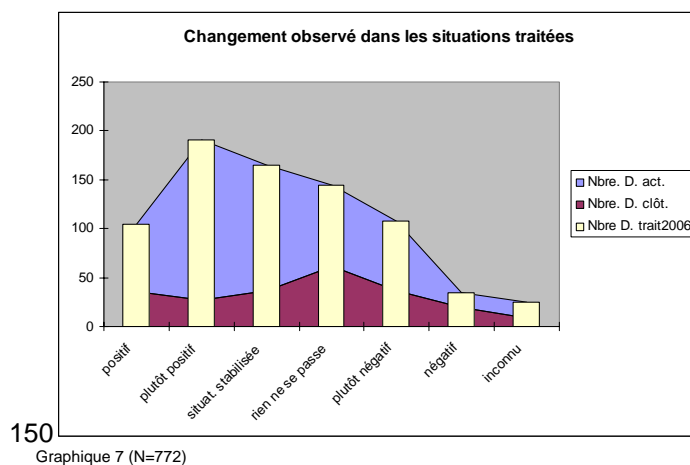
Graphique 5 (N=772)

Le graphique n°6 montre que **dans plus de 2/3 des situations (69%), nous constatons un gain d'autonomie**. Une autonomie importante même (beaucoup) est atteinte par le client dans 25% des situations.



Graphique 6 (N=772)

Dans 59% des situations traitées, le changement peut être qualifié de positif (y inclus la stabilisation). Un changement négatif (plutôt négatif et négatif) ne survient que dans 19% des situations.



Ces indications sont encourageantes, car elles soulignent clairement que l'intervention des assistant(e)s est vraiment efficace dans 2 situations sur trois. Ceci est appréciable si l'on considère que les moyens d'aide sont limités et que beaucoup de facteurs influençant l'efficacité d'une intervention sont hors de la portée de l'assistante sociale.

1.4. Conclusions et constatations

Après 5 ans d'existence, le **Service d'Accompagnement Social a accueilli 1561 clients ou familles différents (plus de 3 900 personnes)** pour développer avec eux un projet d'amélioration de leur situation sociale ou pour les aider à la maintenir en équilibre et d'éviter la dégradation. Les clients accueillis vivent des détresses multiples et lourdes, mais l'expérience, objectivée par les **statistiques des dernières années, montre l'utilité, la nécessité et l'efficacité de ce travail de longue haleine en milieu ouvert.**

A côté des facteurs défavorables dans le chef du client lui-même (santé physique et psychique notamment), les éléments extérieurs, qui influencent négativement leur situation sociale ainsi que les tentatives d'aide, se multiplient. Les conditions de travail, l'accès au logement et d'autres **phénomènes d'exclusion sociale s'aggravent** et rendent le travail au sein du Service d'Accompagnement Social de plus en plus difficile. La lourdeur des problèmes contraste avec le **manque de moyens d'intervention** dépassant la simple aide charitable.

Le "secteur socio-judiciaire" recourt actuellement de façon conséquente à cette offre spécifique d'un **accompagnement social doublé d'une gestion financière** (cf. liste d'attente). Les attentes et les **besoins du terrain sont grands en la matière** et il ne reste qu'à espérer que les pouvoirs publics reconnaîtront l'importance et l'urgence des moyens supplémentaires dédiés au Service d'Accompagnement Social.

2. Service Régional d'Action Sociale

2.1. Mission du service

La Ligue médico-sociale est gestionnaire d'un service régional d'action sociale (SRAS) chargé de l'exécution de l'article 10 de la loi du 29 avril 1999 portant création du droit au revenu minimum garanti (RMG). La loi distingue entre deux types de prestations financières: l'indemnité d'insertion, équivalente au taux du salaire social minimum et payée en contrepartie d'un travail fourni, ainsi que l'allocation complémentaire, réservée aux requérants âgés de plus de 60 ans, ainsi qu'à ceux qui ont moins de 60 ans, mais qui, par suite de maladie ou d'infirmité, ne sont pas en état de gagner leur vie dans les limites décentes.

Une équipe de travailleurs sociaux de la Ligue médico-sociale (13 postes plein-temps) assure dans 112 communes du pays l'intégration professionnelle des personnes bénéficiaires d'une indemnité d'insertion (exécution de l'art. 10 de la loi RMG). La Ligue médico-sociale gère plus que la moitié des postes SRAS pour tout le pays.

En bref
Au cours de l'année, le Service Régional d'Action Sociale (SRAS) revoit régulièrement et systématiquement la situation socioprofessionnelle des **4 233 bénéficiaires dispensés temporairement** de l'obligation de se soumettre aux mesures sociales complémentaires (travail, formation, stage). Cependant, le SRAS encadre surtout les **703 bénéficiaires non dispensés** qui doivent participer à une activité d'insertion et contribue à l'Art. 13(3) qui vise l'**accès au premier marché de l'emploi** des bénéficiaires du RMG. Cet article permet au Fonds National de Solidarité de participer à hauteur du salaire social minimum à la rémunération d'un bénéficiaire du RMG, engagé à durée indéterminée par un patron privé. Cette mesure a pu être réalisée avec succès dans **154 situations**.

Art. 10

(1) Les activités d'insertion professionnelle prennent la forme:

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

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

(3) La personne soumise aux mesures du paragraphe (1) ci-avant peut être autorisée à suivre des cours, des formations et des stages destinés à lui permettre d'acquérir une qualification professionnelle ou de la perfectionner. De même, elle peut être obligée, sur proposition du service du contrôle médical de la sécurité sociale, à participer à des cures, traitements ou autres mesures de réadaptation ou de réhabilitation destinés à rétablir ou améliorer son aptitude au travail.

(Loi du 8 juin 2004)

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

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

En 2006, les montants du revenu minimum garanti (allocation complémentaire) étaient les suivants:

Tableau 1 : Montant actuel du RMG

Communauté domestique		RMG brut	
		01/01/2006	01/12/2006
	Nb Indice	652,16	668,46
	premier adulte	1070,91	1097,68
	deuxième adulte	535,49	548,87
	adulte subséquent	306,38	314,04
	supplément pour enfant	97,43	99,87

Fichiers Snas au 31/12/2006

L'activité de l'année statistique 2006 des SRAS est recensée par le service national d'action sociale (SNAS) du Ministère de la Famille et de l'Intégration, organisme compétent pour l'organisation et l'exécution des mesures de la loi.

Le nombre de bénéficiaires d'une des prestations du RMG vivant dans une des communes desservies par la Ligue médico-sociale s'élève à 4 936 personnes réparties sur 2 337 ménages. Notons que le SRAS travaille en général avec une seule personne par ménage, celle qui doit se soumettre aux mesures d'insertion professionnelle. Pour les autres problèmes sociaux touchant un ou plusieurs membres de la communauté domestique, le Service d'Accompagnement Social de la Ligue médico-sociale intervient dans le cadre de l'Art. 16 de la loi RMG (droit à l'accompagnement social).

Art. 16.

Le bénéficiaire de l'indemnité d'insertion et la personne dispensée conformément à l'article 14 ont le droit de bénéficier, sur demande, d'un accompagnement social adapté à leur situation et à leurs besoins. Le service national d'action sociale veille à la réalisation de ce droit et coordonne, le cas échéant, les interventions des services prévus à l'article 38.

Cet accompagnement social, qui vise à favoriser l'insertion sociale du bénéficiaire et des membres de la communauté domestique dont il fait partie, consiste notamment, après l'établissement d'un diagnostic précis de la situation et des besoins d'aide du demandeur, à:

- conseiller le demandeur et lui proposer, dans le respect de son libre choix, les moyens les plus appropriés pour faire face à ses besoins et à l'orienter, le cas échéant, vers les services et les personnes qui peuvent lui assurer les aides préventives, palliatives et curatives que réclament sa situation et celle de la communauté domestique dont il fait partie;
- conseiller et orienter l'intéressé, tenu de remplir la condition de l'article 2 (1) d), vers les personnes et organismes dispensateurs de ces possibilités et, si besoin en est, l'aider à accomplir les formalités et démarches usuelles;
- informer, conseiller, orienter et guider le demandeur dans la gestion de son budget.

* Peut prétendre aux prestations de la présente loi, toute personne (d) prête à épuiser toutes les possibilités non encore utilisées dans la législation luxembourgeoise ou étrangère afin d'améliorer sa situation.

Tableau 2 : Répartition géographique des ménages

Région	Communautés domestiques	Membres		
		Femmes	Hommes	Total
Centre	1160	1176	1090	2266
Nord	696	813	764	1577
Sud	481	579	514	1093
Total	2337	2568	2368	4936

Fichiers Snas au 31/12/2006

Voici quelques caractéristiques de la population prise en charge par le SRAS de la Ligue. Comme les années passées, une nette prépondérance des ménages à une personne seule est constatée. En deuxième position, bien que nettement moins nombreuses, suivent les familles monoparentales.

Tableau 3: Composition des ménages

Composition des ménages	Attributaire		TOTAL	
	féminin	masculin	TOTAL	%
1 adulte sans enfant	503	696	1199	51,31
1 adulte avec 1 ou plusieurs enfants	548	48	596	25,50
2 adultes sans enfant	60	112	172	7,36
2 adultes avec 1 ou plusieurs enfants	105	235	340	14,55
3 adultes et plus sans enfant	7	5	12	0,51
3 adultes et plus avec enfants	2	6	8	0,34
Autres	4	6	10	0,43
Total	1229	1108	2337	100,00

Fichiers Snas au 31/12/2006

En complémentarité du tableau précédent, le tableau 4 renseigne notamment sur le fait que plus de 40% des ménages bénéficiaires du RMG ont 1 ou plusieurs enfants tandis que 59,39% n'en ont pas.

Tableau 4: Répartition des ménages suivant le nombre d'enfants

Nombre d'enfants	Nombre	%
sans enfant	1388	59,39
1 enfant	371	15,88
2 enfants	310	13,26
3 enfants	170	7,27
4 enfants	67	2,87
5 enfants et plus	26	1,11
Autres	5	0,21
Total	2337	100,00

Fichiers Snas au 31/12/2005

Parmi les bénéficiaires RMG, nous constatons une légère prédominance du sexe féminin: 52,03% de femmes contre 47,97 d'hommes. Le tableau reste néanmoins assez équilibré à travers les différentes tranches d'âge.

Tableau 5: Répartition des bénéficiaires en fonction de l'âge et du sexe:

Âge	FEMMES		HOMMES		TOTAL	%
<18 ans	726	14,71	811	16,43	1537	31,14
18-24 ans	210	4,25	197	3,99	407	8,25
25-29 ans	160	3,24	118	2,39	278	5,63
30-34 ans	206	4,17	160	3,24	366	7,41
35-39 ans	262	5,31	192	3,89	454	9,20
40-44 ans	315	6,38	247	5,00	562	11,39
45-49 ans	207	4,19	210	4,25	417	8,45
50-54 ans	209	4,23	188	3,81	397	8,04
55-59 ans	157	3,18	151	3,06	308	6,24
>=60 ans	116	2,35	94	1,90	210	4,25
TOTAUX	2568	52,03	2368	47,97	4936	100,00

Fichiers Snas au 31/12/2006

Parmi les bénéficiaires du RMG soumis à l'article 10, il existe la catégorie des *personnes faisant partie de ménages dispensés temporairement ou même définitivement* de l'obligation de travailler, comme par exemple le groupe des mineurs, des personnes âgées de plus de 60 ans, ou des mères avec charge d'enfant. La situation socioprofessionnelle des *bénéficiaires dispensés temporairement* est revue régulièrement et systématiquement. Ce groupe constitue pour une part variable, à côté des non-dispensés, la clientèle du Service Régional d'Action Sociale.

Les *bénéficiaires non dispensés* (703 personnes) constituent la clientèle principale des Services Régional d'Action Sociale. Parmi ces derniers, on peut encore distinguer ceux qui participent réellement à une activité d'insertion (633) et ceux qui ne le font pas, c.à.d. ceux pour lesquels les SRAS sont en train de rechercher un travail adéquat (70).

Les chiffres suivants (tableau 6) donnent un aperçu sommaire sur le nombre de personnes prises en charge en fonction de leur statut RMG.

2.2. L'activité du service en 2006

Tableau 6 : Différenciation des types de bénéficiaires

Région	Postes SRAS	Bénéficiaires temporairement dispensés	Bénéficiaires non-dispensés	Bénéficiaires avec activité d'insertion	Bénéficiaires sans activité d'insertion
Centre	6	1912	354	318	36
Nord	4,5	1347	230	212	18
Sud	2,5	974	119	103	16
Total	13	4233	703	633	70

Fichiers Snas au 31/12/2006

Le tableau 7 précise un volet important du travail réalisé au sein des SRAS en 2006. Les activités d'insertion, organisées par le SNAS, ensemble avec les SRAS de la Ligue médico-sociale, ont été les suivantes:

Tableau 7: Total des mesures réalisées en 2006

Région	Postes SRAS	Total des activités d'insertion réalisées en 2006*
Centre	6	289
Nord	4,5	178
Sud	2,5	89
Total	13	556

Fichiers Snas au 31/12/2006

Distinguons finalement parmi les différentes mesures prévues par la loi et proposées aux bénéficiaires du RMG, notons:

- une baisse des ATIs (Attestations temporaires indemnisées, donc des mesures exécutées par des personnes, auxquelles les SRAS ont su proposer un travail adéquat et en rapport avec leurs compétences) de 472 en 2005 à 362 activités pour l'année passée.
- une hausse des contrats subsidiés (Art.13.3) de 129 en 2005 à 154 en 2006
- une relative constance des autres items

Tableau 8: Mesures en cours

Mesures en cours au 31/12/2006	FEMMES		HOMMES		TOTAL	
Activités de formation	2	0,32	0	0,00	2	0,32
Préparation et recherche assistée	5	0,79	11	1,74	16	2,53
Affectations temporaires indemnisées	162	25,59	200	31,60	362	57,19
Stages en entreprise	43	6,79	56	8,85	99	15,64
Contrats subsidiés (Art.13.3)	83	13,11	71	11,22	154	24,33
TOTAUX	295	46,60	338	53,40	633	100,00

Fichiers Snas au 31/12/2006

* Activités qui ont débuté au cours de l'année 2006

L'Art. 13(3) est libellé comme suit

« Si une entreprise du secteur privé ou un organisme visé au premier alinéa qui précède, fonctionnant sous le droit privé, engage un bénéficiaire de l'indemnité d'insertion moyennant un contrat de travail à durée déterminée ou à durée indéterminée, le fonds national de solidarité, sur déclaration certifiée sincère et exacte par le service national d'action sociale, peut participer aux frais de personnel occasionnés par cet engagement. Cette participation ne peut pas dépasser le produit du salaire social minimum brut pour un travailleur non qualifié âgé de dix-huit ans, augmenté de la part patronale et multiplié par le nombre de mois que dure l'engagement à durée déterminée ou à durée indéterminée, sans toutefois dépasser le nombre de trente-six mois en ce qui concerne le contrat de travail à durée indéterminée. Cette durée est portée à quarante-deux mois si l'engagement concerne un bénéficiaire de l'indemnité d'insertion du sexe sous-représenté dans le secteur d'activité en question et/ou dans une profession déterminée. »

Cette disposition, qui vise **l'accès au premier marché de l'emploi**, a pu être réalisée avec succès dans 154 situations.

Les durées moyennes des activités en cours sont restées plus ou moins stables:

Tableau 9 : Durée moyenne des activités en cours

Durée moyenne des activités en cours	Mois
Activités de formation	20,8
Préparation et recherche assistée	2,63
Affectations temporaires indemnisées	31,03
Stages en entreprise	4,43
Contrats subsidiés (Art.13.3)	10,39

Fichiers Snas au 31/12/2006

La durée moyenne des affectations temporaires indemnisées (ATI) est passée de 16 mois (en 2000), 19,7 mois (en 2001), 22,80 mois (en 2002) à 26,8 mois en 2003 (tendance croissante jusque là), puis à 24 mois en 2004 pour rebondir en 2005 à 30,21 mois et s'accroître en 2006 à 31,03 mois.

2.3. En guise de conclusion

Entre 1995 et 2005, le pourcentage des bénéficiaires du RMG par rapport à la population totale est passée de 2% à 3%, soit en nombres absolus de 8 012 à 13 875. « La hausse importante des bénéficiaires du RMG, particulièrement depuis 2000, peut être mise en relation avec la hausse du taux de chômage qui est passée de 2,3% en 2000 à 5,1% en 2004 et 4,5% en 2005.*

Les chiffres nationaux du SNAS pour 2006 ne sont pas encore disponibles de sorte qu'à l'heure actuelle, l'activité de la Ligue ne peut être comparée au contexte national.

En mettant le RMG en relation avec le risque de pauvreté monétaire, on peut affirmer à l'instar des années précédentes, le RMG est **inférieur au seuil de risque de pauvreté**, qui pour 2005 est de 13% de la population totale. Les groupes les plus fragilisés sont les familles monoparentales et les familles avec 3 enfants ou plus.

Rappelons dans ce contexte l'importance des mesures d'insertion chiffrées ci-dessus qui permettent de toucher un montant équivalent au salaire social minimum et des dispositions comme l'allocation au loyer de 123 € pour les bénéficiaires RMG et celles de l'Art. 41 de la loi RMG, libellé comme suit :

« l'office [social] est tenu, pour les personnes dont les ressources sont insuffisantes et qui ne bénéficient pas d'une protection correspondante de la sécurité sociale:

- de prendre en charge les risques de maladie, d'un handicap ou de sénescence y compris l'aide médicale et l'hospitalisation;
- de participer aux frais d'entretien des personnes placées en institutions publiques ou privées.... »

* Source : Frédéric Berger CEPS/Instead 2007

RAPPORT SUR LES SERVICES DE CONSEIL

1. *Service d'Information et de Conseil en matière de Surendettement*

1.1. INTRODUCTION

En cette 14^{ième} année de son existence, le nombre de demandes de conseil adressées au service s'est élevé à 253 demandes.

Depuis sa création en 1993, 3.701 demandes de conseil ont été adressées au service dont 2.657 personnes sont venues en consultation.

Rien que pour l'année 2006, le service a pu enregistrer 253 nouvelles demandes de conseil dont 170 personnes se sont effectivement présentées au 1^{ier} rendez-vous.

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

Au niveau des plans judiciaires, 3 audiences ont été fixées par le tribunal de paix de Luxembourg.

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

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

La campagne déjà classique incitant le grand public à être prudent lors de l'achat à crédit d'une voiture neuve ou d'occasion a été réitérée à l'occasion du « Salon de l'automobile 2006 » au début de l'année.

En collaboration avec l'asbl Inter-Actions, le service a participé à la campagne de prévention intitulée « Consommer = décider » lancée par le Ministère de la Famille et de l'Intégration.

Au niveau international, le service a maintenu un échange d'informations régulier avec les membres du Consumer Debt Net, ainsi qu'avec les organisations similaires situées à l'étranger. De plus, le service a participé activement à deux conférences internationales, l'une tenue à Warsovie avec comme thème « Better access to adequate financial services for people experiencing poverty and social exclusion » et l'autre tenue à Malte avec comme thème « Promoting consumer interests ».

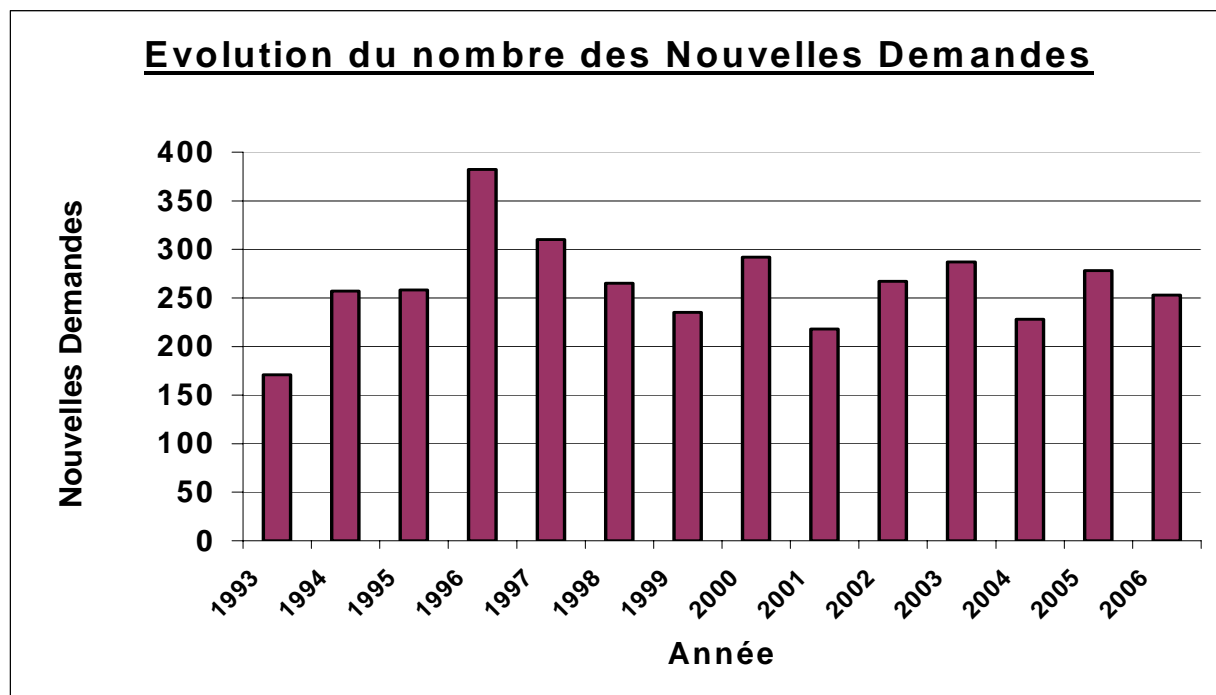
Le Ministère de la Famille a été informé de l'activité du service au cours des réunions qui ont eu lieu au ministère.

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

1.2. LE CONSEIL ET L'INFORMATION

1.2.1. Les données statistiques générales

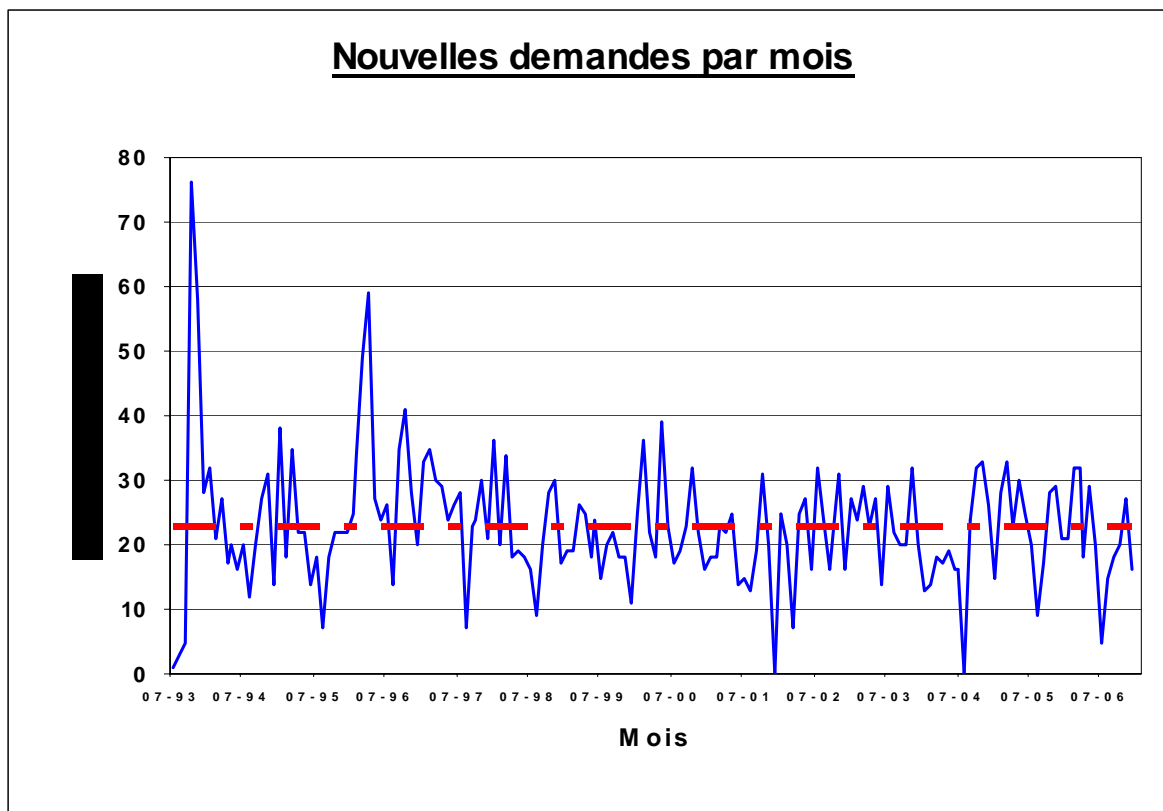
Au cours de l'exercice 2006, 253 nouvelles demandes de conseil ont été enregistrées portant le nombre total de demandeurs à 3.701 depuis la création du service.



Demandes / Année	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Total
Nombre de demandes	171	257	258	382	310	265	235	292	218	267	287	228	278	253	3.701
Pourcentage / Total	5%	7%	7%	10%	8%	7%	6%	8%	6%	7%	8%	6%	8%	7%	100%
Moyenne mensuelle	28	21	21	32	26	22	20	24	18	22	24	19	23	21	23

Il ressort des chiffres ci-dessus que le nombre moyen annuel sur la période considérée est de 253 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.



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

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

Au cours de l'exercice 2006, au niveau des plans judiciaires, 3 audiences ont été fixées par le tribunal de paix de Luxembourg.

1.2.3. *Le profil de la clientèle*

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

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

Il en découle la situation suivante pour 2006 :

L'ANNEE 2006 EN CHIFFRES	
Nouveaux clients reçus ou DOSSIERS :	170
+ Nouveaux clients non présents au 1 ^{ier} rendez-vous :	83
TOTAL Nouvelles demandes de conseil :	253
+ Demandes d'informations :	187
TOTAL Nouvelles demandes de conseil et d'informations :	440
+ Anciens dossiers traités en 2006 :	231
TOTAL :	671

En 2006, 671 personnes se sont adressées au service afin de recevoir de l'information et du conseil en matière financière. 401 dossiers ont été traités dont 170 nouveaux et 231 anciens. 83 personnes ayant pris un 1^{ier} rendez-vous en 2006 ne se sont pas présentées et 187 demandes d'informations ont été adressées au service.

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

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

Le tableau statistique ci-après reflète bien l'importance de la fréquentation des clients selon les critères retenus.

1.2.4. Les moyens d'action

a) Les moyens d'action propres

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

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

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

b) La loi du 8 décembre 2000 sur le surendettement

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

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

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

c) La coopération avec le réseau social

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

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

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

e) La coopération avec le 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.

f) La coopération avec les tiers

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

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

1.3. LA PREVENTION

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

1.3.1. Le volet national

La campagne déjà classique incitant le grand public à être prudent lors de l'achat à crédit d'une voiture neuve ou d'occasion a été réitérée à l'occasion du « Salon de l'automobile 2006 » au début de l'année.

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

Conjointement avec le Ministère de la Famille et de l'Intégration et l'asbl Inter-Actions, le service a participé à la campagne de prévention du surendettement lancée sous le slogan « Consommer = Décider ». Afin de sensibiliser le grand public à cette problématique, une deuxième affiche a été créée intitulée « Sur-consommation ? – Chemin sans issue ! ». Aussi ont débuté les travaux préparatoires à la réalisation d'une brochure sur les dangers liés au crédit à la consommation.

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

1.3.2. Le volet international

Au niveau international, le service a maintenu un échange d'informations régulier avec les membres du Consumer Debt Net ainsi qu'avec les organisations similaires situées à l'étranger. De plus, le service a participé activement à deux conférences internationales, l'une tenue à Varsovie avec comme thème « Better access to adequate financial services for people experiencing poverty and social exclusion » et l'autre tenue à Malte avec comme thème « Promoting consumer interests ».

PROFIL 2006	CLIENTS		DOSSIERS	
	Total demandes	%	Clients reçus	%
ETAT CIVIL				
CELIBATAIRE	84	33	55	32
DIVORCE	57	23	39	23
MARIE	73	29	51	30
SEPARE	30	12	21	12
VEUF	9	3	4	3
TOTAL	253	100	170	100
AGE				
<18	0	0	0	0
18-25	26	10	14	8
26-35	83	33	56	33
36-45	86	34	58	34
>45	58	23	42	25
TOTAL	253	100	170	100
NOMBRE D'ENFANTS A CHARGE				
AUCUN	122	48	81	48
UN	47	19	31	18
DEUX	52	21	32	19
TROIS	23	9	17	10
PLUS DE TROIS	9	3	9	5
TOTAL	253	100	170	100
STATUT PROFESSIONNEL				
BENEFICIAIRE RMG	33	13	24	14
BENEFICIAIRE PENSION/RENTE	21	8	14	8
CHOMEUR	26	10	21	12
EMPLOYE PRIVE	33	13	23	14
FONCTIONNAIRE PUBLIC	10	4	6	4
INDEPENDANT	7	3	3	2
OUVRIER	77	31	46	27
SANS	46	18	33	19
TOTAL	253	100	170	100
NATIONALITE				
LUXEMBOURGEOISE	137	54	90	53
UNION EUROPEENE	101	40	70	41
AUTRES PAYS	15	6	10	6
TOTAL	253	100	170	100
INITIATIVE				
PROPRE INITIATIVE	71	28	44	26
ORIENTE	182	72	126	74
TOTAL	253	100	170	100
CONTACT AVEC UN AUTRE SERVICE SOCIAL				
NON	152	60	101	59
OUI	101	40	69	41
TOTAL	253	100	170	100
REGION				
CENTRE	142	56	94	55
NORD	85	34	58	34
SUD	26	10	18	11
TOTAL	253	100	170	100

2. Gesond Liewen & Centre de Consultations

2.1. Mission du Service

Les services "Gesond Liewen" d'Ettelbruck et de Wiltz ainsi que le Centre de Consultations à Luxembourg sont des services d'assistance psychologique dont le but consiste à promouvoir et à assurer le bien-être de la personne humaine sur le plan psychique, mais aussi physique et social, ceci par des mesures de prévention et de prises en charge adéquates.

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

A cette fonction interne s'est ajouté au fil des années un rôle externe dans le sens que de nombreux services, médecins et autres professionnels, indépendants par rapport à la Ligue, ont reconnu la nécessité d'orienter des clients vers notre service.

Ce rapport d'envois d'origine interne et d'origine externe diffère selon les régions.

Les personnes qui s'adressent au service désirent consulter pour des raisons diverses :

- difficultés relationnelles et familiales à différents niveaux (en couple, parents-enfants, intergénérationnels, professionnels, etc.)
- difficultés existentielles (angoisses, dépressions, etc.)
- difficultés liées à des situations de surendettement, de séparation, de divorce
- difficultés liées à l'éducation des enfants
- état de dépendance

Les consultants sont des hommes et surtout des femmes de tout âge ainsi que des adolescents. Ils proviennent de toutes les couches socio-économiques, avec une majorité de personnes en situation économique précaire dans le nord.

Dans le but d'une meilleure collaboration interne, il existe des réunions mensuelles avec le Service d'Accompagnement Social.

2.2. Conclusions.

Nous sommes d'avis que les services de consultation psychologique peuvent apporter une perspective utile dans la prise en charge des situations sociales complexes. En élargissant le contexte, et en prenant en compte la dimension psychologique, les intervenants augmentent leurs possibilités d'action.

2.3. Chiffres.

1. Nombre de consultations

	TOTAL	%	Luxembourg	Ettelbruck	Wiltz
Nombre total de consultations	2141		973	888	280

2. Nombre de dossiers

			Luxembourg	Ettelbruck	Wiltz
Nombre total de dossiers	352		117	188	47
2.1. Nouveaux	240	68.2%	69	139	32
2.2. Anciens	112	31.8%	48	49	15
2.3. Individuels	258	73.3%	69	145	44
2.4. Couples	63	17.9%	41	19	3
2.5. Familles	31	8.8%	7	24	

3. Nombre de consultants

			Luxembourg	Ettelbruck	Wiltz
Nombre total de consultants	499		200	249	50
3.1. Femmes	330	66.1%	129	160	41
3.2. Hommes	118	23.6%	55	58	5
3.3. Enfants / Adolescents	51	10.2%	16	31	4

4. Age

			Luxembourg	Ettelbruck	Wiltz
< 10	8	1.6%	4	4	
10-18	46	9.2%	12	30	4
19-29	70	14.0%	27	32	11
30-39	128	25.7%	49	70	9
40-49	160	32.1%	57	82	21
50-59	67	13.4%	36	26	5
60-69	17	3.4%	12	5	
>70	3	0.6%	3		

5. Formes de vie

			Luxembourg	Ettelbruck	Wiltz
5.1. Célibataire	112	22.4%	50	55	7
5.2. Marié	209	41.9%	58	127	24
5.3. Divorcé	96	19.2%	35	53	8
5.4. Séparé	41	8.2%	28	6	7
5.5. Ménage commun	27	5.4%	22	3	2
5.6. Veuvage	14	2.8%	7	5	2

6. Nationalité

			Luxembourg	Ettelbruck	Wiltz
6.1. Luxembourgeoise	327	65.5%	114	178	35
6.2. U.E.	153	30.7%	70	68	15
6.3. Autre	19	3.8%	16	3	

7. Statut professionnel

	TOTAL	%	Luxembourg	Ettelbruck	Wiltz
7.1. Employé ou Fonctionnaire	160	32.1%	64	89	7
7.2. Indépendant	34	6.8%	26	5	3
7.3. Ouvrier	40	8.0%	16	21	3
7.4. Invalide	16	3.2%	6	9	1
7.5. RMG	53	10.6%	24	20	9
7.6. Chômage	25	5.0%	18	6	1
7.7. Retraité	19	3.8%	10	8	1
7.8. Femme (homme) au foyer	84	16.8%	14	50	20
7.9. Etudiant / Elève	68	13.6%	22	41	5

8. Envoyés par

8.1.	Anciens clients / amis / famille	155	31.1%	72	36.0%	78	31.3%	5	10.0%
8.2.	Propre initiative	92	18.4%	82	41.0%	4	1.6%	6	12.0%
8.3.	Professionnels	252	50.5%	46	23.0%	167	67.1%	39	78.0%
8.3.1.	Médecins	80	16.0%	14	7.0%	55	22.1%	11	22.0%
8.3.2.	Assistants sociales	90	18.0%	21	10.5%	44	17.7%	25	50.0%
8.3.3.	Autres professionnels	82	16.4%	11	5.5%	68	27.3%	3	6.0%

9. Motif de consultation

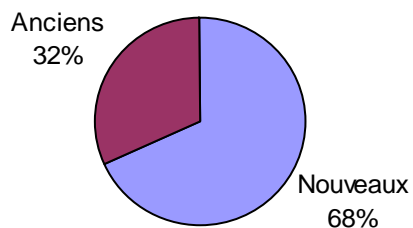
9.1.	Problèmes de couple	152	30.5%	74	37.0%	63	25.3%	15	30.0%
9.2.	Problèmes existentiels; dépressions; angoisse	142	28.5%	56	28.0%	69	27.7%	17	34.0%
9.3.	Problèmes de famille	158	31.7%	26	13.0%	115	46.2%	17	34.0%
9.4.	Etat de dépendance	37	7.4%	34	17.0%	2	0.8%	1	2.0%
9.5.	Information	10	2.0%	10	5.0%		0.0%		0.0%

10. Nombre de séances

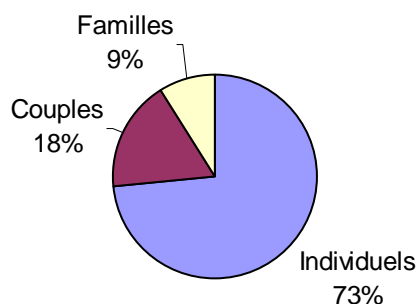
10.1.	Unique	178	35.7%	36	18.0%	133	53.4%	9	18.0%
10.2.	<5	158	31.7%	72	36.0%	63	25.3%	23	46.0%
10.3.	6-10	85	17.0%	50	25.0%	27	10.8%	8	16.0%
10.4.	11-20	66	13.2%	38	19.0%	19	7.6%	9	18.0%
10.5.	21-30	11	2.2%	4	2.0%	6	2.4%	1	2.0%
10.6.	>30	1	0.2%		0.0%	1	0.4%		0.0%

2.4. Graphiques.

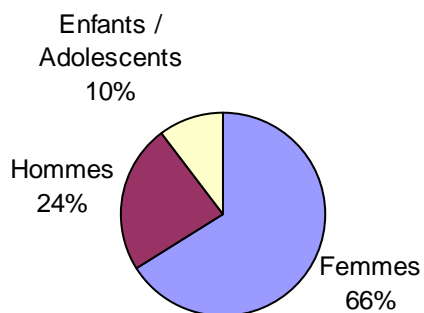
2. Nouveaux et anciens dossiers



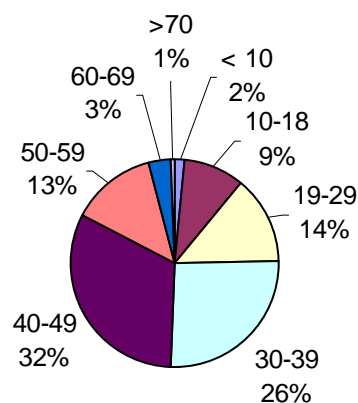
2. Composition des dossiers



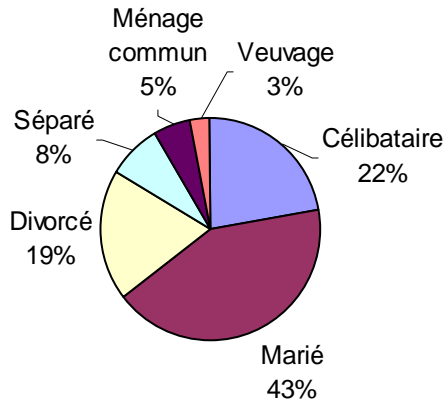
3. Consultants



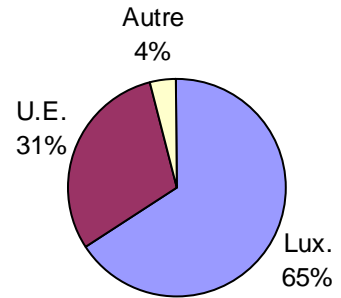
4. Age des consultants



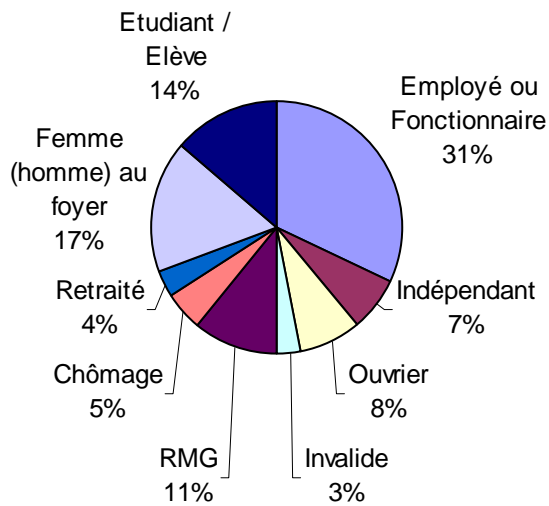
5. Formes de vie



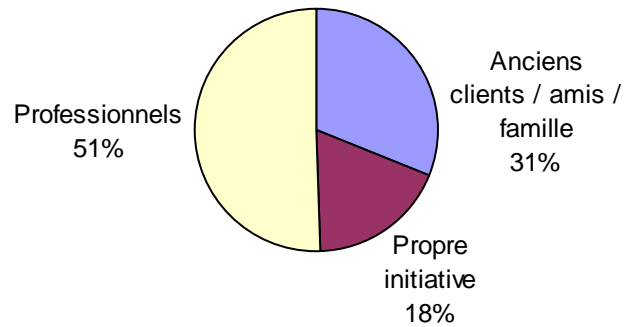
6. Nationalité



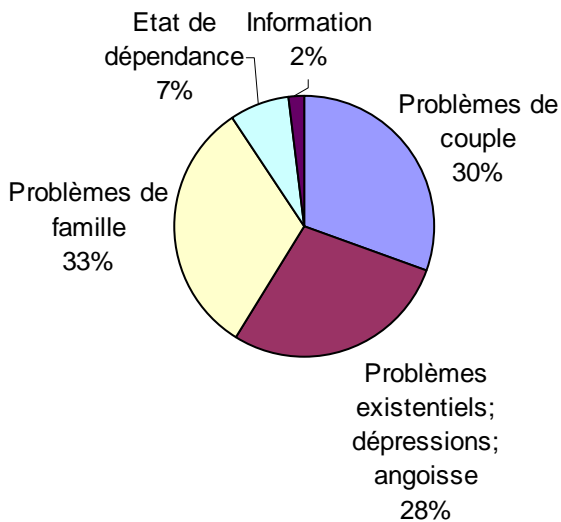
7. Statut professionnel



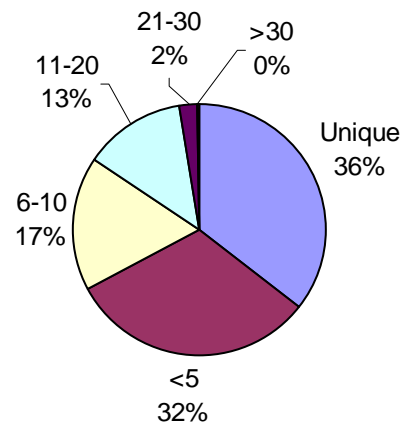
8. Envoyés par



9. Motif de consultation



10. Nombre de séances



3. Info-Social – Service d'information et de conseil par téléphone



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

L'objectif de ce service est de proposer une information rapide, correcte, sur mesure, 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 d'informer et d'orienter au mieux le client du service Info-Social.

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

Le service Info-Social est accessible depuis juin 2000, du lundi au vendredi de 9h-12h et de 13h-17h. En 2006, les permanences ont été assurées par 35 travailleurs sociaux de la Ligue, des CMS de Differdange, Dudelange, Esch/Alzette, Ettelbruck, Grevenmacher, Luxembourg et Rédange-Attert.

En bref

L'Info-Social, offre une information téléphonique gratuite à toute personne ayant des questions par rapport au domaine social. En 2006, 281 appels ont été reçus. Les questions se sont rapportées à raison de 15% au domaine des indigences et à raison de 11% aux domaines respectivement de l'enfance, de la santé et de la justice.

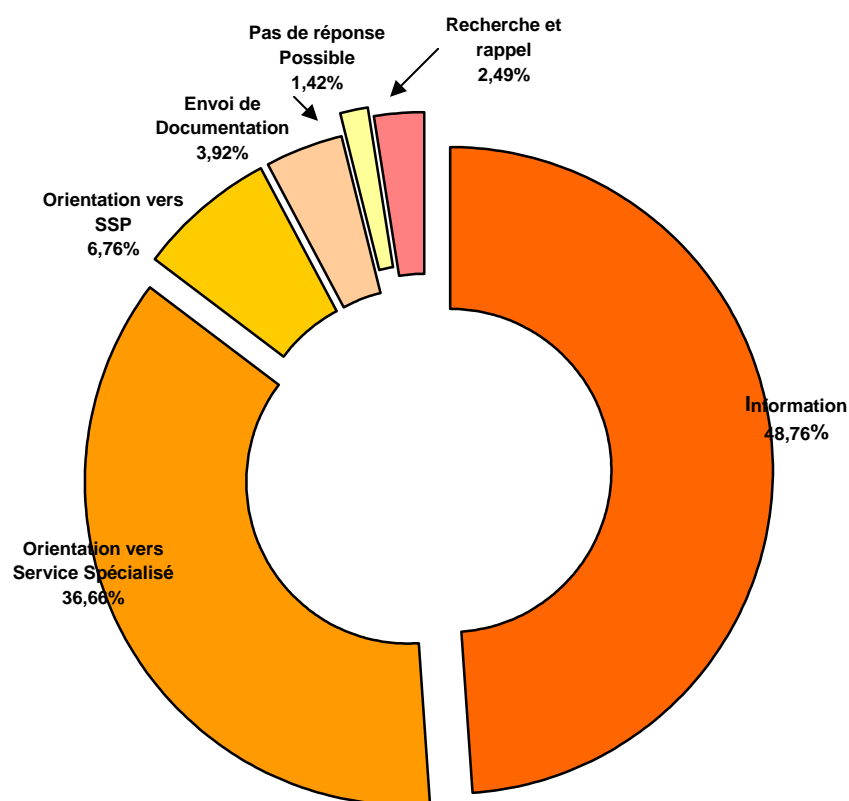
3.1. ACTIVITE 2006

Le tableau ci-après reproduit, en pourcentage, les 281 appels reçus en 2006 pour chaque catégorie recensée.

Education	1,42 %
Enfance	11,74 %
Etat	0,71 %
Etrangers	1,78 %
Famille	7,47 %
Femmes	4,63 %
Handicap	1,42 %
Indigences	15,30 %
Jeunesse	2,14 %

Justice	11,03 %
Logement	7,47 %
Maternité	4,27 %
Personnes âgées	3,56 %
Santé	11,39 %
Sécurité sociale	7,12 %
Travail	2,85 %
Autres	5,69 %

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



Nous pouvons ainsi constater que plus de 48 % des appels ont fait l'objet d'une information.

Dans certains cas, les situations étaient plus complexes : près de 37 % des appels ont été orientés vers un service spécialisé et plus de 6 % vers le Service Social de Proximité lorsque les situations évoquées nécessitaient une analyse plus élaborée.

L'Info-Social préconise une réponse immédiate. Néanmoins le travailleur social peut faire une recherche plus longue et rappeler le client. De même 4 % des appels requièrent l'envoi d'une documentation.

Pour 4 appels aucune solution n'a pu être trouvée, car ces cas ne concernaient pas le domaine social.

3.2. CONCLUSION

Nous pouvons conclure que l'Info-Social reste un service d'information et d'orientation ouvert tant aux personnes privées qu'aux professionnels.

LE PERSONNEL

(Situation à la date du 30 mars 2007)

Secrétariat Général

Romy Bisenius, Michèle Clemang, Miriam Kariger-Eramo, Chico Louis, Karin Müller, Anicet Schmit.

Structure Opérationnelle

Direction médicale: Dr Fabrice Chaussade
Direction sociale: Marco Hoffmann
Direction administrative: Monique Lesch-Rodesch

Assistants d'hygiène sociale de circonscription

Marianne Begué-Poeckes
Louise Rechtfertig

Services

Service médico-social

Assistants d'hygiène sociale et assistants sociaux: Line Audry, Vicky Berscheid-Hoffmann; Lony Besch, Jeanne Bingen, Ingrid Conrad, Myriam Dubois-Wersand, Nathalie Dumortier, Lisset Gabarron, Josiane Gerges, Antoinette Hartung-Gaspar, Françoise Hilt, Eliane Kerger-Boever, Lydia Knaff, Guy Krantz, Edmée Linster, Sylvie Mauricio, Michelle Philipp, Louise Rechtfertig, Marion Schennetten-Welter, Monique Scheuer, Christiane Stiefer, Marie-Paule Trierweiler, Christiane Vanhille, Rita Welter-Ecker, Gritty Winandy-Raas, Isabel Wolff.

Infirmier hospitalier gradué: Paul Majerus.

Infirmières en pédiatrie, puéricultrices: Patrice Breuskin, Marianne Ernst, Adrienne Franck, Christina Haefferer, Madeleine Jungers-Goergen, Margot Majeres-Thinnes, Michèle Marxen-Lahure, Alexandra Roth, Diane Urwald.

Infirmiers: Mady Bernardy-Jungblut, Elisabeth Bock, Simone Bollendorff, Maryse Dawir, André Gengler, Marianne Gompelmann, Thessy Hirt, Ariane Marx, Madeleine Mathias, Natalie Mees, Frédérique Sizaire, Françoise Tanson, Claudine Wagener-Odem, Louladit Yirdaw.

Assistants techniques en radiologie: Ismail Frljuckic, Edith Plachuta, Véronique Palumbo-Bossi.

Service d'Accompagnement Social

Assistants d'hygiène sociale et assistants sociaux: Sonia Aleixo Delgado, Daniela Aranda, Pascale Arend, Marianne Begué-Poeckes, Christelle Collignon, Caroline Collin, Michel Gengler, Jean-Marie Glesner, Manuela Goncalves, Nathalie Groos, Céline Hanus, Anne-Marie Hostert-Molitor, Isabelle Karier, Josette Komposch, Catherine Ludovici, Sylvie Mauricio, Joëlle Millmeister, Antoine Mirgain, Joëlle Noesen-Mamer, Michèle Reiland, Simone Reiser, Malou Wirtz

Service des Mineurs et Majeurs Protégés

Economistes : Marie-Pierre Vilain, Dave Giannandrea
Gestionnaire : Danielle Dammé

Service Régional d'Action Sociale

Assistants d'hygiène sociale et assistants sociaux: Nadine Adams, Frédéric Bernard, Régine Billa, Anne Binet, Mary Bos, Jean-Marie Cuelenaere, Marylène Fichant, Béatrice Guiot, Sylvie Heinen, Marc Josse, Anne Kohl, Caroline Lamberty, Christiane Muller, Jean-Nico Pierre, Diane Schalk, Renaud Schandeler, Leila Serrano, Fabienne de Wachter.

Service d'Information et de Conseil en matière de Surendettement

Economiste: Christian Schumacher.

Conseiller: Christian Wagener

Gestionnaire: Claudine Nau.

Gesond Liewen

Psychologues: Jean Molitor, Alix Heyman-Fabert.

Personnel administratif

Denise Adehm, Marie-Rose Aniset-Lellig, Isabelle Bellomo, Sonja Bodson, Marie-Jeanne Burré-Kremer, Marie-Andrée Carroll-Theisen, Kathy Carneiro Oliveira, Viky Decker-Crevits, Anne Donckel, Sylvia Eschenauer-Jacoby, Cristina Fernandes Ferreira, Carlo Jourdain, Danielle Karpen, Danielle Kraus-Peiffer, Daroslaw Kurowski, Nicole Ludwig, Denise Mannes-Hansen, Patricia Marques, Marie-Josée Nord-Steffen, Nathalie Ries-Steffen, Sylvie Timmermann, Denise Welter.

Délégation du personnel issue des élections du 12 novembre 2003

REISER Simone, Présidente	TRIERWEILER Marie-Paule, Vice-Présidente
NAU Claudine, Secrétaire	GENGLER Michel, Secrétaire adjoint
GOMPELMANN Marianne, Déléguée à la Sécurité	HEINEN Sylvie, Déléguée à l'Egalité