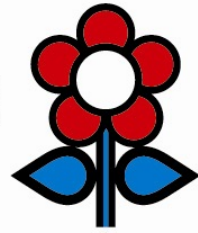




LIGUE MÉDICO-SOCIALE
MIR HËLLEFEN ZËNTER 1908



RAPPORT D'ACTIVITE

2007

RAPPORT D'ACTIVITE 2007

publié par la **LIGUE MEDICO-SOCIALE**

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

Edition 2008

SOMMAIRE

Patronage de la Ligue luxembourgeoise de Prévention et d'Action médico-sociales	9
Le Conseil d'Administration.....	11
Rapport du Conseil d'Administration.....	13
Rapport du Conseil de Surveillance.....	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.....	25
1.5. Conclusion	26
2. La Médecine Scolaire	27
2.1. Les Missions	27
2.2. La population des enfants scolarisés.....	28
2.3. Activité et bilan du Service Médical Scolaire	28
3. Prévention de la Santé de l'Enfant.....	36
3.1. Les missions	36
3.2. Population de jeunes enfants de 0 à 4 ans.....	36
3.3. Activités et évolution	37
3.4. Bilan et perspectives.....	38
4. Prévention, Education et Promotion de la Santé	39
4.1. "Equipe Education et Promotion de la Santé"	39
4.2. Activités d'EPS dans le cadre de la MS (en faveur des élèves du primaire).....	39
4.3. Activités diverses de prévention et d'E.P.S. à visée communautaire.....	40
4.4. Formation des professionnels.....	43
5. Information du public, travaux et représentation.....	43
6. Conclusions générales	44
Rapport sur les Services Sociaux	45
1. Service d'Accompagnement Social.....	45
1.1. Mission.....	45
1.2. Objectifs poursuivis en 2007.....	46
1.3. L'activité du service en 2007.....	46
1.4. Conclusions et constatations	56
2. Service Régional d'Action Sociale.....	57
2.1.Mission du service.....	57

2.2.L'activité du service en 2007	60
2.3.. Evaluation de l'activité du service	62
2.4.En guise de conclusion.....	65
Rapport sur les Services de Conseil	67
1. Service d'Information et de Conseil en matière de Surendettement.....	67
1.1. Introduction	67
1.2. Le Conseil et l'Information	68
1.3. La Prévention.....	72
2. Gesond Liewen & Centre de consultations	75
2.1. Mission du service	75
2.2. Conclusions	75
2.3. Chiffres.....	76
2.4. Graphiques.	77
3. INFO-SOCIAL - Service d'information téléphonique.....	79
3.1. Mission.....	79
3.2. Activité 2007	79
3.3. Conclusion	80
Le Personnel	81
Secrétariat Général	81
Structure Opérationnelle	81
Services.....	81
Service médico-social	81
Service d'Accompagnement Social.....	81
Service des Mineurs et Majeurs Protégés	81
Service Régional d'Action Sociale	81
Service d'Information et de Conseil en matière de Surendettement	82
Gesond Liewen	82
Personnel administratif.....	82
Délégation du personnel issue des élections du 12 novembre 2003	82

INTRODUCTION

A la veille de la célébration du 100ème anniversaire de notre Ligue médico-sociale, anciennement « Ligue Luxembourgeoise contre le Tuberculose », il est fascinant de revivre par les anciens documents l'engagement et la lutte menées par nos prédécesseurs pour combattre le fléau le plus meurtrier qu'était la tuberculose au début du XXème siècle.

Comme prévention et traitement et en l'absence de tout médicament il n'y avait à cette époque que les mesures d'hygiène à proposer et des dispensaires, des sanatoriums et des préventoriums à créer.

Depuis sa fondation en 1908 notre œuvre d'initiative exclusivement privée a su mobiliser, instruire, aider - par son action préventive et d'entre aide- des milliers de malades et leurs familles, souvent en détresse et appauvries.

Ce n'est qu'après la disponibilité de médicaments efficaces à la fin des années 1950, suivie d'un net recul de cette maladie que l'activité de la Ligue s'est orientée d'avantage vers d'autres domaines du secteur médical et social.

À l'heure actuelle notre Ligue peut se prévaloir d'être l'organisation la plus importante du pays qui lie la prévention médicale et le combat contre la pauvreté et l'exclusion sociale, avec une infrastructure et un savoir-faire à la hauteur de ces tâches.

Concernant le côté médical notre activité en 2007 a eu comme points forts :

- la réorganisation du service pour maladies respiratoires avec un nouveau programme informatique performant ;
- la préparation de nouvelles prestations dans le domaine respiratoire : « Spirométrie » et « Ecole de l'Asthme »;
- l'intensification de l'éducation et de la promotion de la santé au sein de la médecine scolaire ;
- l'élaboration d'un nouveau concept pour les consultations pour nourrissons et jeunes enfants pour toucher notamment les parents les plus nécessiteux ;
- l'ouverture d'une deuxième consultation pour fumeurs au centre médico-social de Luxembourg ;
- l'ouverture d'une 5me consultation diététique à Rédange-sur-Attert..

Concernant le travail social de 2007 il faut relever l'intensification :

- du travail social au sein de la médecine scolaire ;
- l'augmentation des gestions financières ;
- l'augmentation des mises au travail dans le cadre du SRAS;
- les formations « Le travail social dans les contextes de contrainte », « L'accompagnement à la parentalité » dans le cadre de l'accompagnement social,
- le développement d'une méthodologie pour aider le client à maîtriser d'une manière autonome le quotidien ;
- la contribution active de notre service d'accompagnement social aux activités du réseau « travail social concerté, qualité de vie et solidarité ».

Au présent rapport d'activité pour 2007 les chiffres clés pour chacun de nos services se trouvent en « encadré » à la première page du rapport de ces services.

Pour conclure il me tient à cœur de remercier très sincèrement tous nos collaborateurs qui sont le garant de la qualité de notre travail, en gestion aussi bien que sur le terrain, mon Conseil d'Administration, mon Conseil de Surveillance, et pour leurs aides nos Ministres de la Santé et de la Famille et tous nos interlocuteurs des différents ministères, nos membres et nos donateurs généreux.

Luxembourg, le 25 avril 2008

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 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 2005

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

Déclaration de principe

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

Le Conseil d'Administration

LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

Composition suivant assemblée générale du 30 mars 2007

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 Mme Lucy DUPONG, 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. Romain KETTEL, 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

RAPPORT D'ACTIVITÉ

RAPPORT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

La dernière assemblée générale s'est tenue le vendredi 30 mars 2007 dans la Salle des Fêtes de l'Ecole Primaire à Echternach.

Au cours de l'exercice écoulé le conseil d'administration a siégé à 8 reprises (31 janvier, 14 mars, 25 avril, 13 juin, 18 juillet, 16 octobre, 22 novembre, 18 décembre).

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 2007 la Ligue comptait un effectif de 134 collaborateurs salariés, dont 114 femmes et 20 hommes.

CONVENTIONS

Le conseil d'administration a reconduit pour l'exercice 2007 les conventions suivantes :

Ministère de la Santé

Convention pour le service médico-social

Ministère de la Famille

Convention pour le service d'accompagnement social (SAS)

Convention pour le service d'information et de conseil en matière de surendettement

(SICS)

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

Convention pour le service Gesond Liewen

DOSSIERS TRAITÉS

DEMANDE DE LOCALITES DE LA PART DU MINISTERE DE LA SANTE

Suite à une demande du ministère de la santé, le conseil a examiné le principe d'une mise à disposition de localités dans certains de ses centres pour les besoins du service d' « Urgence des médecins » en fin de semaine. Cette synergie aurait l'avantage de décharger les urgences des hôpitaux, d'offrir plus de disponibilité médicale et de réduire les déplacements pour visites à domicile aux cas où le patient n'est pas à même de se déplacer.

MISE A DISPOSITION DE LOCAUX POUR LA MEDECINE SPORTIVE

Le conseil a pu finaliser une convention avec le ministère des sports pour la prise en charge partielle des frais de fonctionnement occasionnés par l'hébergement de la médecine sportive dans les différents CMS.

PROJET DE RECHERCHE ORISCAV

Le conseil a décidé d'apporter son concours au projet de recherche observationnelle intitulé ORISCAV-LUX (Observation des Risques et de la Santé Cardiovasculaire au Luxembourg) réalisé en population générale sur l'ensemble du territoire national par la mise à disposition de localités dans ses centres.

ASSURANCE « RESPONSABILITE CIVILE »

Compte tenu des évolutions en matière d'assurance au cours de la dernière décennie le conseil a estimé qu'une révision de sa situation en matière de responsabilité civile était souhaitable. Comme suite aux conclusions de cette analyse, la Ligue a souscrit à une nouvelle police d'assurance qui apporte une définition plus claire des différents champs d'action en cause et couvre de façon plus précise les risques encourus par les différentes professions exercées au sein de la Ligue.

ASSURANCE CASCO POUR LE PERSONNEL DE LA LIGUE

Le personnel en déplacement pour le compte de la Ligue est assuré pour les dommages matériels pouvant survenir à leur véhicule. Depuis la souscription de l'assurance dans les années 80, la valeur assurée des voitures n'a pas été adaptée.

Compte tenu de l'évolution du prix des voitures le conseil a décidé de relever la valeur assurée maximale par véhicule à 30.000 EUR. Le montant de la franchise pour les risques incendie, vol, bris des glaces et dégâts au véhicule est maintenue.

CENTENAIRE DE LA LIGUE EN 2008

Tout au long de l'année 2007, le conseil s'est régulièrement réuni en petit comité pour préparer les festivités de l'année jubilaire.

SERVICES MÉDICO-SOCIAUX

Prévention des maladies respiratoires

PROJET « ECOLE DE L'ASTHME »

Faisant suite aux réflexions et orientations prises en 2006 le conseil d'administration de la Ligue a entériné la mise en route d'une Ecole de l'Asthme. La campagne de collecte « Fleur Prince Jean » de 2007, qui s'est déroulée du 11 juin au 2 juillet 2007 a porté sur la « Prévention des maladies respiratoires » sous le slogan „frai ootmen“.

Le terme de « prévention des maladies respiratoires » est un vaste domaine qui concerne en premier lieu le tabac et l'exposition à des polluants, toxiques pour l'appareil respiratoire, contenus dans l'air ambiant, domestique, professionnel ou industriel mais aussi la transmission de germes infectieux qui posent tous un problème de santé publique.

Le démarrage des consultations est prévu pour courant 2008.

JOURNEE MONDIALE CONTRE LE TABAC, LE 31 MAI 2007

Dans ce même ordre d'idées le conseil a lancé une action de sensibilisation en matière de Lutte Anti-tabac à la Place d'Armes à l'occasion de la Journée mondiale contre le tabac (31 mai 2007).

- Informations aux passants sur les possibilités d'aide au sevrage tabagique - mesure de la teneur en monoxyde de carbone de la respiration - mise en ligne sur www.ligue.lu du test de Fagerström qui permet d'auto évaluer sa dépendance par rapport au tabac.

CONSULTATIONS POUR FUMEURS

Pour tenir compte de l'afflux important de demandeurs pour un sevrage tabagique, le conseil a décidé de l'ouverture d'une deuxième Consultation pour Fumeurs au CMS Luxembourg. Cette initiative porte à 4 le nombre de séances de consultations hebdomadaires.

NOUVEAU REGLEMENT GRAND-DUCAL – SEVRAGE TABAGIQUE

La convention du 30.11.2007, conclue entre l'Etat du Grand-Duché et l'Union des caisses de maladie, portant institution d'un programme pilote d'aide au sevrage tabagique, permet aux usagers de se faire rembourser par l'UCM les honoraires médicaux et partiellement les frais pour médicaments à la fin de leur sevrage.

Comme toutes les prestations de la part de la Ligue se font à titre gracieux le conseil décide de maintenir ce principe également pour ces situations et de demander une participation éventuelle aux frais des médicaments auprès de l'UCM.

COLLABORATION AVEC LA « SOCIETE LUXEMBOURGEOISE DE PNEUMOLOGIE » SLP

Le conseil salue l'annonce de la constitution de la Société luxembourgeoise de pneumologie et offre sa collaboration tant en ce qui concerne les consultations pour maladies respiratoires que pour des actions de sensibilisation.

PROBLEME CONSULTATION MALADIES RESPIRATOIRES

Décision de principe en ce qui concerne la prise en charge de personnes malades de la tuberculose et non assurées.

La Ligue a dans ses attributions la lutte contre la tuberculose et par conséquent, elle doit veiller à ce qu'une prise en charge des malades soit assurée.

Le cas échéant, le malade est à diriger au CHL pour y suivre un traitement d'urgence. Dans le cadre de ses démarches, la Ligue n'a pas à s'occuper de la situation régulière du client. Une démarche de régularisation de la situation du client est du ressort du Ministère de la Famille, Service des réfugiés. Si la situation l'exige, la Ligue pourra avancer la prise en charge des médicaments, prescrits sur ordonnance médicale.

Médecine scolaire / Consultations pour nourrissons et jeunes enfants

EVOLUTION DU GROUPE DE TRAVAIL

Le conseil d'administration de la Ligue a continué en 2007 sa collaboration avec le ministère de la santé en vue de la réforme 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.

ASSISTANTE D'HYGIENE SOCIALE DES CIRCONSCRIPTIONS DU DOMAINE MEDICO-SOCIAL

Suite au départ en retraite de Madame Louise RECHTFERTIG, assistante d'hygiène sociale de la circonscription Sud, le conseil a décidé de la mise en place de la nouvelle structure d'organisation à partir de début 2008.

Cette organisation prévoit au lieu des assistantes de circonscription (centre, nord, sud) avec une responsabilité transversale pour une circonscription, des « *assistantes d'hygiène sociale des circonscriptions* » en charge de la coordination quotidienne au plan national d'un domaine d'activité, *le domaine médico-social* respectivement *le domaine social*.

Mme Marianne BEGUE est en charge du domaine social, Madame Jeanne BINGEN est en charge du domaine médico-social.

CONSULTATIONS DIETETIQUES

Compte tenu de la demande et pour assurer une couverture nationale en matière de consultations diététiques, le conseil a validé le recours à une diététicienne supplémentaire pour organiser des consultations au CMS Redange/Attert.

FORMATION « ASSISTANTS PARENTAUX » VILLE DE DIFFERDANGE

Contribution à la formation d'« assistants parentaux » à Differdange de septembre à décembre 2007, en collaboration avec le Service à l'Égalité des Chances de la Ville de Differdange.

SERVICES SOCIAUX

SERVICE POUR MINEURS ET MAJEURS PROTEGES

Pour faire face à la demande croissante en gestions financières (gestions volontaires, curatelles, tutelles) le conseil a validé un projet d'aménagement des locaux et l'acquisition de nouveau mobilier pour rendre les bureaux du Service pour Mineurs et Majeurs Protégés plus fonctionnels.

D'autre part une application informatique sur mesure a été développée qui permet d'optimiser la gestion journalière des nombreuses situations, de rendre la comptabilisation et le paiement plus rapide et plus sûr et d'assurer une complète traçabilité des opérations comptables.

QUESTION DE PRINCIPE SUR LES ACTIVITES EN « GESTIONS VOLONTAIRES »

Très souvent il arrive que des personnes pour lesquelles la Ligue a assuré une gestion volontaire n'ont aucun membre de famille disposé à régler leur situation après leur décès.

En effet, avec le décès de la personne le mandat de gestion volontaire émis pour le compte de la Ligue prend fin et bon nombre de factures en relation avec le décès de la personne restent impayées

malgré des provisions en compte suffisants pour les régulariser. (factures pour les pompes funèbres, de loyers, des décomptes de maisons de soins, d'honoraires de médecins)

Pour pallier à ces situations il convient de compléter le mandat de gestion volontaire par une disposition qui autorise la Ligue à régulariser ces factures après le décès de la personne à condition que les provisions en compte le permettent.

En ce qui concerne les factures des pompes funèbres, le conseil se réfère aux statuts de l'Union de caisse de maladie qui prévoient « le remboursement aux institutions qui avancent les fonds pour payer les funérailles d'une personne décédée sur présentation des pièces à l'appui » et marque son accord pour ces situations où il n'y a pas d'héritiers pour régler la situation et à condition que l'UCM accepte le remboursement.

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.

Sur avis du Ministère de la Justice et par souci de sécurité juridique le conseil d'administration de la Ligue décide que les demandes de domiciliation sont à appuyer par une convention écrite entre la Ligue et la personne concernée, stipulant que l'« éléction de domicile » vaut exclusivement pour les correspondances en relation avec la perception du « RMG ».

BANQUE ALIMENTAIRE

En 2007 plus de 1300 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.

PERSONNEL

PLAN DE FORMATION DU PERSONNEL

La Ligue a poursuivi ses efforts de formation de son personnel en 2007.

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 ;

COLLOQUE CONTRAINTE

En collaboration avec le SCAS, la Ligue a organisé du 24 au 25 octobre 2007 un colloque sur le sujet « Le travail social dans les contextes de contrainte ».

FORMATION EFFEKT

Le conseil est informé de la tenue d'une formation à l'intention des travailleurs sociaux opérant dans le cadre de la médecine scolaire. En effet dans l'effort d'intensification des rapports avec l'école on recherchait un moyen permettant de mieux rapprocher les assistants sociaux des classes. Elle vise l'acquisition de compétences en matière de violence à l'école. La formation a été élaborée par l'Université d'Erlangen-Nürnberg et s'est tenue du 27 au 30 novembre 2007 au CMS Luxembourg.

COURS DE LUXEMBOURGEOIS

Le conseil estime que tout collaborateur de la Ligue doit pouvoir s'entretenir correctement avec les clients qui ne peuvent s'exprimer qu'en langue luxembourgeoise. A cet effet il a été décidé d'organiser des cours de formation intensifs de luxembourgeois qui ont démarré fin 2006.

DEPARTS DE COLLABORATEURS DE LONGUE DATE

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

- Mademoiselle Louise RECHTFERTIG
- Mademoiselle Michèle CLEMANG
- Madame Marie-Andrée CARROLL-THEISEN

DELEGATION DU PERSONNEL

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

INFRASTRUCTURE et EQUIPEMENT

En 2007, les efforts de la Ligue ont porté sur

- la mise en sécurité des bâtiments ;
- le remplacement de mobilier au CMS Ettelbruck ;
- le remplacement de l'installation de chauffage au CMS Esch/Alzette ;
- l'extension du réseau informatique ;
- le remplacement de photocopieuses par des appareils multifonctions ;
- le remplacement du garde-corps au CMS Wiltz ;

INSTALLATION D'UN DEUXIEME ASCENSEUR AU CMS ETTTELBRUCK

Suite à de longues tractations l'accord a été obtenu pour le réaménagement de l'accès des visiteurs au CMS Ettelbruck par la mise en place d'un deuxième ascenseur et la création d'une réception au niveau de la passerelle.

DEGATS CAUSES AU CMS ESCH/ALZETTE

Suite aux travaux de démolition du bâtiment voisin du CMS Esch/Alzette des dégâts importants (fissures dans la façade et détériorations à l'intérieur...) ont été constatés. Le secrétariat général est en charge de la défense des intérêts de la Ligue.

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 2007.

Conformément aux dispositions de l'article 16 du statut modifié de la Ligue, le conseil de surveillance confirmé par l'assemblée générale ordinaire du 30 mars 2007 a procédé le 21 avril 2008 au contrôle des opérations comptables effectuées par le trésorier de la Ligue pendant l'exercice 2007 au contrôle du bilan de la Ligue arrêté au 31 décembre 2007.

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

Ont participé au contrôle dont question:

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

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 2007 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 2008 d'approuver le bilan 2007 de la Ligue luxembourgeoise de Prévention et d'Action médico-sociales.

Luxembourg, le 21 avril 2008

Le conseil de surveillance,

Joseph LENTZ

Romain KETTEL

RAPPORT SUR LES SERVICES MÉDICO-SOCIAUX

Dans le cadre de la médecine préventive et sociale, la Ligue Médico-Sociale, assure les missions médico-sociales suivantes :

- 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

La maîtrise de l'appareillage radiologique du CMS de Luxembourg, entièrement informatisé et performant, installé début 2006 est maintenant acquise.

De même le programme informatique, commun aux 3 sites d'activité et mis en place progressivement depuis la même période, a facilité et harmonisé les pratiques.

Enfin, la restructuration des équipes du service TB opérée aussi à l'échelle nationale en 2006 a connu sa première année pleine d'évaluation. Cette réorganisation qui dans l'ensemble présente des effets positifs a cependant soulevé quelques difficultés organisationnelles pendant les périodes de congés ou en cas de maladie.

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 :

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

Toutes ces investigations sont destinées à identifier d'éventuels malades mais aussi à repérer les personnes récemment infectées, 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), sans signe clinique ou radiologique, 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 donc pas répertoriées par le Ministère de la Santé. Ainsi, cette mission préventive de la Ligue vient 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.

Aussi la Ligue comptabilise toutes les formes de tuberculose, latentes ou actives, qu'elle dépiste ou

En bref

L'activité des « **consultations pour maladies respiratoires** » a été soutenue en 2007. Avec **17738 consultants** la fréquentation est restée stable. **13620 tests tuberculiques** ont été effectués ou lus. **5711 radiographies thoraciques** ont été pratiquées, chiffre en sensible **augmentation (+12%)**. Le matériel radiologique récent et le nouvel outil informatique confirment leur intérêt. Quelques réglages ou adaptations sont encore à effectuer afin de bénéficier de toutes leurs capacités et d'en tirer le meilleur profit.

que la Direction de la Santé lui notifie à la suite d'une déclaration obligatoire (D.O.).

Pour des motifs pratiques, les enquêtes épidémiologiques d'entourage (concernant les personnes en contact physique avec un malade) peuvent 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 malades 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 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 aux fumées de tabac ou à l'exposition à d'autres polluants.

En effet, la Ligue travaille en étroite partenariat avec les services de médecine du travail. Et 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'une 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 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 moins favorisée qui bénéficie ainsi d'un acte gratuit de proximité.

Au terme de la consultation pour maladies respiratoires un diagnostic confidentiel est porté. 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 dédiées, d'infirmiers, d'AHS, d'un infirmier gradué et de médecins, effectue des tests tuberculiques, des radiographies thoraciques ou prodiguent des conseils dans les 3 Centres médico-sociaux selon le programme ci-dessous.

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

1.2.1.2. Déroulement des consultations

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

Le médecin pneumologue interprète le cliché, formule un diagnostic et, si nécessaire, s'entretient avec le consultant, au besoin l'examine, l'informe des résultats et le conseille sur les démarches ultérieures éventuelles à entreprendre.

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

1.2.2. La population cible

Au 1er janvier 2007 la population grand-ducale était estimée à 476.200 habitants, soit une augmentation de près de 1,5% par rapport à l'année précédente. (*Chiffres Statec*)

La proportion de résidents étrangers a progressé de 3,66% et représente actuellement près de 41,64% de la population totale. Il s'agit, dans la grande majorité des cas, de ressortissants de pays de l'U.E. (72,7%).

La plus forte communauté est portugaise et continue de progresser (+ 4,1%). Elle représente actuellement 15,48% de la population totale résidant sur le territoire national et 37,2% des étrangers.

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 1.3.2. 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 2007 sont les suivants :

17738	consultants
787	séances de consultations assurées
5711	examens radiologiques réalisés
7401	tests tuberculiques effectués
18672	rapports médicaux rédigés
21	déplacements en entreprise pour des séances de dépistage TB

Au cours de cet exercice 2007, l'activité dans ce domaine s'est maintenue à un niveau élevé.

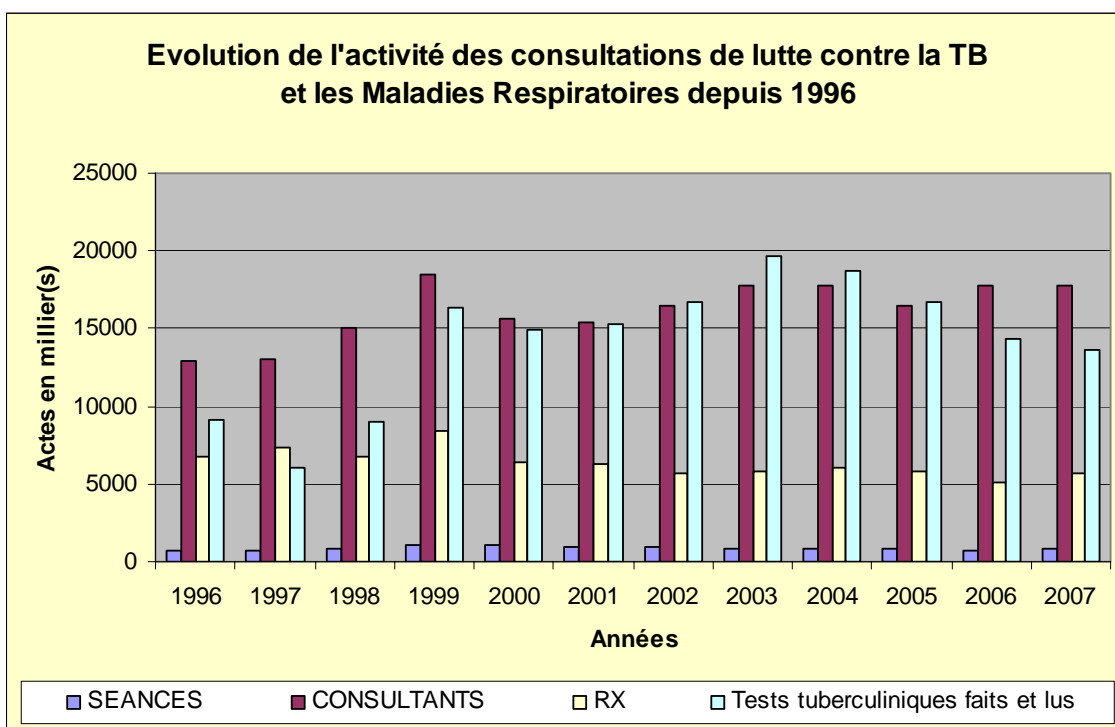
1.3.2. Evolution de l'activité nationale

La nouvelle application informatique, installée en 2006, facilite le recueil des données.

Au plan national, **5711** examens radiologiques ont été pratiqués soit une augmentation sensible de 12,13% par rapport à l'an dernier.

Par ailleurs le personnel a effectué ou lu **13620 tests tuberculiques** ce qui correspond à une diminution modérée de 5,11% par rapport à 2006.

Le graphique présenté ci-dessous rend compte de l'évolution des principaux critères d'activité enregistrés ces 12 dernières années.



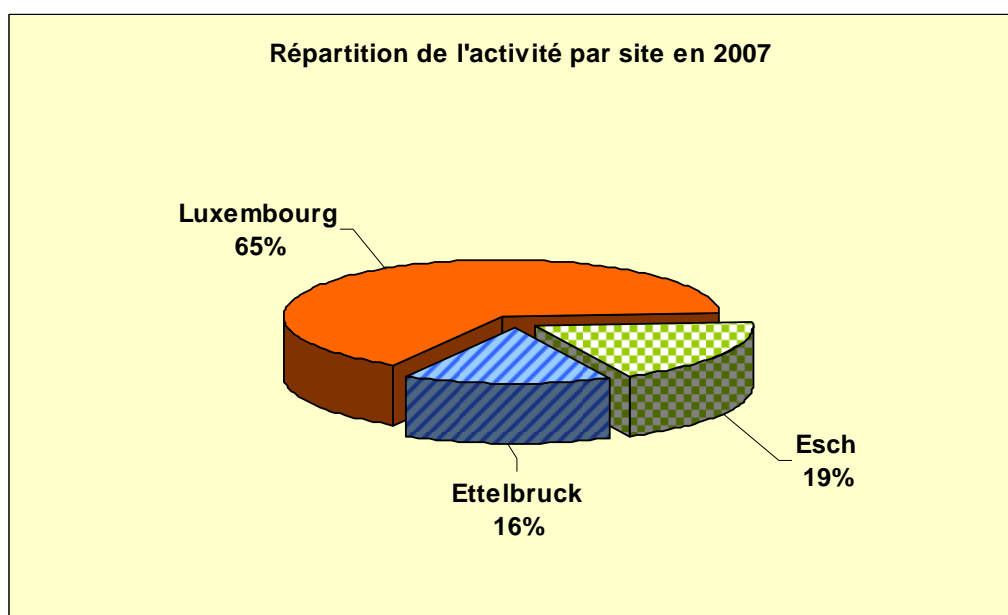
L'évolution démographique, les flux migratoires, la persistance des cas de TB sur le territoire national, la demande grandissante de nos correspondants institutionnels influent sur la fréquentation des centres et sur l'activité qui globalement est importante et stable.

1.3.3. Répartition de l'activité

L'activité des 3 sites est évaluée d'après les principaux critères ou actes précités.

Ces indicateurs permettent de déterminer un indice d'activité. Celui-ci additionne le nombre de consultants, les examens radiologiques réalisés, les tests cutanés effectués et lus et enfin les rapports adressés aux médecins.

Ainsi, le CMS de Luxembourg-ville réalise l'essentiel de l'activité nationale avec près de 65% de celle-ci. Et le CMS d'Esch, avec 19% du total, a une activité légèrement plus importante que celle d'Ettelbruck (16%).



Mais il faudrait aussi pouvoir prendre en compte toutes les tâches annexes qui s'effectuent en dehors des séances de consultations (le travail administratif, le suivi des dossiers, leur archivage, la gestion des convocations, les contacts divers avec les correspondants et la logistique que nécessitent les entourages TB) afin d'apprécier la charge totale et réelle du travail.

1.3.4. Evolution de l'activité par site

1.3.4.1. CMS d'Ettelbruck

Nous avons comptabilisé en 2007 pour le CMS d'Ettelbruck :

153	séances
2810	consultants
759	radiographies
1405	tests effectués
854	tests lus
2906	rapports rédigés

La fréquentation de ce site a discrètement régressé (- 0,85%). Mais le nombre de radiographies (+ 0,66%) et le nombre des tests tuberculiques effectués et lus (+ 2,31%) ont augmenté.

On constate que le taux de lecture des tests tuberculiques effectués par nos professionnels n'est que de 61% alors que le taux moyen pour les deux autres est proche de 90%. Cette différence ampute significativement la fréquentation du service et donc son activité. Cette baisse est essentiellement liée à l'éloignement des consultants par rapport au CMS.

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.

Les données recueillies en 2007 pour Luxembourg sont les suivantes :

443	séances
11635	consultants
3802	radiographies
4712	tests effectués
4223	tests lus
12157	rapports rédigés

Par rapport à l'exercice précédent nous constatons que le nombre de radiographies interprétées a fortement augmenté (+ 29,4%) alors que celui des tests tuberculiques pratiqués et lus a modestement diminué (-3,3%).

Ainsi l'indice d'activité de ce site, déjà élevé, a progressé de 6,94%.

1.3.4.3. CMS d'Esch / Alzette

Le site organise 4 consultations par semaine.

L'activité à Esch en 2007 s'établit ainsi :

191	séances
3293	consultants
1150	radiographies
1284	tests effectués
1142	tests lus
3609	rapports rédigés

Par rapport à l'an dernier la fréquentation a subi une baisse significative (- 14,6%).

1.4. Analyse et interprétation des résultats

Nous ne mentionnerons ici que les données concernant la prévalence des pathologies ou des affections médicales, c'est-à-dire le nombre total des cas, anciens et nouveaux confondus, enregistrés et comptabilisés en 2007 par le système informatique.

C'est ainsi que parmi les 5711 radiographies effectuées et interprétées en 2007, près de **17% des clichés, soit 951 examens radiologiques, présentaient une anomalie.**

1.4.1. Affections non tuberculeuses

Parmi ces 951 radiographies, l'on dénombre **694 anomalies radiologiques non en rapport avec une affection tuberculeuse** soit 12,15% du total des clichés interprétés **dont 272 correspondent à des situations** (soit 4,8% du total des radiographies) qui nécessitaient un contrôle ou un complément de bilan par l'intermédiaire du médecin traitant ou du médecin prescripteur.

1.4.2. Affections en rapport avec une tuberculose

1.4.2.1. Données épidémiologiques globales

En 2007 au Luxembourg 39 tuberculoses, dont 34 formes pulmonaires, ont été déclarées soit un taux d'incidence de 8,2 cas pour 100.000 habitants. Ce taux est stable (8,5 cas pour 100.000 habitants en moyenne par an entre 2000 et 2005) et plus faible que la moyenne de l'Europe de l'Ouest (environ 12 cas pour 100.000h.). Plus de 60% des personnes malades (24 cas) ont entre 25 et 55 ans et font partie de la population active. Enfin, comme dans bon nombre des pays d'Europe de l'Ouest, l'on constate une prédominance de tuberculoses dites « importées ». En effet, plus de 70% des cas déclarés en 2007¹ sont survenus parmi la population résidente d'origine étrangère (65% en 2005).

1.4.2.2. Evaluation

En 2007 la Ligue a répertorié **257 anomalies radiologiques en rapport avec une maladie tuberculeuse**, ancienne ou récente, soit 4,5% de tous les clichés interprétés. Et l'on inclut ici toutes les formes de maladie tuberculeuse à déclaration obligatoire (D.O.).

Mais, il faut à nouveau insister sur le dépistage des infections tuberculeuses latentes (ITL), non comptabilisées dans ces chiffres et qui ne relèvent pas d'une D.O. Cette mission particulière est du ressort spécifique de la Ligue (se référer au chapitre 1.1.1) qui adopte pour cela 3 principes essentiels :

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

Ce cas s'est produit **499** fois en 2007, qu'il s'agisse d'infections tuberculeuses latentes, anciennes ou récentes, constatées en consultation pour la première fois ou à l'occasion d'un contrôle.

Ces données de la Ligue viennent utilement compléter la comptabilisation des cas de tuberculose maladie effectuée par le ministère (voir le chapitre précédent 1.4.2.1.).

1.5. Conclusion

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

Les résultats obtenus par la Ligue en matière de dépistage et de prévention de la TB et des maladies respiratoires témoignent de sa compétence et d'une qualité accrue de cette prestation mais nécessitent de constantes adaptations et évolutions.

Dans ce dernier registre, la mise au point d'un test sanguin plus sensible et spécifique que le test cutané tuberculique (IDR ou test de Mantoux), vieux maintenant de cent ans, pour dépister l'infection tuberculeuse latente va très probablement changer les pratiques de nos centres de lutte antituberculeuse et apporter un gain supplémentaire d'efficacité.

¹ Source : Inspection sanitaire (chiffres 2007) et Euro-TB (rapports des années 2000 à 2005)

2. La Médecine Scolaire

La médecine scolaire (MS) dans les écoles primaires et préscolaires est un autre vaste champ d'intervention de la Ligue médico-sociale. Elle l'effectue pour le compte de la plupart des communes du pays conformément à la loi du 2 décembre 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 le plus souvent mis à disposition par les communes.

2.1. Les Missions

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

2.1.1. Le volet social

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

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 pendant 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.

2.1.2. 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 professionnel assiste par ailleurs 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 médecine scolaire, de **nombreuses interventions d'éducation et de promotion de la santé** (voir chapitre 2.3.3.).

En bref

Le volet médical de la médecine scolaire a concerné, au cours de l'année scolaire 2006-2007, 31524 élèves pour 2063 classes réparties dans 114 communes du territoire national. Les équipes ont effectué 29483 tests biométriques, 7788 examens médicaux systématiques et 10683 bilans de santé. Le nombre des interventions d'éducation et de promotion de la santé en faveur des élèves sont en sensible augmentation (+ 13%). Cela dénote un intérêt grandissant de la part des professionnels du terrain et de la communauté scolaire pour ce type d'activité et augure d'une bonne adaptation de nos équipes à la future réforme de la médecine scolaire.

2.2. La population des enfants scolarisés

La Ligue conformément aux dispositions de la loi preste 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.

Lors de l'année scolaire 2006 - 2007 l'effectif des enfants assujettis aux contrôles médicaux scolaires organisés par la Ligue s'est élevé à **31524 élèves** (soit une baisse de 2,34% par rapport à l'exercice précédent) répartis dans **2063 classes**.

2.3. Activité et bilan du Service Médical Scolaire

2.3.1. La Médecine Scolaire (MS)

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

Au cours de l'année scolaire 2006 - 2007 les données suivantes ont été comptabilisées (leur évolution, par rapport à l'exercice précédent, est indiquée entre les parenthèses) :

29610	tests systématiques (<i>ts</i>) annuels effectués	(- 2,3%)
7878	examens médicaux systématiques (<i>ems</i>) effectués	(- 3,7%)
10773	bilans de santé (<i>bs</i>) effectués	(- 6,9 %)
27817	examens d'urine de dépistage ont été pratiqués	(- 6,85%)
13164	avis médicaux ont été envoyés aux parents	(- 1,4 %)
351	interventions d'EPS	(+13,2%)

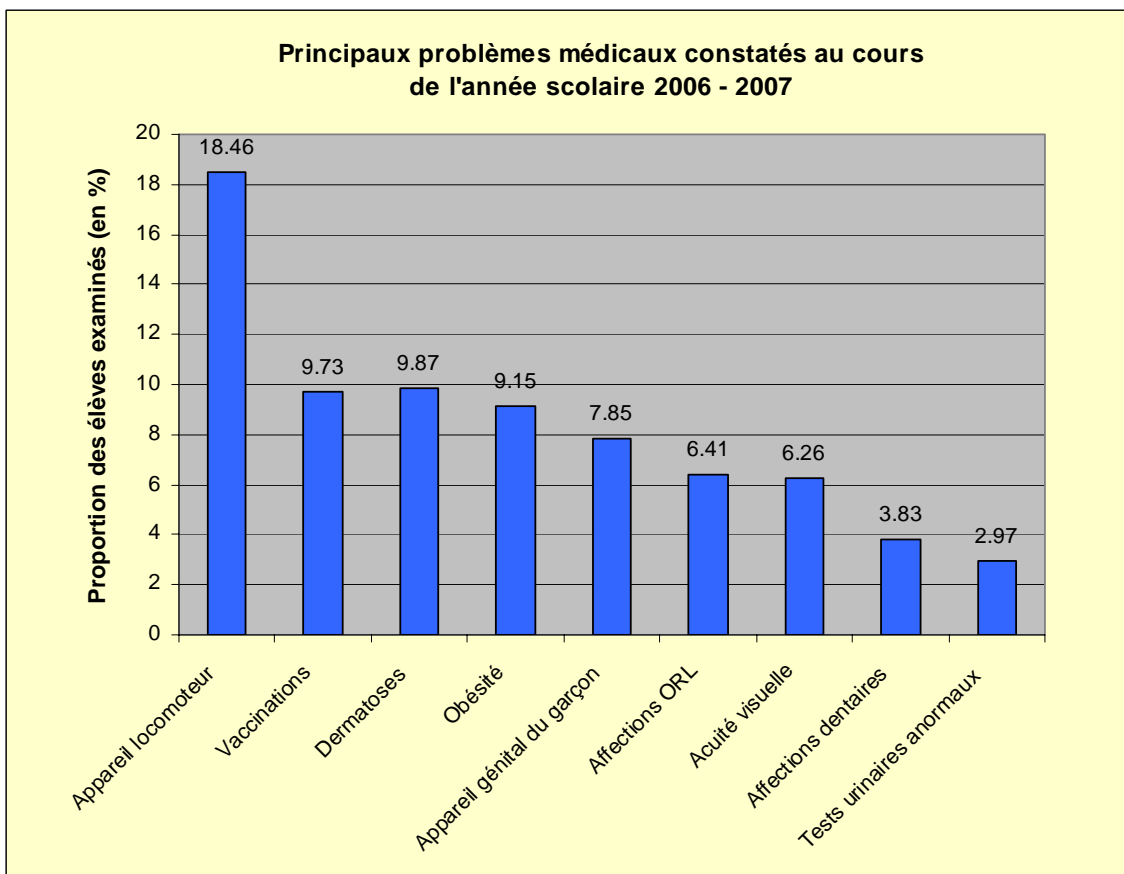
La diminution globale du nombre des examens médicaux obligatoires (*ts* : - 2,3 % ou *ems* + *bs* : - 6,9%) est en partie due au fait que 2 communes (Rambrouch et Redange) n'ont pas pu bénéficier du service médical scolaire en raison de l'indisponibilité de l'infirmière du secteur. Toutefois 93,5% des élèves et 97,5% des classes ont été vues à l'occasion d'examens médicaux systématiques.

A contrario, les interventions d'éducation pour la santé et de promotion de la santé en faveur des élèves sont en sensible augmentation.

Les examens médicaux permettent de constater des anomalies médicales qui peuvent motiver l'envoi d'avis médicaux destinés à inviter les parents à consulter le médecin de leur choix. Ces avis médicaux sont en moyenne au nombre de 6,24 par classe examinée dont l'effectif moyen est de 15,3 élèves.

Au plan épidémiologique les constatations médicales les plus fréquentes concernent :

- l'appareil locomoteur (rachis, déformations plantaires, etc.) avec 18,46% des *ems* + *bs*,
- les recommandations vaccinales pour 9,73% des élèves examinés en *ts*,
- les dermatoses dont les pédiculoses avec 9,87% des *ems* et *bs*,
- l'obésité qui est signalée dans 9,15% des *ts*,
- les anomalies génitales du garçon (7,85% des garçons examinés)
- les affections ORL pour 6,41% des *ems* + *bs*,
- la baisse de l'acuité visuelle (6,26% des *ts*),
- les problèmes dentaires (caries et orthodontie) pour 3,83% des enfants examinés,
- enfin 2,97% des prélèvements urinaires révèlent une anomalie. Ceux-ci objectivent la présence d'albumine dans 0,75% des cas, de glucose dans 0,11% des cas et enfin de sang pour 2,11% de ces tests.



Remarquons qu'une anomalie constatée lors d'un examen médical ne fait pas systématiquement l'objet de la part du médecin scolaire d'un avis auprès des parents notamment si elle a déjà auparavant été notifiée ou prise en charge. En outre, il existe 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

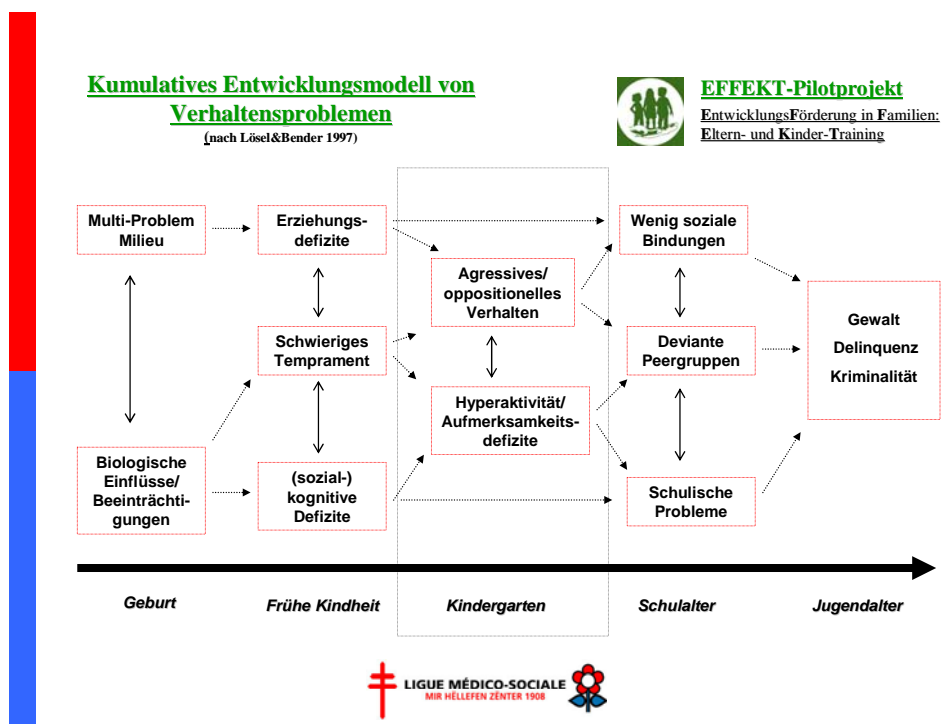
2.3.2.1. Objectifs

- Le maintien, voire l'accroissement de la qualité de service est un objectif permanent au sein du **Service de Médecine Scolaire**. Les agents sociaux du service se sont penchés en 2007 encore une fois sur le problème fréquent des parents sans demandes et négligeant les besoins de leurs enfants. La formation continue interne depuis 2005 autour de ce sujet, intitulée "La relation d'aide, la relation d'aide sous contrainte et la compétence des bénéficiaires", a pris fin avec l'organisation du **colloque** « Le travail social dans les contextes de contrainte » organisé par la Ligue médico-sociale et le Service Central d'Assistance Sociale (SCAS) les 24 et 25 octobre 2007 à Luxembourg pour **une centaine de participants**. Lors de ce colloque, le travail social dans le contexte scolaire avec les problèmes spécifiques qui s'y présentent a été discuté largement.
- Le deuxième objectif poursuivi en 2006-2007 a été le développement d'un **projet de prévention sociale** au sein de la médecine scolaire. En effet, le besoin dans ce domaine est flagrant. Nos statistiques des dernières années montrent que le comportement social des enfants est souvent dysfonctionnel.

En bref

En 2007, l'assistant(e) (d'hygiène) social(e) du service de médecine scolaire est intervenu auprès de 1064 (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 (agressivité e.a.), les problèmes du contexte familial en général et notamment les conflits au niveau des parents, l'absentéisme scolaire et la négligence. 755 nouvelles demandes témoignent de l'importance des problèmes socio-familiaux et socio-scolaires à l'école.

- Les problèmes d'agressivité (violences, ...) et de discipline se multiplient et le corps enseignant est à la recherche de solutions efficaces pour y réagir. C'est ainsi que la Ligue s'est décidée à lancer un projet pilote visant à **renforcer les compétences sociales** des enfants **de manière précoce** en se basant sur le programme « **EFFEKT** » (EntwicklungsFörderung in Familien : Eltern- und Kinder-Training), développé par la 'Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg.



2.3.2.2. Quelques chiffres

Sur une population de 32882 élèves, 1064 enfants ont bénéficiés en 2006/2007 d'une ou plusieurs interventions sociales de la Ligue médico-sociale.

En médecine scolaire et en-dehors du contexte préventif, 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 *position* sociale 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, ...).¹

SMS-Social 2006/2007	Centre	%	Nord	%	Sud ² : social/ médical	%	Total social	%
Demandes de situations connues	201	44%	90	23%	18	9%	309	29%
Demandes nouvelles	259	56%	293	77%	203	91%	755	71%
Nombre total de demandes	460	100%	383	100%	221	100%	1064	100%

1 064 (3%) enfants scolarisés ont bénéficié du service social et nous constatons la persistance d'un nombre important de nouvelles demandes (755 soit 71% de toutes les demandes). Le tableau

¹ GEISER Kaspar, Problem- und Ressourcenanalyse in der Sozialen Arbeit, Interact Luzern 2007

² Pour les communes de Rumelange et de Schiffflange, la Ligue médico-sociale n'assure que le volet social de la prise en charge des enfants dans le cadre de la médecine scolaire. Cela à l'adresse de quelque 1500 élèves.

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 la médecine scolaire.

SMS-Social 2006/2007	Centre	%	Nord	%	Sud*	%	Total	%
Enfants pris en charge	460	100%	383	100%	221	100%	1064	100%
Enfants traités en CMPP	91	20%	76	17%	93	42%	260	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**.

Pour un échantillon de 751 dossiers sociaux, les A(H)S ont répondu à 4 questions pour évaluer l'impact du travail social en médecine scolaire.

Collaboration Parents	%	Changement Situation Evolution	%	Autonomie Famille Evolution	%	Bien-être Enfant Evolution	%
très bonne	14.0%	positive	8.0%	très positive	4.9%	très positive	5.2%
bonne	22.8%	plutôt positive.	39.3%	positive	23.4%	positive	23.4%
plutôt bonne	23.3%	stabilisation	27.8%	plutôt positive	28.9%	plutôt positive	37.2%
plutôt mauvaise	17.8%	stagnation	16.5%	pas chgt.	37.5%	pas chgt.	26.8%
mauvaise	9.5%	plutôt négative	7.1%	plutôt négative	3.5%	plutôt négative	6.8%
aucune	12.6%	négative	1.3%	négative	1.7%	négative	0.7%
Total	100.0%		100.0%		100.0%		100.0%

Ces chiffres parlent pour eux-mêmes, mais soulignons quand même que le **travail social presté a une influence positive sur le bien-être des enfants dans deux situations sur trois (65,8%)**. Ces résultats encourageants vont faire l'objet d'une analyse plus approfondie en 2008.

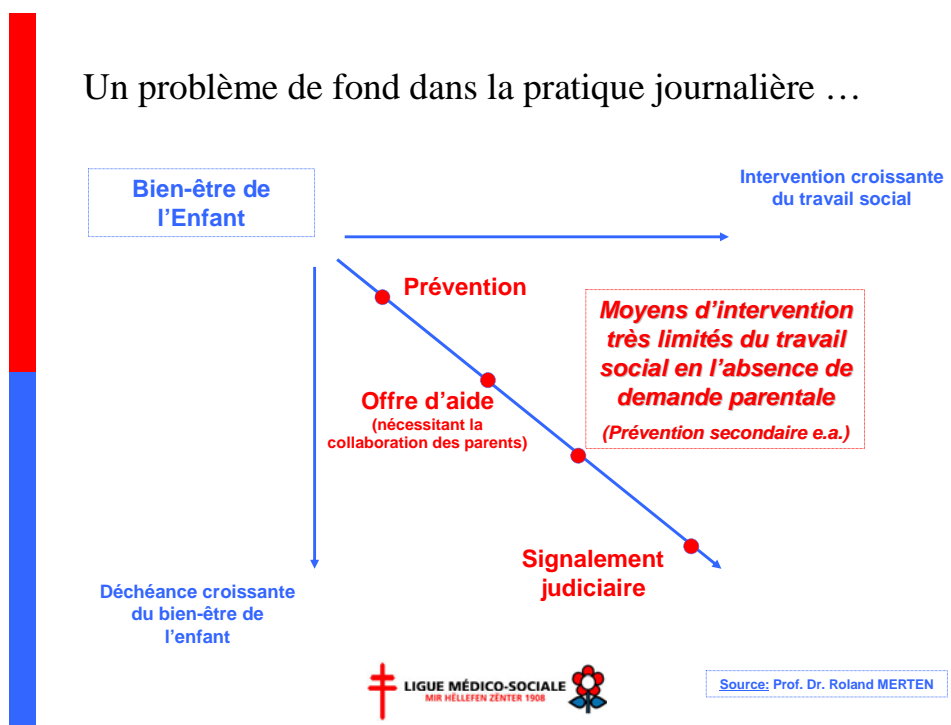
2.3.2.3. Conclusions

Cette courte description du volet social de la médecine scolaire ne peut refléter l'envergure réelle des problèmes sociaux auxquels se trouve confrontée l'école aujourd'hui.

Rappelons qu'un **enfant sur cinq habite un ménage tombant sous le seuil de risque de pauvreté (CEPS/STATEC)**, en moyenne donc trois enfants par classe. Les faibles ressources financières des parents ne sont évidemment pas la cause de tous les problèmes. En effet, la proportion d'enfants à problèmes sociaux augmente dans nos classes.

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

Un problème de fond dans la pratique journalière ...



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, 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.

Il faut être conscient du fait que les enfants à problèmes sociaux d'aujourd'hui seront les clients de demain de nos services sociaux. A côté d'une intervention sociale plus 'curative', il est nécessaire de **développer des programmes de prévention sociale spécifiques** et ciblés pour que l'impact soit durable. Avec le programme EFFEKT, la Ligue médico-sociale propose un premier élément d'une prévention *sociale*, dont le besoin ne cesse de s'accroître.

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

Les professionnels de l'équipe médico-socio-scolaire, au contact direct et régulier avec la communauté scolaire, représentent les acteurs de terrain particulièrement sensibilisés et adaptés à réaliser un programme cohérent et pérenne d'E.P.S. au sein des établissements scolaires.

2.3.3.1 Formation du personnel

Une formation spécifique et continue des professionnels de terrain est donc indispensable. 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 l' « Equipe Education et Promotion de la Santé ». (Voir chapitre 4.1.).

Au cours de cette année scolaire un deuxième groupe de nos intervenants en médecine scolaire a bénéficié de la formation sur la PS, proposée par le ministère et organisée par l'asbl Repère. La cellule Promotion Santé (PS) a concouru à l'élaboration et à l'organisation de ce programme spécifique.

Par ailleurs, le personnel de terrain de la Ligue a bénéficié d'une formation concernant l'outil « Bien-être » élaboré par l'équipe PS et l'outil « pyramide alimentaire AID » du ministère.

Enfin en parallèle, tous les thèmes de PS déjà traités ont été présentés et expliqués au personnel nouvellement engagé.

2.3.3.2 Bilan des interventions des professionnels

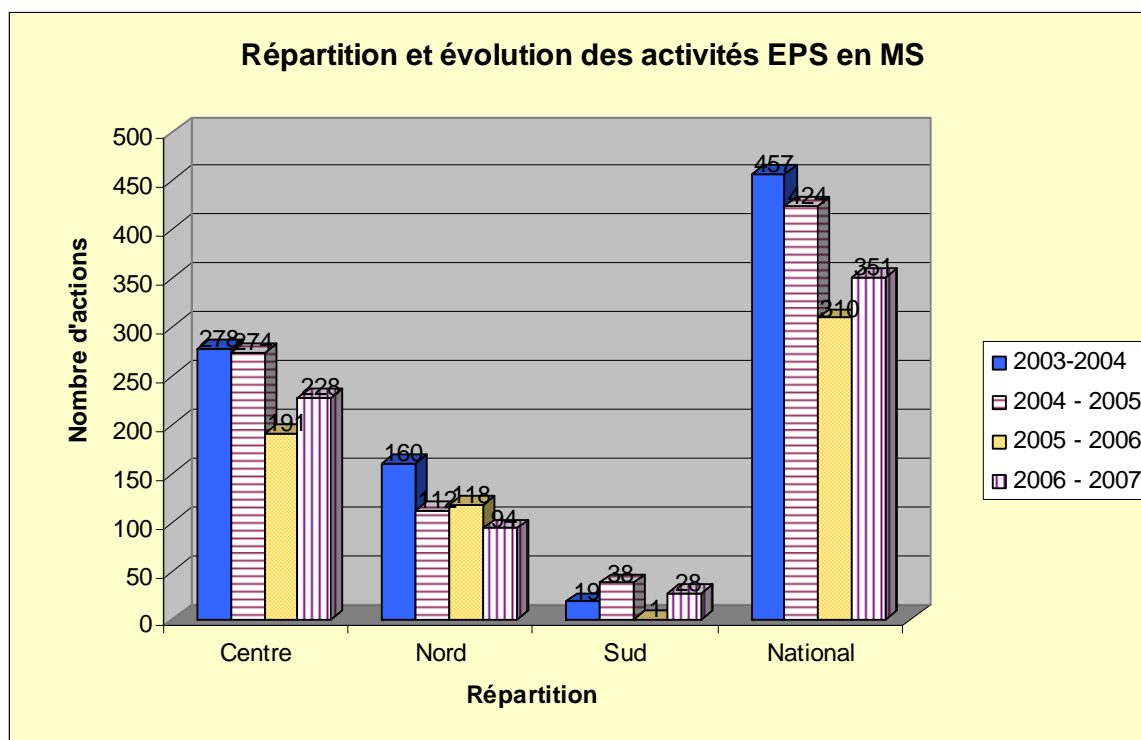
Chaque début d'année scolaire, les professionnels de la Ligue informent les enseignants et les parents des possibilités d'intervention dans les établissements scolaires en matière de promotion de la santé. Dès lors des actions peuvent être menées, toujours en collaboration avec les enseignants, en fonction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

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

Interventions de PS effectuées au niveau national au cours de l'année scolaire 2006-2007	
Activités réalisées pour les élèves	351 (+ 13,2 %)
Nombre de communes bénéficiaires <i>total de communes concernées</i>	70 (+ 25%) 114
Séances réalisées pour les parents	19

Au cours de cet exercice, le nombre d'interventions de PS effectuées dans le cadre de la MS, au niveau national, s'est élevé à **351 actions** et est en augmentation sensible (+ 13,2%) par rapport à l'année scolaire précédente. Par ailleurs, 19 séances d'information ont été réalisées à l'intention des parents et sont aussi en forte progression.

La répartition de l'activité et son évolution par rapport aux exercices antérieurs sont résumées dans le graphique ci-dessous.



Dans le Centre l'activité est en augmentation de 19,4% et 46 demandes n'ont pu être honorées.

Dans le Nord l'on enregistre une baisse de 20% des actions en partie expliquée par l'absence prolongée d'une infirmière.

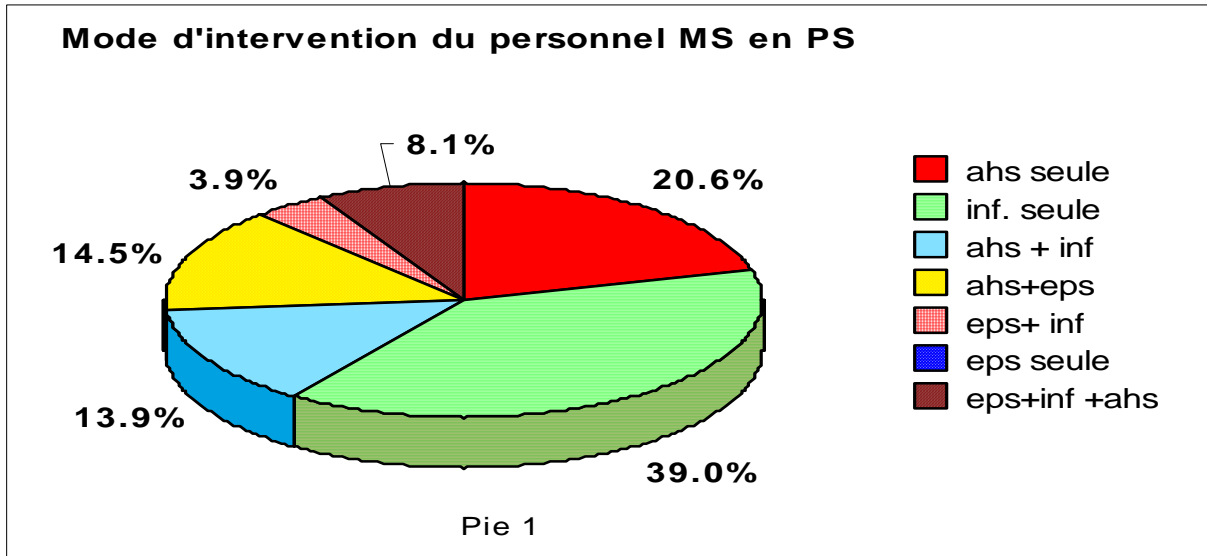
Par contre au Sud le volume des activités de PS est en net accroissement.

Comme lors du précédent exercice, la couverture géographique s'est encore accrue puisque **70 communes** du pays (+25%) ont bénéficié d'interventions. La Ligue a ainsi effectué des activités de PS dans plus de la moitié (61%) des communes dont elle a la charge.

2.3.3.3 Modes d'intervention

55% des interventions d'EPS sont effectuées par un seul professionnel. Dans les autres cas plusieurs professionnels interviennent conjointement.

Lors des animations et ateliers 73,2% des professionnels se passent de l'aide d'un référent de l'équipe PS dont l'aide est toutefois sollicitée régulièrement.



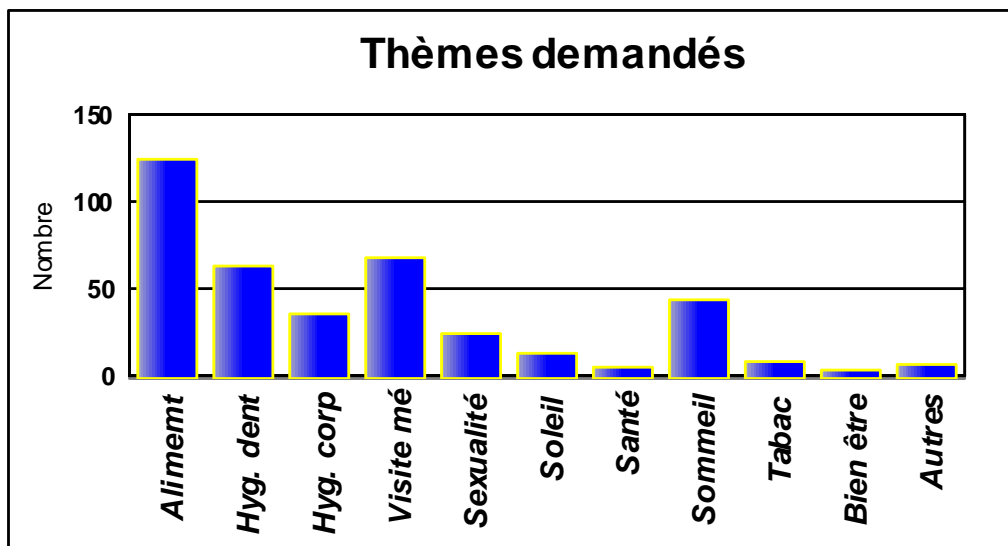
2.3.3.4. Thèmes et demandes

Au total **10 thèmes** ont été proposés à la communauté scolaire au cours de l'année scolaire écoulée. Il s'agit de « l'alimentation », de « l'hygiène dentaire », de « l'hygiène corporelle », de la « visite médicale », du « sommeil », du « soleil », du « tabac », de la « sexualité », de la « santé » et du « bien-être » introduit en cours d'année.

Pour ces thèmes les professionnels disposent d'un ensemble de 20 outils, adaptés aux différents âges des élèves. Ceux-ci ont été développés par la Ligue ou mis à disposition par d'autres partenaires comme l'outil « pyramide AID » dont nous avons déjà parlé au chapitre 2.3.3.1.

Les thèmes les plus demandés et traités sont par ordre décroissant l'alimentation, la visite médicale, l'hygiène dentaire, le sommeil, l'hygiène corporelle et la sexualité.

Ces demandes sont résumées dans le graphique qui suit.



L'origine des demandes au cours de l'année scolaire 2006 - 2007 s'établit ainsi :

- 244 émanent de l'enseignant (59,2%)
- 118 sont à l'initiative du personnel médico-socio-scolaire (28,6%)
- 6 proviennent des parents d'élèves
- 6 des communes
- 5 des directeurs d'école
- 1 des élèves eux-mêmes
- 6 de plusieurs membres de la communauté

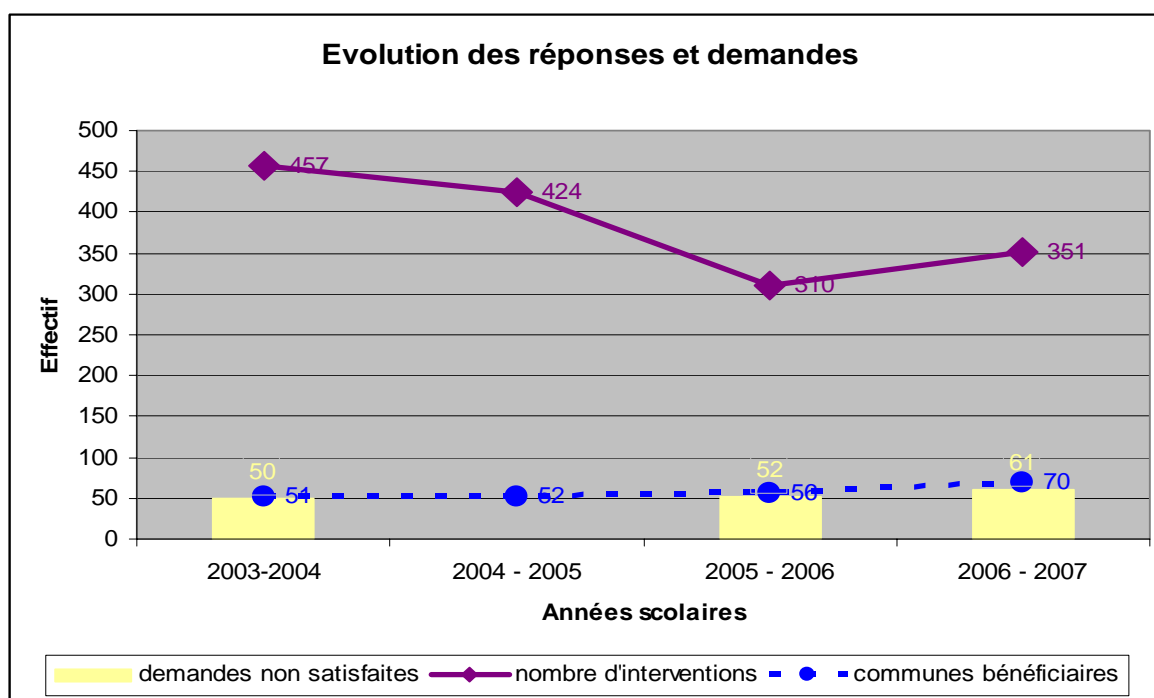
L'on constate que les actions initiées par les professionnels de l'équipe médico-socio-scolaire sont nettement plus nombreuses que par le passé (63 en 2005-2006).

2.3.3.5. Réponses aux demandes d'intervention

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 requiert présence, collaboration et partenariat et génère des échanges fructueux avec la communauté scolaire.

Malheureusement il n'est pas toujours possible de donner suite à toutes les demandes par faute de temps,

En chiffres bruts le nombre de demandes non satisfaites (61) est en augmentation de 17% par rapport à l'exercice précédent (52). Toutefois si l'on se réfère au total des demandes, le taux des non-réponses, avec 14,8%, n'est qu'en légère augmentation (14,4%) par rapport à l'exercice antérieur.



2.3.3.6. Analyse

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

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.

La future réforme de la médecine scolaire, accordant une place plus importante à la prévention et à 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, dans le futur, développer plus encore cette activité.

3. Prévention de la Santé de l'Enfant

3.1. Les missions

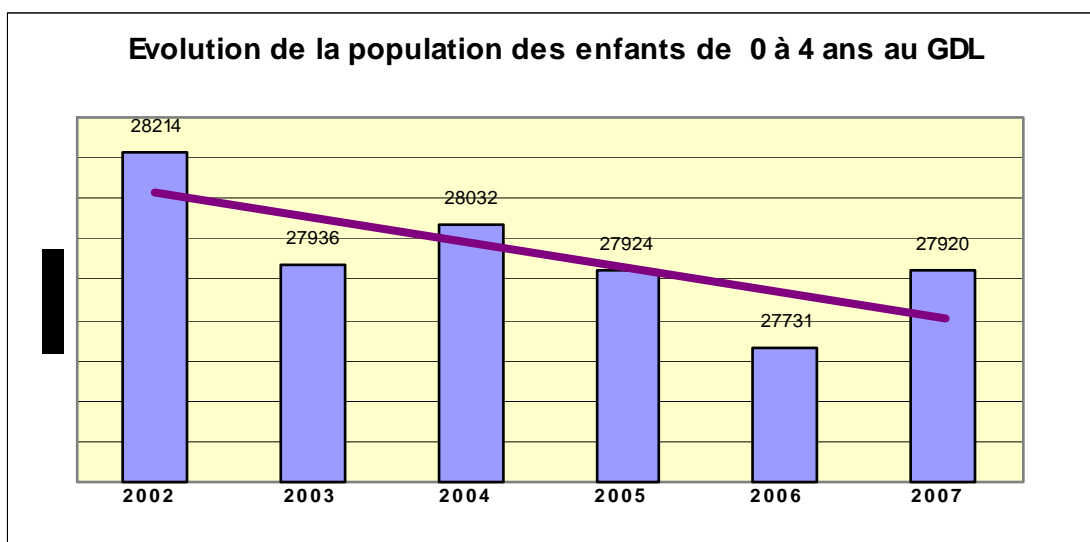
Les objectifs de cette prestation sont le dépistage précoce des retards de développement, notamment psychomoteur, et des pathologies du jeune enfant ainsi que l'information et le conseil des parents pour tout ce qui concerne la santé et l'épanouissement social de leur(s) enfant(s) et, par voie de conséquence,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

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

3.2. Population de jeunes enfants de 0 à 4 ans

En 2007, la population des enfants de 0 à 4 ans concernés par cette activité, estimée par le Statec, est en légère hausse (0,68%) par rapport à 2006 avec un chiffre de **27920** individus pour le Luxembourg. Toutefois la tendance générale depuis plusieurs années est à la décroissance des naissances et donc aussi de l'effectif des enfants de cette classe d'âges.

En bref
En 2007 le niveau d'activité de cette prestation est contrasté. La fréquentation des « consultations pour nourrissons » (CN) est en baisse sensible (**3172 consultations**) et affecte aussi bien les nouveaux enfants inscrits (- 22%) que les anciens (-20%). Les visites (VM) de nos infirmières dans les maternités Grande-duchesse Charlotte (Luxembourg) et de St Louis (Ettelbruck) ont permis de faire connaître nos services à 920 mères.



Sur ce schéma la ligne représente la courbe de tendance de l'effectif global de la population des enfants de 0 à 4 ans

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 dans 28 sites répartis sur tout le territoire.

Elles sont accessibles aux enfants de 0 à 4 ans et à leurs parents. Elles reposent sur 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 des sites. Les locaux affectés sont choisis en fonction des possibilités de la commune concernée ou de celles de la Ligue.

Enfin, remarquons les difficultés récurrentes à pourvoir certains sites de consultations en médecins. Ce phénomène est surtout lié à la baisse de la **démographie médicale**.

En 2007, **3172 consultations** ont été dispensées sur le territoire au cours de **710 séances** organisées par la Ligue. Le détail de l'activité de ces consultations est résumé dans le tableau ci-dessous :

Circonscription	Nombre d'enfants examinés (évolution / 2006)	Nombre de nouveaux inscrits (évolution / 2006)	Nombre d'anciens consultants (évolution / 2006)	Moyenne par séance (évolution / 2006)
Centre	1379 (- 25,9%)	395 (- 26,2%)	984 (- 25,8%)	3,36 (- 28%)
Nord	957 (- 5,5%)	161 (- 19,5%)	796 (- 2,1%)	6,42 (- 11,3 %)
Sud	836 (-25,9%)	204 (- 16%)	632 (- 28,7%)	5,54 (- 28,3%)
National	3172 (- 20,8%)	760 (- 22,3%)	2412 (- 20,3%)	4,47 (- 23,5)

3.3.2. Les visites en maternité (VM)

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

Il faut mentionner que 2007 constitue la première année pleine de ce type de coopération avec la maternité de l'Hôpital Saint Louis d'Ettelbruck alors qu'elle s'effectue à la maternité du CHL depuis 2003.

La collaboration avec le personnel soignant de ces établissements est très bonne.

Au CHL l'infirmière puéricultrice de la Ligue a rencontré **642 mères** (- 4,4%) au cours de **38 déplacements** (6 de moins qu'en 2006) à la maternité Grande Duchesse Charlotte du CHL. La fréquence des passages en maternité est d'environ une fois par semaine. Et, à chaque séance, la moyenne est de 16,9 mamans visitées.

De même, **41 déplacements** ont été réalisés à la maternité de l'hôpital St Louis d'Ettelbruck, par une infirmière en pédiatrie de la Ligue. Celle-ci y a rencontré **278 mères**.

3.3.3. Les visites à domicile (VD)

Ces visites ne sont proposées qu'aux parents d'enfants qui présentent des problématiques d'urgence ou en cas de nécessité absolue. Le recours aux consultations sur site (CN) est toujours privilégié.

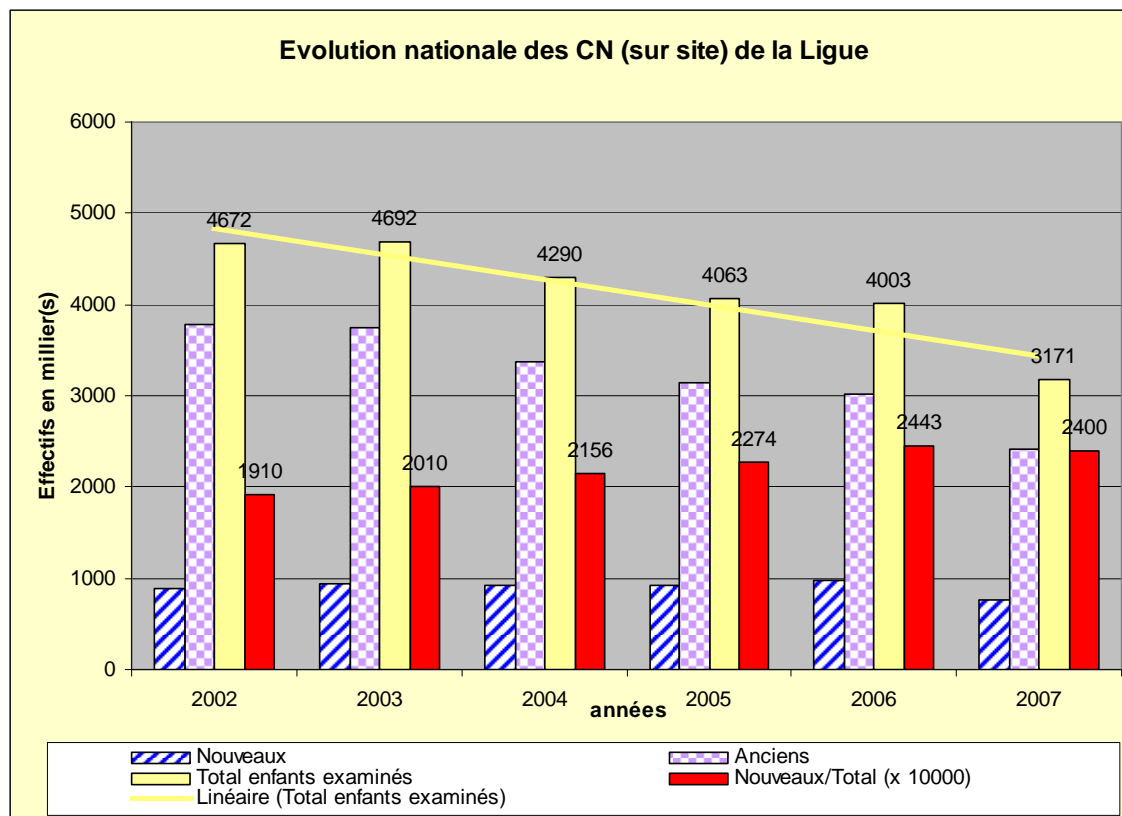
3.4. Bilan et perspectives

En 2007, le nombre total d'enfants examinés a sensiblement diminué.

La baisse de fréquentation est générale et touche aussi bien les nouveaux inscrits que les anciens. (Se reporter au schéma qui suit).

Le constat est le même depuis plusieurs années. Les principales difficultés résident dans la fidélisation des nouveaux clients.

Une analyse fine permet de constater que la proportion des nouveaux clients par rapport au total des consultations, représentée par les barres rouges du schéma ci-après, est en diminution limitée par rapport à 2006 ce qui atténue l'ampleur de la diminution des consultations en général.



Parmi les causes de cette baisse significative l'on évoque plusieurs éléments.

Au niveau national l'offre de prestations pour la petite enfance est diversifiée et importante.

En effet, plusieurs autres institutions ou professionnels, spécialistes de l'enfance, proposent des services, souvent beaucoup plus ciblés, qui répondent à des demandes spécifiques de la clientèle potentielle.

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 et à diverses demandes des communautés en matière d'éducation à la santé (ES) et de promotion de la santé (PS).

4.1. "Equipe Education et Promotion de la Santé"

4.1.1. Objectifs et compétences

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

L'« Equipe Education et Promotion de la Santé » est une entité restreinte de trois professionnels qui réfléchit aux moyens de répondre à ces objectifs notamment dans le domaine de la MS.

Elle s'occupe des aspects conceptuels et organisationnels des interventions d'EPS et supervise la programmation des actions. Elle assure la formation du personnel médico-socio-scolaire afin qu'il puisse entreprendre des interventions de promotion de la santé auprès des élèves dont elle a la charge (voir 2.3.3.1.). Elle gère les outils et matériels et enfin elle collabore avec le ministère de la Santé et les différents partenaires.

4.1.2. Modalités de fonctionnement

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

4.1.3. Activités spécifiques

Les membres de l'équipe EPS ont bénéficié en 2007 d'une formation « créer un outil pédagogique en santé », dispensé par le service de promotion de la santé de l'UNMS de Bruxelles (PIPSa).

En 2007 cette entité a aussi :

- Elaboré l'outil « bien-être » avec la collaboration du centre de toxicomanie
- Conçu, au cours de la formation citée plus haut, l'outil « Bouger c'est la santé » évalué par l'UNMS et en cours de finition
- Présenté les nouveaux outils et animations aux professionnels
- Encadré, accompagné ou conseillé le personnel sur le terrain
- Participé à la formation des professionnels de terrain
- Donné son avis sur plusieurs projets ou prototypes internes ou externes à la Ligue
- Participé à différents groupes d'experts (se reporter au chapitre 5.)
- Collaboré à certains programmes locaux ou nationaux

4.2. Activités d'EPS dans le cadre de la MS (en faveur des élèves du primaire)

Ces activités regroupent d'une part celles propres à la Ligue et d'autre part celles qui concernent des interventions particulières en rapport avec des programmes nationaux initiés par le ministère de la santé.

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

Tous les aspects de ces interventions d'EPS, propres à la Ligue, effectuées au cours de l'année scolaire 2006-2007, sont développés au chapitre 2.3.3.

4.2.2. Interventions annexes dans le cadre de programmes nationaux

La Ligue a participé activement aux différentes actions ministérielles sur l'hygiène alimentaire et l'activité physique.

Par l'intermédiaire de ses professionnels de terrain elle a distribué 12200 « sacs petits déjeuners » ("sacs jaunes") aux classes préscolaires et primaires et a animé cette intervention.

Elle a présenté le « kit pyramide alimentaire AID » aux enseignants d'une grande majorité des écoles dont elle a la charge (164 kits distribués dans 101 communes).

Enfin elle a mis en place, en collaboration avec le ministère, l'atelier « pyramide alimentaire AID » dans les classes de 2^e primaire.

4.3. 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.

4.3.1. Consultations spécialisées

4.3.1.1. Les consultations pour fumeurs

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

Les effets du tabagisme actifs sont graves et bien connus.

Par ailleurs, il est scientifiquement prouvé que les individus exposés de façon chronique aux fumées de tabac des autres sont plus exposés aux pathologies respiratoires, au risque de bronchite chronique et même de cancer. Le tabagisme passif est particulièrement nocif pour les plus jeunes et les enfants. Les effets délétères du tabac sur l'organisme engendrent un "coût" humain inacceptable et des coûts directs et indirects considérables pour le budget de la santé.

Grâce au plan national de lutte contre le tabagisme et aux efforts entrepris par les pouvoirs publics et les acteurs de santé, dont la Ligue fait partie, l'incidence du tabagisme a diminué notamment chez les jeunes bien qu'elle reste encore préoccupante.

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

En novembre 2007 une seconde consultation d'aide au sevrage tabagique, animée par un tabacologue, à été ouverte au CMS de Luxembourg portant à quatre le nombre de sites pour ce type d'intervention de prévention secondaire.

L'activité propre des différents sites s'établit ainsi :

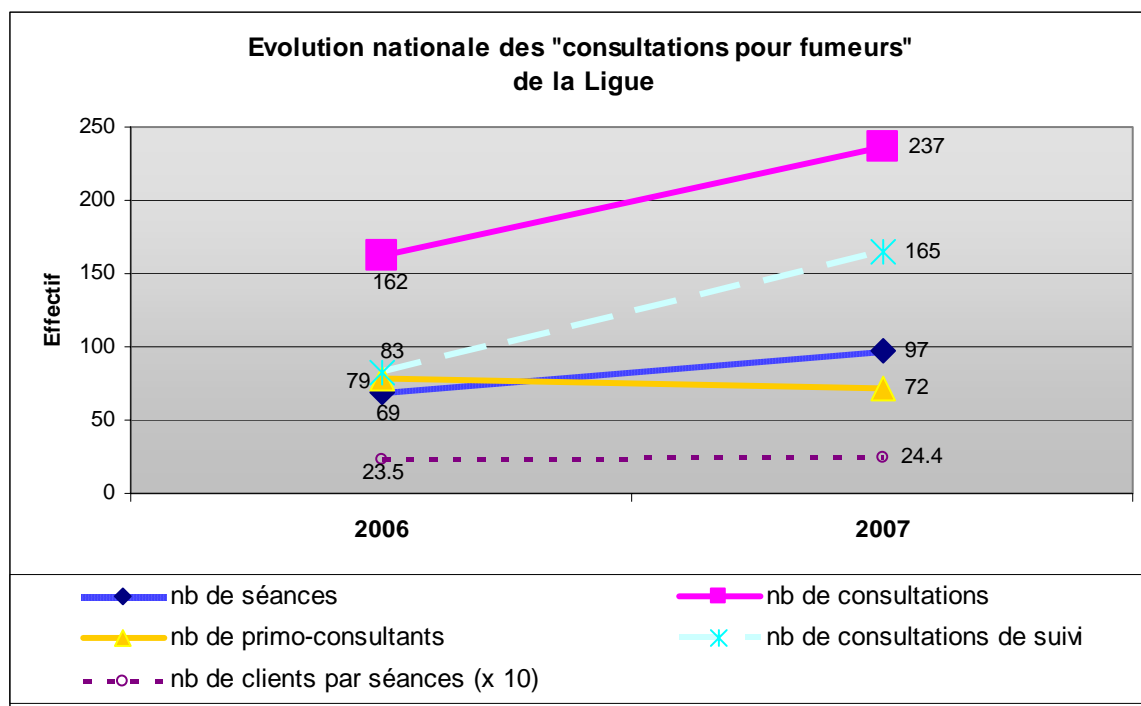
A Luxembourg-ville, 54 séances de consultations pour fumeurs se sont déroulées. Au total **178 consultations** (+ 56,1%) ont été dispensées réparties en 49 consultations initiales (- 14%) et 129 suivis (+ 126,3%) pour une moyenne de 3,3 consultants par séance.

A Dudelange, l'on comptabilise **42 consultations** (+ 61,5%) dont 15 consultations initiales (+ 25%) et 27 suivis (+ 92,9%) pour une moyenne de 1,75 consultants par séance (24 séances au total soit une augmentation de 37,5%).

A Ettelbruck, 19 séances (+ 46%) ont été organisées pour **17 consultations** (- 22,7%) dont 8 consultations initiales (- 20%) et une moyenne de 0,9 consultant par séance.

Globalement l'activité de cette intervention prioritaire de santé publique a fortement progressé en 2007. En effet, au niveau national, le nombre de séances organisées (97) a augmenté de 41% pour un accroissement de 46% du nombre de consultations (237 contre 161). Celles-ci ont nettement progressé à Dudelange et à Luxembourg. La fréquentation d'Ettelbruck est plus problématique en raison d'une part de sa création encore récente (mars 2006) et d'autre part de l'existence d'une consultation similaire organisée localement par des confrères libéraux.

L'ensemble de ces résultats est représenté sur le schéma qui suit.



L'augmentation de l'offre depuis 2006, confortée par l'ouverture d'une nouvelle consultation à Luxembourg, s'est soldée par une progression de l'activité qui a profité essentiellement au suivi des clients ce qui comme le montrent de nombreuses études scientifiques devrait augmenter le taux de réussite des sevrages entrepris.

Signalons enfin que plusieurs professionnels spécialisés de la Ligue ont participé tout au long de 2007 à différents 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.

4.3.1.2. Les consultations diététiques et l'activité du service diététique

Les consultations diététiques

Quatre diététiciennes proposent pour le compte de la Ligue et sur rendez-vous des consultations diététiques gratuites dans les six CMS de Luxembourg, Dudelange, Ettelbruck, Echternach, Clervaux et Rédange qui a ouvert en 2007.

Leurs missions sont claires. Lutter contre l'obésité infantile en collaboration avec la médecine scolaire, favoriser notamment auprès des plus jeunes les comportements alimentaires sains, collaborer aux autres prestations préventives de la Ligue et enfin informer le grand public.

Ces consultations sont presque essentiellement fréquentées par des enfants obèses (BMI > 85^e percentile) 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 suivre, des informations et la fourniture de brochures diverses.

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

En 2007, le nombre des consultations (991) au niveau national est parfaitement stable par rapport à l'exercice précédent (990). Et la fréquentation intéresse par ordre décroissant les sites de Luxembourg (244), d'Ettelbruck (238), de Dudelange (181), d'Echternach (181), puis de Clervaux (141) et enfin de Rédange (6) ouvert très récemment.

Parmi les visiteurs 255 étaient des « primo-consultants » ce qui représente un quart de l'effectif des consultations, chiffre en légère progression (+ 2,4%) par rapport à 2006.

La très grande majorité des consultants (90%) qui ont fréquenté ces consultations spécialisées étaient des enfants contre une faible proportion d'adultes.

Au total 325 enfants ont fréquenté les sites de consultations en 2007. Ils ont été vus en moyenne 3,2 fois par une diététicienne au cours de l'année.

Activités annexes

En complément à ces consultations sur site et dans le cadre de l'EPS dans les écoles primaires les diététiciennes animent régulièrement, des ateliers ou des interventions à l'attention des jeunes élèves. Elles organisent aussi des conférences à l'attention des parents d'élèves et de la communauté scolaire du primaire. Enfin elles participent ponctuellement à des interventions spécifiques organisées par certaines communes.

Ainsi, les diététiciennes ont animé 17 ateliers à l'attention des enfants ou des parents, effectué 4 conférences à l'attention de la communauté scolaire et des parents de certaines communes.

Par ailleurs, elles effectuent également sur demande motivée des interventions et des animations d'éducation ou de promotion à la santé dans les établissements secondaires et les lycées.

Ainsi nous dénombrons 44 animations ou ateliers en faveur des élèves et 3 réunions à l'attention des parents de quatre lycées du pays.

Enfin, elles participent à l'information du public en collaborant à la mise au point de brochures, de fiches - conseils ou à la conception et à l'amélioration d'outils.

Tous ces éléments confirment que les besoins et les demandes en la matière sont importants et en constante augmentation.

4.3.2. Interventions ciblées ou 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 2007 citons les différentes actions suivantes :

- Parmi les interventions sur le tabagisme l'on peut énumérer :
 - Action de sensibilisation sur la place d'Armes de Luxembourg le 31 mai, à l'occasion de la journée mondiale sans tabac, avec mise à disposition de CO-testers, mesure du CO expiré, et informations diverses
 - Séances de sensibilisation au sevrage tabagique pour une commune du Nord et pour une grande entreprise du Kirchberg
 - 2 interventions en faveur des étudiants des LTPS de Warken
 - 1 intervention pour les élèves des lycées techniques A-M, technique R-S et Ste Anne
- Actions en faveur d'une alimentation saine réalisées, dans les lycées ou les communes, en majeure partie par les diététiciennes. Ces interventions sont détaillées au chapitre 4.3.1.2. dans « activités annexes ».
- D'autres professionnels de la Ligue peuvent être impliqués et participer conjointement avec les diététiciennes à des projets de plus grande envergure notamment lors de conférences, de

matinées ou de journées comportant un volet alimentation, activités physiques et santé.

- Participation au projet « Fit an menger Schoul » pour les élèves de 5^e et 6^e primaire de l'école de Noertzange
- Participation au programme européen « Gesunde Kinder in gesunden Gemeinden » visant le développement d'activités physiques pour toute la population.
- Organisation de cours de babysitting dans deux communes du Sud et une commune à l'Ouest du pays.
- Organisation de 5 séances de cours « assistants parentaux » à Differdange

4.4. Formation des professionnels

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

Ainsi, dans le cadre de la Médecine scolaire le personnel médico-social a bénéficié de nouvelles formations afin de pouvoir intervenir sur des thèmes actualisés et toujours plus diversifiés. Et, en parallèle, la structure EPS veille à former les nouveaux professionnels de terrain nouvellement engagés. (Se reporter aux chapitres 2.3.3.1., 4.1.1 et 4.1.3.)

5. Information du public, travaux et représentation

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

Sur les médias nationaux différents domaines sont régulièrement développés. En 2007 des interventions sur le tabagisme ont été effectuées à la radio et à la télévision nationale.

La Journée Mondiale sans Tabac 2007 avait pour titre « Pas de fumées à l'intérieur ». Ce thème nous a permis d'insister, dans la presse écrite et sur les ondes radiophoniques, sur la dangerosité du tabagisme passif notamment pour les plus jeunes et dans les espaces confinés. Parallèlement, l'intervention de sensibilisation du public, qui a mobilisé plusieurs professionnels, sur la place d'Armes à Luxembourg a rencontré, lors de cette journée, un vif succès populaire.

La Ligue a relayé par voie de presse le slogan de la journée mondiale contre la tuberculose 2007 qui était « La tuberculose n'importe où, c'est la tuberculose partout ». Il s'agissait de souligner que cette maladie peut frapper n'importe où et n'importe qui et d'inviter chaque individu à combattre ce fléau et à participer, selon ses moyens, à la lutte contre ce fléau.

Sous l'égide des ministères de tutelle, la Ligue a participé, 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 notre participation active aux groupes suivants :

- « Groupe de travail tabac » et ses sous-groupes dont celui nommé « Ecole sans tabac » et au « Forum des lycéens »
- « Groupe de travail médecine scolaire » et ses différents sous-groupes qui demandent beaucoup d'assiduité, de réflexion et d'énergie. Cette entité est chargée d'élaborer le projet de réforme de la médecine scolaire.
- Groupe de travail « alimentation » dans le cadre du plan national d'action pour la promotion de l'alimentation saine et de l'activité physique.
- Réseau "vivre le soleil- prévention primaire" pour la prévention des dangers du soleil.
- « Comité national de l'allaitement » où le représentant de la Ligue a assisté à 2 réunions en cours d'année et, en marge de ce groupe, a participé à une conférence de presse.

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

Certains de nos spécialistes ont participé en janvier au Congrès de Pneumologie de Langue Française puis en octobre au congrès de la Société Française de Tabacologie. Ces confrontations leurs permettent de s'informer sur les évolutions et avancées de ces domaines de la médecine. Des évolutions majeures sont, en particulier, prévisibles dans le dépistage de la TB comme nous l'avons souligné au chapitre 1.5.

6. Conclusions générales

En parallèle de ses missions historiques et de ses activités préventives, 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, en faveur des communautés de son ressort.

Cette approche doit cependant préserver les activités médico-sociales classiques de dépistage et de prévention. Elle nécessite par ailleurs des ressources importantes ce qui requiert des adaptations constantes et des ajustements au sein des services.

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

RAPPORT SUR LES SERVICES SOCIAUX

1. Service d'Accompagnement Social

1.1. Mission

Le Service d'Accompagnement Social (SAS) offre une **aide sociale à long terme et en milieu ouvert** à des personnes et familles présentant des problèmes sociaux lourds et dotées d'un état de santé - physique et psychique - souvent fort fragilisé.

L'accompagnement social **complète les mesures d'intégration légales.**

Parmi les **catégories de clients** pris en charge, nous retrouvons e.a. les bénéficiaires RMG – les enfants et jeunes en difficulté dans leur famille – les parents dépassés par la prise en charge de leurs enfants – les personnes surendettées – les personnes placées sous tutelle ou curatelle - les personnes dépendantes de substance psychotropes – les personnes souffrant de troubles psychiques – les personnes (âgées) dépendantes physiquement et/ou psychiquement.

Le **but de l'accompagnement** social est d'amener le client fragilisé à récupérer, puis à **stabiliser** sa situation pour ensuite reprendre sa vie en main avant que sa déchéance sociale ne soit complète. Afin de rendre ce **travail durable**, les assistant(e)s (d'hygiène) social(e) du service recourent aux méthodes générales et spécifiques du travail social, permettant de prendre toutes les mesures nécessaires pour aider le « client » à restaurer son **autonomie** de vie.

Les **moyens du service** sont notamment - des techniques de communication pour écouter, encourager et soutenir le client - le conseil social (y inclus les spécificités d'un travail avec des clients contraints à consulter le service) visant le changement durable de comportements ou d'habitudes – le dégagement des ressources (financières/matérielles) pour et avec le client – la simplification de l'accès aux services et administrations – les méthodes de coordination des aides possibles et des aidants disponibles – la guidance dans la gestion du budget ménage, ou en cas d'incapacité totale ou partielle, la gestion financière de tout ou d'une partie du revenu.

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

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 2003 par une structure dédiée au volet financier et comptable, le **Service pour Mineurs et Majeurs protégés.**

En bref :

En 2007, le service a pu venir en aide à 2079 personnes (dont 851 enfants) dans 863 ménages (dont 851 enfants) (dossiers) au total.

Au 31.12.2007, nous comptons 663 dossiers actifs dont 25% relèvent d'une mesure de gestion financière (MGF). Le nombre de gestions financières a augmenté à 168 mesures actives au 31.12.2007 (156 au 31.12.06). Le nombre de demandes de gestions financières volontaires en attente est de 24 à la même date. A ces 192 mesures de gestion financière en cours de traitement s'ajoutent en 2007 un nombre de 23 dossiers clôturés pour faire un total de 215 MGF traitées.

Pour les dossiers traités en 2007, le service a pu redresser positivement 44% des situations prises en charge et en stabiliser 24%. Il reste 32% de situations pour lesquelles l'aide proposée est restée sans résultat positif (stagnation pour 21% ménages et évolution négative pour 11% des ménages). L'autonomie du client s'est améliorée dans 50% des cas.

1.2. Objectifs poursuivis en 2007

Le maintien, voire l'accroissement de la qualité de service est un objectif permanent au sein du Service d'Accompagnement Social. Les agents du service se sont penchés en 2007 sur trois aspects dans la prise en charge des clients :

1. le travail social avec les clients contraints de consulter

La formation continue interne depuis 2005 autour de ce sujet ("La relation d'aide, la relation d'aide sous contrainte et la compétence des bénéficiaires") a pris fin avec l'organisation du **colloque** « Le travail social dans les contextes de contrainte » organisé par la Ligue médico-sociale et le Service Central d'Assistance Sociale (SCAS) le 24 et 25 octobre 2007 pour **une centaine de participants**.

2. l'accompagnement à la parentalité

Ce sujet a été thématiqué dans le cadre d'un mémoire de stage qui fait le tour des acteurs dans ce champs, résume les moyens et les méthodes tout en proposant des pistes pour un développement futur. Le mémoire en question constitue un manuel pour la pratique des agents du SAS.

3. le volet éducatif des mesures de gestion financières

Un groupe de travail ad hoc s'est attelé à la tâche de **développer une méthodologie de travail adaptée** afin de développer les compétences des clients dans ce domaine si important pour une maîtrise autonome du quotidien.

4. la collaboration avec les autres services

Le Service d'Accompagnement Social a contribué aux activités du réseau « travail social concerté, qualité de vie et solidarité » pour améliorer la coordination et la coopération avec d'autres services.

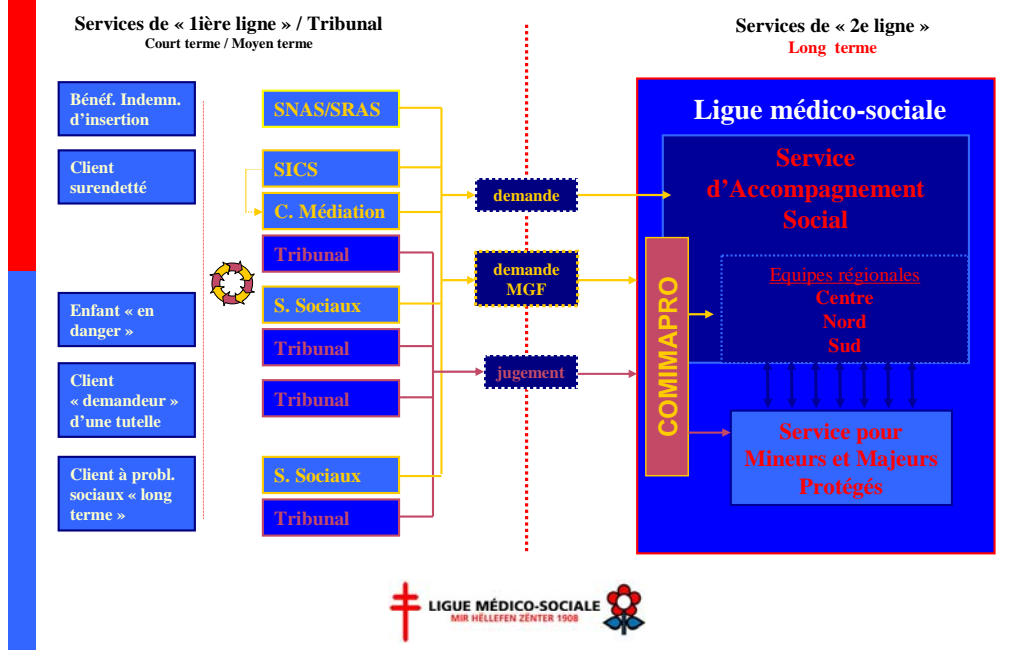
L'élaboration de standards minimaux de collaboration, commencée en 2007, sera poursuivie en 2008.

Finalement, la statistique de l'année 2007 met l'accent sur l'analyse des problèmes sociaux rencontrés dans les ménages et plus spécialement les **problèmes diagnostiqués dans le chef des enfants**.

1.3. L'activité du service en 2007

Le service d'accompagnement social fonctionne dans un réseau de services. Les liens de coordination et de coopération réels sont évidemment, fort complexes, mais le schéma suivant permet déjà de comprendre le *cheminement des demandes* aboutissant au SAS. Rappelons que le Service d'Accompagnement Social n'accepte pas de demande directe de la part du client. Celui-ci doit s'adresser d'abord à un service de première ligne afin d'évaluer la nécessité d'un accompagnement social à long terme.

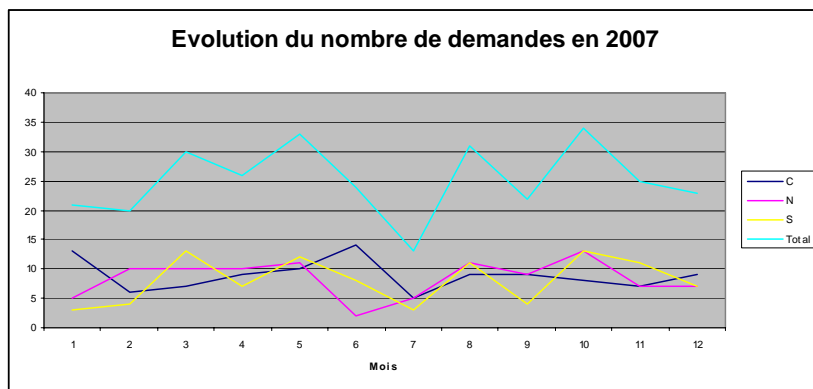
Coopération entre institutions et services



SNAS = Service National d'Action Sociale
 SRAS = Service Régional d'Action Sociale
 SICS = Service d'Information et de Conseil en Matière de Surendettement
 COMIMAPRO = Commission pour Mineurs et Majeurs Protégés

1.3.1. Demandes et dossiers traités

En 2007, le service a pu venir en aide à **2079 personnes (dont 851 enfants) dans 863 ménages** accompagnés (dossiers) au total.

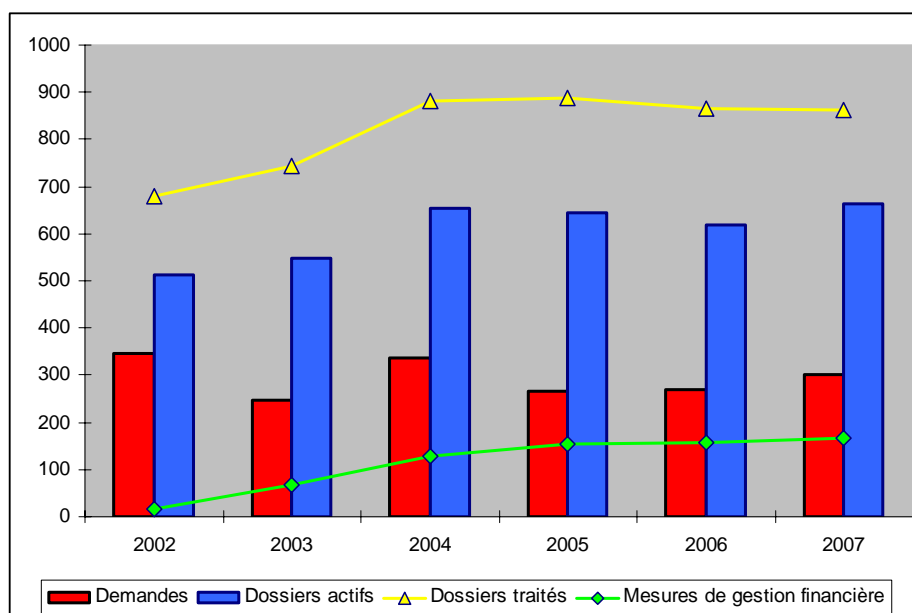


Les **demandes** d'accompagnement social 2007 s'élèvent à 302 unités par rapport à 269 demandes l'année précédente (taux d'accroissement de 12%). Le nombre de demandes est quasi identique d'une circonscription – Centre(C), Nord(N), Sud(S) – à l'autre.

Sur les dernières années (graphique suivant) le nombre de demandes affiche une certaine constance autour de 300 unités par an en moyenne. Il en est de même pour le nombre de dossiers traités, qui est de l'ordre de 850.

Au 31.12.2007, nous comptons **663 dossiers actifs dont 25% relèvent d'une mesure de gestion financière (MGF)**. Le nombre de mesures gestions a augmenté à 168 mesures *actives* au 31.12.2007 (156 au 31.12.06). Le nombre de demandes de gestions financières volontaires en attente est de 24 à la même date. A ces 192 mesures de gestion financière en cours de traitement s'ajoutent en 2007 un nombre de 23 dossiers clôturés pour faire un total de 215 MGF traitées.

HISTORIQUE DES 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
Demandes introduites en 2007 (12 mois)	302
Total des demandes introduites	2038
dont readmissions	233
Total des dossiers sociaux	1805
dont total dossiers clôturés au 31.12. 2007	1142
dont total dossiers actifs au 31.12.2007	663



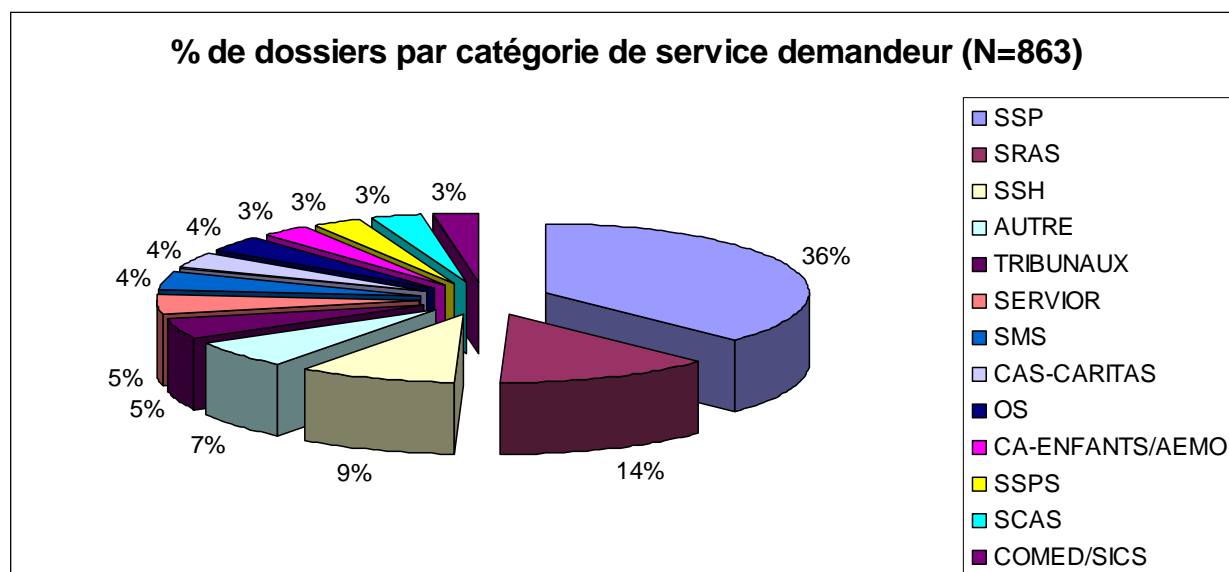
Sur les **168 mesures en cours**, 80 sont demandées par les clients eux-mêmes et **88 sont imposées par des instances judiciaires ou administratives (tutelles, curatelles, surendettement, ...)**. Parmi les demandeurs contraints de consulter l'assistant(e) (d'hygiène) sociale du Service d'Accompagnement Social un certain nombre est peu motivé, voire trop fragilisé, pour faire un effort propre dans l'amélioration de leur situation. Il existe néanmoins une corrélation très nette entre une bonne collaboration du client et une évolution positive de sa situation sociale. C'est pourquoi, l'effort quotidien des assistant(e)s (d'hygiène) sociale vise une **bonne relation de travail**. Soulignons dans ce contexte l'importance quotidienne de la confiance que le client peut développer dans une relation inégale mais protégée par le **secret professionnel**.

DOSSIERS EN 2007	Clôturés	Actifs
Total des dossiers sociaux	1805	
dont total dossiers clôturés/actifs au 31.12.07	1142	663
Demandes/Admissions volontaires:	1134	574
dont conventions simples ³	969	187

³ Il s'agit des clients qui s'adressent volontairement au service et pour lesquelles le processus d'aide se base sur une **convention mutuelle client-service**.

dont art. 1 (protection de la jeunesse) ⁴	57	57
dont art. 16 (Loi RMG) ⁵	86	211
dont art.1 et art. 16	7	16
dont GFV total	15	103
dont GFV - en attente		15
dont GFV - Servior - en attente		8
dont GFV - refusées/retirées	0	0
dont GFV - convention	4	23
dont GFV - Art.1 et Art.16	1	2
dont GFV - Art.1	0	1
dont GFV - Art.16	4	24
dont GFV - Servior ⁶	6	30
Admissions sous contrainte	8	89
dont demandes en attente	0	1
dont demandes refusées/retirées	0	0
dont art. 5 (Loi / surendettement)	2	19
dont art.14 (Loi / surendettement)	1	12
dont tutelle aux prest. sociales	0	0
dont sauvegarde de justice	0	0
dont curatelles	3	30
dont tutelles	2	27

1.3.2. Origine et type de situations



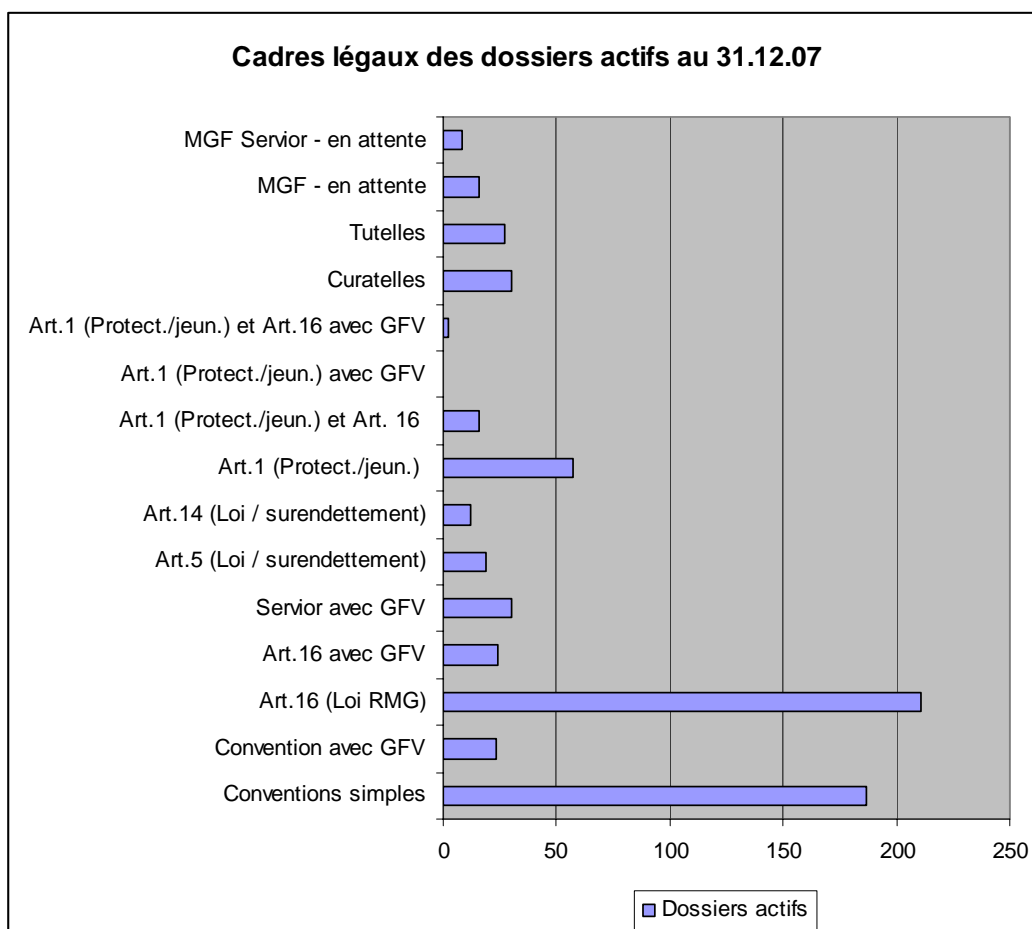
Le Service Social de Proximité (SSP) reste le demandeur principal, suivi du Service Régional d'Action Sociale (SRAS) et des différents Services Sociaux à l'Hôpital (SSH). Le **doublage des demandes du Centre d'Accueil et de Solidarité-Caritas (CAS-Caritas)** constitue le seul changement notable par rapport à 2006. Les autres services et institutions - Tribunaux, Servior, Service médical scolaire (SMS), Offices Sociaux (OS) Centres d'Accueil pour enfants/ Aide Educative en Milieu Ouvert (CA/AEMO), l'ancien Service Social Polyvalent de Secteur (SSPS), le Service Central d'Assistance

⁴ Il s'agit des mesures que peut prendre le juge de la jeunesse, en l'occurrence une assistance éducative. En général, le Service Central d'Assistance Sociale (SCAS) est chargé d'exécuter ces mesures. Si un accompagnement à la parentalité est nécessaire et les parents sont collaborateurs, le Service d'Accompagnement Social en étroite collaboration avec le SCAS se charge de cet accompagnement.

⁵ Dans son article 16 la loi RMG prévoit un droit à l'accompagnement social. Le client peut demander de l'aide au Service d'Accompagnement Social dans le cadre de cet article.

⁶ Les personnes âgées hébergées et soignées par Servior peuvent faire appel aux services de la Ligue

Sociale (SCAS) et la Commission de Médiation et le Service d'Information en matière de Surendettement (COMED/SICS) - gardent à peu près leurs proportions relatives par rapport à 2006.



MGF = Mesure de gestion financière
GFV = Gestion financière volontaire

1.3.3. Analyse des problèmes rencontrés

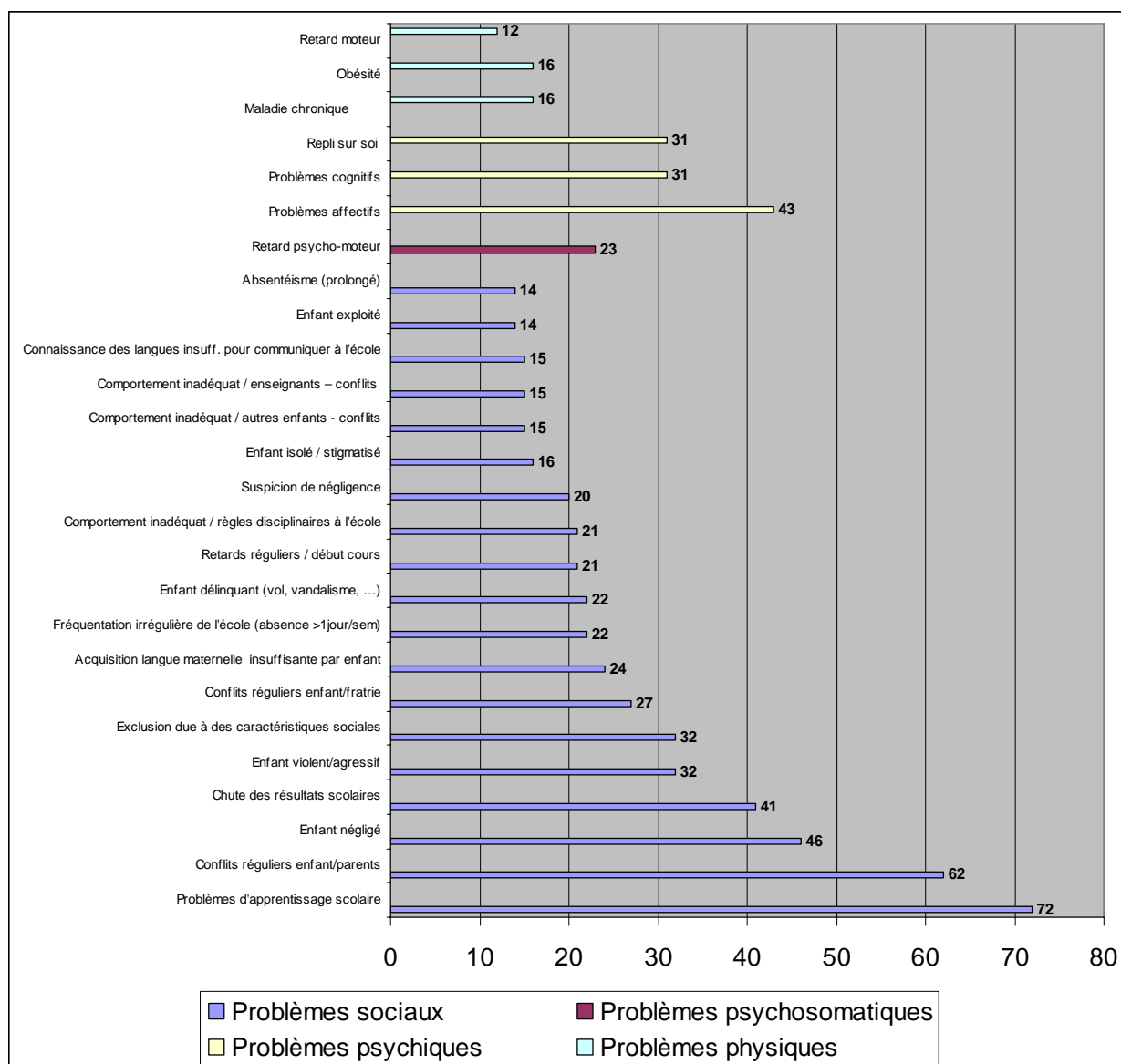
L'étude statistique des dossiers du Service d'Accompagnement Social s'est réalisée à partir des 863 dossiers traités en cours d'année. Un total de 759 questionnaires ont été remplis par les A(H)S du SAS (taux de réponse de 88%). Les problèmes présents dans les ménages ont été recensés à partir d'une grille distinguant tout d'abord entre les problèmes des enfants et des adultes et catégorisant les problèmes en 4 rubriques (cf. tableau suivant) à chaque fois.

a. Ménages à enfants

Les ménages à enfants représentent 40% du total des ménages (N=302) en charge. Dans ces ménages, et *dans le chef des enfants*, nous rencontrons 772 problèmes sociaux et/ou 299 problèmes d'ordre psychique ou psychosomatique et/ou 108 problèmes de santé physique.

PROBLEMES DANS LE CHEF DES ENFANTS (N=302)	Nombre
Problèmes de santé physique	108
Problèmes de santé psychique	235
Problèmes de santé psychosomatique	64
Problèmes sociaux	772

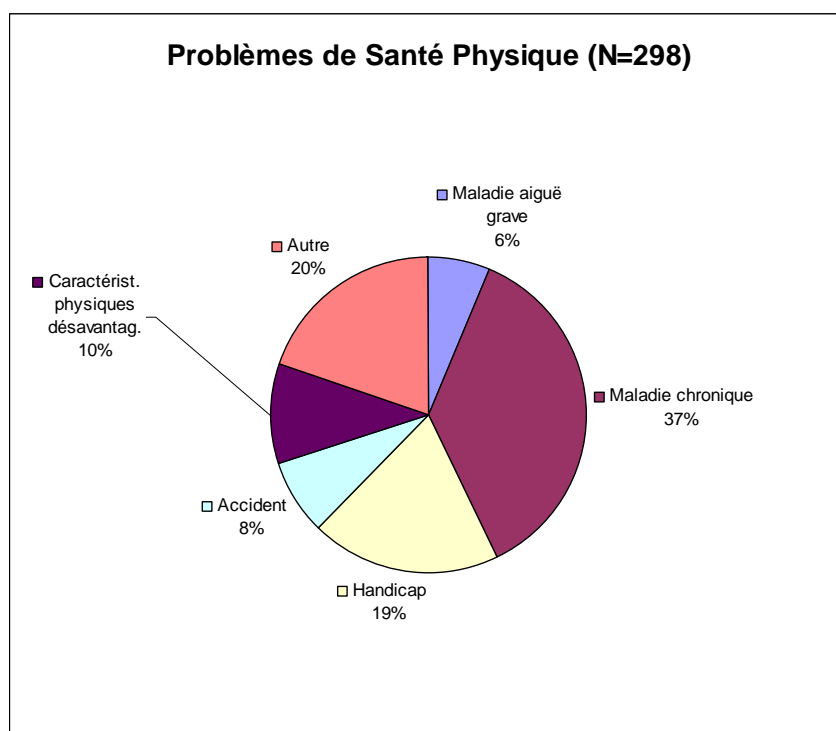
Le tableau suivant nous renseigne sur les problèmes les plus fréquents rencontrés auprès des enfants. Il s'agit d'un extrait d'une grille qui est reproduit en entier en annexe pour montrer la **diversité des problèmes qui demandent l'intervention des travailleurs sociaux auprès des enfants**.



Quelles conclusions tirer du graphique précédent ? Les problèmes énoncés des enfants sont de l'ordre du symptôme. Alors, comment traiter la « maladie » et de quelles « maladies » s'agit-il ? Les mots clés qui reviennent sont de trois ordres : **les conflits – la négligence des enfants – l'exclusion sous différentes formes**. Le Service d'Accompagnement Social ne peut agir sur les causes psychiques ou physiques des problèmes qui font leur apparition sur le plan social. Sa mission dans ce domaine revient à **faciliter l'accès aux services de santé compétents**. Les familles prises en charge sont exclues, ne réussissent pas à encadrer/éduquer leurs enfants de façon suffisante (négligence) et vivent des relations conflictuelles en permanence. Le **soutien à la parentalité** (objectif de cette année, mais aussi pour le futur) constitue alors sans aucun doute une réponse adéquate du Service d'Accompagnement Social. Dans ce contexte, il échoit également de réduire les conflits par un développement des **méthodes, visant à améliorer les compétences sociales des enfants et des parents**. Par la suite, nous verrons cependant que des **mesures d'assistance éducative isolées ne sont pas suffisantes**, vu que les problèmes d'éducation des enfants se développent dans des familles fragilisées par tout un **complexe de problématiques**.

b. Ménages avec et sans enfants

Les chiffres suivants s'appliquent à une proportion variable N de tous les ménages analysés. N correspond au nombre de ménages dans lesquelles on trouve les problèmes dont il est question. Ainsi, le SAS rencontre 385 problèmes *physiques* dans 298 ménages. Les maladies chroniques et l'handicap sont les problèmes les plus fréquents avec 37 respectivement 19%.

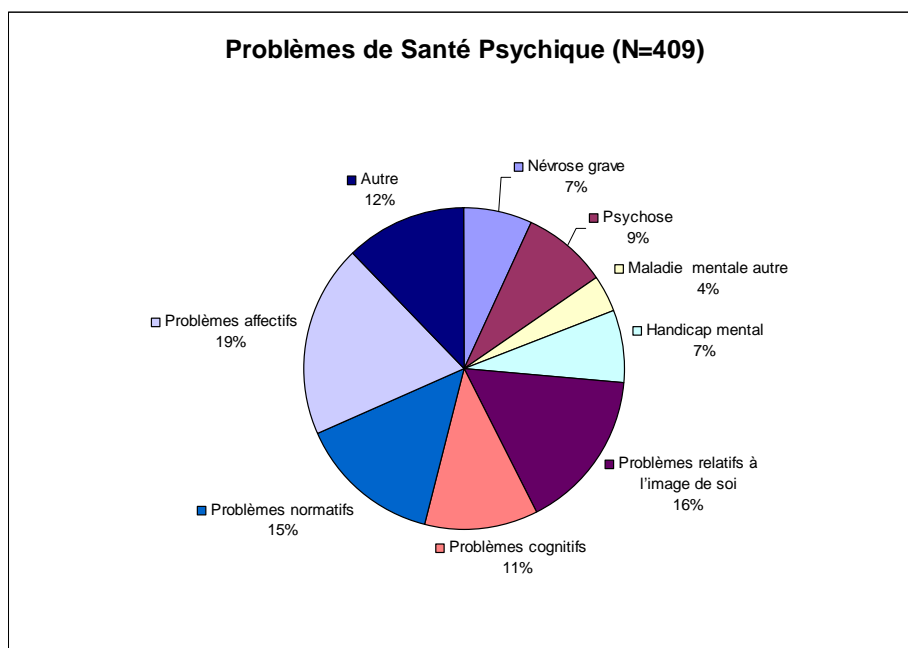


714 problèmes *psychiques* sont présents dans 409 ménages, c'est à dire dans plus de la moitié des ménages pris en charge. Parmi les problèmes psychiques les plus fréquents, nous comptons les problèmes affectifs, les problèmes ayant trait à l'image de soi (Selbstwertgefühl), les problèmes normatifs et cognitifs.

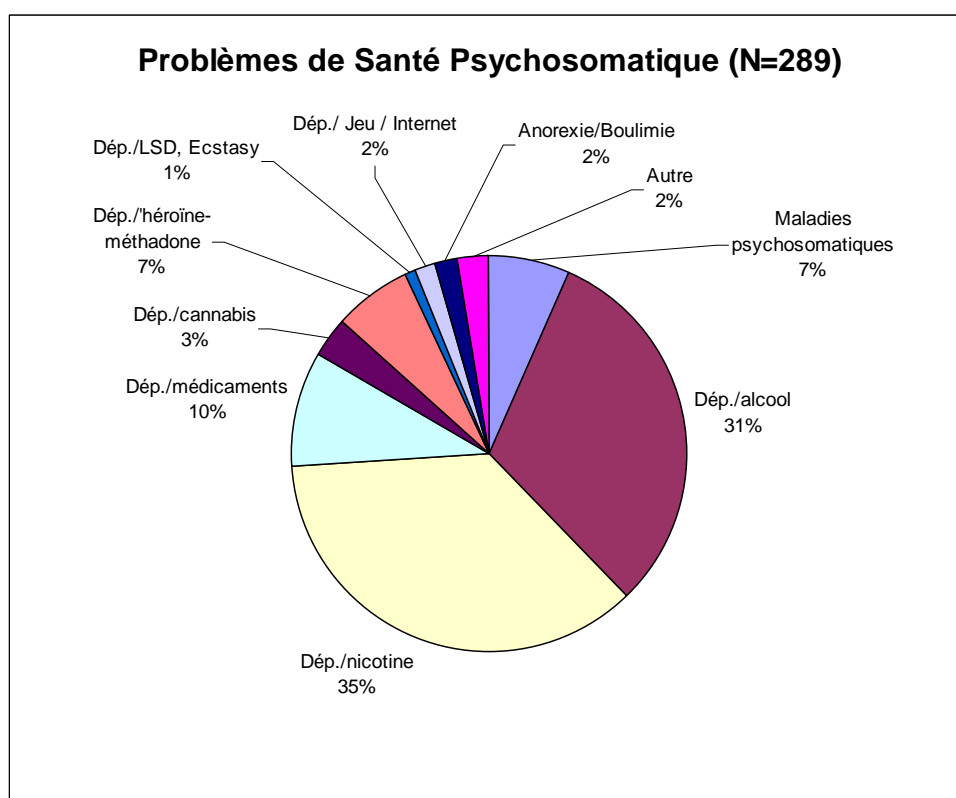
Un mot d'explication sur la terminologie utilisée : Sur base des travaux théoriques de W. Obrecht et K. Geiser⁷, nous distinguons 3 modes de traitement de l'information chez l'homme. Chaque personne a un mode de traitement préférentiel, soit le mode affectif, soit le mode cognitif, soit le mode normatif.

Les personnes sujettes à des problèmes affectifs sont des personnes sensibles, des personnes ayant un penchant pour le volet émotionnel des interactions et qui présentent alors une certaine fragilité sur ce plan (euphorisme, dépression, mélancolie, ...). Les personnes à problèmes cognitifs ont en général des problèmes de compréhension de ce qui se passe avec et autour d'eux. Leurs raisonnements sont erronés. Puis les personnes qui fonctionnent sur un mode normatif rencontrent des problèmes soit par une adhésion trop forte à leurs propres normes (en opposition souvent avec ceux de la société) ou par la transgression des normes sociales établies (criminalité).

⁷ GEISER K., Problem- und Ressourcenanalyse in der Sozialen Arbeit, Interact, Luzern 2007



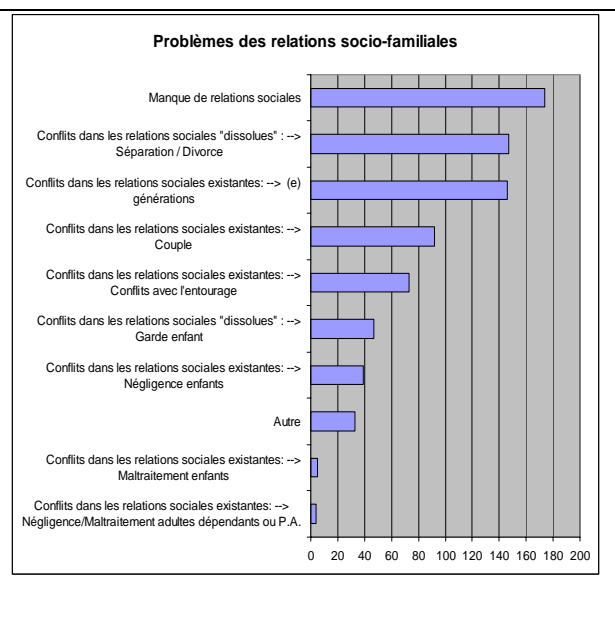
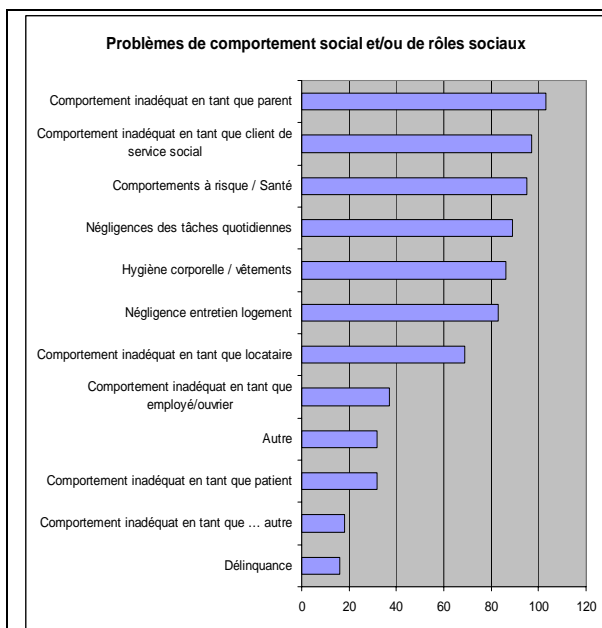
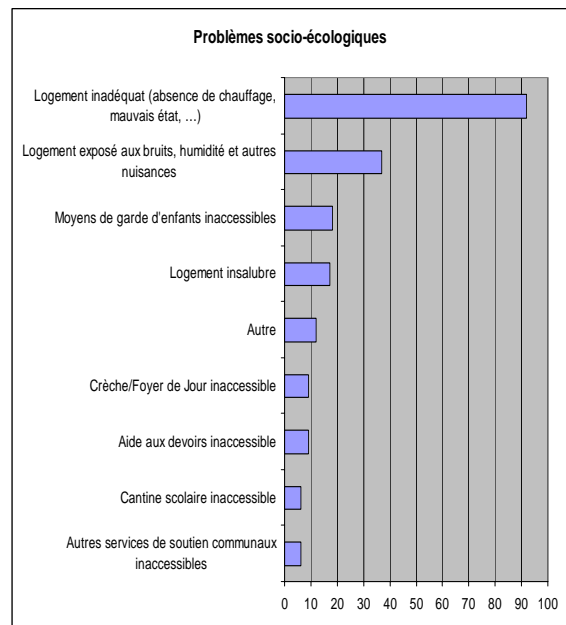
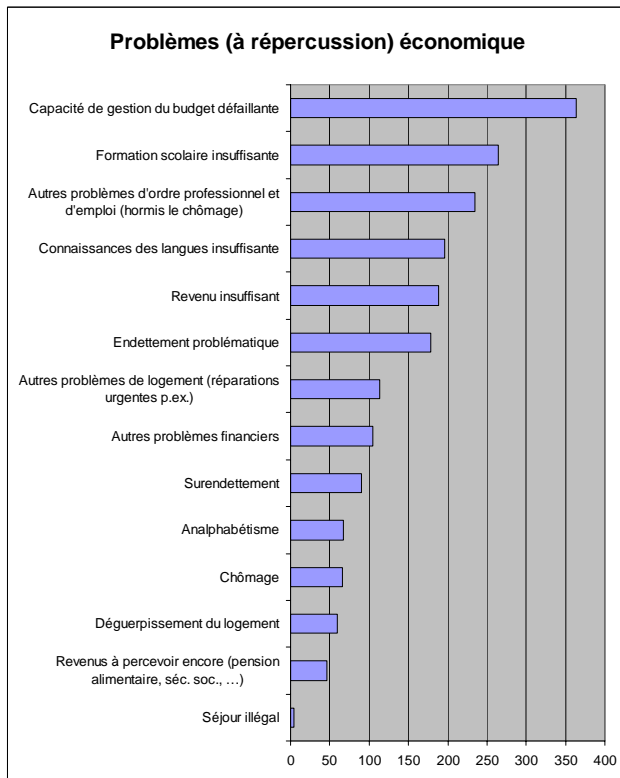
409 problèmes *psychosomatiques* sont présents dans 289 ménages. Il s'agit avant tout de problèmes de toxicomanie où l'alcool joue un rôle prépondérant.



Parmi les problèmes *sociaux* (cf. grille complète en annexe), nous distinguons 5 catégories:

PROBLEMES SOCIAUX	Nombre	Ménages	%
Problèmes (à répercussion) économiques	1976	652	86
Problèmes de comportement social et/ou de rôles sociaux	757	338	45
Problèmes des relations socio-familiales	760	465	61
Problèmes culturels	25	24	3
Problèmes socio-écologiques	206	157	21

Les graphiques suivants montrent les problèmes les plus fréquents par catégorie.

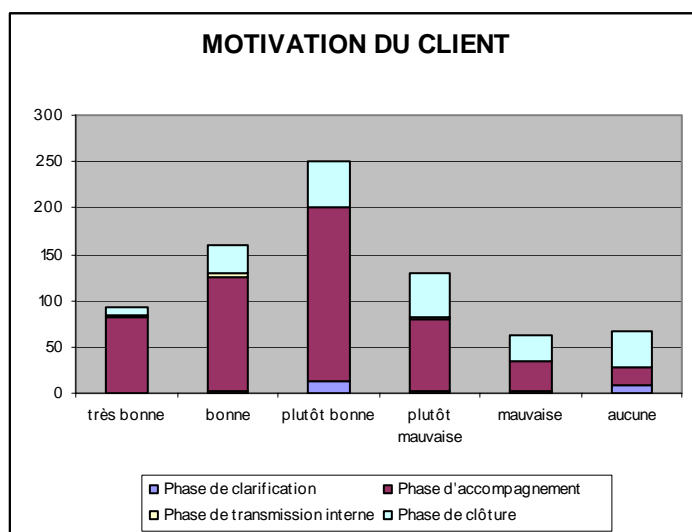


En résumé, 5 problèmes prédominent dans les ménages du SAS : l'argent (incapacité de le gérer et manque), les conflits, l'éducation des enfants, mais aussi l'éducation propre (degré d'instruction) et le logement.

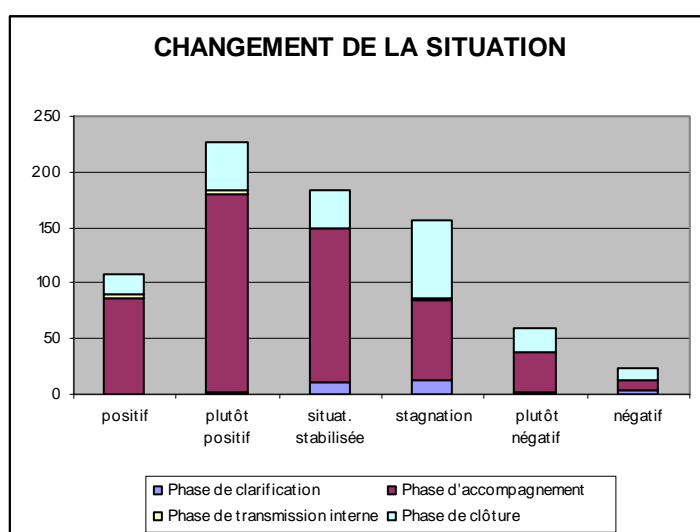
Que peut-on faire face à cette multitude de problèmes. Les actions professionnelles du SAS se répartissent en 5 catégories : l'accueil du client, le dégagement de ressources externes (au SAS), le travail en réseau avec d'autres services, l'aide sous forme de conseils sociaux et psychologiques, sous forme de médiation ou de coup de main concret et direct et sous forme de requêtes (écrites) vers ou de l'administration ainsi que vers des services tiers. Notons qu'en travail social, peut-être plus qu'en médecine, il n'y a pas de lien direct ou 'de cause à effet' entre le nombre et l'intensité des

problèmes présents dans un ménage et le nombre, la qualité et l'intensité des prestations d'aide requises et/ou réalisées. La capacité de collaboration du client et sa motivation sont plus déterminants à cet égard.

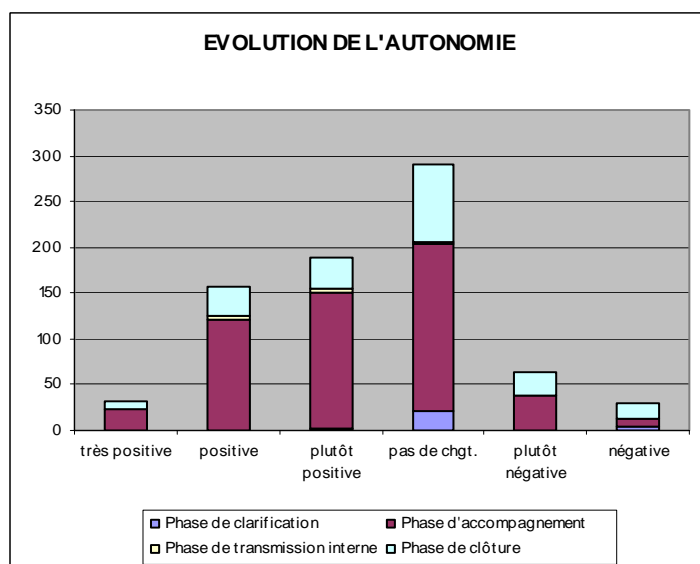
1.3.4. Appréciation générale des dossiers



MOTIVATION	TOTAL	%
très bonne	92	12%
bonne	159	21%
plutôt bonne	250	33%
plutôt mauvaise	129	17%
mauvaise	62	8%
aucune	67	9%



CHANGEMENT	TOTAL	%
positif	108	14%
plutôt positif	227	30%
situat. stabilisée	184	24%
stagnation	156	21%
plutôt négatif	60	8%
négatif	24	3%



AUTONOMIE	TOTAL	%
très positive	31	4%
positive	156	21%
plutôt positive	188	25%
pas de chgt.	290	38%
plutôt négative	64	8%
négative	30	4%

En résumé : La *motivation* du client varie entre plutôt bonne, bonne ou même très bonne dans 66% des situations. Un *changement* positif peut être constaté dans 68% des situations et l'*autonomie* des clients s'améliore dans 50% des cas. Entre bonne motivation du client et changement positif de la situation il y a une corrélation directe.

1.4. Conclusions et constatations

Depuis 2001, année de sa création, le Service d'Accompagnement Social a traité 2038 demandes de personnes/familles qui vivent des détresses multiples et lourdes pour développer avec eux un projet d'amélioration de leur situation sociale ou pour les aider à la maintenir en équilibre afin d'éviter la dégradation. Le nombre de demandes et leur constance montre **l'utilité et la nécessité de ce travail de longue haleine en milieu ouvert**. La prise en charge excède deux ans pour environ la moitié des dossiers.

Pour les dossiers traités en 2007, le **service a pu redresser positivement 44% des situations** prises en charge et en **stabiliser 24%**. Il reste 32% de situations pour lesquelles l'aide proposée est restée sans résultat positif (stagnation pour 21% ménages et évolution négative pour 11% des ménages).

Cela s'explique notamment par des facteurs trop défavorables dans le chef du client lui-même (santé physique et psychique notamment) et par des éléments extérieurs déstabilisants (comme la perte d'un logement) qui influencent négativement la situation sociale. Néanmoins, il faut **se questionner sur le fait que seulement la moitié des clients acquièrent une meilleure autonomie**.

La perte de pouvoir d'achat, des conditions de travail précaires et stressantes, l'accès difficile au logement et le prix des loyers sont parmi **les phénomènes d'exclusion sociale et de pauvreté qui se répandent** (cf. Statec/Ceps) et qui engendrent de plus en plus de situations à problèmes sociaux multiples. Ainsi, le **travail au sein du Service d'Accompagnement Social devient de plus en plus complexe** et pour les clients déjà fragilisés la pente à remonter pour s'en sortir devient de plus en plus raide.

Les attentes et les besoins du terrain sont grands et il ne reste qu'à espérer que les pouvoirs publics reconnaîtront l'importance et l'urgence d'un **renforcement des moyens 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. Au 31.12.07, le nombre d'allocations complémentaires s'élevait à 7 455, soit une augmentation de 0,44% par rapport à 2006.

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 (23 postes au niveau national).

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.

En bref

*Au cours de l'année, le Service Régional d'Action Sociale (SRAS) revoit régulièrement et systématiquement la situation socioprofessionnelle des **3 536 bénéficiaires dispensés temporairement de l'obligation de se soumettre aux mesures sociales complémentaires (travail, formation, stage).** Cependant, le SRAS encadre surtout les **799 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 **181 situations.***

Pour réaliser ce bilan, le Service national d'action sociale (SNAS) 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 2007, les montants du revenu minimum garanti (allocation complémentaire) étaient les suivants:

TABLEAU 1 : MONTANT ACTUEL DU RMG

Communauté domestique		RMG brut	
		01/01/2007	01/12/2007
	Nb Indices	668,46	668,46
premier adulte	167,33	1118,53	1118,53
deuxième adulte	83,67	559,30	559,30
adulte subséquent	47,87	319,99	319,99
supplément pour enfant	15,22	101,74	101,74

Fichiers Snas au 31/12/2007

L'activité de l'année statistique 2007 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 sur l'RMG.

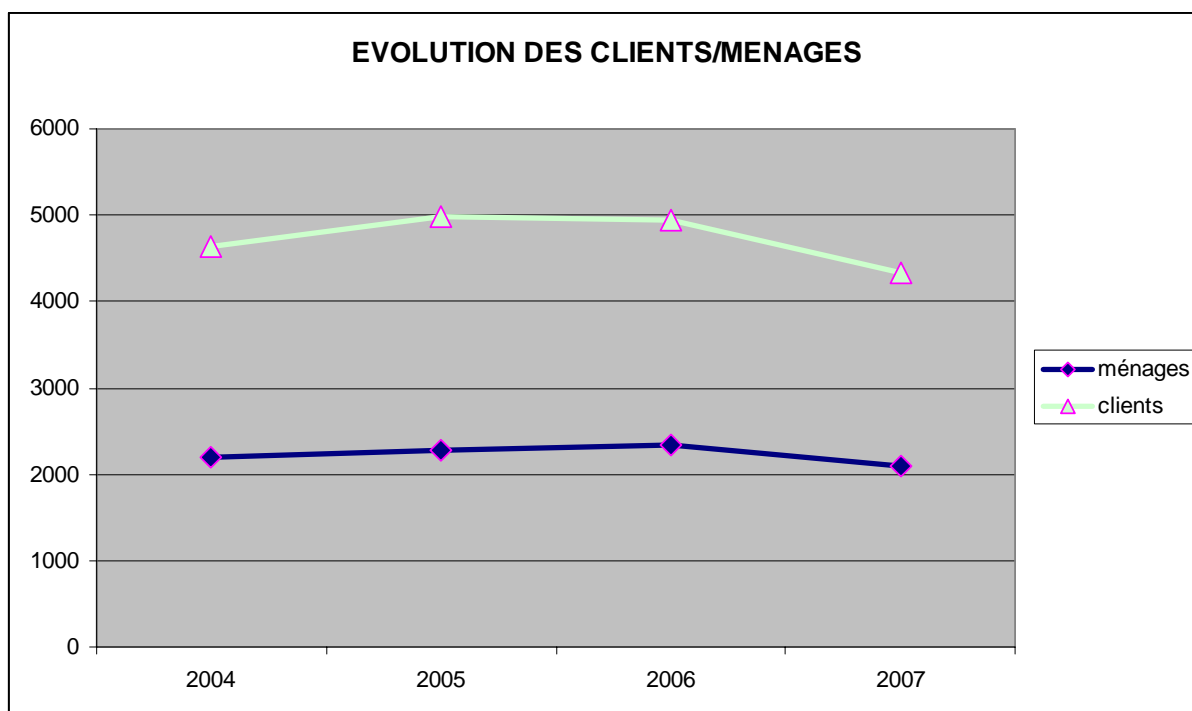
TABLEAU 2 : RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE DES MÉNAGES

Région	Communautés domestiques	Membres		
		Femmes	Hommes	Total
Centre	954	969	919	1888
Nord	762	843	820	1663
Sud	370	415	369	784
Total	2086	2227	2108	4335

Fichiers SNAS au 31/12/2007

Le nombre de bénéficiaires d'une des prestations du RMG vivant dans une des communes desservies par la Ligue médico-sociale s'élève à **4 335 personnes réparties sur 2 086 ménages** (niveau national : 14 122 bénéficiaires dans 7 455 ménages). Notons que le SRAS travaille *en général avec une seule personne par ménage*, celle qui doit se soumettre aux mesures d'insertion professionnelle (7,8% du nombre total des bénéficiaires). 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).

L'évolution des clients du SRAS sur les 4 dernières années montre une légère inflexion du nombre de bénéficiaires.



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 (51,01%). En deuxième position, bien que nettement moins nombreuses, suivent les familles monoparentales (25,7%), qui sont exposées à un énorme risque de pauvreté (cf. conclusion de ce rapport plus loin).

Tableau 3: Composition des ménages

Composition des ménages	Attributaire		TOTAL	
	féminin	masculin	TOTAL	%
1 adulte sans enfant	448	616	1064	51,01
1 adulte avec 1 ou plusieurs enfants	489	47	536	25,70
2 adultes sans enfant	46	113	159	7,62
2 adultes avec 1 ou plusieurs enfants	93	195	288	13,81
3 adultes et plus sans enfant	6	3	9	0,43
3 adultes et plus avec enfants	2	6	8	0,38
Autres	9	13	22	1,05
Total	1093	993	2086	100,00

Fichiers SNAS au 31/12/2007

En complémentarité du tableau précédent, le tableau 4 renseigne notamment sur le fait que plus de 40% des ménages bénéficiaires du RMG ont un ou plusieurs enfants tandis que 59,97% n'en ont pas. Les ménages à trois enfants et plus sont exposés à un risque important de pauvreté.

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

Nombre d'enfants	Nombre	%
sans enfant	1251	59,97
1 enfant	336	16,11
2 enfants	260	12,46
3 enfants	158	7,57
4 enfants	55	2,64
5 enfants et plus	23	1,10
Autres	3	0,14
Total	2086	100,00

Fichiers SNAS au 31/12/2007

Parmi les bénéficiaires RMG, nous constatons une légère prédominance du sexe féminin: 51,37% de femmes contre 48,63 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	609	14,05	719	16,59	1328	30,63
18-24 ans	179	4,13	183	4,22	362	8,35
25-29 ans	148	3,41	106	2,45	254	5,86
30-34 ans	162	3,74	122	2,81	284	6,55
35-39 ans	224	5,17	142	3,28	366	8,44
40-44 ans	271	6,25	209	4,82	480	11,07
45-49 ans	198	4,57	212	4,89	410	9,46
50-54 ans	201	4,64	181	4,18	382	8,81
55-59 ans	127	2,93	139	3,21	266	6,14
>=60 ans	108	2,49	95	2,19	203	4,68
Totaux	2227	51,37	2108	48,63	4335	100,00

Fichiers SNAS au 31/12/2006

2.2. L'activité du service en 2007

Parmi les bénéficiaires du RMG soumis à l'article 10 (AIP⁸), il existe différentes catégories des *personnes dispensées 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 (1102 bénéficiaires au niveau national au 31.12.2007), la clientèle du Service Régional d'Action Sociale.

Les *bénéficiaires non dispensés* (799 personnes pour la Ligue) 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 (609) et ceux qui ne le font pas, c-à-d. ceux pour lesquels les SRAS sont en train de rechercher une activité d'insertion professionnelle adéquate (190). Les chiffres suivants (tableau 6) donnent un aperçu sommaire sur le nombre de personnes prises en charge en fonction de leur statut RMG.

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	1521	367	288	79
Nord	4,5	1370	293	225	68
Sud	2,5	645	139	96	43
Total	13	3536	799	609	190

Fichiers SNAS au 31/12/2007

Le tableau 7 précise un volet important du travail réalisé en 2007. 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 2007

Région	Postes SRAS	Total des activités d'insertion réalisées en 2007 ¹
Centre	6	290
Nord	4,5	196
Sud	2,5	80
Total	13	566

Fichiers SNAS au 31/12/2007

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

Tableau 8: Mesures en cours

Mesures en cours au 31/12/2007	Femmes	%	Hommes	%	Total	%
Activités de formation	4	0,65	3	0,49	7	1,14
Préparation et recherche assistée	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Affectations temporaires indemnisées	137	22,24	183	29,71	320	51,95
Stages en entreprise	58	9,42	50	8,12	108	17,53
Contrats subsidiés (Art.13.3)	87	14,12	94	15,26	181	29,38
Totaux	286	46,43	330	53,57	616	100,00

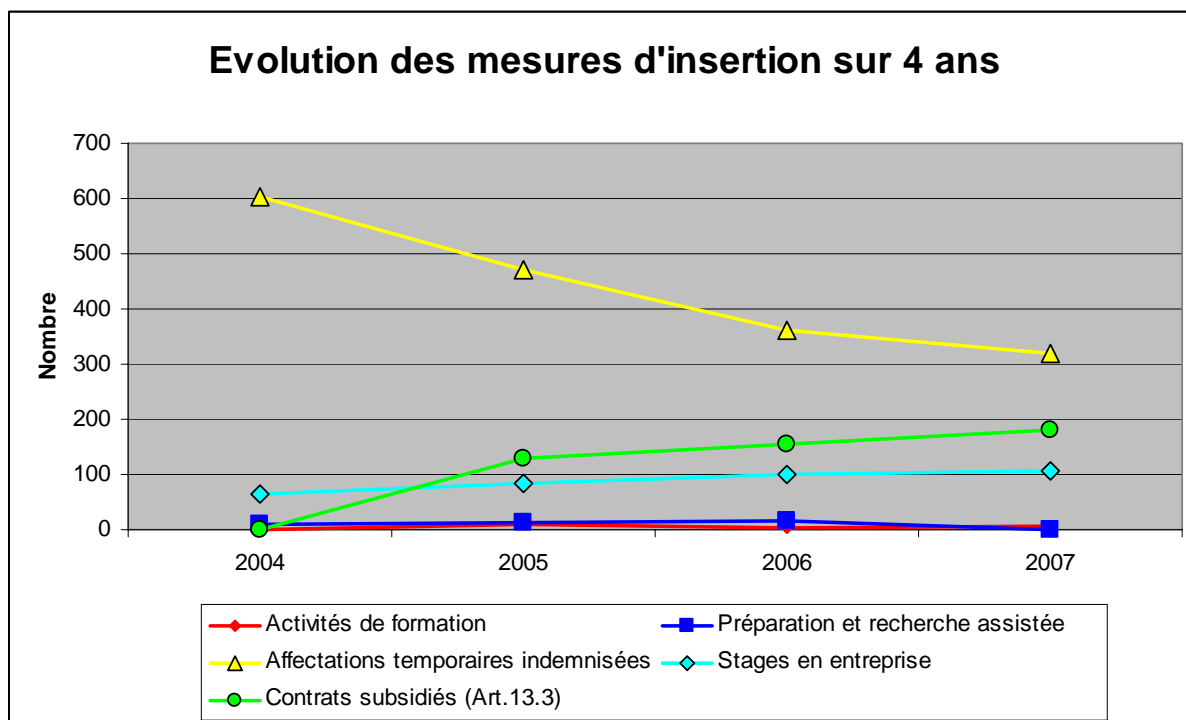
Fichiers SNAS au 31/12/2007

Activités d'insertion professionnelle

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. »

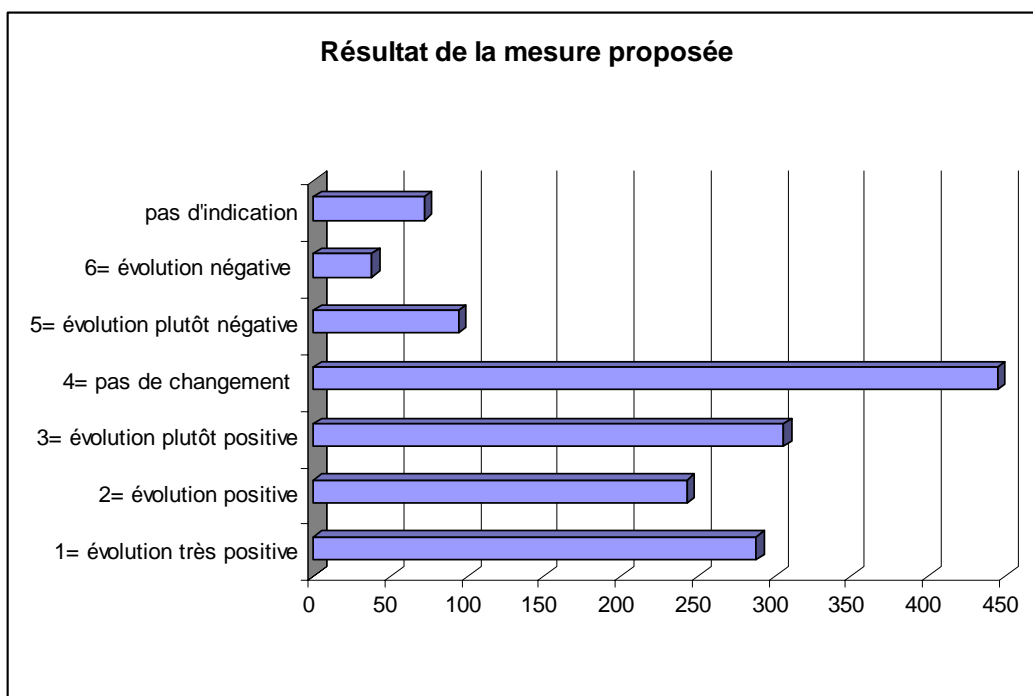
Cette disposition, qui vise l'accès au premier marché de l'emploi, a pu être réalisée avec succès dans 181 situations.



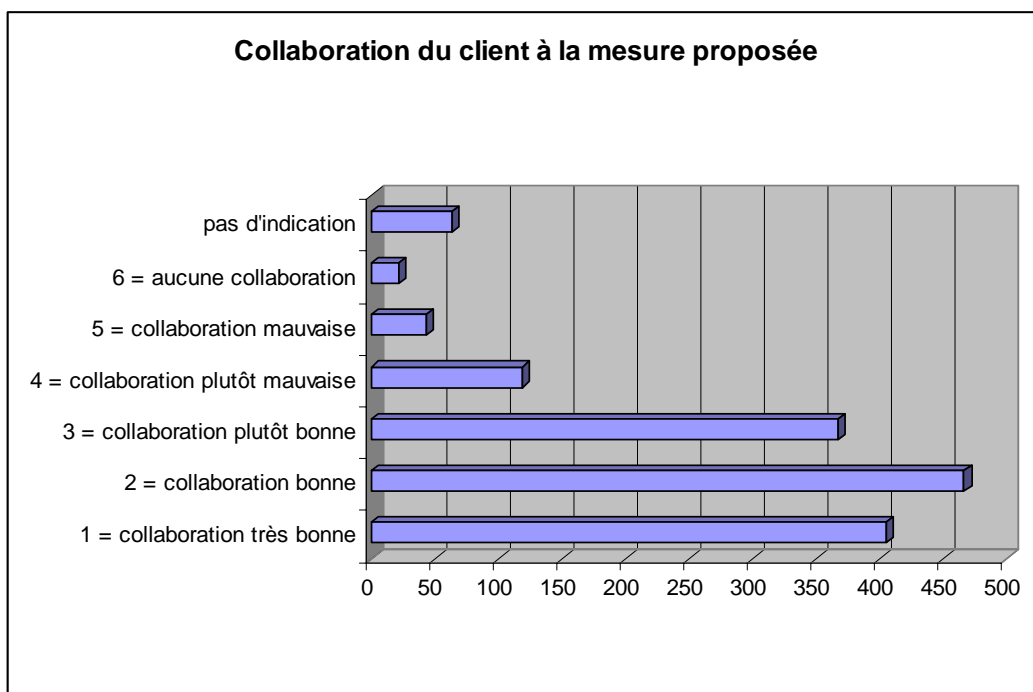
L'évolution des mesures sur les quatre dernières années montre une décroissance nette des affectations temporaires indemnisées (de 472 personnes mises au travail en 2005 à 320 personnes en 2007) en faveur de stages en entreprise et de contrats subsidiés. Cette évolution répond à la volonté politique d'activation des personnes sans travail (Jobs and Growth – devise de la CE depuis 2005).

2.3. Evaluation de l'activité du service

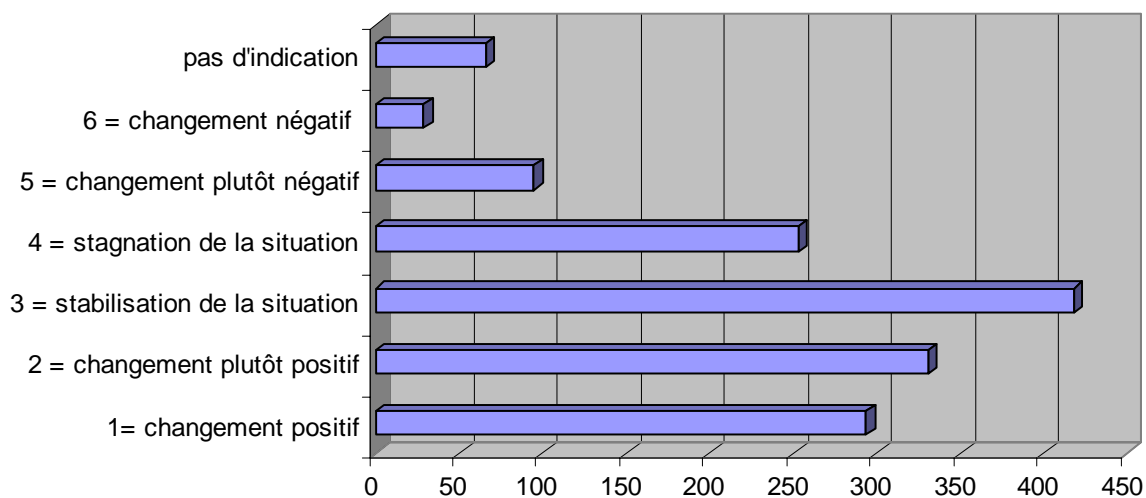
L'évaluation de l'activité du service s'est faite à partir d'un questionnaire rempli par les agents du service. Il s'agissait de faire *un premier pas* en direction d'une appréciation des résultats du travail des assistants sociaux du SRAS. Il est évident que ces résultats dépendent fortement de la collaboration du client, variable qui a été prise en compte. Il s'agit aussi de saisir des premières indications sur la durabilité des résultats, donc sur le gain en autonomie du client, un des objectifs principaux de tout travail social. Les résultats de cette statistique seront donc utiles pour continuer la réflexion lors des futures réunions SRAS.



Sur le graphique précédent, nous constatons des résultats positifs en rapport avec la mesure proposée dans 56% des cas. La collaboration des clients (graphique suivant) est bonne dans 83% des cas.

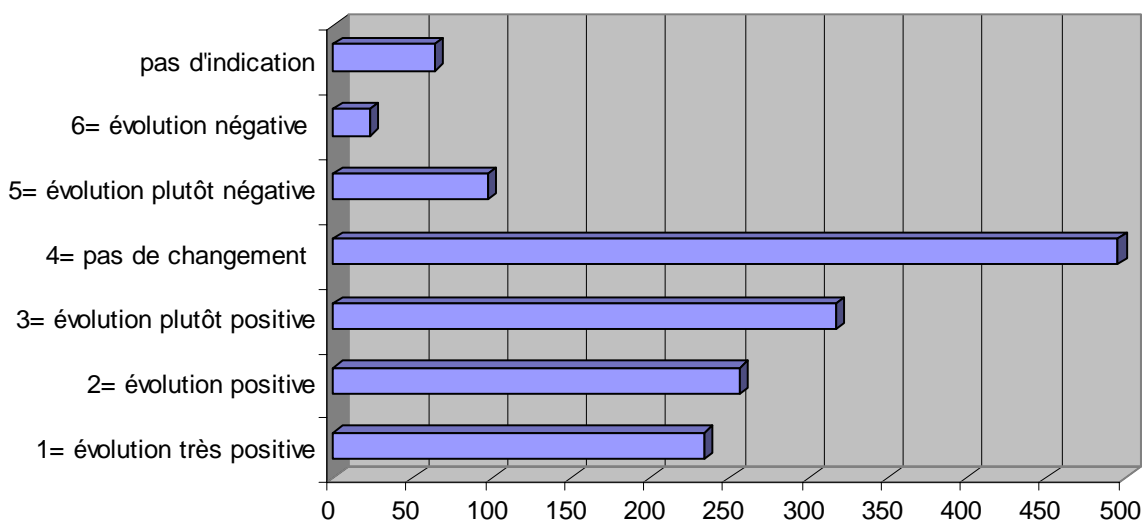


Changement de la situation globale au cours de 2007



Le changement global est positif dans 70% des situations. La stabilisation de la situation est définie comme l'arrêt d'une évolution négative et compte donc parmi les changements positifs. L'autonomie du client s'améliore dans 54% des cas.

Autonomie du client



2.4. En guise de conclusion

Le développement des 'politiques d'activation' constitue la tendance générale au sein de l'Union européenne et au Luxembourg, l'exécution actuelle de la loi RMG en est un exemple. Tout en réaffirmant que l'emploi est un moyen primordial d'inclusion sociale, la manière dont l'activation est parfois mise en œuvre peut avoir comme effet pervers d'aggravation de la pauvreté et de l'exclusion.

« Une 'bonne activation'...⁹

1. améliore les capacités et compétences personnelles, sociales et professionnelles et permet une meilleure intégration sociale
2. comprend des offres individualisées et flexibles qui prennent en compte la totalité de la personne et reconnaissent la diversité d'âges, d'expériences,... etc.
3. développe une offre qui correspond aux besoins individuels de la personne, à ses souhaits et à ses priorités
4. a pour objectif de contrer les forces contribuant à l'exclusion dans la société ou de les compenser
5. s'appuie sur une large mise en réseau avec les acteurs concernés au niveau local, tels que les acteurs du marché du travail, les services de santé, les services sociaux, le secteur du logement, les associations locales etc.
6. respecte l'identité et l'estime de soi
7. répond à des normes sociales de qualité ambitieuses
8. contribue à améliorer le statut des personnes concernées
9. repose sur la réciprocité entre la personne et l'agence (municipale) [SNAS/SRAS]
10. est planifiée, conçue et une mise en œuvre en coopération et en interaction entre l'allocataire et l'agence (municipale) [SNAS/SRAS]
11. s'appuie sur les ressources et les points forts des allocataires
12. s'appuie sur un revenu social adéquat, notamment un revenu minimum, susceptible de garantir une sécurité conçue comme un préalable indispensable à l'activation. »

Les chiffres de ce rapport montrent l'effort considérable entrepris par les moyens de la loi RMG pour combattre l'exclusion sociale et la pauvreté. Cependant, l'objectif de sortir les clients par tous les moyens et à tout moment du système RMG doit avoir des limites. La pratique actuelle par ex. ne permet qu'à une seule personne d'un ménage de bénéficier d'une mesure d'insertion professionnelle. Cette disposition tend à forcer un deuxième membre du ménage, qui pourrait être 'activé', à se débrouiller seul pour contribuer à élever le revenu du ménage à un niveau décent. S'il s'agit d'un couple, c'est souvent l'épouse qui se retrouve dans cette situation.

Un deuxième exemple de cette politique d'activation concerne les femmes avec enfants (monoparentaux e.a.), qui sont contraintes (en théorie, mais parfois aussi en pratique) d'accepter une mise au travail, même si le surplus qu'elles gagnent ne suffit pas à couvrir les frais de garde dans les maisons relais. Leur revenu réel (déjà limite) baisse et le travail d'éducation parentale n'est pas reconnu. Il est difficile de comprendre une telle approche, d'autant plus si le législateur avait déjà envisagé des solutions¹⁰ à cette problématique.

Art. 45. Le fonds pour l'emploi prend en charge les frais de voyage et les frais de garde d'enfants encourus par les parents en situation monoparentale disposant d'un revenu de ménage égal ou inférieur à 1,5 fois le salaire social minimum pour travailleurs non qualifiés du fait de leur participation à une mesure de formation leur assignée par l'Administration de l'emploi ou le Service national d'action sociale ou dans un Centre de formation professionnelle continue.

La pratique administrative vise l'uniformisation des décisions en la matière, le travail social par contre met l'accent sur des parcours individualisés vers l'autonomie. Si nous voulons éviter que « Trop de gestion, tue le social¹¹ », il faudra s'orienter à l'avenir un peu plus aux douze 'commandements' ci-dessus.

⁹ Extrait du COMMUNIQUE DE PRESSE D'EAPN - Emploi: les 12 critères d'une 'bonne' activation [8/12/2005]

¹⁰ Malheureusement cet art. 45 du Plan d'Action National en faveur de l'Emploi 1998 (loi du 12 février 1999) ne s'applique qu'à des mesures de formation.

¹¹ Titre de la dernière publication de Michel Chauvière, directeur de recherche au CNRS

RAPPORT SUR LES SERVICES DE CONSEIL

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

1.1. Introduction

Au cours de l'année 2007, le nombre de demandes de conseil adressées au service a légèrement augmenté et s'est élevé à 278 demandes.

Depuis sa création en 1993, 3.979 demandes de conseil ont été adressées au service dont 2.877 personnes sont venues en consultation.

Rien que pour l'année 2007, le service a pu enregistrer 278 nouvelles demandes de conseil dont 215 personnes se sont effectivement présentées au 1^{er} rendez-vous.

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

En 2007, 3 demandes d'admission à la procédure de règlement collectif des dettes dans le cadre de la loi du 8 décembre 2000 ont été signées auprès du service.

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

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

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 2007 » 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 et notamment à la rédaction du dépliant « Un crédit, pourquoi pas ? Mais réfléchissez bien avant d'agir ».

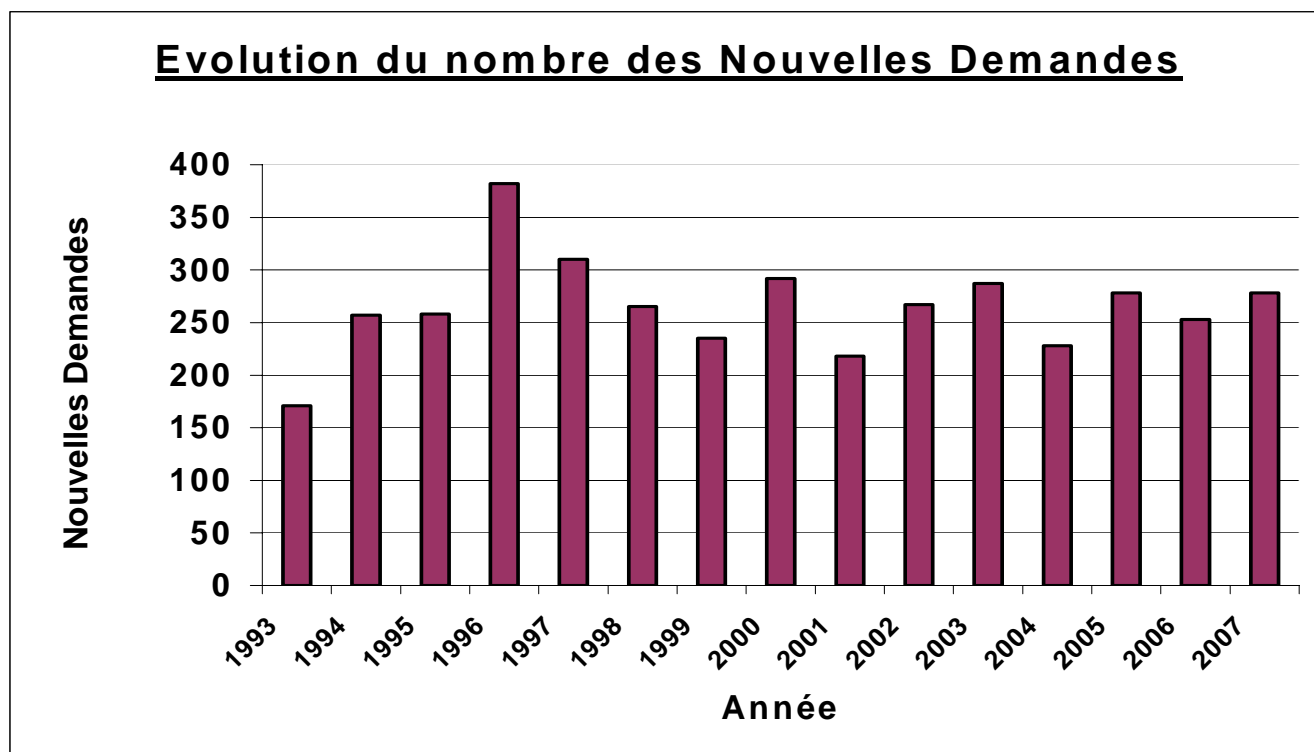
Au niveau international, le service a maintenu un échange d'informations régulier avec les membres du European Consumer Debt Net ainsi qu'avec les organisations similaires situées à l'étranger. De plus, le service a participé activement aux conférences internationales en la matière.

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 2007, 278 nouvelles demandes de conseil ont été enregistrées portant le nombre total de demandeurs à 3.979 depuis la création du service.

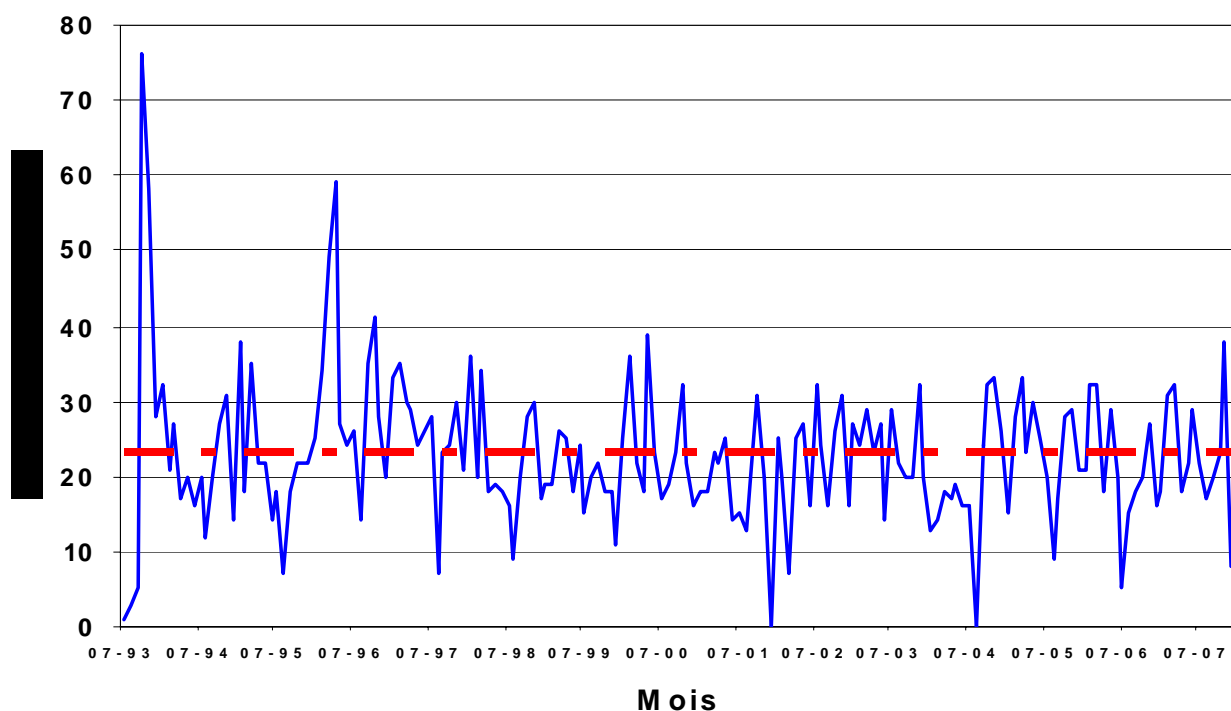


Année/Demandes	Nombre de demandes	Pourcentage/Total	Moyenne mensuelle
1993	171	4 %	28
1994	257	6 %	21
1995	258	6 %	21
1996	382	11 %	32
1997	310	8 %	26
1998	265	7 %	22
1999	235	6 %	20
2000	292	7 %	24
2001	218	5 %	18
2002	267	7 %	22
2003	287	7 %	24
2004	228	6 %	19
2005	278	7 %	23
2006	253	6 %	21
2007	278	7 %	23
Total	3.979	100 %	23

Il ressort des chiffres ci-dessus que le nombre moyen annuel sur la période considérée est de 274 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.

Nouvelles demandes par mois



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 2007, le service a pu enregistrer trois nouvelles demandes d'admission à la procédure de règlement collectif des dettes dans le cadre de la loi du 8 décembre 2000 sur le surendettement.

Au niveau des plans judiciaires, 1 audience a été fixée par le tribunal de paix de Luxembourg. Deux dossiers ont été remboursés de façon anticipative.

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 1er 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 2007 :

L'ANNEE 2007 EN CHIFFRES	
Nouveaux clients reçus ou DOSSIERS :	215
+ Nouveaux clients non présents au 1 ^{er} rendez-vous :	63
TOTAL Nouvelles demandes de conseil :	278
+ Demandes d'informations :	244
TOTAL Nouvelles demandes de conseil et d'informations :	522
+ Anciens dossiers traités en 2007 :	241
TOTAL :	763

En 2007, 763 personnes se sont adressées au service afin de recevoir de l'information et du conseil en matière financière. 456 dossiers ont été traités dont 215 nouveaux et 241 anciens. 63 personnes ayant pris un 1^{er} rendez-vous en 2007 ne se sont pas présentées et 244 demandes d'informations ont été adressées au service.

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

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

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

1.2.4. Les moyens d'action

a) Les moyens d'action propres

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

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

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

b) La loi du 8 décembre 2000 sur le surendettement

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

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

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

c) La coopération avec le réseau social

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

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

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

e) La coopération avec le 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 Prévention

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

1.3.1. Le volet national

La campagne déjà classique incitant le grand public à être prudent lors de l'achat à crédit d'une voiture neuve ou d'occasion a été réitérée à l'occasion du « Salon de l'automobile 2007 » au début de l'année.

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

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 et notamment à la rédaction du dépliant « Un crédit, pourquoi pas ? Mais réfléchissez bien avant d'agir ».

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 des conférences internationales, notamment en tant que membre fondateur à l'assemblée générale du European Consumer Debt Net (ECDN).

PROFIL 2007	CLIENTS		DOSSIERS	
	Total demandes	%	Clients reçus	%
ETAT CIVIL				
CELIBATAIRE	88	32	62	29
DIVORCE	61	22	48	22
MARIE	95	34	76	35
SEPRE	27	10	24	11
VEUF	7	2	5	3
TOTAL	278	100	215	100
AGE				
<18	0	0	0	0
18-25	28	10	20	9
26-35	75	27	57	27
36-45	96	35	72	33
>45	79	28	66	31
TOTAL	278	100	215	100
NOMBRE D'ENFANTS A CHARGE				
AUCUN	136	49	105	49
UN	54	20	41	19
DEUX	50	18	39	18
TROIS	26	9	20	9
PLUS DE TROIS	12	4	10	5
TOTAL	278	100	215	100
STATUT PROFESSIONNEL				
BENEFICIAIRE RMG	22	8	18	8
BENEFICIAIRE PENSION/RENTE	36	13	24	11
CHOMEUR	21	8	18	8
EMPLOYE PRIVE	32	12	21	10
FONCTIONNAIRE PUBLIC	12	4	11	5
INDEPENDANT	7	2	4	2
OUVRIER	111	40	94	44
SANS	37	13	25	12
TOTAL	278	100	215	100
NATIONALITE				
LUXEMBOURGEOISE	155	56	119	55
UNION EUROPEENE	109	39	85	40
AUTRES PAYS	14	5	11	5
TOTAL	278	100	215	100
INITIATIVE				
PROPRE INITIATIVE	48	17	37	17
ORIENTE	230	83	178	83
TOTAL	278	100	215	100
CONTACT AVEC UN AUTRE SERVICE SOCIAL				
NON	173	62	136	63
OUI	105	38	79	37
TOTAL	278	100	215	100
REGION				
CENTRE	168	60	131	61
NORD	80	29	58	27
SUD	30	11	26	12
TOTAL	278	100	215	100

FREQUENTATION 2007	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000	1999	1998	1997	1996	1995	1994	1993	TOTAL
1. Dossiers actifs :	215	71	40	22	27	14	12	15	6	9	5	8	4	3	5	456
- En cours	96	14	11	8	10	5	3	4	2	1	0	2	0	0	1	157
- Réglés	87	31	17	6	10	5	4	8	3	6	3	5	3	1	2	191
- Classés sans suite	32	26	12	8	7	4	5	3	1	2	2	1	1	2	2	108
2. Dossiers archivés :	0	99	154	101	198	172	166	201	187	214	227	253	165	178	106	2.421
3. DOSSIERS (1+2) :	215	170	194	123	225	186	178	216	193	223	232	261	169	181	111	2.877
4. Clients conseillés sans entrevue :	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	7	29	22	30	24	115
5. Clients non-présents au rendez-vous :	63	83	84	105	62	81	40	76	42	39	71	92	67	46	36	987
6. DEMANDES DE CONSEIL (3+4+5) :	278	253	278	228	287	267	218	292	235	265	310	382	258	257	171	3.979
7. DEMANDES D'INFORMATIONS :	244	187	179	161	183	176	191	167	183	170	*	*	*	*	*	*
8. CLIENTS (6+7) :	522	440	457	389	470	443	409	459	418	435	*	*	*	*	*	*

2. Gesond Liewen & Centre de consultations

2.1. Mission du service

Les services "Gesond Liewen" d'Ettelbruck et de Wiltz ainsi que le Centre de Consultations 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 à notre 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	%	Ettelbruck-AH	Ettelbruck-LG	Wiltz-LG
Nombre total de consultations	915		531	194	190

2. Nombre de dossiers

	TOTAL	%	Ettelbruck-AH	Ettelbruck-LG	Wiltz-LG
Nombre total de dossiers	211		129	42	40
2.1. Nouveaux	135	64.0%	91	20	24
2.2. Anciens	76	36.0%	38	22	16
2.3. Individuels	179	84.8%	107	36	36
2.4. Couples	20	9.5%	11	5	4
2.5. Familles	12	5.7%	11	1	

3. Nombre de consultants

	TOTAL	%	Ettelbruck-AH	Ettelbruck-LG	Wiltz-LG
Nombre total de consultants	252		161	47	44
3.1. Femmes	179	71.0%	112	36	31
3.2. Hommes	56	22.2%	32	11	13
3.3. Enfants / Adolescents	17	6.7%	17		

4. Age

Age	TOTAL	%	Ettelbruck-AH	Ettelbruck-LG	Wiltz-LG
< 10	6	2.4%	6		
10-18	19	7.5%	19		
19-29	42	16.7%	27	5	10
30-39	55	21.8%	40	8	7
40-49	86	34.1%	52	18	16
50-59	32	12.7%	12	10	10
60-69	11	4.4%	4	6	1
>70	1	0.4%	1		

5. Formes de vie

Forme de vie	TOTAL	%	Ettelbruck-AH	Ettelbruck-LG	Wiltz-LG
5.1. Célibataire	69	27.4%	57	7	5
5.2. Marié	119	47.2%	70	26	23
5.3. Divorcé	30	11.9%	16	6	8
5.4. Séparé	14	5.6%	8	2	4
5.5. Ménage commun	16	6.3%	9	4	3
5.6. Veuvage	4	1.6%	1	2	1

6. Nationalité

Nationalité	TOTAL	%	Ettelbruck-AH	Ettelbruck-LG	Wiltz-LG
6.1. Luxembourgeoise	175	69.4%	108	32	35
6.2. U.E.	71	28.2%	49	13	9
6.3. Autre	6	2.4%	4	2	

7. Envoyés par

7.1.	Anciens clients / amis / famille	74	29.4%	55	34.2%	10	21.3%	9	20.5%
7.2.	Propre initiative	18	7.1%	2	1.2%	6	12.8%	10	22.7%
7.3.	Professionnels	160	63.5%	104	64.6%	31	66.0%	25	56.8%
7.3.1.	Médecins	59	23.4%	26	16.1%	22	46.8%	11	25.0%
7.3.2.	Assistantes sociales	55	21.8%	36	22.4%	7	14.9%	12	27.3%
7.3.3.	Autres professionnels	46	18.3%	42	26.1%	2	4.3%	2	4.5%

8. Motif de consultation

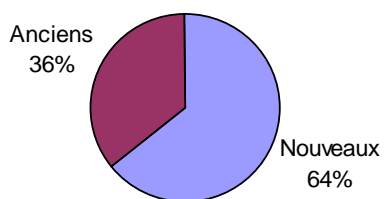
8.1.	Problèmes de couple	68	27.0%	39	24.2%	12	25.5%	17	38.6%
8.2.	Problèmes existentiels; dépressions; angoisse	95	37.7%	59	36.6%	22	46.8%	14	31.8%
8.3.	Problèmes de famille	89	35.3%	63	39.1%	13	27.7%	13	29.5%
8.4.	Etat de dépendance	0	0.0%		0.0%		0.0%		0.0%
8.5.	Information	0	0.0%		0.0%		0.0%		0.0%

9. Nombre de séances

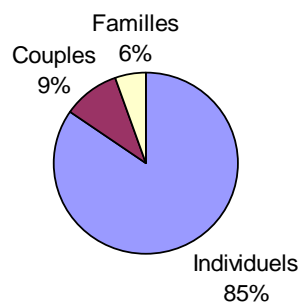
9.1.	1-5	171	67.9%	119	73.9%	24	51.1%	28	63.6%
9.2.	6-10	54	21.4%	27	16.8%	16	34.0%	11	25.0%
9.3.	11-20	19	7.5%	7	4.3%	7	14.9%	5	11.4%
9.4.	21-30	7	2.8%	7	4.3%		0.0%		0.0%
9.5.	>30	1	0.4%	1	0.6%		0.0%		0.0%

2.4. Graphiques.

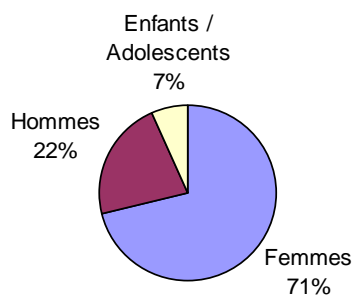
1. Nouveaux et anciens dossiers



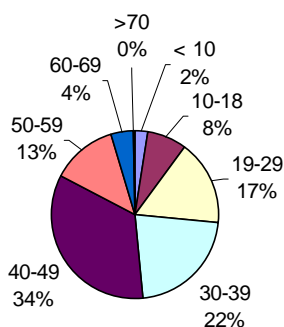
2. Composition des dossiers



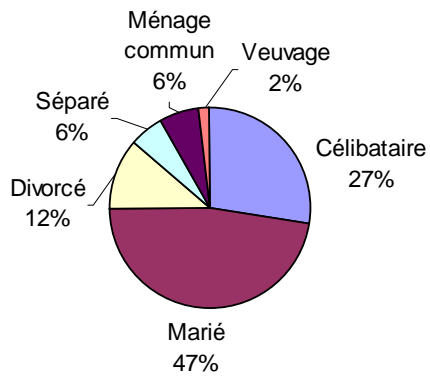
3. Consultants



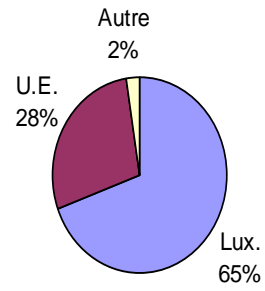
4. Age des consultants



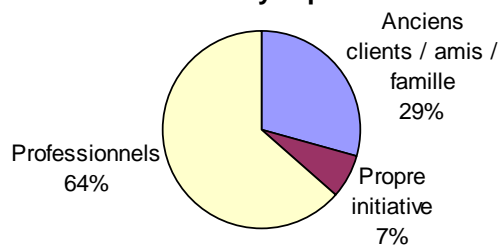
5. Formes de vie



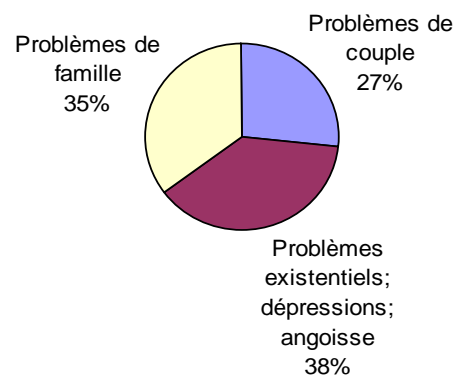
6. Nationalité



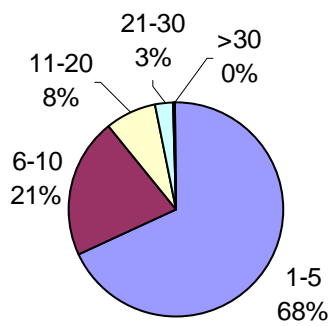
7. Envoyés par



8. Motif de consultation



9. Nombre de séances



3. INFO-SOCIAL - Service d'information téléphonique



3.1. Mission

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, anonyme et sur mesure ou une orientation concrète.

Pour répondre aux appels une équipe d'assistant(e)s (d'hygiène) sociale(s) recourt à une base de données informatique mise en place et actualisée en permanence. Celle-ci permet aux professionnels de connaître, gérer et maîtriser l'offre de services et prestations 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 2007, les permanences ont été assurées par près de 50 travailleurs sociaux de la Ligue, des CMS de Clervaux, Differdange, Dudelange, Echternach, Esch/Alzette, Ettelbruck, Grevenmacher, Luxembourg, Rédange-Attert et Wiltz.

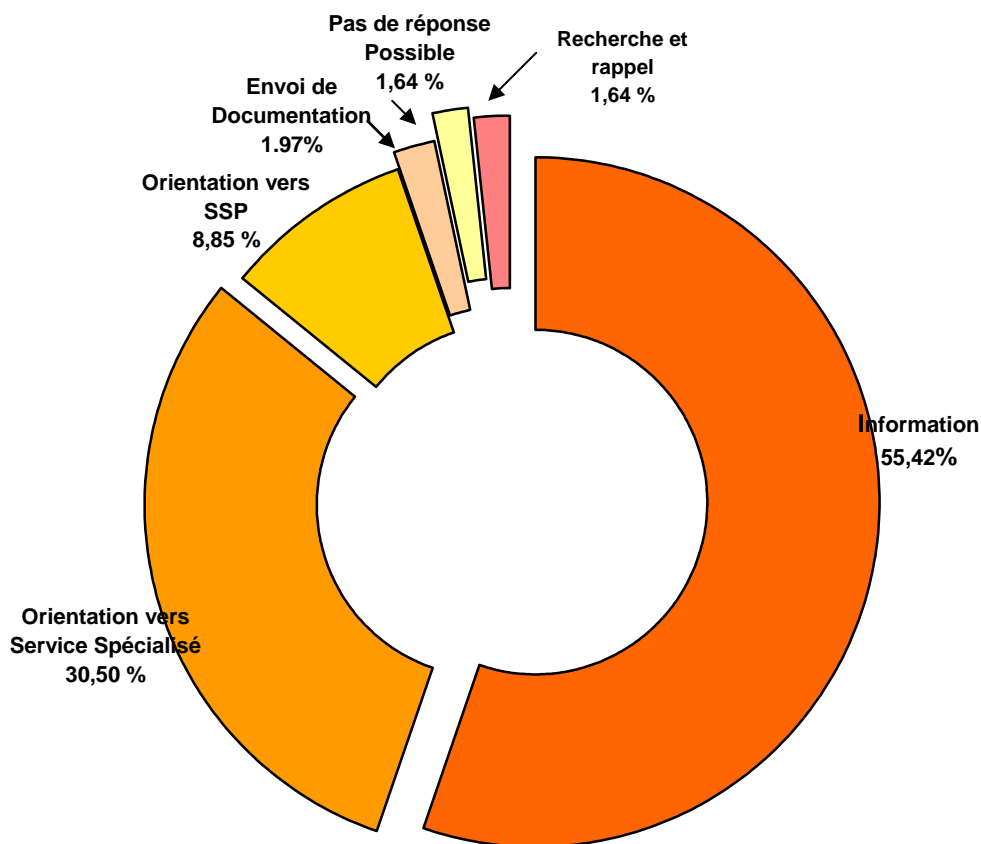
3.2. Activité 2007

Le tableau ci-après reproduit, en pourcentage, les 305 appels reçus en 2007 pour chaque catégorie recensée.

Education	2,62 %
Enfance	6,89 %
Etat	0,33 %
Etrangers	1,64 %
Famille	6,23 %
Femmes	1,64 %
Handicap	1,97 %
Indigences	23,28 %
Jeunesse	0,66 %

Justice	7,87 %
Logement	9,51 %
Maternité	1,31 %
Personnes âgées	3,94 %
Santé	15,74 %
Sécurité sociale	7,54 %
Travail	4,26 %
Autres	4,59 %

Le schéma suivant montre les réponses données:



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

Dans certains cas, les situations étaient plus complexes : plus de 30 % des appels ont été orientés vers un service spécialisé et plus de 8 % 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, un certain nombre d'appels requièrent l'envoi d'une documentation. Pour 5 appels aucune solution n'a pu être trouvée, car ces cas ne concernaient pas le domaine social.

3.3. Conclusion

Dans une société submergée par l'information, l'Info-Social reste une valeur sûre en ce qui concerne la qualité de l'information. Ouvert tant aux personnes privées qu'aux professionnels, il a su acquérir au cours des années la confiance de ses utilisateurs.

LE PERSONNEL

(Situation au 25 avril 2008)

Secrétariat Général

Romy Bisenius, Miriam Kariger-Eramo, Chico Louis, Yolanda Matias, Karin Müller, Anicet Schmit.

Structure Opérationnelle

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

Assistants d'hygiène sociale
des circonscriptions : Jeanne Bingen, domaine médico-social
Marianne Begué, domaine social

Services

Service médico-social

Assistants d'hygiène sociale et assistants sociaux: Line Audry, Vicky Berscheid-Hoffmann; Lony Besch, Gaby Bonert-Bissener, Ingrid Conrad, Myriam Dubois-Wersand, Nathalie Dumortier, Josiane Gerges, Antoinette Hartung-Gaspar, Françoise Hilt, Eliane Kerger-Boever, Lydia Knaff, Guy Krantz, Edmée Linster, Sylvie Mauricio, Michelle Philipp, Marion Schennetten-Welter, Monique Scheuer, 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 Häfferer, Madeleine Jungers-Goergen, Margot Majeres-Thinnes, Michèle Marxen-Lahure, Alexandra Roth, Diane Urwald

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

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

Service d'Accompagnement Social

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

Service des Mineurs et Majeurs Protégés

Economistes : Marie-Pierre Vilain, Gaby Andres

Gestionnaire : Danielle Dammé

Service Régional d'Action Sociale

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

Service d'Information et de Conseil en matière de Surendettement

Economiste: Christian Schumacher

Conseiller: Manuel Roche, Christian Wagener

Gestionnaire: Claudine Nau

Gesond Liewen

Psychologues: Alix Heyman-Fabert, Jean Molitor

Personnel administratif

Denise Adehm, Marie-Rose Aniset-Lellig, Isabelle Bellomo, Sonja Bodson Viky Decker-Crevits, Anne Donckel, Sylvia Eschenauer-Jacoby, Carlo Jourdain, Danielle Karpen, Danielle Kraus-Peiffer, Marie-Jeanne Kremer, Daroslaw Kurowski, Nicole Ludwig, Denise Mannes-Hansen, Marie-Josée Nord-Steffen, Nathalie Ries-Steffen, Cristina Roulling-Fernandes, Sylvie Timmermann

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