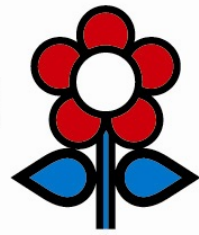




LIGUE MÉDICO-SOCIALE
MIR HËLLEFEN ZËNTER 1908



RAPPORT D'ACTIVITE

2008



RAPPORT D'ACTIVITE 2008

publié par la **LIGUE MEDICO-SOCIALE**

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

Edition 2009

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.....	23
Rapport sur les Services médico-sociaux.....	25
1. Les Consultations pour Maladies Respiratoires	25
1.1. Missions et rôles des consultations pour maladies respiratoires.....	25
1.2. Les données générales.....	26
1.3. Activité des consultations pour TB et maladies respiratoires	27
1.4. Analyse et interprétation des résultats.....	30
1.5. Conclusion	31
2. La Médecine Scolaire	32
2.1. Les Missions	32
2.2. La population des enfants scolarisés.....	33
2.3. Activité et bilan du Service Médical Scolaire	33
2.4. Conclusions sur les activités du Service médical scolaire et perspectives	40
3. Prévention de la Santé de l'Enfant.....	41
3.1. Les missions	41
3.2. Population de jeunes enfants de 0 à 4 ans.....	41
3.3. Activités et évolution	41
3.4. Bilan et perspectives.....	42
4. Prévention, Dépistage, Education et Promotion de la Santé	45
5. Information du public, travaux et représentation.....	50
6. Conclusions	50
Rapport sur les Services Sociaux	51
1. Service d'Accompagnement Social.....	51
1.1. Mission	51
1.2. Mission	52
1.3. Analyse des activités du service en 2008.....	53
1.4. Analyse des problèmes rencontrés	55
1.5. Appréciation générale des dossiers.....	57
1.6. Conclusions et constatations	58

2. Service Régional d'Action Sociale.....	59
2.1.Mission du service	59
2.2.L'activité du service en 2008	62
Rapport sur les Services de Conseil	65
1. Service d'Information et de Conseil en matière de Surendettement.....	65
1.1. Introduction	65
1.2. Le Conseil et l'Information	66
1.3. La Prévention.....	70
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. Activités 2008.....	79
3.3. Conclusion	80
Le Personnel	84

INTRODUCTION

2008 fut l'année du centième anniversaire de notre Ligue. Fondée le 5 avril 1908 comme première oeuvre sociale laïque du pays, elle avait comme but d'organiser sur tout le territoire du Luxembourg la coordination et la centralisation de la lutte contre la tuberculose qui à l'époque faisait de terribles ravages parmi la population.

Le 19 mars 1910 elle obtint par une loi spéciale, une première pour notre pays, la personnalité civile et fut déclarée d'utilité publique.

Cet anniversaire donna lieu à plusieurs manifestations à commencer par une séance académique organisée le 11 avril 2008 au Conservatoire de la Ville de Luxembourg, en présence de S.A.R. la Grande-Duchesse Maria Teresa, Grande Protectrice de notre oeuvre, du Ministre de la Santé, Monsieur Mars di Bartolomeo, et de la Ministre de la Famille, Madame Marie-Josée Jacobs et d'un grand nombre de personnalités du monde politique, médical et social.

Ce fut l'occasion de présenter au public les activités de notre oeuvre tant au passé qu'au présent, en particulier par un diaporama show et par un aperçu historique bien fouillé. D'un combat du début, uniquement dirigé contre la tuberculose et ses répercussions sociales, notre oeuvre a su s'adapter par la suite au développement de notre société et offre aujourd'hui toute une panoplie de services médico-sociaux, comme il résulte du présent rapport d'activité.

Président depuis septembre 1978 et âgé de 83 ans j'ai prié mon conseil d'administration de me donner décharge de cette fonction. Dans sa séance du 24 février 2009 le conseil a nommée comme nouvelle présidente Madame Marguerite Scholtes-Lenners, ancienne conseillère de gouvernement au Ministère de la Santé et vice -présidente de notre Ligue.

Après 30 ans à la tête d'une oeuvre si engagée dans la prévention médicale et sociale au service de la population de notre pays, je tiens à remercier bien sincèrement et bien vivement toutes mes collaboratrices et collaborateurs pendant ces années, nos membres et nos donateurs et surtout aussi nos Ministres de la Santé et de la Famille. Un merci tout particulier à mon secrétaire-trésorier d'antan Emile Mosar et à son successeur Jean Rodesch, les chevilles ouvrières administratives de notre Ligue pendant ma présidence.

Grâce à tous, à leur travail, leur engagement, leur dévouement ou leur soutien, notre oeuvre a su maîtriser les défis des fois bien difficiles de notre temps.

Et à notre nouvelle présidente, mes meilleurs vœux pour une pleine réussite dans sa nouvelle tâche.

Luxembourg, le 27 mars 2009

Dr Jean GOEDERT
Président sortant

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 25 avril 2008

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. Daniel BECKER, économiste, 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 25 avril 2008 dans la commune de Niederanven au Centre de Loisirs « Loisi » à Oberanven.

Au cours de l'exercice écoulé le conseil d'administration a siégé à 9 reprises (29 janvier, 21 février, 18 mars, 17 juin, 29 juillet, 16 septembre, 8 octobre, 19 novembre, 18 décembre).

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

SITUATION DU PERSONNEL

AU 31 décembre 2008 la Ligue comptait un effectif de 131 collaborateurs salariés, dont 113 femmes et 18 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

CENTENAIRE DE LA LIGUE EN 2008

Séance académique du 11 avril 2008

En présence de SAR la Grande-Duchesse Maria Teresa, du Président de la Chambre des Députés, de Monsieur le Ministre de la Santé, de Madame la Ministre de la Famille et de l'Intégration et d'une assistance nombreuse, la Ligue a célébré le **11 avril 2008** au **Conservatoire de Musique de la Ville de Luxembourg** son **100^e anniversaire**. Projection d'un Diaporama retraçant en images l'histoire de la Ligue. Discours par le Président de la Ligue, Dr Jean Goedert, par Monsieur le Ministre de la Santé, Mars di Bartolomeo et par Madame la Ministre de la Famille et de l'Intégration, Madame Marie-Josée Jacobs.

L'encadrement musical a été assuré par l'Ensemble de Trombones du Conservatoire de Musique de la Ville de Luxembourg et le pianiste Christian BESCH.

Dans le cadre des festivités du Centenaire, plusieurs conférences ont été organisées au cours de l'année :

- ❖ Conférence du 26 juin 2008 au Centre médico-social à Luxembourg avec le conférencier Michel Chauvière, sociologue de formation et directeur de recherche au CNRS/Université de Paris 2, sur le sujet : « Le travail social à l'épreuve des rationalisations économiques et gestionnaires ».
- ❖ Conférence du 1er octobre 2008 à la maison d'accueil des Sœurs Franciscaines avec Werner Obrecht, professeur en sociologie, des sciences sociales et de philosophie à la Haute Ecole pour sciences appliqués de Zürich sur le sujet : « Was braucht der Mensch um gut zu leben ? »

- ❖ Conférence du 3 décembre 2008 à l'Abbaye de Neumünster avec le Professeur Deschamps sur le sujet : « L'enfant et sa santé dans la société, de l'Antiquité jusqu'aux textes Internationaux ».

Présentation du timbre spéciale centenaire de la Ligue en date du 28 septembre 2008 en collaboration avec l'Office des Timbres des P&T. Le timbre postal représente la fleur Prince Jean sur fond mauve qui avec un prolongement des feuilles suggère des bras protecteurs avec pour texte « LUXEMBOURG LIGUE MEDICO-SOCIALE MIR HËLLEFEN ZËNTER 100 JOER » en blanc. Valeur d'affranchissement « A »..

Grâce au sponsoring la Ligue a eu les moyens de fêter cet anniversaire.

DOSSIERS TRAITÉS

PROJET DE LOI SUR L'AIDE SOCIALE (projet de loi N°5830)

Le changement fondamental visé par cette loi est le droit à l'aide et la possibilité qui est donnée au requérant de demander son droit auprès des juridictions sociales. Le texte secoue à maints endroits d'autres législations tel l'aide au logement, la loi sur le RMG. Bien des questions se posent dans les petites communes. Quid de la fortune immobilière, actes, droits de transmission... . Quid du bourgmestre, resp. échevin qui ne peuvent plus faire partie de l'Office Social.

Le Conseil d'Administration s'est interrogé en quelle mesure la Ligue est concernée par le projet de loi sur l'aide sociale, étant donné qu'il est prévu de créer des offices sociaux dans presque toutes les communes du pays ou du moins pour chaque tranche de 10.000 habitants.

En date du 10 juillet 2008 une délégation de la Ligue a rencontré des représentants du ministère de la famille pour un échange de vue sur les visées du projet de loi.

Avis de la Chambre de Commerce du 7.04.2008
Avis de la Chambre des Employés Privés du 9.05.2008
Avis de la Chambre de Travail du 06.06.2008
Avis de la Chambre des Fonctionnaires et Employés Publics du 13.06.2008
Avis de la Chambre des Métiers du 2.09.2008

Il ressort de ces différentes prises de position que le projet sous sa forme actuelle passe sous silence le travail actuellement accompli par les autres intervenants sociaux sur le terrain.

Après un tour d'horizon sur l'intérêt d'une éventuelle implication de la Ligue dans l'aide sociale dans le cadre des offices sociaux, le conseil en vient à la conclusion que cela ne serait pas en ligne avec les options prises par la Ligue lors de l'Accord de partage en 2001.

Depuis l'abandon du concept de « Polyvalence de secteur » en 2001 en faveur d'une organisation en service de première ligne, assuré par la Croix-Rouge avec son Service social de proximité et en service social de deuxième ligne, assuré par la Ligue médico-sociale, le Service d'Accompagnement Social, le travail social a connu un important essor vers plus de professionnalisme. Appuyé de son Service social au sein de la médecine scolaire, son Service régional d'action sociale, son Service d'information et de conseil en matière de surendettement et son Service pour Mineurs Majeurs Protégés, la Ligue est en mesure de venir en aide dans les situations sociales complexes et difficiles.

Le conseil a par conséquent décidé de ne pas retenir une option de sous-traitance dans le domaine de l'aide sociale, mais de continuer à développer sa position de spécialiste du social et de s'investir dans l'accompagnement social.

Il faut constater, tel qu'il ressort des différents avis formulés, que le partage entre la Ligue et la Croix-Rouge n'a pas été bien compris des responsables politiques et qu'un important travail d'information sur le sujet reste à faire.

Partant de ces réflexions le conseil retient qu'il y a lieu de s'adresser aux communes pour leur expliquer l'intervention de la Ligue tant au niveau de la médecine scolaire qu'au niveau de l'accompagnement social et de conclure des conventions pour formaliser la collaboration.

A titre de rappel, le service d'accompagnement de la Ligue prend en charge tout cas social qui lui est adressé par un service social de première ligne (Office social, Service social de proximité de la CRL, Caritas, Stëmm vun der Stross, Services sociaux à l'école, Services sociaux des hôpitaux,...)

respectivement de tout autre professionnel (médecin, Service d'Information et de Conseil en matière de Surendettement, psychologue,...).

Le projet de loi définit un droit à l'aide sociale, mais les compétences et les moyens des « nouveaux » offices sociaux sont clairement limités à l'essentiel. Le travail social, celui au-delà du socio-économique reviendra forcément à un service professionnel outillé tel le Service d'accompagnement social de la Ligue.

PAN INCLUSION – ACTIONS RETENUES PAR LA LIGUE

La Ligue médico-sociale a collaboré depuis 2001 à toutes les étapes des différents « Plans d'action nationaux sur l'inclusion sociale. ».

Sur base des explications fournies par le ministère de la famille lors de la réunion du 11 avril 2008 en rapport avec les objectifs pour l'élaboration du PAN incl. 2008-2010, la Ligue a retenu et soutenu les lignes directrices suivantes :

1. mise en œuvre de politiques multidimensionnelles, ciblées et coordonnées de la lutte pour l'inclusion sociale et détermination de leur impact
2. l'intégration sociale des migrants
3. la lutte contre la pauvreté infantile
4. la promotion de l'inclusion active
5. importance d'objectifs quantifiés dans le RNS 2008-2010
6. importance de la prise en compte des dimensions du genre et de non discrimination
7. Interruption de la transmission intergénérationnelle de la pauvreté

Pour la Ligue médico-sociale ces lignes directrices (objectifs) s'insèrent dans l'objectif commun d) du RNS visant à « garantir l'accès de tous aux ressources, aux droits et aux services nécessaires pour participer à la société, tout en prévenant l'exclusion et en s'y attaquant, et en combattant toutes les formes de discrimination qui conduisent à l'exclusion ».

Face au problème de la transmission intergénérationnelle de la pauvreté, la Ligue médico-sociale soutient fermement qu'il faut dépasser les seules considérations de pauvreté monétaire et se centrer sur les différents volets du développement infantile.

Se basant sur une vision intégrée de la santé et du social, la Ligue a proposé :

- le renforcement de l'accompagnement à la parentalité dans le cadre du Service d'Accompagnement Social en complémentarité aux services très spécialisés, et dans la même logique,
- la création d'un réseau formel entre les services d'aide sociale à l'enfance en milieu ouvert (CAEMO = Centre d'Aide Educative en Milieu Ouvert), le Service d'Accompagnement Social et le Service social en médecine scolaire.
Il s'agit notamment du SIPO ; FFL ; FARE ; PAMO ; ...
- la création d'un service spécialisé AEMO pour le Nord du pays selon le modèle du Familien-Intensiv-Training (FIT), projet proposé par la Ligue il y a quelques années.
- la création d'une équipe de bénévoles avec encadrement professionnel dans le domaine de l'aide à la vie quotidienne familiale.
- l'extension du service social en médecine scolaire aux nouvelles communautés d'enfants c.à.d. l'enseignement précoce et les maisons relais, où surgissent des problématiques dépassant les compétences des professionnels sur place.

PROJET DE LOI RELATIF À L' « AIDE À L'ENFANCE (PROJET DE LOI N°5754) » OFFICE NATIONAL DE L'ENFANCE (ONE)

D'une manière générale, le conseil a trouvé le projet de création d'un Office National de l'Enfant une excellente initiative, mais regrette que la loi, même après les amendements adoptés par la Commission de la Famille et de l'Egalité suite à l'avis du Conseil d'Etat et les nombreux avis parlementaires, ne fait pas état d'un fonctionnement sur base interministérielle et se cantonne exclusivement sur le ministère de la famille.

D'autre part la Ligue regrette que le projet passe sous silence les structures existantes qui ont apporté pendant des décennies leur preuve.

Dans cet ordre d'idées et au vu des différents objectifs énoncés par cette loi le conseil suggère d'examiner si le projet de la Ligue sur la réintégration scolaire, qui n'était pas réalisable par le biais du ministère de l'éducation nationale, ne pourrait être retenu comme un des projets de l'aide à l'enfance visés par le Ministère de la Famille.

NOUVEAU RÈGLEMENT GRAND-DUCAL – SEVRAGE TABAGIQUE

Les nouvelles modalités décrites dans 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, permettent 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 les séances de sevrage tabagique organisées par la Ligue sont gratuites les médicaments de substitution ne sont pas pris en charge par la Caisse Nationale de Santé. Le conseil d'administration de la Ligue a décidé de prendre en charge ces remboursements selon les modalités de l'UCM.

CONSULTATIONS POUR NOURRISSONS ET JEUNES ENFANTS

Dans un souci général de garder et d'étendre l'attrait de Consultations pour Nourrissons et Jeunes Enfants de la Ligue auprès des parents, le conseil a retenu de revoir le fonctionnement et l'objectif de ces consultations et de procéder à leur réorganisation.

L'analyse a montré qu'il faut retravailler le concept dans le sens de prévoir une augmentation des visites à domicile, d'impliquer d'avantage le personnel de la Ligue en charge des consultations en créant une équipe exclusivement dédiée à ces consultations. Compte tenu de l'intensité de cette démarche il faudra réduire dans un premier temps le nombre de consultations à celles qui ont un très haut taux de fréquence. L'éventail des séances d'information proposé aux jeunes parents sera élargi. Pour mener à bien ce projet le conseil décide de s'assurer le concours d'un médecin pédiatre disposé à s'investir de façon intensive dans la prévention auprès des jeunes enfants.

Pour être en mesure de donner suite aux demandes pour des visites à domicile dans toutes les régions du pays une collaboration avec les sages-femmes indépendantes est envisagée.

LOI SUR LE SURENDETTEMENT

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

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

Un groupe de travail composé de Me L. DUPONG et Messieurs A. THILL, J. RODESCH et C. SCHUMACHER a élaboré l'avis de la Ligue. (Annexe I)

« FONDATION POUR L'ACCÈS AU LOGEMENT »

Le conseil d'administration a décidé de ne pas rejoindre cette fondation pour l'accès au logement pour les raisons suivantes :

La structure juridique de la future agence immobilière sociale sous la forme d'une « Fondation » n'apporte pas les garanties attendues par la Ligue. Il est clair que les membres du futur conseil de cette fondation seront désignés en nom personnel et non pas en tant que représentants mandatés des associations qu'ils représentent.

Enfin le conseil d'administration de la Ligue est d'avis que les membres du conseil d'administration de la Fondation ne devraient pas être concernés eux-mêmes par les candidatures pour louer les futurs logements à bon marché.

Le conseil d'administration de la Ligue a toujours exigé et appuyé le développement de l'instrument d'une agence immobilière sociale et félicite le ministère de la famille et de l'intégration d'avoir finalement donné suite à une demande urgente du terrain.

Bon nombre de clients de la Ligue sont des demandeurs potentiels pour des logements à loyer modeste et très certainement le Service d'accompagnement social de la Ligue fera à maintes occasions appel au dispositif.

Médecine scolaire

EVOLUTION DU GROUPE DE TRAVAIL

Le conseil d'administration de la Ligue a continué en 2008 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.

RÈGLEMENT GRAND-DUCAL CONCERNANT LA NOUVELLE ORGANISATION DES EXAMENS EN MÉDECINE SCOLAIRE

Le projet de règlement grand-ducal concernant la nouvelle organisation des examens en médecine scolaire a été suivi et accompagné avec grand soin. Le conseil regrette le décalage entre le contenu des textes du règlement grand-ducal, les commentaires et l'exposé des motifs. Il est à craindre que le texte sous sa forme actuelle ne réduise la médecine scolaire à la seule pratique des examens (médicaux) et des tests prescrits et limite fortement la portée des améliorations visées par la Ligue en médecine scolaire.

Points positifs :

- Affirmation d'une approche globale de la santé (art. 1)
- Mise en avant de la Promotion Santé, de l'Education à la Santé, du contrôle et du suivi (art. 1, 2, 17)
- Suppression des tests systématiques biométriques annuels (art. 4)
- Réduction des examens médicaux de 5 à 3 (art. 4) dans l'enseignement fondamental
- Temps dégagé pour :
 - des examens médicaux plus approfondis et adaptés à l'âge des enfants
 - le contrôle et le suivi des problèmes détectés
 - des interventions d'éducation et de promotion de la santé

Points à améliorer :

- 1) Les différences et les modifications de la Santé scolaire par rapport à la Médecine scolaire actuelle sont insuffisamment relevées.

Il est nécessaire de:

- ▶ *définir ce qu'est la (nouvelle) Santé scolaire*
- ▶ *définir ses objectifs généraux c-à-d. ses missions à la fois de médecine préventive, sociale, communautaire, promotionnelle et de santé publique et les objectifs d'intervention : notamment la Promotion Santé et le suivi*
car la loi actuelle du 2.12.1987, qui reste inchangée, ne fait aucune mention de la Promotion Santé et le nouveau règlement grand-ducal ne précise pas cette stratégie d'intervention

- 2) Pour une meilleure compréhension du texte il est essentiel de *définir avec précision les termes successivement employés et de recourir toujours à la même terminologie*

- 3) Le «contrôle du suivi des problèmes détectés » est prévu et notifié dans le règlement grand-ducal, mais il faut aussi prévoir la réalisation d'un (ou plusieurs) examen médical de contrôle en cas de besoin.

Il faut donc compléter par :

Un « *Bilan de santé individuel* » en cas de besoin
(c.-à-d. un examen médical de contrôle)

- *dans le texte (art. 4. -1.)*
- *dans les grilles récapitulatives (annexes II)*
- *et à toutes les années*

- 4) Une pratique régulière et pérenne de l'Education Santé et de la Promotion Santé n'est ni prévue ni réglementée et encore moins imposée dans le règlement grand-ducal en lui-même.

Il faudrait inscrire tant dans le texte et que dans les grilles récapitulatives (annexes II) du règlement grand-ducal, pour toutes les années du cycle fondamental, des « activités communautaires d'Education et Promotion Santé » dont la durée totale pourrait effectivement représenter, à terme, 20% du temps consacré à la Santé scolaire (ad art. 2).

5) Il faut élargir la notion de Promotion Santé à une démarche promotionnelle de la Santé. Les « conseils personnalisés » et les « entretiens individuels » [art. 8.- 1a) 3. et 4.] sont de l'ordre de l'éducation "individuelle" à la santé et sont largement insuffisants pour promouvoir la santé.

Bien qu'abordée, par touches successives, dans le règlement grand-ducal le concept de la Promotion Santé reste flou, parcellaire et incomplet.

► En effet, la Promotion Santé vise l'acquisition de compétences et la modification "avertie et raisonnée" des comportements.

Dans le cadre de la Santé scolaire, ses objectifs ultimes sont le **mieux-être** des enfants, mais aussi leur **intégration** et leur **adaptation** dans leur milieu scolaire et social. Elle se conçoit par une **démarche promotionnelle de la santé**, tant au niveau national que local, basée sur l'identification des besoins et des demandes et fondées sur des évaluations et des **échanges** participatifs et communautaires. Elle fait appel à des **interventions** (au sens le plus large du terme) concertées, programmées, cohérentes et pérennes, multisectorielles et multidisciplinaires, qui ne se limitent pas à des ateliers, à des animations ponctuelles ou à des actions individuelles.

6) Aucun article ne définit clairement la composition de l'équipe médico-socio-scolaire :

Cette composition est pourtant essentielle notamment pour

affirmer :

- la direction de l'équipe par le médecin scolaire
- la responsabilité du médecin scolaire
- le fonctionnement de l'équipe (répartition, transmission d'informations,..)

et définir précisément

- les missions, droits et devoirs de chacun des membres (art. 16)
- leur formation continue (art. 16) et surtout initiale

7) Jamais le terme de prévention n'est cité alors que *la prévention est un objectif essentiel de la médecine scolaire et que l'Education à la Santé et la Promotion Santé, fréquemment utilisées, sont des stratégies de prévention au même titre que le dépistage ou le diagnostic précoce*

Le conseil d'administration décide de faire parvenir ses commentaires au ministre de la santé.

PERSONNEL

PLAN DE FORMATION DU PERSONNEL

La Ligue a poursuivi les efforts de formation de son personnel en 2008

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;

pour son 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 ;

FORMATION « PROMOTION SANTÉ » ORGANISÉ PAR LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ

En 2008, le ministère de la santé a invité un deuxième contingent du personnel Ligue (8 participants) à suivre la formation « Promotion Santé » qui s'adresse aux intervenants en médecine scolaire.

FORMATION EFFEKT

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

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

SEMINAIRE

Du 2 au 3 octobre 2008, la Ligue a organisé un séminaire ensemble avec le professeur Werner Obrecht, professeur en sociologie, des sciences sociales et de philosophie à la Haute école pour sciences appliqués de Zürich sur le thème suivant : « Die biopsychosoziale Theorie menschlicher Bedürfnisse und sozialer Probleme und ihre Bedeutung für die Soziale Arbeit »

COURS DE LUXEMBOURGEOIS

Le conseil a décidé de continuer en 2008 à organiser des cours de Luxembourgeois à l'intention de ses collaborateurs non luxembourgeois. Ainsi 25 employés de la Ligue ont participé à ces cours.

GESOND LIEWEN

En date 17 juillet 2008 s'est tenu la plateforme annuelle du Service Gesond Liewen.

Malgré les demandes réitérées au cours des dernières années pour un renforcement de cette structure le service continue à fonctionner avec un effectif restreint de 2 psychologues et une vacataire en thérapie familiale. Il en découle des délais d'attente très longs pour les clients.

En ce qui concerne la convention du Service Gesond Liewen pour 2009 M. Mill MAJERUS a souhaité ne plus mentionner que les points 1) cours et stages de formation sanitaire, familiale et parentale, 3) consultation d'ordre psychologique et socio-affectif et 5) consultation d'ordre socio-familial et d'abandonner les points 2) « groupes d'interaction psycho-dynamique » et 4) « médiation socio-familiale ».

NOUVEAU « DIRECTEUR SOCIAL »

Suite à la démission de son directeur social le conseil d'administration a décidé de procéder rapidement au recrutement d'un successeur à ce poste.

Après examen de 10 candidatures le conseil a donné la préférence à un candidat qui ressort des rangs de la Ligue, M. Jean-Nico PIERRE, assistant social au sein du Service régional d'action sociale, depuis 1990 au service de la Ligue et justifiant d'une formation universitaire.

CONSULTATIONS POUR NOURRISSONS ET JEUNES ENFANTS

L'association ALUPSE Bébé vise une prise en charge des jeunes mères en détresse.

Suite aux projets de la Ligue pour redéfinir le contenu de ses consultations pour nourrissons et sur recommandation du Dr BACHE, la Ligue a rencontré les responsables de l'ALUPSE Bébé pour discuter des possibilités d'une collaboration. Tant au niveau des Consultations pour nourrissons que dans le cadre du Service d'accompagnement social des points de collaboration sont possibles.

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

ORGANISATION DES SECTEURS EN MEDECINE SCOLAIRE

La nouvelle organisation des secteurs en médecine scolaire est effective depuis le 1^{er} octobre 2008. La visée de cette réorganisation est une optimisation du déploiement des ressources humaines selon qualification et besoins du terrain.

La mise en œuvre de cette organisation a entraîné pour certains collaborateurs un changement du centre médico-social d'affectation.

Courant octobre les communes et autres institutions concernées par la médecine scolaire ont été informées sur les titulaires de la médecine scolaire en charge de leurs établissements scolaires respectifs.

Par ce même courrier, il a été rappelé aux autorités communales que l'assistant(e) social(e) ou l'assistant(e) d'hygiène social(e) en charge de la médecine scolaire est en charge du « Service social à l'Ecole ».

L'assistant(e) social(e) ou l'assistant(e) d'hygiène social(e) est systématiquement présente dans les écoles de son périmètre. Sur demande de la commune des permanences sociales peuvent également être organisées.

INFRASTRUCTURE et EQUIPEMENT

En 2008, les efforts de la Ligue ont porté sur

- **PROJET D'UNE CENTRALE TÉLÉPHONIQUE UNIQUE POUR L'ENSEMBLE DES CMS DE LA LIGUE**

Annoncé lors de l'assemblée générale de 2008 le conseil a entériné la mise en place d'un réseau « Voice over IP » qui permet d'avoir une seule centrale téléphonique accessible par un numéro unique qui apporte plus de transparence et une meilleure qualité de service, La mise en place est planifiée courant 2009.

- **CENTRE MÉDICO-SOCIAL ESCH/ALZETTE**

Sur deux étages du CMS Esch le sol des bureaux et couloirs se trouve encore un ancien tapis plein. Vu son état et son entretien difficile, il est proposé de le remplacer par du carrelage.

- **CENTRE MÉDICO-SOCIAL ETTTELBRUCK**

Construction d'un nouvel ascenseur et remplacement de la passerelle existante. Début des travaux planifié dans le courant 2009
Remplacement de vieux mobilier

- **CENTRE MÉDICO-SOCIAL GREVENMACHER**

Installation d'alarme, Rénovation façade,

- **CENTRE MÉDICO-SOCIAL MERSCH**

Installation d'une porte de sécurité, remise en peinture des bureaux et couloirs, création d'une salle de réunion au 1^{er} étage ;

- **CENTRE MÉDICO-SOCIAL WILTZ**

Installation d'une porte de sécurité.

- **TOUS LES CENTRES**

Audit énergétique de tous les bâtiments au cours de 2009/2010. Premier audit est fixé au Centre médico-social Grevenmacher.

- **APPLICATION COMPTABLE MIMAPRO**

Dans un souci constant de transparence et finalement pour augmenter la capacité de prise en charge de gestions financières le conseil a, marqué son accord pour le développement d'une application comptable spécifique a la gestion de tutelles, curatells, gestions volontaires.

DIVERS

BROCHURE LIGUE MÉDICO-SOCIALE

Elaboration d'une plaquette qui permet de mieux expliquer les activités de la Ligue.

ATELIER « BOUGER C'EST LA SANTÉ »

Fin février 2008 sera présenté au ministère de la santé l'atelier « BOUGER C'EST LA SANTE », élaboré par « l'Equipe Promotion Santé » de la Ligue. Il est prévu de mettre cet outil didactique à la disposition de toutes les équipes médico-socio-scolaires.

- **BROCHURE SUR LA LIGUE**

Le conseil a validé le projet d'une brochure présentant de manière condensée la Ligue et ses activités

- **5. DÜDELINGER GESUNDHEITSTAG – « GESOND DIDDELENG »**

Participation le 11 février 2008, à la 5^{ème} Journée Santé de la Ville de Dudelange.

- **EUROMELANOME 2008**

Participation à la Journée Euromelanome 2008 qui s'est tenue en date du 26 mai 2008. dans les Centres médico-sociaux à Esch/Alzette, Luxembourg, Grevenmacher et Ettelbruck.

- **FLEUR PRINCE JEAN –COLLECTE 2008**

La Vente de la Fleur Prince Jean 2008 de cette année s'est déroulée du 9 au 30 juin 2008 avec une édition de 28 000 autocollants.

BANQUE ALIMENTAIRE

En 2008 plus de 1500 colis de vivres provenant de la Banque Alimentaire ont été distribués par les assistants sociaux de la Ligue dans le cadre de leur travail de suivi social. Dans la majorité des cas, il s'agissait de personnes seules ou de ménages avec enfants en bas âge sans subsistance.

DELEGATION DU PERSONNEL

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

ELECTIONS DU 12 NOVEMBRE 2008 « DÉLÉGATION DU PERSONNEL »

Participation au vote: 51 %

NOMS ET PRÉNOMS DES CANDIDATS ELLUS (effectifs et suppléants)		EFFECTIF	VOIX OBTENUES
		ou SUPPLÉANT	
GONCALVES Manuela	OGBL	effectif	71
JOSSE Marc	NON-SYNDICALE	effectif	71
MAURICIO Sylvie	NON-SYNDICALE	effectif	63
ADOLPHE Stephanie	OGBL	effectif	57
SCHEUER Monique	NON-SYNDICALE	effectif	53
GROOS Nathalie	OGBL	suppléant	48
NAU Claudine	NON-SYNDICALE	suppléant	34

DEPARTS DE COLLABORATEURS DE LONGUE DATE

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

- Monsieur Marco HOFFMANN
- Madame Margot MAJERES
- Mme Romy BISENIUS

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 2008.

Conformément aux dispositions de l'article 16 du statut modifié de la Ligue, le conseil de surveillance confirmé par l'assemblée générale ordinaire du 25 avril 2008 a procédé le 25 mars 2008 au contrôle des opérations comptables effectuées par le trésorier de la Ligue pendant l'exercice 2008 au contrôle du bilan de la Ligue arrêté au 31 décembre 2008.

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

Ont participé au contrôle dont question:

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

LE CONTROLE DU GRAND LIVRE

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

LE CONTROLE DES PIECES A L'APPUI

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

Partant, le conseil de surveillance propose d'accorder décharge à ceux qui ont été chargés en 2008 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 2009 d'approuver le bilan 2008 de la Ligue luxembourgeoise de Prévention et d'Action médico-sociales.

Luxembourg, le 25 mars 2009

Le conseil de surveillance,

Joseph LENTZ

Romain KETTEL

Daniel BECKER

RAPPORT SUR LES SERVICES MÉDICO-SOCIAUX

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

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

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

Dans ce large domaine d'interventions préventives, l'année 2008 a été marquée par l'ouverture, au printemps, de consultations de spirométrie qui concerne le dépistage des BPCO (broncho-pneumopathies chroniques obstructives) et que nous détaillerons ultérieurement dans ce travail.

1. Les Consultations pour Maladies Respiratoires

1.1. Missions et rôles des consultations pour maladies respiratoires

1.1.1. Lutte contre la tuberculose

Pour la Ligue la lutte anti-tuberculose (LAT) dans notre pays est une activité historique et prioritaire de santé publique qu'elle assume pleinement depuis 1908.

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'examen 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 qui risquent d'évoluer vers la maladie tuberculeuse en vue de les traiter et ainsi d'interrompre la chaîne de transmission de la maladie. En effet, un des rôles essentiels de la Ligue est aussi de détecter ces infections tuberculeuses latentes (ITL). Ces dernières ne s'accompagnent d'aucun signe clinique ou radiologique, mais peuvent évoluer vers une TB maladie d'où l'importance de les identifier. Elles sont mises en évidence par la positivité d'un test immunologique (cutané ou maintenant sanguin). 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 action préventive et spécifique de la Ligue rend compte de façon plus précise du statut épidémiologique du pays vis à vis de cette maladie transmissible et vient utilement compléter les données du ministère.

En bref

En 2008 l'activité des « **consultations pour maladies respiratoires** » a globalement augmenté. La fréquentation, avec **18081 consultations**, a progressé de 1,93%. **13 796 tests tuberculiniques** ont été effectués ou lus (+1,3%). Le nombre de **radiographies thoraciques (6038)** pratiquées est lui aussi en augmentation de 5,7%. Enfin **10 dossiers** ont nécessités l'intervention de **l'AHS** du service.

La Ligue comptabilise toutes les formes de tuberculose actives que la Direction de la Santé lui notifie lors d'une déclaration obligatoire (D.O.) ou latentes qu'elle dépiste.

Les enquêtes épidémiologiques d'entourage (qui concernent les personnes en contact avec un malade) peuvent être réalisées, pour des motifs pratiques, 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 avec nos partenaires institutionnels (Direction de la Santé, Ministères, services de médecine du travail, etc.).

Enfin, la Ligue effectue des contrôles évolutifs réguliers auprès des anciens malades tuberculeux. Les objectifs sont ici de dépister la survenue d'éventuelles rechutes ou récidives, de repérer 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 de ce 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 notamment professionnels.

En effet, la Ligue travaille en étroite partenariat avec les services de santé au travail. Dans le cadre du dépistage des maladies à caractère professionnel ou des pathologies chroniques respiratoires, les médecins du travail, à l'occasion de visites systématiques ou d'une embauche, adressent leurs consultants dans les centres de la Ligue pour effectuer des radiographies du thorax de contrôle et de dépistage. Les bénéficiaires sont exposés à l'inhalation professionnelle de produits ou de substances toxiques, 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 de manifestations respiratoires à inventorier.

Ce dernier type d'intervention s'adresse essentiellement à une population moins favorisée qui bénéficie ainsi d'un acte gratuit de proximité.

Au terme de la consultation pour maladies respiratoires un diagnostic strictement confidentiel est établi.

Les différentes pathologies, d'origine tuberculeuse et non tuberculeuses, peuvent ainsi faire l'objet d'études d'évaluation. (Se reporter au chapitre 1.4.).

1.2. Les données générales

1.2.1. Organisation des consultations pour maladies respiratoires

1.2.1.1. Sites et organisation

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

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

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

L'infirmier gradué, basé au CMS de Luxembourg, prend part aux actes pratiques et coordonne l'activité de ces 3 sites. Enfin le médecin directeur supervise l'ensemble de ces activités.

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 de la prescription d'une radiographie thoracique. Il vérifie l'absence de toute contre-indication et réalise le cliché thoracique sous le contrôle et la responsabilité du médecin.

Puis dans la majorité des cas le médecin interprète le cliché, formule un diagnostic, 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 par les secrétaires au(x) médecin(s) prescripteur(s) ou correspondant(s).

L'appareillage radiologique du CMS de Luxembourg, entièrement informatisé, montre après 2 ans d'utilisation son indéniable apport. L'application informatique spécifique de cette prestation, identique pour les trois CMS, maintenant maîtrisée par les professionnels de santé, a facilité et harmonisé les pratiques. Quelques améliorations dans le recueil des statistiques devraient encore en optimiser ses performances.

1.2.2. **La population cible**

Au 1er janvier 2008 la population grand-ducale était estimée à 483.800 habitants, soit une augmentation de près de 1,6% par rapport à l'année précédente. (*Chiffres Statec*)

La proportion de résidents étrangers a progressé de 3,83% et représente actuellement près de 42,56% de la population totale. Il s'agit, dans la grande majorité des cas, de ressortissants de pays de l'U.E. (86%).

La plus forte communauté est portugaise et continue d'augmenter (+ 3,9%). Elle représente actuellement 15,8% de la population totale résidant sur le territoire national et 37,2% des étrangers.

Ces données démographiques et migratoires sont importantes pour l'analyse de l'activité et pour l'interprétation des résultats épidémiologiques. (Se reporter aux chapitres 1.3.2. et 1.4.).

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 2008 sont les suivants :

18081	consultants
748	séances de consultations assurées
6038	examens radiologiques réalisés
7455	tests tuberculiques effectués
18999	rapports médicaux rédigés
24	déplacements en entreprise pour des séances de dépistage TB
10	dossiers TB traités par l'AHS du service

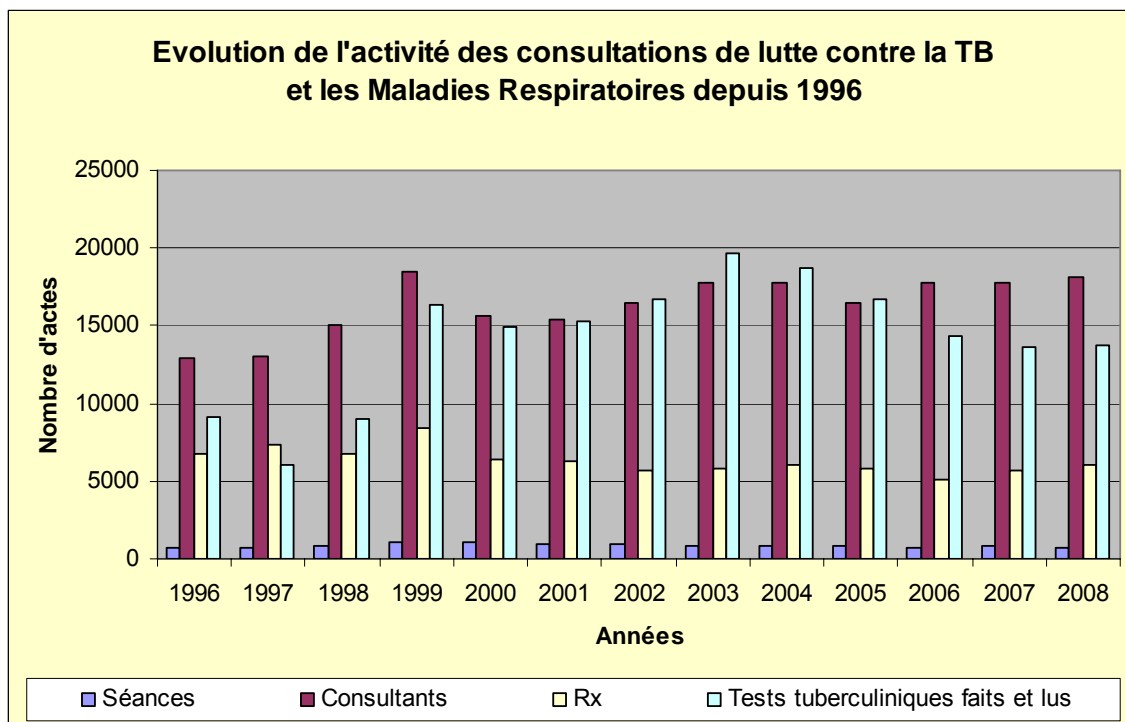
Ainsi au cours de l'exercice 2008, l'activité dans ce domaine s'est accrue.

1.3.2. Evolution de l'activité nationale

Au plan national, **6038** examens radiologiques ont été pratiqués, ce qui représente une augmentation sensible de 5,7% par rapport à l'an dernier.

Par ailleurs le personnel a effectué ou lu **13796 tests tuberculiniques** ce qui correspond à une légère augmentation de 1,3% par rapport à 2007.

Le graphique présenté ci-dessous rend compte de l'évolution des principaux critères d'activité enregistrés ces 13 dernières années.

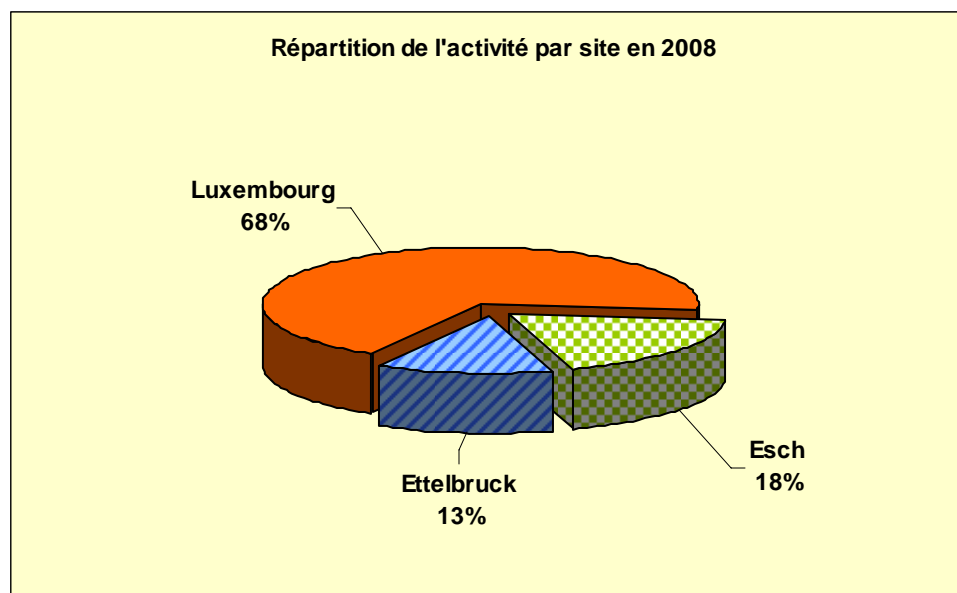


L'évolution démographique, les flux migratoires, la persistance des cas de TB sur le territoire national et la demande grandissante de nos correspondants institutionnels influent sur la fréquentation des centres et sur l'activité qui globalement se situe à un niveau élevé.

1.3.3. Répartition de l'activité

L'activité des 3 sites est évaluée d'après les principales données précitées. Ces indicateurs permettent de déterminer un indice d'activité. Celui-ci cumule le nombre de consultants, les examens radiologiques réalisés, les tests cutanés effectués et lus et enfin les rapports adressés aux médecins.

Ainsi, le CMS de Luxembourg-ville réalise, avec un score de 68%, plus des 2/3 de l'activité nationale. Et le CMS d'Esch, avec 18% du total, a une activité plus importante que celle d'Ettelbruck (13%) qui est en baisse par rapport à 2007.



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

1.3.4. Evolution de l'activité par site

1.3.4.1. CMS d'Ettelbruck

Nous avons comptabilisé en 2008 pour le CMS d'Ettelbruck :

140	séances
2391	consultants
788	radiographies
1141	tests effectués
660	tests lus
2515	rapports rédigés

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

La fréquentation de ce site a régressé (- 14,9%) mais le nombre de radiographies (+ 3,82%) a légèrement augmenté. Enfin le nombre des tests tuberculiniques effectués et lus a fortement diminué (- 20,2%). Remarquons toutefois que pour ce site le taux de lecture des tests tuberculiniques effectués par nos professionnels est de l'ordre de 58% alors que le taux moyen des deux autres sites est proche de 90%. Cette déperdition de lecture de tests est essentiellement liée à l'éloignement des consultants par rapport au CMS et aux difficultés des clients à se déplacer à deux reprises. Et elle ampute significativement la fréquentation du service et par voie de conséquence son activité globale. Au total, l'activité globale d'Ettelbruck a chuté de 14,2%.

1.3.4.2. CMS de Luxembourg

L'offre de consultations au CMS de Luxembourg est quotidienne (voir 1.2.1.1.) et il s'agit là d'un attrait primordial pour la clientèle.

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

Les données recueillies en 2008 pour Luxembourg sont les suivantes :

428	séances
12372	consultants
4061	radiographies
5066	tests effectués
4527	tests lus
12890	rapports rédigés

Par rapport à l'exercice précédent nous constatons que le nombre de radiographies interprétées (+ 6,8%) ainsi que celui des tests tuberculiques effectués et lus (+ 7,37%) ont augmenté.

Ainsi l'indice d'activité de ce site a encore progressé de 6,5%. Il s'agit de la quatrième année consécutive de hausse et ceci pose des problèmes évidents de charge de travail.

Enfin l'AHS du service est intervenue, sur l'ensemble du territoire national, pour 10 dossiers TB. Elle résout des situations socio-médicales souvent délicates. Et elle intervient par des courriers (> 30), par des entretiens téléphoniques (11), par des entrevues dans son bureau (9) et si nécessaire par des déplacements (2).

1.3.4.3. CMS d'Esch / Alzette

Le site organise 4 consultations par semaine. Un infirmier et deux médecins les assurent avec l'aide d'une seule secrétaire qui, en dehors des séances, ne participe pas aux tâches annexes administratives.

De la même manière, l'activité à Esch en 2008 s'établit ainsi :

180	séances
3318	consultants
1189	radiographies
1248	tests effectués
1154	tests lus
3594	rapports rédigés

Par rapport à l'an dernier la fréquentation est en légère augmentation (+ 0,76%) ce qui influe mécaniquement sur l'ensemble des actes effectués et sur l'indice d'activité en discrète progression (+ 0,24%). Mais rappelons qu'ici le poids des tâches administratives incombe à un personnel moins nombreux que sur les autres sites.

1.3.4.4. Conclusions

La charge de travail s'accroît encore à Luxembourg, en raison d'une fréquentation toujours en hausse, et dans une plus faible mesure à Esch.

Enfin Ettelbruck a connu une fréquentation et une activité moindres en 2008.

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 2008 par l'application informatique.

C'est ainsi que parmi les **6038** radiographies effectuées et interprétées en 2008, plus de **16% des clichés, soit 982 examens radiologiques, présentaient une anomalie.**

1.4.1. Affections non tuberculeuses

Parmi ces 982 radiographies, l'on dénombre **725 anomalies radiologiques non en rapport avec une affection tuberculeuse** (soit 12% du total des clichés interprétés) dont **335 correspondent à des situations** (soit 5,5% du total des radiographies) qui nécessitaient un contrôle ou un complément de bilan par l'intermédiaire du médecin traitant ou du médecin prescripteur.

1.4.2. Affections en rapport avec une tuberculose

1.4.2.1. Données épidémiologiques générales

En 2008 au Luxembourg 35 tuberculoses, dont 32 formes pulmonaires, ont été déclarées soit un taux d'incidence de 7,2 cas pour 100.000 habitants. Ce taux est en baisse régulière depuis quelques années (respectivement 8,2 et 9,1 cas pour 100.000h. en 2007 et 2006) et s'avère plus faible que la moyenne de l'Europe de l'Ouest (environ 10 - 12 cas pour 100.000 h.).

Comme dans bon nombre des pays d'Europe de l'Ouest, l'on constate une prédominance de tuberculoses dites « importées ». En effet, près de 70% des cas déclarés en 2008 surviennent parmi la population résidente d'origine étrangère (contre 65% en 2005). Enfin, la médiane d'âge est de 35 ans pour les malades étrangers résidents et de 54 ans pour les nationaux.¹

1.4.2.2. Evaluation

En 2008 l'on a répertorié **257 anomalies radiologiques thoraciques en rapport avec une maladie tuberculeuse**, ancienne ou récente, soit 4,3% des clichés interprétés. Et l'on inclut ici toutes les formes respiratoires 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.

Ce travail particulier est exclusivement effectué par la Ligue (se référer au chapitre 1.1.1) qui adopte pour cela 3 principes essentiels :

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

En 2008, l'on a ainsi comptabilisé 627 infections tuberculeuses latentes, anciennes ou récentes, pour la première fois ou à l'occasion d'un contrôle. Ces chiffres viennent utilement compléter le nombre de cas de tuberculose maladie enregistré par le ministère (voir le chapitre précédent).

1.5. Conclusion

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

Les résultats de la Ligue en matière de dépistage et de prévention de la TB et des maladies respiratoires témoignent de la qualité de son intervention qui nécessite de constantes adaptations.

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 (ITL) va très probablement bouleverser les pratiques de nos centres de lutte antituberculeuse lorsqu'il sera définitivement validé et adopté.

¹ Source : Inspection sanitaire (chiffres 2008)

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 loi du 2/12/1987.

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

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

2.1. Les Missions

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

En parallèle des examens médicaux légaux la Ligue effectue, dans le cadre de la MS, de **nombreuses interventions d'éducation et de promotion de la santé** (voir chapitre 2.3.3.) selon les besoins et demandes. Remarquons tout particulièrement en 2008, le développement dans plusieurs communes du pays du programme Effekt (voir détail en annexe) sur lequel nous reviendrons plus en avant.

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 sur tout le **processus d'aide** et cela du diagnostic initial à l'évaluation des résultats. Son rôle inclut aussi la fonction de conseillère au sein de la commission médico-psycho-pédagogique, auprès du personnel enseignant ainsi qu'auprès des parents pour toutes sortes de problématiques sociales.

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

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

En bref

En 2008, 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.

2.1.2. Le volet médical

L'équipe médico-scolaire réalise, tout au long de l'année scolaire, plusieurs types d'**examens médicaux** prescrits par le règlement grand-ducal du 21/12/1990. Les tests systématiques annuels (*ts*) ou évaluations biométriques sont effectués par l'AHS ou l'infirmier(ère) de la Ligue. Par ailleurs, ce même professionnel aide le médecin scolaire lors des examens médicaux systématiques (*ems*), de 3ème et de 5ème année, et lors des bilans de santé (*bs*) de 1ère préscolaire, de 1ère et de 6ème année primaire. Enfin, toutes les constatations, informations ou demandes particulières d'ordre social, constatées par l'infirmier(ère), sont transmises à son "répondant social" correspondant.

2.2. La population des enfants scolarisés

La Ligue conformément aux dispositions de la loi offre 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 2007 - 2008 l'effectif des enfants assujettis aux contrôles médicaux scolaires organisés par la Ligue s'est élevé à **31640 élèves** (soit une augmentation de 0,4% par rapport à l'exercice précédent) répartis dans **2072 classes** (+ 0,44%).

En bref

Au cours de l'année scolaire 2007-2008, le **volet médical** de la **médecine scolaire** a concerné **31640 élèves** pour **2072 classes** réparties dans **114 communes** du territoire national. Les équipes ont effectué **30672 tests biométriques**, **8224 examens médicaux systématiques** et **11619 bilans de santé**. Ces chiffres sont en augmentation par rapport à l'exercice précédent. De même le nombre des interventions d'**éducation et de promotion de la santé** (EPS) en faveur des élèves sont en **nette augmentation** (+ 22%) en partie en raison du **projet pilote Effekt**. Cela témoigne de l'intérêt que porte la communauté scolaire à ce dernier type d'interventions et augure d'une adaptation satisfaisante du service à la future réforme de la médecine scolaire.

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 les examens systématiques qui ont été énumérés précédemment (*ts*, *ems* ou *bs*).

Au cours de l'année scolaire 2007 - 2008 les données suivantes ont été comptabilisées (leur évolution, par rapport à l'exercice précédent, est indiquée entre les parenthèses) :

30672	tests systématiques (<i>ts</i>) annuels effectués	(+ 4%)
8224	examens médicaux systématiques (<i>ems</i>) effectués	(+ 5,6%)
11619	bilans de santé (<i>bs</i>) effectués	(+ 8,8%)
29563	examens d'urine de dépistage ont été pratiqués	(+ 6,3)
13436	avis médicaux ont été envoyés aux parents	(+ 4,4%)
526	interventions d'éducation et promotion de la santé	(+ 50,3%)

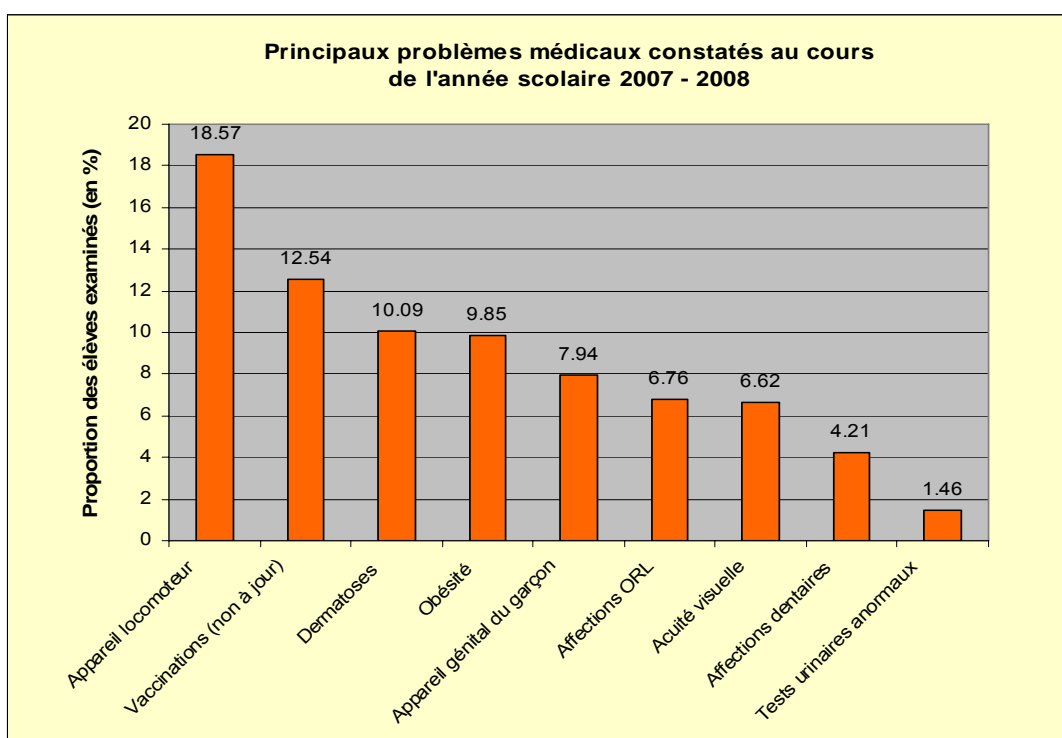
Ainsi au cours de cette dernière année scolaire 97% des élèves ont rencontrés au moins une fois un professionnel de l'équipe médico-socio-scolaire à l'occasion d'un examen médical.

Les interventions d'éducation pour la santé et de promotion de la santé en faveur des élèves sont en très 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 6,48 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 18,57% des *ems* + *bs*,
- les recommandations vaccinales pour 12,54% des élèves examinés en *ts*,
- les dermatoses dont les pédiculoses avec 10,1% des *ems* et *bs*,
- l'obésité qui est signalée dans 9,85% des *ts*,
- les anomalies génitales du garçon (7,94% des garçons examinés)
- les affections ORL pour 6,76% des *ems* + *bs*,
- la baisse de l'acuité visuelle (6,6% des *ts*),
- les problèmes dentaires (caries et orthodontie) pour 4,2% des enfants examinés,
- enfin 1,46% des prélèvements urinaires révèlent une anomalie. Ceux-ci objectivent la présence d'albumine dans 0,34% des cas, de glucose dans 0,12% des cas et enfin de sang pour 1% 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 été notifiée ou prise en charge auparavant. En outre, l'on constate une sous-notification des affections médicales qui est particulièrement observé pour les « pathologies chroniques » telles que l'obésité, l'asthme ou les allergies.

Ces constatations nous permettent de cibler nos interventions de santé publique et de définir des actions et programmes spécifiques d'éducation et de promotion de la santé et de soutenir les programmes nationaux comme celui « activité physique et alimentation saine ».

2.3.2. Le volet social de la Médecine scolaire

2.3.2.1. Quelques chiffres

Sur une population de 33150 enfants ¹, 1028 enfants ont bénéficié pendant l'année scolaire 2007/2008 d'une ou de plusieurs interventions sociales de la Ligue médico-sociale.

Il s'agit aussi bien d'interventions courtes que d'interventions longues et difficiles dans des familles dont la situation sociale était connue ou non.

SMS-Social 2007/2008	Centre	%	Nord	%	Sud 2: social/ médical	%	Total social	%
Demandes de situations connues	144	36%	150	35%	116	58%	410	40%
Demandes nouvelles	251	64%	282	65%	85	42%	618	60%
Nombre de total de demandes	395	100%	432	100%	201	100%	1028	100%

Au total 1 028 (3,1%) des enfants scolarisés ont bénéficié du service social et 618 soit 60% de toutes les demandes sont des nouvelles demandes.

Le tableau suivant montre qu'un quart (25%) des enfants pris en charge sont traités par l'équipe multidisciplinaire de la Commission médico-psycho-pédagogique (CMPP) dont fait partie l'assistant(e) social(e) de la médecine scolaire.

SMS-Social 2007/2008	Centre	%	Nord	%	Sud *	%	Total	%
Enfants pris en charge	395	100%	432	100%	201	100%	1028	100%
Enfants traités en CMPP	86	22%	91	21%	88	44%	265	25%

Les **problèmes**, les plus importants rencontrés **au début de la prise en charge** chez les enfants sont par ordre décroissant :

1. les problèmes comportementaux d'origine psychique ou sociale de l'enfant à l'école
2. la négligence
3. les problèmes de l'apprentissage scolaire
4. l'absentéisme scolaire
5. les conflits au niveau des parents
6. la suspicion de maltraitance
7. les problèmes de santé

Collaboration Parents	%	Evolution Changement Situation	%	Evolution Autonomie Famille	%	Evolution Bien-être Enfant	%
très bonne	14.1%	positive	10.4%	très positive	5.7%	très positive	3.4%
bonne	21.8%	plutôt positive	34.4%	positive	23.0%	positive	25.0%
plutôt bonne	26.1%	stabilisation	29.6%	plutôt positive	34.1%	plutôt positive	37.8%
plutôt mauvaise	16,3%	stagnation	19,2%	pas changement	31,7%	pas changement	25,2%
mauvaise	9,3%	plutôt négative	5,3%	plutôt négative	5,3%	plutôt négative	8,1%
aucune	12,4%	négative	1,1%	négative	0,2%	négative	0,5%
Total	100,0%		100,0%		100,0%		100,0%

¹ Pour les communes de Rumelange et de Schifflange, la Ligue médico-sociale n'assure que le volet social de la prise en charge des enfants dans le cadre de la médecine scolaire. Cela à l'adresse de 1510 élèves. Pour un échantillon de 943 dossiers sociaux, les A(H)S ont répondu à 4 questions pour évaluer l'impact du travail social en médecine scolaire.

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. (66,2%)**.

2.3.2.2. Conclusions

- Ce court aperçu du volet social de la médecine scolaire ne peut prétendre fournir une description exhaustive de l'activité de l'assistant(e) social(e) scolaire. Son rôle inclut aussi la fonction de conseillère auprès du personnel enseignant ainsi qu'auprès des parents pour toutes sortes de problématiques sociales.
- En médecine scolaire, le travail social est souvent délicat, car il s'inscrit dans le cadre de la souffrance psychoaffective et sociale, des troubles comportementaux, de la négligence, de la maltraitance, de l'abus sexuel, des conflits familiaux, etc.
- L'assistant(e) social(e) détecte encore de nos jours de grosses lacunes sanitaires et ou éducatives, et permet grâce à son rôle d'éducation à la santé à domicile de modifier de mauvaises habitudes familiales.
- Les chiffres montrent que l'activité sociale en médecine scolaire constitue la réponse adéquate aux problématiques les plus fréquentes (problèmes comportementaux et familiaux, absentéisme, négligence, problèmes de l'apprentissage, etc) et contribue de façon significative à améliorer les conditions de vie et de développement des enfants scolarisés.
- L'assistant(e) social(e) scolaire est le référent social pour l'école.
- Enfin, l'assistant(e) social(e) est intervenue pour la première fois, par le biais du programme Effekt en promotion de la santé.

2.3.3. **Activités de Promotion et d'Education 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

Tout d'abord il faut insister sur le fait que l'ensemble des professionnels médicaux et paramédicaux concernés par la MS a été informé par la Division de la Médecine Scolaire sur l'usage des nouvelles courbes de croissance luxembourgeoise au cours de réunions et grâce à plusieurs documents d'information.

En matière d'EPS la formation spécifique des professionnels de terrain est indispensable. Elle est destinée à multiplier les interventions de ce type auprès des élèves du primaire. 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 les professionnels de terrain ont bénéficié de la formation sur la PS, proposée par le ministère et organisée par l'asbl Repère. Et l'équipe PS de la Ligue a contribué à la préparation et l'évaluation des formations.

De même, le personnel de terrain de la Ligue qui n'avait pas bénéficié de la formation initiale « pyramide alimentaire aid » du ministère en a profité cette année.

Enfin et en parallèle, les thèmes de PS disponibles ont été présentés au personnel nouvellement engagé.

2.3.3.2. Bilan des interventions des professionnels

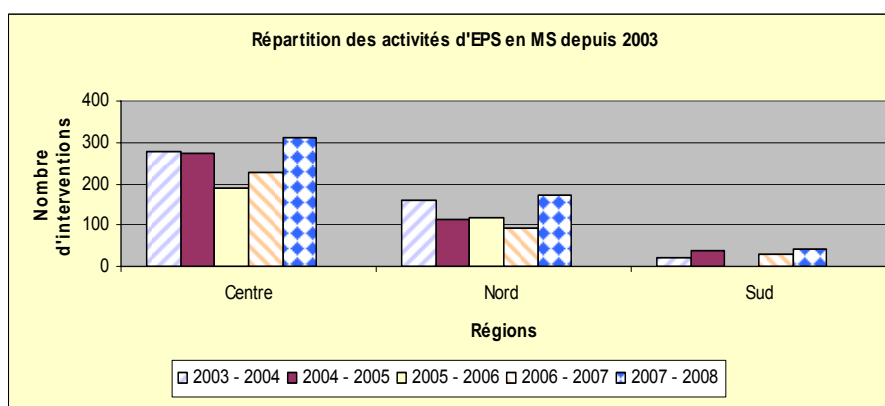
Chaque début d'année scolaire, les professionnels de la Ligue informent les enseignants et les parents des possibilités d'intervention dans les établissements scolaires en matière de promotion de la santé. Dès lors, en fonction des demandes formulées, des actions peuvent être menées en collaboration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

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

Interventions de PS effectuées au niveau national au cours de l'année scolaire 2007-2008	
Activités réalisées pour les élèves	526 (+ 50,3 %)
Nombre de communes bénéficiaires <i>total de communes concernées</i>	69 (- 1,4%) 114
Séances réalisées pour les parents	39 (+ 105%)

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 **526 actions** et est en très sensible augmentation (+ 50,3%) par rapport à l'année scolaire précédente. Il est à souligner que deux nouveaux ateliers ont été proposés, dans le cadre de projets pilotes, lors de cette année scolaire « Bouger c'est la santé » et « Effekt » (voir descriptif en annexe). Ce dernier programme a comptabilisé 135 interventions et a représenté lors de l'année scolaire plus du quart de l'ensemble des actions d'EPS.

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



Le Centre réalise le nombre d'interventions le plus important et son activité est en augmentation de 36,4%. Mais c'est le Nord qui enregistre la plus forte progression (81,9%) suivi du Sud (57,1%) dont le nombre d'animations reste toutefois limité (44) par rapport aux deux autres régions.

La couverture géographique est stable. Et **69 communes** du pays ont bénéficié d'actions d'EPS soit plus de 60% des communes dont la Ligue a la charge.

Par ailleurs, 39 séances d'information ont été réalisées à l'intention des parents et sont aussi en forte progression.

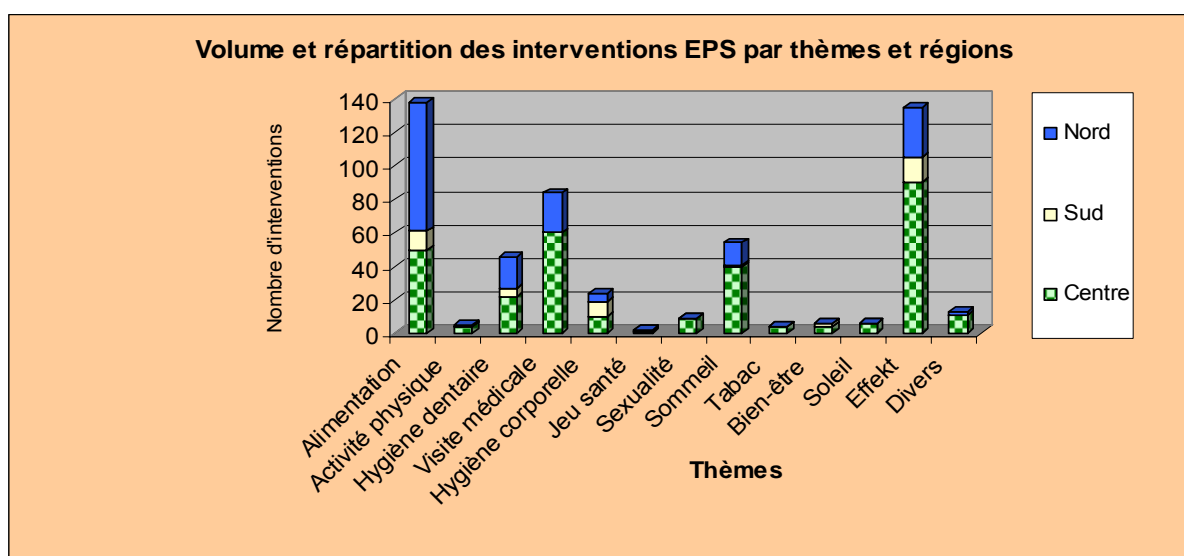
2.3.3.3. Thèmes et demandes

Au total **12 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 », du « bien-être » et enfin de « Bouger c'est la santé » et « Effekt » tous deux introduits en cours d'année.

Pour l'ensemble de ces thèmes les professionnels disposent au total de **22 outils** adaptés à différents âges des élèves. Ceux-ci ont été quasiment tous développés par la Ligue excepté l'outil « pyramide aid » que nous avons déjà cité au chapitre 2.3.3.1., mis à disposition par le ministère, et l'outil « bien-être » conçu en collaboration avec le Cept¹.

Les thèmes les plus traités et demandés sont par ordre décroissant l'alimentation, suivie de très près par le programme Effekt, puis viennent la visite médicale, le sommeil, l'hygiène dentaire et l'hygiène corporelle.

Le nombre et la répartition des différentes interventions sont résumés dans le graphique qui suit.



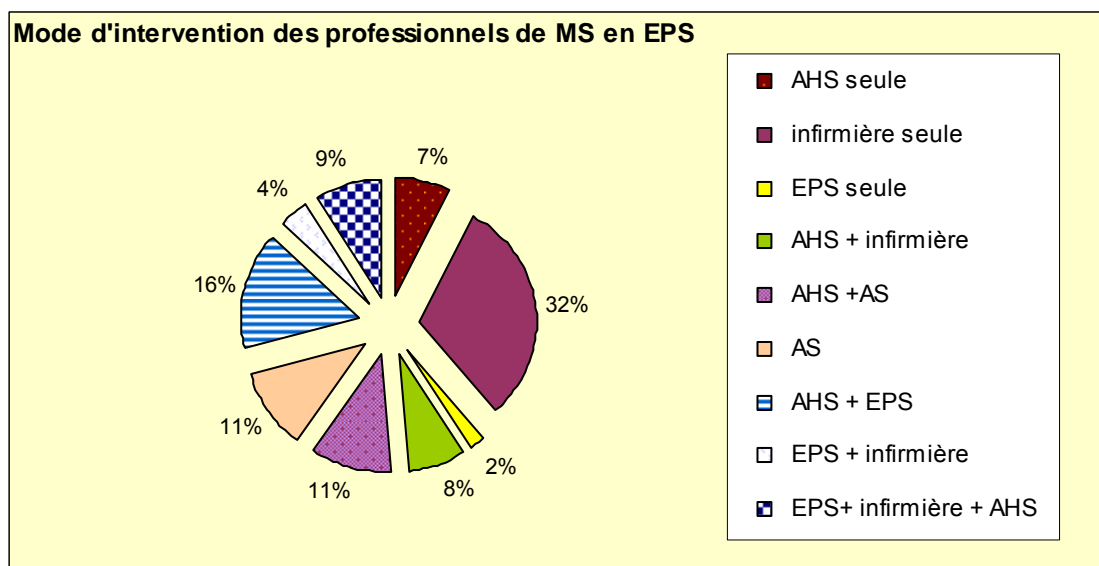
Quant à l'initiative de la demande, sur 406 interventions dont l'origine a pu être répertoriée, le décompte s'établit ainsi :

- 195 demandes émanent de l'enseignant (48%)
- 155 sont à l'initiative du personnel médico-socio-scolaire (38%)
- 11 proviennent des parents d'élèves
- 10 proviennent des communes
- Enfin 35 demandes proviennent de la communauté scolaire (élèves, directeurs, inspecteurs...)

¹ Centre d'éducation et de prévention des toxicomanies

2.3.3.4. Modes d'intervention

Le schéma suivant synthétise le mode d'intervention des professionnels de terrain



L'on constate que 50% des interventions d'EPS sont effectuées par un seul professionnel. Dans les autres cas plusieurs professionnels interviennent en équipe.

29% des animations et ateliers sont réalisés ensemble avec un référent de l'équipe Promotion Santé.

Les infirmières et les AHS sont à peu près également impliquées dans les interventions d'EPS avec respectivement 53% et 51% des réalisations.

Les premières interviennent seules dans 32% des actions et accompagnées dans 21 % de celles-ci et les secondes respectivement dans 7% et 44% des interventions.

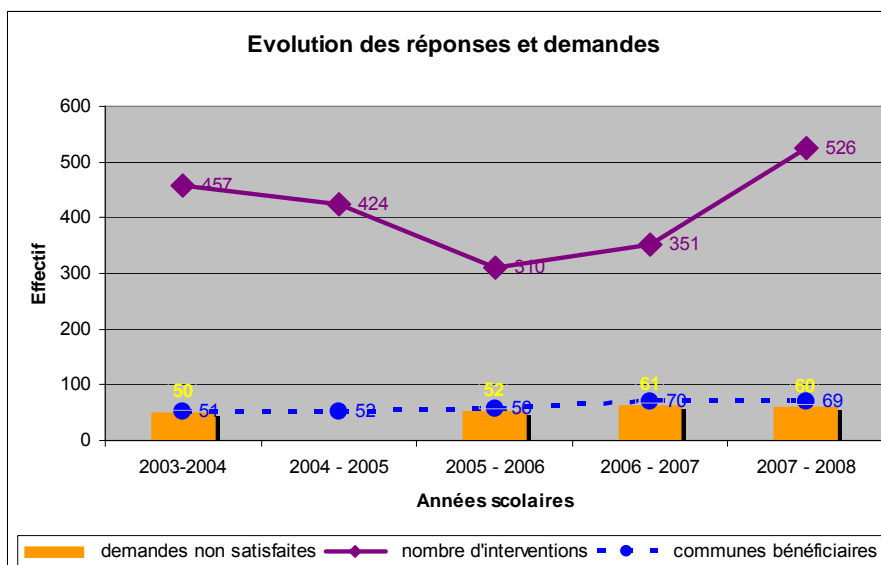
Dans le cadre du projet Effekt les AS ont été impliquées (dans 22% des cas) pour la première fois en EPS.

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

2.3.3.5. Réponses aux demandes d'intervention

Les interventions de PS sont effectuées en fonction des besoins ou demandes des élèves, de l'équipe pédagogique, des parents, des communes ou des professionnels de santé. Cela requiert une écoute, une présence, une collaboration, des discussions et des partenariats et génère des échanges fructueux des professionnels de terrain avec la communauté scolaire.

L'essentiel des données est reproduit dans le schéma suivant.



La réponse aux demandes n'est pas toujours possible.

Lors de l'année scolaire écoulée, le nombre de demandes non satisfaites (60) s'est avéré stable par rapport à l'exercice précédent (61). Et dans la majorité des cas (89%) il s'agit d'un manque de temps des professionnels de terrain.

Aussi par rapport au total des demandes enregistrées (586), le taux des non-réponses, chiffré à 10,2%, est en baisse par rapport à l'exercice antérieur (14,8%).

2.3.3.6. Analyse

Le programme Effekt a considérablement augmenté les activités de PS. Mais même sans prendre en compte ce projet-pilote le nombre d'interventions a progressé (40 interventions supplémentaires par rapport à l'exercice précédent soit + 11, 7 %) témoignant de l'investissement des professionnels de terrain et de leur intérêt pour cette pratique.

Par ailleurs, ces activités modifient l'image de l'équipe médico-sociale auprès des élèves, permettent des échanges fructueux et d'œuvrer de façon complémentaire avec les enseignants et les autres membres de la communauté scolaire pour le bien-être des enfants.

Ces résultats augurent bien des nouvelles dispositions qu'envisage de se doter la future médecine scolaire et qui toutefois requerront des moyens adéquats.

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

L'activité du Service médical scolaire est considérable et comporte un aspect organisationnel et logistique (avec les médecins, les écoles et les communes) qui ne ressort pas des chiffres et données ci-avant. Ceci laisse entrevoir la charge réelle du travail important en Médecine scolaire qui pose tous les ans de lourds problèmes de ressources.

Mais, malgré ces contraintes, le service médical scolaire remplit chaque année ses obligations légales en matière d'exams médicaux.

Parallèlement, la future réforme de la médecine scolaire qui accordera une place plus importante à la prévention et à la promotion de comportements plus sains pour la santé, conforte la Ligue dans sa démarche promotionnelle de la santé qu'elle a entreprise depuis plusieurs années et lui donne l'espoir de pouvoir développer et approfondir ce champ spécifique d'intervention.

Dans cette démarche, son champ d'action devrait porter également sur la prévention sociale et sociétale, comme le projet « Effekt » l'a démontré.

3. Prévention de la Santé de l'Enfant

3.1. Les missions

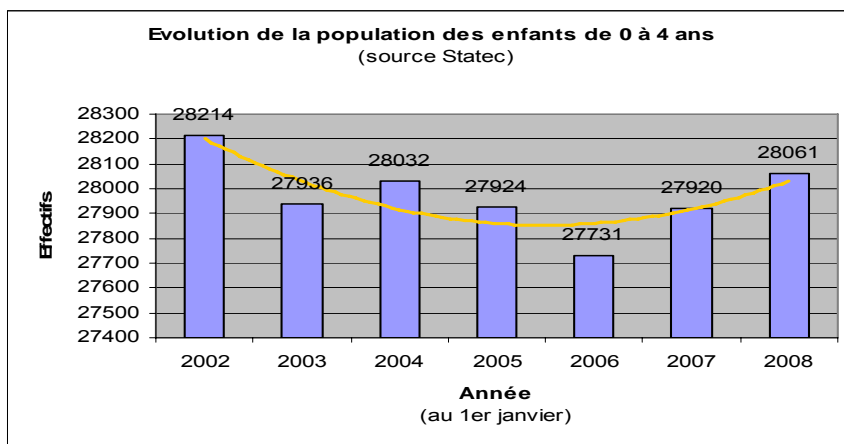
Les objectifs de cette prestation sont le dépistage précoce des retards de développement, notamment psychomoteur, et des pathologies du jeune enfant ainsi que l'information et le conseil des parents pour tout ce qui concerne la santé et l'épanouissement social de leur(s) enfant(s) et, par voie de conséquence, 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 2008, la population des enfants de 0 à 4 ans concernés par cette activité comptait **28061** individus (source Statec), chiffre en légère hausse (+ 0,51%) par rapport à 2007.

Comme le montre le schéma ci-dessous, la tendance générale est, avec des hauts et des bas, à la stagnation de l'effectif des enfants de la classe d'âge de 0 à 4 ans du fait de la faible inflation des naissances et des mouvements migratoires.



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

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

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

En bref

En 2008, la fréquentation des 28 sites de « consultations pour nourrissons » (CN), avec **2767 consultations**, est en recul et affecte surtout les anciens enfants inscrits (-16%) par rapport aux nouveaux (- 2,2%). Les visites de nos infirmières (VM) dans les maternités Grande-duchesse Charlotte (Luxembourg) et St Louis (Ettebruck) ont permis de faire connaître nos activités à 945 mères au cours de 78 déplacements réguliers de ces professionnels.

Mais, il existe, à l'évidence, un problème essentiel de fidélisation des parents. Face à cela l'on réfléchira à adapter notre offre aux demandes et aux besoins des familles, notamment les plus défavorisées, en proposant des prestations pertinentes et novatrices.

de la Ligue.

L'activité chiffrée est collectée dans la grille suivante.

Circonscription	Nombre d'enfants examinés (évolution / 2007)	Nombre de nouveaux inscrits (évolution / 2007)	Nombre d'anciens consultants (évolution / 2007)	Moyenne par séance (évolution / 2007)
Centre	1253 (- 9,1%)	385 (- 2,5%)	868 (- 11,8%)	2,98 (- 11,3%)
Nord	808 (- 15,6%)	140 (- 13%)	665 (- 16,5%)	5,86 (- 8,7 %)
Sud	706 (-15,5%)	219 (+ 6,8%)	487 (- 22,7%)	4,64 (- 16,2%)
National	2767 (- 12,7%)	744 (- 2,2%)	2020 (- 16,2%)	3,9 (- 12,7)

En 2008 nous avons comptabilisé 710 séances et relevé 2767 consultations parmi lesquelles 744 concernent des nouveaux clients et 2020 des anciens.

Il s'agit de la 5^e année consécutive de baisse de fréquentation de cette prestation.

Par rapport à l'an dernier le nombre total d'enfants examinés a régressé de 12,7%. Cette baisse affecte toutes les zones géographiques mais avec plus d'acuité le Sud et le Nord. Enfin, cette diminution est beaucoup plus sensible pour les anciens inscrits (- 16,2%) que pour les nouveaux (- 2,2%) ce qui démontre un manque flagrant de fidélisation de la clientèle.

3.3.2. Les visites en maternité (VM)

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

A la maternité Grande Duchesse Charlotte du CHL l'infirmière puéricultrice de la Ligue a rencontré **787 mères** au cours de **47 déplacements** (9 de plus qu'en 2007).

La fréquence de ses passages en maternité est d'environ une fois par semaine. Et la moyenne des mamans visitées par séance est de 16,7.

De même, **31 déplacements** ont été réalisés à la maternité de l'hôpital St Louis d'Ettelbruck, par l'infirmière en pédiatrie de la Ligue. Celle-ci y a rencontré **158 mères** soit une moyenne de 5,1 mères par déplacement.

3.3.3. Les visites à domicile (VD)

La visite d'une infirmière au domicile d'enfants, résidant à Luxembourg ou à Ettelbruck, n'est proposée qu'en cas de problématiques matérielles ou urgentes. Car le recours aux consultations sur site (CN), bénéficiant habituellement de la présence d'un médecin, est toujours privilégié.

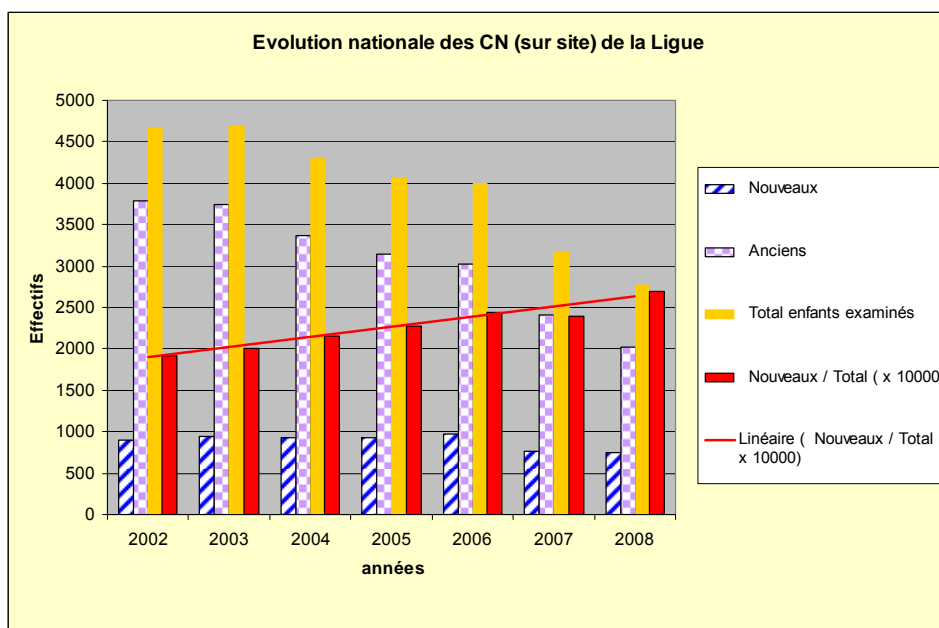
Ainsi, en 2008, 1 seul déplacement au domicile d'un enfant a été effectué par une infirmière.

3.4. Bilan et perspectives

En 2008, le nombre total d'enfants examinés a sensiblement diminué. Et la baisse de fréquentation touche surtout les anciens inscrits (se reporter au chapitre 3.3.1. précédent).

Le constat est d'ailleurs le même depuis plusieurs années. Et la principale difficulté réside dans la fidélisation des nouveaux clients.

En effet, comme le montre le schéma ci-dessous, la proportion des nouveaux enfants par rapport au total des consultants, représentée par les barres rouges, est globalement en augmentation depuis 2002 alors que les autres indicateurs sont en diminution constante.



Les efforts fournis, depuis plusieurs années, pour faire connaître notre service aux parents, par le biais des visites en maternité, n'ont pas suffi à enrayer la baisse de fréquentation. Il faudra toutefois s'attacher à valoriser ce mode de communication et de recrutement.

Parmi les causes de ce déficit l'on évoque plusieurs phénomènes.

Tout d'abord, au niveau national l'offre de prestations pour la petite enfance est diversifiée et importante. En effet, plusieurs autres institutions ou spécialistes de l'enfance, proposent des services, souvent beaucoup plus ciblés, qui répondent à des demandes spécifiques de la clientèle potentielle et détournent une partie des parents de nos sites.

Par ailleurs, le manque de disponibilité des médecins, leur absence répétitive ou chronique les difficultés persistantes de leur recrutement voire leur désintérêt pour ce type d'activité est problématique et participent à la désaffection de la clientèle.

Enfin, les prestations proposées sont probablement trop conventionnelles et stéréotypées. Et malgré de gros efforts de formation du personnel (allaitement, alimentation du nourrisson, etc.), entrepris ces dernières années, le désintérêt des familles n'a pu être enrayeré.

Aussi il apparaît urgent de faire évoluer ces consultations, de les rendre plus attractives, de les adapter aux besoins et demandes des familles et de proposer aux parents une prise en charge innovante et attractive.

Il est en particulier légitime de se préoccuper des familles les plus vulnérables et les plus défavorisées qui ont le plus besoin d'une prise en charge spécifique, d'interventions médicales et sociales, de conseils, de soutien et d'accompagnement. Et pour cette population spécifique certaines prestations pertinentes ou novatrices pourraient répondre à cet objectif.

Tout cela requiert néanmoins une évaluation précise, de objectifs nouveaux et une organisation adaptée.

4. Prévention, Dépistage, Education et Promotion de la Santé

Dans ces différents domaines des professionnels expérimentés, médecins, diététiciennes, psychologues, AHS et infirmière(s) spécialisée(s) répondent aux besoins et demandes communautaires et institutionnels.

4.1. "Equipe Education et Promotion de la Santé"

4.1.1. Objectifs et compétences

Au sens de la charte d'Ottawa, la promotion de la Santé est destinée à développer les capacités des jeunes à choisir des comportements 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 la Ligue a la charge (voir 2.3.3.1.). Elle gère les outils et matériels et enfin elle collabore avec les ministères de tutelle et les différents partenaires.

4.1.2. Modalités de fonctionnement

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

4.1.3. Activités spécifiques

En 2008 cette entité a aussi :

- Finalisé l'outil « bouger c'est la santé »
 - o en le testant sur le terrain par des projets pilotes
 - o en le faisant évaluer par un groupe d'experts Pipsa de l'UNMS à Bruxelles
- Bénéficié, en mai 2008, d'une formation « concevoir un guide pédagogique pour accompagner l'outil » par ce même organisme UNMS de Bruxelles (Pipsa)
- Assisté, pour certains membres, à plusieurs conférences et colloques intitulés « parentalité », « adolescence et addictions » et « violences à l'école »
- Présenté les nouveaux outils et animations aux professionnels
- Gérer les outils d'EPS
- Encadré, accompagné ou conseillé le personnel sur le terrain lors de 154 animations
- Participé à la formation des professionnels de terrain
- Participé à différents groupes d'experts (se reporter au chapitre 5.)
- Collaboré à des programmes locaux ou nationaux de santé publique.

4.2. Activités d'EPS en rapport avec la MS (en faveur des élèves du primaire)

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

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

Tous les aspects de ces interventions d'EPS, propres à la Ligue, effectuées au cours de l'année scolaire 2007-2008, sont détaillés 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.

Elle a participé à la journée nationale alimentation saine et activité physique

Les professionnels de terrain de la Ligue affectés à la MS ont distribué 4345 « sacs petits déjeuners » ("sacs jaunes") aux classes de 1ère primaire et ont animé cette intervention.

La ligue a aussi participé à la campagne « stopp d'Mikroben » dans le cadre de la prévention des maladies respiratoire transmissibles.

4.3. Activités diverses de prévention et d'EPS 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. Ils entraînent chaque année dans le monde des millions de décès prématurés en particulier par cancers, maladies broncho-pulmonaires et cardiovasculaires.

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

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

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

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

En février 2008 la seconde consultation d'aide au sevrage tabagique du CMS de Luxembourg a été fermée suite à des problèmes administratifs.

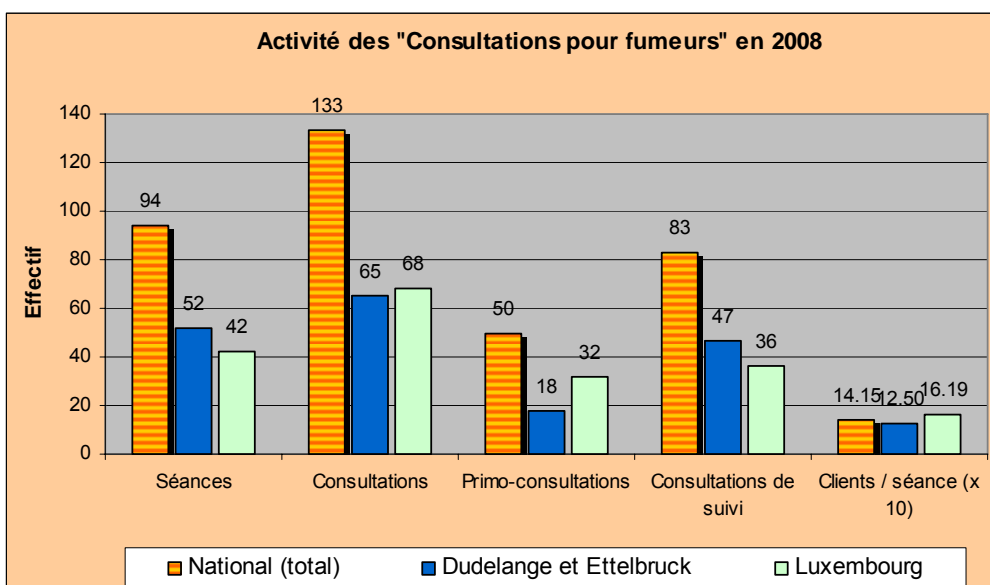
L'activité propre des 3 sites de consultations s'établit ainsi :

A Luxembourg-ville, 42 séances de consultations pour fumeurs se sont déroulées. Au total **68 consultations** ont été dispensées. Les consultations initiales (32) ont enregistré une baisse de 34,7% ce qui se répercute sur le nombre des consultations de suivis (36). Et la moyenne de consultants par séance s'établit à 1,62.

A Dudelange, l'on comptabilise **58 consultations** (+ 38,1%) dont 14 consultations initiales (- 6,6%) et 44 suivis (+ 63%) pour une moyenne de 1,66 consultants par séance (35 séances sur l'année).

A Ettelbruck, 17 séances ont été organisées pour seulement **7 consultations** (- 58,8%) dont 4 consultations initiales (- 50%) et une moyenne de 0,41 consultant par séance.

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



Au niveau national l'activité de cette prestation de santé publique a régressé en 2008 mais de façon hétérogène. En effet elle a nettement progressé à Dudelange alors qu'elle décline à Luxembourg et surtout à Ettelbruck.

Les offres de plus en plus nombreuses en matière de sevrage tabagique, stimulées par le plan national de lutte contre le tabagisme, et le manque de publicité en faveur de nos propres prestations, sont les principales causes de cette baisse globale.

Signalons enfin que dans le cadre de ce même plan, plusieurs professionnels spécialisés de la Ligue ont participé tout au long de 2008 à différents groupes de travail, sous l'égide du ministère de la santé, en collaboration avec d'autres partenaires.

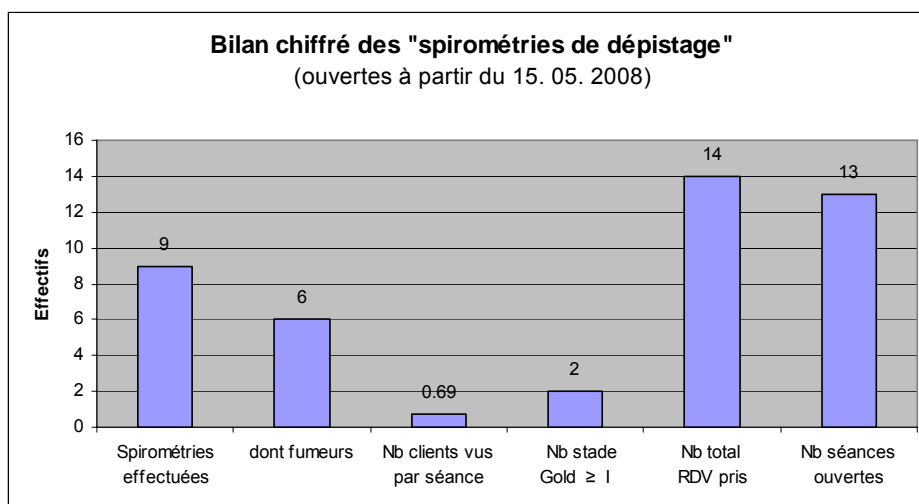
4.3.1.2. Spirométrie de dépistage

Dans le cadre de ses actions préventives, la Ligue s'est investie dans le dépistage des broncho-pneumopathies chroniques obstructives (BPCO). Car ces pathologies vont devenir dans un futur proche la deuxième cause de mortalité dans le monde. Ainsi notre œuvre offre à la population à risque, depuis la mi-mai 2008, la possibilité de faire mesurer ses paramètres ventilatoires (spirométrie). Cette prestation gratuite s'adresse prioritairement aux fumeurs ou ex-fumeurs.

Et elle se base sur les recommandations du Gold (Global initiative for chronic Obstructive Lung Disease ; www.goldcopd.org). Elle a pour principal objectif de repérer les troubles ventilatoires obstructifs, le plus précocement possible, chez les personnes exposées aux fumées de tabac, afin d'être prise en charge et de limiter l'évolution de la maladie obstructive (BPCO) notamment vers ses formes les plus sévères et vers l'insuffisance respiratoire chronique.

Cette action de santé publique se déroule exclusivement au CMS de Luxembourg, sur rendez-vous, le mercredi après-midi et est assurée par un pneumologue. Elle est régulièrement proposée aux fumeurs lors des "consultations pour maladie respiratoires" ou lors des "consultations pour fumeurs".

Mais globalement la fréquentation s'avère décevante en raison de la difficulté à mobiliser (et motiver) les bénéficiaires potentiels. Les données recueillies nous montrent aussi qu'il y a un nombre substantiel de clients qui ne se présentent pas au rendez-vous pris (5/14 soit 35%). Et au total seulement 9 spirométries ont été effectuées. Parmi celles-ci 2, soit 22%, étaient anormales et objectivaient des déficits légers (stade I du Gold qui comporte quatre niveaux) ce qui néanmoins justifie cette prestation.



Bien entendu cette consultation est l'occasion de prodiguer des conseils et d'inviter les fumeurs actifs à cesser de fumer. Enfin les clients sont systématiquement invités à consulter leur médecin traitant auquel est adressé un rapport circonstancié.

Cette initiative requiert donc de gros efforts de recrutement. Ce dernier volet nécessite la sensibilisation de tous les professionnels de la Ligue, paramédicaux et sociaux, qui travaillent dans ses différents services répartis sur le territoire national. Il pourrait aussi bénéficier de la mise en ligne du questionnaire Gold sur notre site internet et d'une publicité auprès des médecins libéraux. La sensibilisation et la mobilisation de tous contre ce nouveau fléau doivent être intensifiées.

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

Les consultations diététiques

Six diététiciennes proposent, pour le compte de la Ligue, des consultations diététiques gratuites, sur rendez-vous, dans les six CMS de Luxembourg, Dudelange, Ettelbruck, Echternach, Clervaux et Rédange. Leurs missions sont claires. Lutter contre l'obésité infantile en collaboration étroite avec la médecine scolaire, favoriser les comportements alimentaires sains, notamment des plus jeunes, en collaborant avec les autres secteurs d'activité de la Ligue (médecine scolaire, consultations pour nourrissons, consultations pour fumeurs, etc.) et enfin informer le grand public.

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

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

La très grande majorité des consultants (92%) sont des enfants, repérés le plus souvent lors des contrôles médicaux scolaires, contre une faible proportion (8%) d'adultes. La part des enfants en surcharge pondérale est de l'ordre de 60% et celle de ceux obèses (BMI > 85^e percentile) de 40%. Au total 351 enfants, soit 26 de plus qu'en 2007, dont 53% de filles et 47% de garçons ont fréquenté les différents sites de consultations. Le nombre d'entretiens avec la diététicienne par jeune s'élève en moyenne à 3,28 pour l'année.

En 2008, le nombre des consultations (988) au niveau national est stable par rapport à l'année précédente (991). Et la fréquentation intéresse par ordre décroissant les sites de Dudelange (200 consultations), d'Ettelbruck (188), de Luxembourg (184), de Clervaux (163) puis d'Echternach (142), et enfin de Rédange (111). L'on constate d'ailleurs un "équilibre" géographique avec un transfert de clientèle sur ce dernier site.

Enfin, parmi l'ensemble des consultants, 249 étaient des « primo-consultants » ce qui représente un quart de l'effectif des consultations, chiffre stable par rapport à 2007.

Activités annexes

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

compétence, aux travaux de l'équipe EPS.

Ainsi, les diététiciennes ont animé plus d'une quinzaine d'ateliers à l'attention des jeunes élèves ou des parents, soutenu 5 conférences à l'attention de la communauté scolaire ou organisé des cours de cuisine pour les enfants dans plusieurs communes du pays.

Mais les diététiciennes effectuent aussi, sur demande motivée, des interventions et des animations d'éducation ou de promotion à la santé dans les lycées qui ne relèvent pas des attributions usuelles de la Ligue. Ainsi nous dénombrons plus de 25 animations ou ateliers en faveur des élèves de quelques établissements secondaires du pays.

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

Elles participent activement au plan national et programmes consacrés à l'alimentation saine. Enfin, elles collaborent à l'information du public par la mise au point de brochures, de fiches - conseils ou par la conception et l'amélioration d'outils promotionnels de la santé.

Tous ces éléments confirment que les besoins et les demandes en la matière sont forts et que l'activité des diététiciennes au sein de la Ligue est en train de fortement se diversifier.

4.3.2. Interventions ciblées ou à la demande

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

Pour 2008 citons les différentes actions suivantes :

- Parmi les interventions concernant le tabagisme l'on peut citer :
 - Actions de sensibilisation dans les rues de Luxembourg et d'Ettelbruck, à l'occasion de la journée mondiale sans tabac du 31 mai, en partenariat avec le « réseau école sans tabac » (informations diverses et mesure du CO expiré par un CO-tester, etc.).
 - Sensibilisation du personnel du Ministère de l'éducation nationale dans ses locaux à l'occasion de cette journée du 31 mai.
 - 5 séances d'information et de sensibilisation au sevrage tabagique pour les professionnels d'un établissement de soins de convalescence d'une commune du pays
 - Tenue d'un stand à la journée santé de la ville de Dudelange avec mesure du CO (par Co-tester) et du souffle (avec un micro-spiromètre de poche)
 - 1 intervention en faveur des étudiants des LTPS de Warken et Wiltz
- Les multiples actions en faveur d'une alimentation saine réalisées en majeure partie par les diététiciennes dans les lycées sont détaillées au paragraphe « activités annexes » du chapitre 4.3.1.3.
- Journée "Gimb" dans la cadre du projet national « Gesund iessen mei bewegen »
- Le programme Fit développé à Roeser pour la promotion de l'activité physique dans le cadre du programme européen « Gesund Kinder in Gesunden Gemeinden ».
- Organisation de 5 séances de cours de babysitting dans deux communes du Sud.
- Enfin, d'autres professionnels de la Ligue ont participé à des conférences, à des matinées ou des journées, locales ou nationales, consacrées à l'alimentation ou/et l'activité physique que nous avons pu citées auparavant dans ce travail.

4.4. Formation des professionnels

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

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

Par ailleurs l'on retiendra comme autre exemple que certains de nos référents ont participé en novembre à la journée « Jeunes et Tabac » organisée à Nancy par l'AALT (association des acteurs lorrains en tabacologie). D'autres ont assistés aux colloques organisés par l'université du Luxembourg et le CRP santé consacrés à « Les jeunes et la santé » en mars et à « La santé des migrants » en novembre.

5. Information du public, travaux et représentation

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

La Journée Mondiale sans Tabac 2008 a permis de mettre en garde le public, notamment jeune, contre les effets dévastateurs de la publicité résumés par la formule « Tabac : évitez le piège de la publicité ».

A l'occasion de la journée mondiale contre la tuberculose, dont le slogan s'intitulait « Je m'engage. Halte à la tuberculose », la Ligue a demandé à chacun, par voie de presse, de s'engager dans la lutte contre cette maladie. Et elle a ainsi rappelé son engagement indéfectible et sa participation active dans cette lutte depuis cent ans.

Le service médical scolaire a été présenté sur les ondes radiophoniques en 2008.

Quelques référents de la Ligue ont participé à la « Conférence nationale de santé » à Montdorf et à la journée nationale d'études de l'ANPDE consacrée à la « Place de l'enfant au cœur de l'Europe » afin de relayer les informations récoltées à leurs collègues voire au public.

De même la Ligue a délégué ses experts et référents aux différents réseaux et groupes de travail, organisés par les divisions respectives des ministères de tutelle, dont certains ont déjà été mentionnés dans ce document. Nous citerons particulièrement notre participation active et assidue aux groupes suivants :

- « Groupe tabac » et ses sous-groupes dont « Ecole sans tabac », « Parcours tabac », etc.
- « Groupe de travail médecine scolaire » et ses différents sous-groupes dans le cadre du projet de réforme de la médecine scolaire. Participation aussi à l'élaboration du « guide explicatif des tests et bilans de santé en médecine scolaire » et aux différents groupes de discussion sur le projet de réforme du règlement grand-ducal concernant la MS.
- Groupe de travail « promotion de la santé ».
- Groupe de travail « Alimentation et activité physique » dans le cadre du plan national d'action pour la promotion de l'alimentation saine et de l'activité physique et du programme aid
- Réseau "vivre le soleil- prévention primaire" qui a conçu une brochure destinée aux enfants du primaire et du préscolaire
- « Comité national de l'allaitement » où le représentant de la Ligue a assisté à 3 réunions en cours d'année.
- « Prise en charge des femmes enceintes à risque » à l'occasion de 2 réunions préparatoires organisées par le ministère et l'Alupse.

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

Enfin dans le cadre du centenaire de notre institution, une publication commémorative a été rédigée par ses différents collaborateurs. Et pour clôturer ce centième anniversaire la Ligue a organisé, en décembre dernier, une conférence soutenue par M. le professeur JP Deschamps. Cette initiative

traitant de «L'enfant et sa santé dans la société, de l'Antiquité jusqu'aux textes internationaux sur les droits des enfants » a rencontré un vif intérêt.

6. Conclusions générales

En parallèle de sa mission centenaire la Ligue médico-sociale développe depuis plusieurs années de multiples activités préventives et des programmes d'Education et de Promotion de la Santé en faveur de la population. Mais les approches innovantes et les nouveaux champs d'investigation se doivent cependant de préserver les missions médico-sociales historiques et classiques de dépistage et de prévention.

Aussi les activités diversifiées de la Ligue, la charge de travail élevée des services médico-sociaux, la nécessité 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 prioritaires de santé publique supposent d'adapter sans cesse les moyens et les ressources de notre œuvre.

RAPPORT SUR LES SERVICES SOCIAUX

1. Service d'Accompagnement Social

1.1. Mission

Depuis sa création en 2001, la mission du SAS consiste à apporter une aide sociale à long terme à des personnes et familles présentant des problèmes sociaux lourds et une santé – physique et psychique – souvent fort fragilisée.

Le but de l'accompagnement social est d'amener le client à récupérer, puis à stabiliser sa situation, reprendre sa vie en mains et restaurer son autonomie de vie.

Les moyens du service sont les techniques de communication tel que d'écouter, encourager et soutenir le client et le conseil social visant le changement durable de comportements et d'habitudes, le dégagement de ressources pour et avec le client, la coordination des aides possibles et des aidants disponibles, la guidance ou la gestion du budget ménager voire de tout le revenu.

Depuis la création du SAS ce sont surtout les techniques de travail qui ont changé et ont été peaufinées par des formations continues du personnel.

En bref :

Le Service d'Accompagnement Social (SAS) est intervenu en 2008 dans 921 dossiers par rapport à 863 en 2007.

Le nombre de gestions financières a considérablement augmenté pour passer de 168 en 2007 à 243 en 2008 ; cette variation de 75 gestions équivaut à une augmentation de 30,86% et une vingtaine de dossiers restent toujours en attente. 46% de ces gestions sont volontaires, 20,6% se situent dans le cadre de la loi sur le surendettement et 11,1% sont des tutelles.

57,9% des demandes du Service d'Accompagnement Sociale proviennent du Service Social de Proximité de la Croix-Rouge, des SRAS et des Services Sociaux à l'Hôpital.

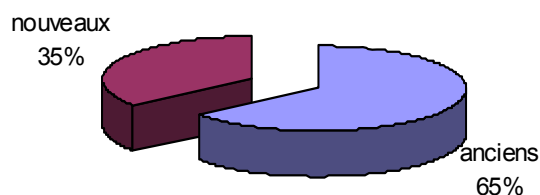
Il y a lieu de noter que le SAS doit s'occuper de plus en plus de problèmes à caractère financiers (51,5% des problèmes sociaux) et de problèmes d'origine psychique et psychosomatique (20,2% des problèmes de santé).

Actifs par circonscription

Circ.	Nbre actifs
C	319
N	321
S	281
	921

Actifs – anciens / nouveaux

Ancien / nouveau	Nbre dossiers
anciens	596
nouveaux	325
	921



Sorties 2008

Circ.	Nbre dossiers sortis
C	99
N	66
S	86
	251

Les quelques chiffres repris dans les tableaux en sus permettent d'évaluer grossièrement la quantité de travail fournie au sein du SAS. Les agents SAS ont traité 921 dossiers en 2008, dont 325 dossiers ouverts en 2008.

Si on sait que les 921 dossiers sont répartis sur +/-15 postes, à chaque poste incombent entre 57-61 dossiers, ce qui représente une charge de travail énorme par agent SAS.

Aussi ne doit-on pas ignorer qu'une liste d'attente existe constamment qui n'est bien sûr pas reprise dans les statistiques (25 dossiers au 01.03.2009 dans la circonscription Nord).

Ce qui permet d'affirmer que le SAS, un service social, présent sur tous les sites de la Ligue Médico-sociale, est un service connu et apprécié par les professionnels du secteur médico-psycho-social qui introduisent les demandes d'admission dans ce service.

1.2. Mission

En vue du maintien, voire de l'accroissement de la qualité de service, les agents ont continué à se pencher sur les aspects suivants de la prise en charge des clients :

- le travail social sous contrainte, surtout dans les situations traitées en collaboration avec la Protection de l'Enfance
- la collaboration avec les autres services ou autrement dit le travail « en réseau »
- le volet éducatif des mesures de gestion, afin d'essayer de préserver les clients de retomber dans l'endettement, voire le surendettement

Les techniques de travail spécifiques à ces aspects resteront également en 2009 d'actualité. Les agents SAS, dans une continuelle recherche d'amélioration de la qualité de service continueront à travailler et à améliorer leurs techniques par des formations et supervisions.

Une approche scientifique du diagnostic social a été entamée en 2008, en se basant sur les travaux théoriques de Werner Obrecht et Kaspar Geiser et sera également poursuivie en 2009.

Il va de soi que dans le travail d'accompagnement social les principes éthiques sont respectés; notamment le respect du client, ses besoins, la foi en ses compétences, son autonomie, la discrétion dans l'intervention et l'observation du secret professionnel.

1.3. Analyse des activités du service en 2008

1.3.1. Origine des demandes

Demandeur	Total	%
ALUPSE-Bébé	2	0,2%
Autre	37	4,0%
CA	16	1,7%
CAS-Caritas	31	3,4%
COMED	31	3,4%
Families First	7	0,8%
FED	5	0,6%
Institutions HMC	8	0,9%
OS	29	3,2%
SAS	15	1,6%
SCAS	36	3,9%
Servior	46	5,0%
SICS	10	1,1%
SMS	45	4,9%
SPAD	6	0,7%
SRAS	111	12,0%
SSH	106	11,5%
SSP	317	34,4%
SSPS	22	2,4%
Tribunal de Paix	13	1,4%
Tribunal des Tutelles	28	3,1%
Grand Total	921	100,0%
Dans le tableau les origines des demandes ont été regroupés dans des catégories, contenant un minimum de 5 demandes SAS		

En faisant une brève analyse des tableaux en sus, on constate que, comme les années précédentes, 34.4% du total des demandes proviennent des services sociaux de première ligne, des services d'aide en urgence ne pouvant pas faire un travail de longue haleine, nécessaire pour provoquer un changement dans le comportement du client et garant d'une amélioration de sa situation à long terme.

Le meilleur exemple est l'accompagnement des personnes en situation de surendettement, où l'accompagnement peut aller jusqu'à 7-8 ans en fonction des situations.

12% des demandes SAS proviennent des services régionaux d'action sociale (SRAS) ce qui démontre l'importance reconnue de l'accompagnement social des demandeurs RMG pour prendre en charge toutes les problématiques sociales en dehors du RMG et de l'insertion professionnelle.

Pour s'occuper du client du service social dans toute sa globalité, il faut également insister sur une excellente collaboration entre les services demandeurs et service d'accompagnement social.

1.3.2. Les mesures de gestion financières (MGF)

Les MGF, de part leur nombre important et croissant, méritent d'être traitées à part.

Cadre légal – catégories MGF

Cadre MGF	Nbre	%
Art.14	14	5,8%
Art.5	36	14,8%
Curatelle	41	16,9%
Mandat GFV	113	46,5%
Sauvegarde	8	3,3%
Tutelle	27	11,1%
Tutelle aux P. Soc.	4	1,6%
	243	100,0%

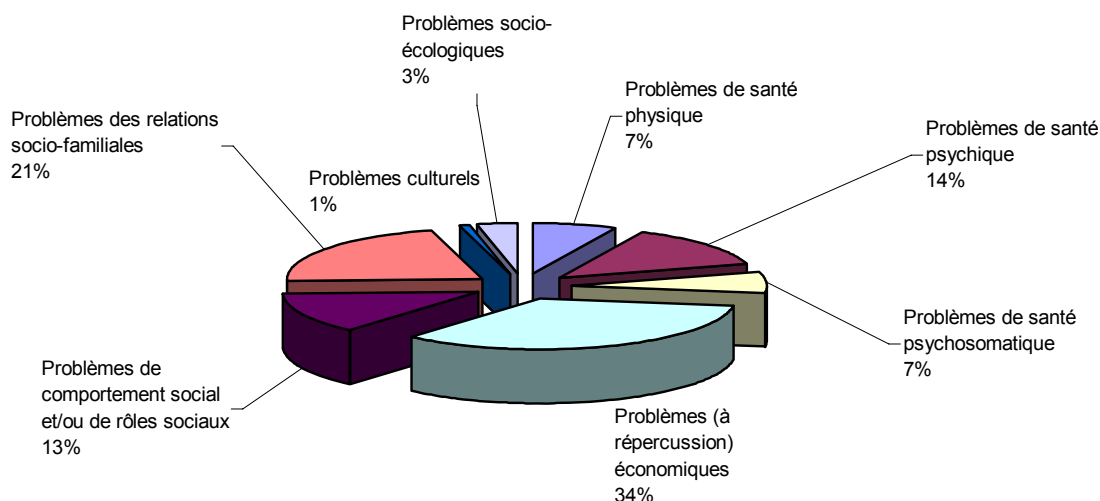
Sur le tableau nous pouvons compter 243 MGF, ce qui fait 26% des situations prises en charge en 2008, au lieu de 25% en 2007, ce qui est une augmentation de 1%.

20% des MGF concernent des situations de surendettement (art.14 : 5.8%, art. 5 : 14.8%)

La perte du pouvoir d'achat, la crise financière et aussi le vote probable de la loi sur la faillite personnelle vont sûrement grossir dans le futur les situations d'accompagnement social dans le cadre du surendettement.

1.4. Analyse des problèmes rencontrés

Problèmes	Nbre	% sur total probl.
Problèmes santé	1877	27,2%
Problèmes de santé physique	483	7,0%
Problèmes de santé psychique	933	13,5%
Maladie mentale	186	2,7%
dont Névrose grave	83	1,2%
dont Psychose	79	1,1%
Handicap mental	60	0,9%
Problèmes relatifs à l'image de soi / image des autres	148	2,1%
Problèmes cognitifs	120	1,7%
dont problèmes d'apprentissage scolaire	39	0,6%
Problèmes normatifs	145	2,1%
Problèmes affectifs	184	2,7%
Autre	90	1,3%
Problèmes de santé psychosomatique	461	6,7%
Maladie psychosomatique	31	0,4%
Toxicomanie	411	6,0%
Dépendance	403	5,8%
à l'alcool	148	2,1%
à la nicotine	158	2,3%
aux médicaments	36	0,5%
au cannabis	19	0,3%
à l'héroïne, méthadone	40	0,6%
au LSD, Ecstasy, ...	2	0,0%
Dépendance au jeu / Internet / ...	8	0,1%
Anorexie/Boulimie	6	0,1%
Autre	13	0,2%
Problèmes sociaux	5012	72,8%
Problèmes (à répercussion) économiques	2343	34,0%
Formation scolaire insuffisante	287	4,2%
Analphabétisme	78	1,1%
Connaissance des langues insuffisante	220	3,2%
Chômage	75	1,1%
Autre problèmes d'ordre professionnel et d'emploi	266	3,9%
Revenu insuffisant, saisies, ...	206	3,0%
Revenus à percevoir encore (pension alimentaire, séc. soc., ...)	52	0,8%
Endettement problématique	236	3,4%
Surendettement	119	1,7%
Capacité de gestion du budget défailante	464	6,7%
Autres problèmes financiers	128	1,9%
Déguerpissement du logement	72	1,0%
Autres problèmes de logements (réparations urgentes, ...)	137	2,0%
Séjour illégal	3	0,0%
Problèmes de comportement social et/ou de rôles sociaux	907	13,2%
Problèmes des relations socio-familiales	1481	21,5%
Problèmes culturels	43	0,6%
Problèmes socio-écologiques	238	3,5%
Total problèmes	6889	



En extrapolant les chiffres relevés dans la statistique de 2008, on peut dire que dans chaque situation suivie par le SAS, on rencontre en moyenne 7 problèmes différents, à l'ordre d'un problème de santé sur trois problèmes sociaux. Cette multitude de problèmes à identifier, à clarifier et à définir les priorités, est une tâche difficile demandant un grand investissement aux agents du SAS

Sur les 72.8% des problèmes sociaux rencontrés, 51.5% sont des problèmes à répercussion économiques, ce qui confirme la constatation que le SAS s'occupe de plus en plus de clients ayant des difficultés financières, se trouvant dans des situations d'endettement, voire de surendettement et sollicitant de plus en plus de MGF.

Dans les 27.2% de problèmes de santé rencontrés, 20.2% sont des problèmes d'origine psychique et psychosomatique, ce qui démontre de nouveau la fréquence croissante des problèmes psychiques rencontrés dans les situations prises en charge par le SAS.

Cette constatation a fait naître l'idée du travail personnel de 4^e année d'assistant social qui s'intéresse aux avantages et limites du SAS en face des souffrances psychiques et essaie de démontrer la nécessité de la collaboration avec les services externes. Les résultats de ce travail pourront guider le SAS dans une recherche de travail en réseau et de formation continue spécifique.

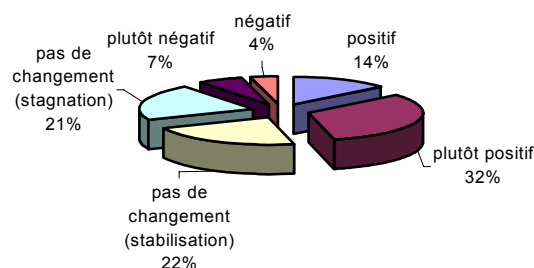
1.5. Appréciation générale des dossiers

Appréciation – évaluation changement situation

Evaluation motivation client	Nbre	%
très bonne	114	12,4%
bonne	216	23,5%
plutôt bonne	295	32,0%
plutôt mauvaise	107	11,6%
mauvaise	70	7,6%
aucune	119	12,9%
	921	100,0%

Appréciation – évaluation motivation

Evaluation situation changement	Nbre	%
positif	128	13,9%
plutôt positif	298	32,4%
pas de changement (stabilisation)	206	22,4%
pas de changement (stagnation)	194	21,1%
plutôt négatif	60	6,5%
négatif	35	3,8%
	921	100,0%



Appréciation – évaluation évolution autonomie

Evaluation évolution autonomie	Nbre	%
très positive	41	4,5%
positive	184	20,0%
plutôt positive	236	25,6%
pas de changement	359	39,0%
plutôt négative	61	6,6%
négative	35	3,8%
(Not Categorized)	5	0,5%
	921	100,0%

L'appréciation des dossiers est subjective, elle reflète le sentiment que l'agent SAS a par rapport à un dossier ou une situation qu'elle/il suit et n'est pas mesurable avec des indicateurs scientifiques. Ce qu'on peut pourtant mesurer est une relation directe entre la motivation du client et le changement positif de la situation et une évolution vers plus d'autonomie.

1.6. Conclusions et constatations

En résumant les chiffres statistiques de 2008, on peut dire que les agents SAS ont suivi plus de situations que l'année précédente (921 situations pour 863 en 2007). Il serait important dans le futur d'analyser de façon plus approfondie, la durée de prise en charge d'un dossier, ainsi que sa localisation géographique. Cette analyse permettrait sûrement de mieux orienter le nombre de postes SAS à pourvoir sur tous les sites de la Ligue, mais aussi de reconnaître les régions où des services spécialisés devraient être créés.

Les statistiques 2008 également confirment le sentiment des agents SAS que dans les dossiers traités, ils sont amenés à s'occuper de plus en plus de personnes seules, isolées, ou de familles monoparentales ayant du mal à trouver leur place dans notre société (592 situations des 921 traitées).

En reprenant le nombre croissant des MGF traitées en 2008 et en sachant qu'il existe une vingtaine de MGF en attente, la collaboration avec le service financier de la Ligue (MIMAPRO) doit s'intensifier encore plus. Les deux services pourraient réfléchir ensemble à un mode de collaboration permettant de résoudre rapidement les difficultés administratives surgissant dans le travail quotidien tout en gardant une plus grande flexibilité.

La complexité des problématiques croisées rencontrées dans le SAS rend la formation continue et la supervision excessivement importante. Elle devrait d'ailleurs devenir obligatoire pour les assistants sociaux travaillant au SAS leur permettant ainsi de garder toute leur motivation pour maîtriser le travail dans ce service d'accompagnement social où on doit pouvoir compter sur l'engagement et le professionnalisme de tout un chacun.

2. Service Régional d'Action Sociale

2.1. Mission du service

Dans le cadre de la convention avec le Ministère de la Famille et de l'Intégration, la Ligue médico-sociale est gestionnaire de services régionaux d'action sociale (SRAS) depuis 1987, dont la mission est l'exécution de l'article 10 de la loi du 29 avril 1999 portant sur la création du droit au revenu minimum garanti. 19 assistants sociaux assurent cette mission régionalement à travers le pays. Les SRAS sont présents dans les Centres médico-sociaux à Luxembourg, Echternach, Ettelbruck, Redange/Attert, Wiltz, Differdange et Esch/Alzette.

Art. 10.

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

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

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

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

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

(Loi du 8 juin 2004)

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

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

Les montants du revenu minimum garanti (l'allocation complémentaire) étaient les suivants :

En bref :

Dans les communes qui relèvent de la compétence des 19 Services Régionaux d'Action Sociale de la Ligue médico-sociale, 5039 personnes, tous âges confondus, bénéficiaient du RMG en 2008. Parmi cet effectif, 4299 sont temporairement dispensés des activités d'insertions professionnelles (prévues par la loi sur le RMG) et 740 sont tenus à y participer. Ces activités sont prévues dans le cadre d'un contrat d'insertion qui vise, selon la situation du bénéficiaire, la réinsertion sur le premier marché de l'emploi ou bien la stabilisation par le travail. Notre personnel-SRAS a organisé et suivi 706 activités d'insertion professionnelles, dont 205 ont débouché à des engagements.

TABLEAU 1 : MONTANT ACTUEL DU RMG

Communauté domestique		RMG brut	
		01/01/2008	01/03/2008
	Nb Indice	668,46	685,17
	premier adulte	1118,54	1146,50
	deuxième adulte	559,31	573,29
	adulte subséquent	320,00	328,00
	supplément pour enfant	101,74	104,29

Fichiers SNAS au 31/12/2008

Le montant de l'allocation complémentaire pour 2008 a augmenté par rapport à l'année 2007, suite à la variation de l'indice des prix et passe p. ex. pour un premier adulte de 1118,54 à 1146,5€ soit une augmentation de 27,96€.

TABLEAU 2 : RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE DES MÉNAGES

Région	Communautés domestiques	Membres		
		Femmes	Hommes	Total
Centre	1173	1135	1079	2214
Nord	868	1000	926	1926
Sud	419	473	426	899
Total	2460	2608	2431	5039

Fichiers SNAS au 31/12/2008

Le nombre de ménages a augmenté de 18% depuis 2007 et ce dans les trois circonscriptions ; cette variation considérable s'est répercutée sur la population dans nos trois circonscriptions.

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

Les SRAS de la circonscription centre et nord de la Ligue médico-sociale sont compétents pour tout le territoire centre et sud hormis la ville d'Ettelbruck

TABLEAU 3: COMPOSITION DES MÉNAGES

Parmi les ménages relevés aux tableaux ci-dessous, nous constatons que 52,03% des ménages sont des personnes isolées et 61,30% des communautés domestiques n'ont pas d'enfants à charge.

Composition des ménages	Attributaire		TOTAL	
	féminin	masculin	TOTAL	%
1 adulte sans enfant	531	749	1280	52,03
1 adulte avec 1 ou plusieurs enfants	594	35	629	25,57
2 adultes sans enfant	67	128	195	7,93
2 adultes avec 1 ou plusieurs enfants	105	211	316	12,85
3 adultes et plus sans enfant	8	3	11	0,45
3 adultes et plus avec enfants	2	4	6	0,24
Autres	9	14	23	0,93
Total	1316	1144	2460	100,00

Fichiers SNAS au 31/12/2008

Nombre d'enfants	Nombre	%
sans enfant	1508	61,30
1 enfant	389	15,81
2 enfants	291	11,83
3 enfants	169	6,87
4 enfants	73	2,97
5 enfants et plus	29	1,18
Autres	1	0,04
Total	2460	100,00

Fichiers SNAS au 31/12/2008

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

TABLEAU 5 : RÉPARTITION DES BÉNÉFICIAIRES EN FONCTION DE L'ÂGE ET DU SEXE

Au 31/12/2008 nous relevons une légère majorité de bénéficiaires du sexe féminin: 51,76% de femmes par rapport à 48,24% d'hommes. Les statistiques de 2007 ont mis en évidence un constat similaire.

Les quadragénaires constituent la tranche d'âge la plus représentative et nous notons que plus de 40% des bénéficiaires sont âgés d'au moins quarante ans.

Âge	Femmes	%	Hommes	%	Total	%
<18 ans	716	14,21	808	16,03	1524	30,24
18-24 ans	198	3,93	218	4,33	416	8,26
25-29 ans	163	3,23	124	2,46	287	5,70
30-34 ans	206	4,09	148	2,94	354	7,03
35-39 ans	250	4,96	185	3,67	435	8,63
40-44 ans	316	6,27	238	4,72	554	10,99
45-49 ans	250	4,96	225	4,47	475	9,43
50-54 ans	217	4,31	200	3,97	417	8,28
55-59 ans	157	3,12	168	3,33	325	6,45
>=60 ans	135	2,68	117	2,32	252	5,00
Totaux	2608	51,76	2431	48,24	5039	100,00

Fichiers SNAS au 31/12/2008

2.2. L'activité du service en 2008

Deux catégories de bénéficiaires constituent la clientèle du SRAS: les personnes temporairement dispensées de l'article 10 de la loi et celles qui n'ont pas de dispenses et de ce fait sont obligées d'effectuer une activité d'insertion professionnelle.

Cette population est obligée de par l'article 8 de la loi du 8 juin 2004 à signer un contrat d'insertion, entre le demandeur et le Service National d'Action Sociale et au niveau pratique par le SRAS, qui est élaboré au vu de la situation sanitaire, sociale, scolaire, professionnelle et financière du client.

Cette approche holistique nécessite le concours de l'assistant social.

Le contrat d'insertion est le document de référence prévu par la loi et vise

- la responsabilisation et l'implication du bénéficiaire ;
- une approche professionnelle et extra-professionnelle ;
- de par la signature des intervenants l'obligation de respecter les engagements pris.

Le contrat d'insertion renseigne par exemple sur

- le projet d'intégration sociale et professionnelle du bénéficiaire,
- sur le calendrier des démarches à réaliser,
- l'éventuelle dispense,
- l'obligation d'être disponible pour le marché de l'emploi et l'inscription au bureau de placement de l'ADEM,
- l'éventuelle demande pour un accompagnement social.

La loi prévoit que la durée du contrat d'insertion n'excède pas une année et qu'il est renouvelable.

Le SRAS de la Ligue médico-sociale effectue un entretien d'évaluation au terme du contrat dont le but est une mise au point des résultats obtenus et la mise en évidence des perspectives d'avenir ; le projet qui en découle servira de base pour l'élaboration d'un nouveau projet, qui pourra p.ex. requalifier une dispense en aptitude à participer une activité d'insertion professionnelle ou un stage en entreprise.

Ces révisions des contrats d'insertions se veulent systématiques et individuelles tout en respectant le cadre de la loi.

En cas d'**aptitude à effectuer une activité d'insertion professionnelle**, le contrat d'insertion prévoit aussi :

- l'obligation de rester disponible pour le marché de l'emploi,
- le type d'activité, le début et la fin des activités, le nombre d'heures à prester et le lieu d'affectation,
- le respect des rendez-vous fixés par le SRAS de la Ligue médico-sociale et le Service de la Santé au Travail Multisectoriel.

Le travail presté donne droit à une indemnité d'insertion à raison du nombre d'heures prestées ; le Fonds National de Solidarité étudiera si le bénéficiaire a droit, compte tenu de cette indemnité d'insertion, à une allocation complémentaire.

TABLEAU 6 : DIFFÉRENCIATION DES TYPES DE BÉNÉFICIAIRES

Les bénéficiaires non-dispensés constituent l'effectif le plus important des SRAS de la Ligue médico-sociale ; il est en diminution par rapport à 2007 et passe de 799 à 740 clients.

Région	Postes SRAS	Bénéficiaires temporairement dispensés	Bénéficiaires non-dispensés	Bénéficiaires avec activité d'insertion, sauf CS ¹	Bénéficiaires sans activité d'insertion
Centre	6	1871	343	248	95
Nord	4,5	1663	263	184	79
Sud	2,5	765	134	69	65
Total	13	4299	740	501	239

Fichiers SNAS au 31/12/2008

TABLEAU 7: TOTAL DES MESURES RÉALISÉES EN 2008

Région	Postes SRAS	Total des activités d'insertion réalisées en 2008 ²
Centre	6	344
Nord	4,5	226
Sud	2,5	81
Total	13	651

Fichiers SNAS au 31/12/2008

Dans le cadre des activités d'insertions, il y a lieu de distinguer les trois mesures prévues :

¹ Activités en cours au 31/12/2008, sauf contrats subsidiés (Art. 13.3)

² Activités qui ont débuté au cours de l'année 2008

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

Mesures en cours au 31/12/2008	Femmes	%	Hommes	%	Total	%
Affectations temporaires indemnisées	179	25,35	201	28,47	380	53,82
Stages en entreprise	72	10,20	49	6,94	121	17,14
Contrats subsidiés (Art.13.3)	102	14,45	103	14,59	205	29,04
Totaux	353	50,00	353	50,00	706	100,00

Fichiers SNAS au 31/12/2008

Les **affectations temporaires indemnisées** sont exécutées auprès d'institutions publiques (p. ex : Cipa, Maisons de Retraites, Maisons de Soins, ...) ou services communaux respectivement des asbl.

En règle générale, cette catégorie d'affectation est effectuée par des bénéficiaires n'ayant actuellement pas les compétences professionnelles ou extra-professionnelles (sociales, relationnelles, manque de flexibilité temporaire) pour travailler sur le premier marché de l'emploi. Ces clients nécessitent un certain encadrement de leurs activités.

Les **stages en entreprises** sont effectués auprès d'entreprises privées par des bénéficiaires ayant effectué une affectation temporaire indemnisée ou ayant les compétences requises pour assurer une relation de travail sur le marché de l'emploi.

L'organisation de ces activités est basée sur les besoins individuels du bénéficiaire.

Lors de ces deux activités, le SNAS est « l'employeur » et signe avec le bénéficiaire et le lieu d'affectation une convention de mise à disposition qui fait partie intégrante du contrat d'insertion signé pour une période de référence.

La signature de cette convention garantit au bénéficiaire une indemnité d'insertion à concurrence du salaire social minimum pour les heures prestées et le paiement des cotisations sociales. Le bénéficiaire est obligé de se présenter aux rendez-vous proposés par le Service de Santé au Travail Multisectoriel

Durant toute la durée de la convention de mise à disposition, le bénéficiaire doit rester disponible pour le marché de l'emploi et doit se présenter régulièrement aux rendez-vous de l'ADEM, sauf si le contrat d'insertion prévoit une dispense. Le client doit se présenter aux assignations et ne peut refuser les emplois proposés.

Les **contrats subsidiés prévus, article 13(3)** de la loi, représentent 29,04% des activités ; ils sont effectués au lieu d'affectation du stage en entreprise ou d'une affectation temporaire indemnisée auprès d'une asbl.

Dans ce cadre, le lieu d'affectation devient employeur et paye le salaire, que le SNAS lui rembourse, part patronale comprise (jusqu'à concurrence du salaire social minimum pour ouvriers non-qualifiés), à raison de deux années pour un contrat à durée déterminée ou trois années pour un contrat à durée indéterminée.

Le bénéficiaire n'est plus obligé de se présenter à l'ADEM.

Le travail du SRAS de la Ligue médico-sociale se caractérise par une approche sociale en tenant compte des besoins individuels du bénéficiaire, par un coaching d'insertion et d'une « approche d'employeur », dont le but final reste l'insertion durable du bénéficiaire sur le premier marché de l'emploi.

RAPPORT SUR LES SERVICES DE CONSEIL

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

1.1. **Introduction**

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

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

Depuis sa création en 1993, 4.317 demandes de conseil ont été adressées au service dont 3.108 personnes sont venues en consultation.

Rien que pour l'année 2008, le service a pu enregistrer 338 nouvelles demandes de conseil dont 231 personnes se sont effectivement présentées au 1^{ier} rendez-vous.

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

En 2008, 8 demandes d'admission à la procédure de règlement collectif des dettes dans le cadre de la loi du 8 décembre 2000 ont été signées auprès du service.

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

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

La campagne déjà classique incitant le grand public à être prudent lors de l'achat à crédit d'une voiture neuve ou d'occasion a été réitérée à l'occasion du « Salon de l'automobile 2008 » au début de l'année.

Afin de faciliter l'accès au service via e-mail, celui-ci s'est doté d'une nouvelle adresse mail et peut dès à présent être joint sous : endettement@ligue.lu.

La restructuration du site internet a démarré au courant de l'année permettant de fournir aux intéressés plus d'infos en matière de surendettement sur www.ligue.lu.

Aussi en 2008, la traduction en langue allemande et portugaise de la brochure "EVITER LE SURENDETTEMENT" a été lancée. L'édition des deux brochures est prévue pour début 2009.

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

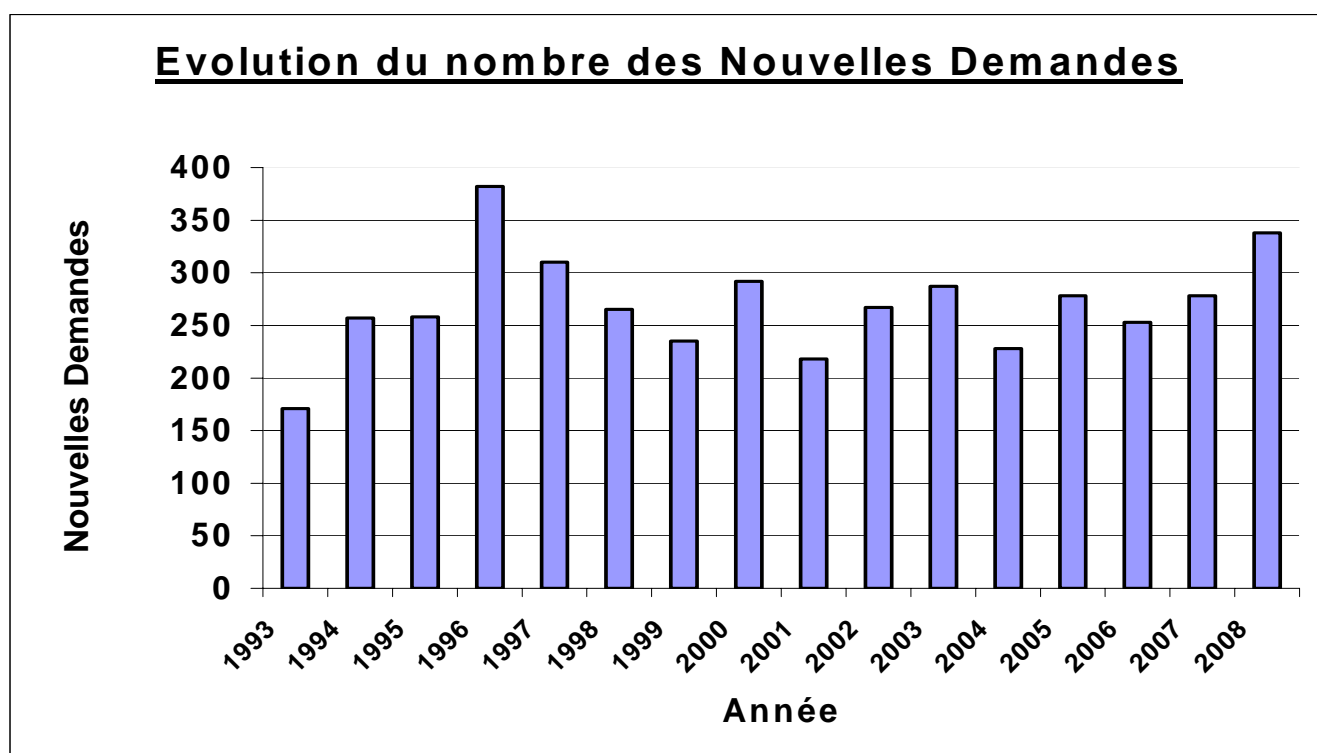
Au niveau international, le service a maintenu un échange d'informations régulier avec les membres du European Consumer Debt Net ainsi qu'avec les organisations similaires situées à l'étranger. De plus, le service a participé activement aux conférences internationales.

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

1.2. Le Conseil et l'Information

1.2.1. Les données statistiques générales

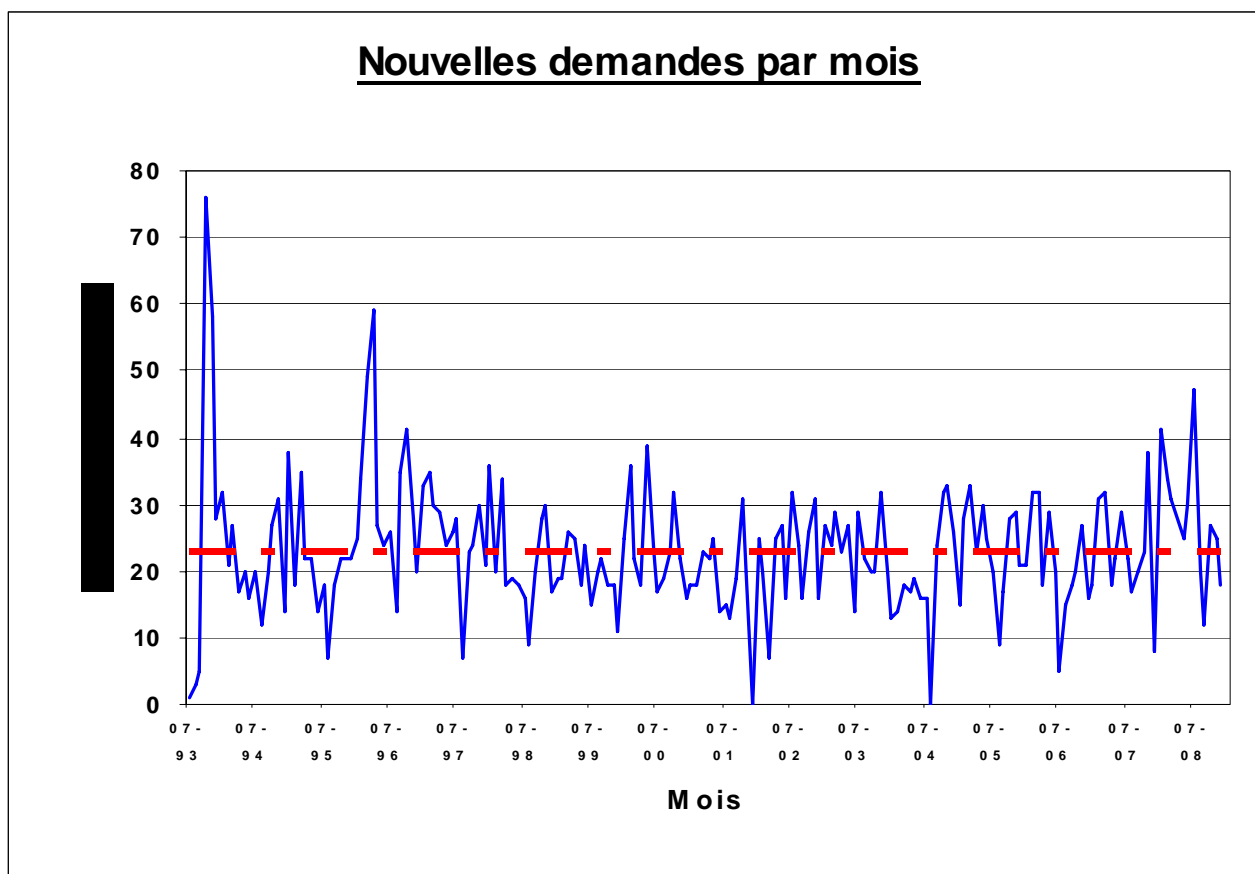
Au cours de l'exercice 2008, 338 nouvelles demandes de conseil ont été enregistrées portant le nombre total de demandeurs à 4.317 depuis la création du service.



Année/Demandes	Nombre de demandes	Pourcentage/Total	Moyenne mensuelle
1993	171	4 %	28
1994	257	6 %	21
1995	258	6 %	21
1996	382	10 %	32
1997	310	7 %	26
1998	265	6 %	22
1999	235	5 %	20
2000	292	7 %	24
2001	218	5 %	18
2002	267	6 %	22
2003	287	7 %	24
2004	228	5 %	19
2005	278	6 %	23
2006	253	6 %	21
2007	278	6 %	23
2008	338	8 %	28
Total	4.317	100 %	23

Il ressort des chiffres ci-dessus que le nombre moyen annuel sur la période considérée est de 278 nouvelles demandes, les années 1996, 1997 et 2008 pouvant être considérées comme exceptionnelles, la barre des 300 demandes ayant été dépassée.

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



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

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

En 2008, 8 demandes d'admission à la procédure de règlement collectif des dettes dans le cadre de la loi du 8 décembre 2000 ont été signées auprès du service.

1.2.3. Le profil de la clientèle

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

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

Il en découle la situation suivante pour 2008 :

L'ANNEE 2008 EN CHIFFRES	
Nouveaux clients reçus ou DOSSIERS :	231
+ Nouveaux clients non présents au 1 ^{er} rendez-vous :	107
TOTAL Nouvelles demandes de conseil :	338
+ Demandes d'informations :	236
TOTAL Nouvelles demandes de conseil et d'informations :	574
+ Anciens dossiers traités en 2008 :	337
TOTAL :	911

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

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

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

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

1.2.4. Les moyens d'action

a) Les moyens d'action propres

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

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

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

b) La loi du 8 décembre 2000 sur le surendettement

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

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

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

c) La coopération avec le réseau social

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

d) La coopération avec le service “Endettement“ de l’asbl Inter-Actions

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

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

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

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

f) La coopération avec les tiers

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

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

1.3. La Prévention

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

1.3.1. Le volet national

La campagne déjà classique incitant le grand public à être prudent lors de l’achat à crédit d’une voiture neuve ou d’occasion a été réitérée à l’occasion du « Salon de l’automobile 2008 » au début de l’année.

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

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

Afin de faciliter l’accès au service via e-mail, celui-ci s’est doté d’une nouvelle adresse mail et peut dès à présent être joint sous : endettement@ligue.lu.

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	99	29	64	29
DIVORCE	79	23	60	26
MARIE	112	34	75	32
SEPRE	37	11	25	11
VEUF	11	3	7	3
TOTAL	338	100	231	100
AGE				
<18	0	0	0	0
18-25	28	8	17	7
26-35	108	32	73	32
36-45	98	29	64	28
>45	104	31	77	33
TOTAL	338	100	231	100
NOMBRE D'ENFANTS A CHARGE				
AUCUN	149	44	98	43
UN	61	18	42	18
DEUX	83	25	56	24
TROIS	31	9	25	11
PLUS DE TROIS	14	4	10	4
TOTAL	338	100	231	100
STATUT PROFESSIONNEL				
BENEFICIAIRE RMG	33	10	25	11
BENEFICIAIRE PENSION/RENTE	31	9	15	6
CHOMEUR	28	8	23	10
EMPLOYE PRIVE	47	14	35	15
FONCTIONNAIRE PUBLIC	23	7	13	6
INDEPENDANT	11	3	10	4
OUVRIER	116	35	75	33
SANS	49	14	35	15
TOTAL	338	100	231	100
NATIONALITE				
LUXEMBOURGEOISE	185	55	117	51
UNION EUROPEENE	140	41	105	45
AUTRES PAYS	13	4	9	4
TOTAL	338	100	231	100
INITIATIVE				
PROPRE INITIATIVE	47	14	31	13
ORIENTE	291	86	200	87
TOTAL	338	100	231	100
CONTACT AVEC UN AUTRE SERVICE SOCIAL				
NON	213	63	142	61
OUI	125	37	89	39
TOTAL	338	100	231	100
REGION				
CENTRE	198	59	136	59
NORD	103	30	70	30
SUD	37	11	25	11
TOTAL	338	100	231	100

<i>FREQUENTATION 2008</i>	2008	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000	1999	1998	1997	1996	1995	1994	1993	TOTAL
1. Dossiers actifs :	231	128	29	26	25	30	16	12	16	7	6	10	16	9	3	4	568
- En cours	57	25	9	10	6	8	2	5	4	2	2	4	7	2	0	1	
- Réglés	134	67	13	12	13	16	6	3	7	2	3	4	8	4	2	2	296
- Classés sans suite	40	36	7	4	6	6	8	4	5	3	1	2	1	3	1	1	128
2. Dossiers archivés :	0	87	141	168	98	195	170	166	200	186	217	222	245	160	178	107	2540
3. DOSSIERS (1+2) :	231	215	170	194	123	225	186	178	216	193	223	232	261	169	181	111	3108
4. Clients conseillés sans entrevue :	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	7	29	22	30	24	115
5. Clients non-présents au rdv :	107	63	83	84	105	62	81	40	76	42	39	71	92	67	46	36	1094
6. DEMANDES DE CONSEIL (3+4+5) :	338	278	253	278	228	287	267	218	292	235	265	310	382	258	257	171	4317
7. DEMANDES D'INFORMATIONS :	236	244	187	179	161	183	176	191	167	183	170	*	*	*	*	*	*
8. CLIENTS (6+7) :	574	522	440	457	389	470	443	409	459	418	435	*	*	*	*	*	*

2. Gesond Liewen & Centre de consultations

2.1. Mission du service

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

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

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

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

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

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

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

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

2.2. Conclusions

L'aide apportée par les trois services situés à Ettelbruck, Luxembourg et Wiltz a fait ses preuves au cours de l'année passée; les chiffres du bilan 2008 sont là pour le souligner. L'aide psychologique apportée aux individus, couples et familles reste et restera au centre des tâches et préoccupations du Service "Gesond Liewen" et du Centre de Consultations dans son ensemble. Une consultation psychologique de qualité et une prise en charge thérapeutique appropriée apportent certainement une perspective utile dans le suivi professionnel des situations sociales complexes. Elargir le contexte et l'angle de perspective en tenant compte de la dimension psychologique augmente la possibilité de réussite d'une action concertée qui s'inscrit dans les missions de base des actions d'aide menées par la Ligue médico-sociale.

2.3. Chiffres.

1. Nombre de consultations

	TOTAL	%	Luxembourg	Ettelbruck	Wiltz
Nombre total de consultations	1778		664	853	261

2. Nombre de dossiers

			Luxembourg	Ettelbruck	Wiltz
Nombre total de dossiers	298		68	185	45
2.1. Nouveaux	194	65.1%	49	116	29
2.2. Anciens	104	34.9%	19	69	16
2.3. Individuels	234	78.5%	44	152	38
2.4. Couples	43	14.4%	19	17	7
2.5. Familles	21	7.0%	5	16	0

3. Nombre de consultants

			Luxembourg	Ettelbruck	Wiltz
Nombre total de consultants	402		118	233	51
3.1. Femmes	263	65.4%	62	163	38
3.2. Hommes	104	25.9%	46	46	12
3.3. Enfants / Adolescents	35	8.7%	10	24	1

4. Age

			Luxembourg	Ettelbruck	Wiltz
< 10	8	2.0%	3	5	0
10-18	34	8.5%	7	26	1
19-29	72	17.9%	25	35	12
30-39	93	23.1%	24	60	9
40-49	137	34.1%	41	75	21
50-59	44	10.9%	13	24	7
60-69	14	3.5%	5	8	1
>70	0	0.0%	0	0	0

5. Formes de vie

			Luxembourg	Ettelbruck	Wiltz
5.1. Célibataire	99	24.6%	21	72	6
5.2. Marié	155	38.6%	27	101	27
5.3. Divorcé	74	18.4%	33	29	12
5.4. Séparé	37	9.2%	20	14	3
5.5. Ménage commun	31	7.7%	13	15	3
5.6. Veuvage	6	1.5%	4	2	0

6. Nationalité

			Luxembourg	Ettelbruck	Wiltz
6.1. Luxembourgeoise	225	56.0%	46	147	32
6.2. U.E.	167	41.5%	65	83	19
6.3. Autre	10	2.5%	7	3	0

7. Statut professionnel

			Luxembourg	Ettelbruck	Wiltz
7.1. Employé ou Fonctionnaire	134	33.3%	36	88	10
7.2. Indépendant	30	7.5%	21	8	1
7.3. Ouvrier	42	10.4%	13	22	7
7.4. Invalide	20	5.0%	1	14	5
7.5. RMG	54	13.4%	13	30	11
7.6. Chômage	19	4.7%	11	5	3
7.7. Retraité	44	10.9%	6	38	0
7.8. Femme (homme) au foyer	46	11.4%	9	25	12
7.9. Étudiant / Elève	13	3.2%	8	3	2

8. Envoyés par

	TOTAL	%	Luxembourg		Ettelbruck		Wiltz	
8.1. Anciens clients / amis / famille	138	34.3%	50	42.4%	78	33.5%	10	19.6%
8.2. Propre initiative	48	11.9%	40	33.9%	6	2.6%	2	3.9%
8.3. Professionnels	216	53.7%	28	23.7%	149	63.9%	39	76.5%
8.3.1. Médecins	62	15.4%	7	5.9%	47	20.2%	8	15.7%
8.3.2. Assistantes sociales	79	19.7%	15	12.7%	43	18.5%	21	41.2%
8.3.3. Autres professionnels	75	18.7%	6	5.1%	59	25.3%	10	19.6%

9. Motif de consultation

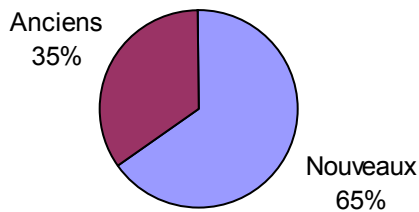
9.1. Problèmes de couple	111	27.6%	42	35.6%	49	21.0%	20	39.2%
9.2. Problèmes existentiels; dépressions; angoisse	145	36.1%	39	33.1%	94	40.3%	12	23.5%
9.3. Problèmes de famille	100	24.9%	18	15.3%	72	30.9%	10	19.6%
9.4. Etat de dépendance	27	6.7%	16	13.6%	7	3.0%	4	7.8%
9.5. Information	19	4.7%	3	2.5%	11	4.7%	5	9.8%

10. Nombre de séances

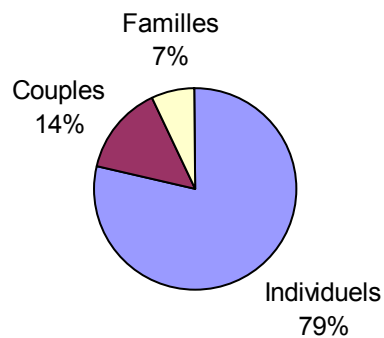
10.1. Unique	36	9.0%	11	9.3%	16	6.9%	9	17.6%
10.2. <5	229	57.0%	65	55.1%	142	60.9%	22	43.1%
10.3. 6-10	80	19.9%	35	29.7%	37	15.9%	8	15.7%
10.4. 11-20	44	10.9%	7	5.9%	27	11.6%	10	19.6%
10.5. 21-30	8	2.0%		0.0%	6	2.6%	2	3.9%
10.6. >30	5	1.2%		0.0%	5	2.1%	0	0.0%

2.4. Graphiques.

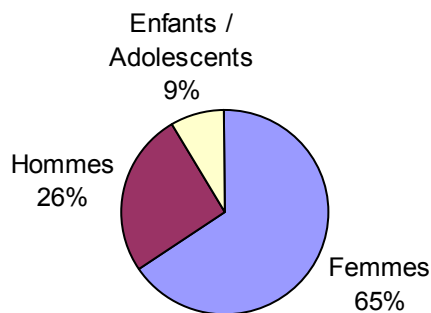
2. Nouveaux et anciens dossiers



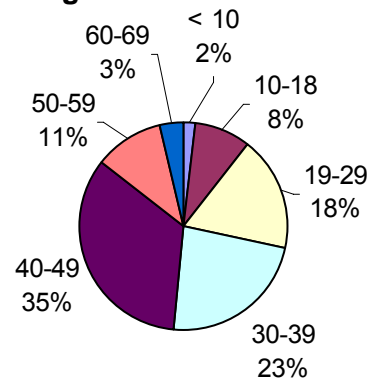
2. Composition des dossiers



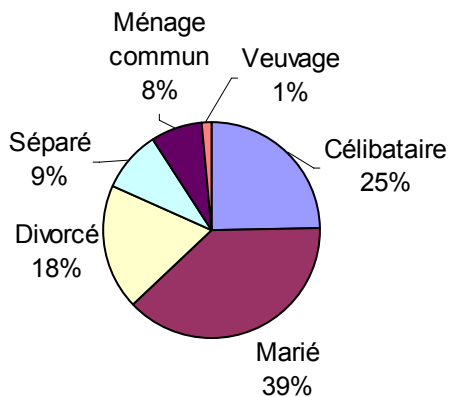
3. Consultants



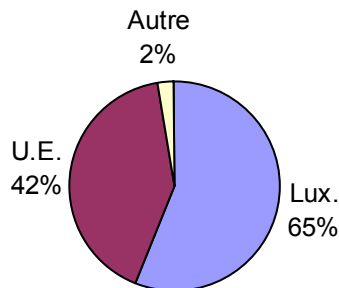
4. Age des consultants



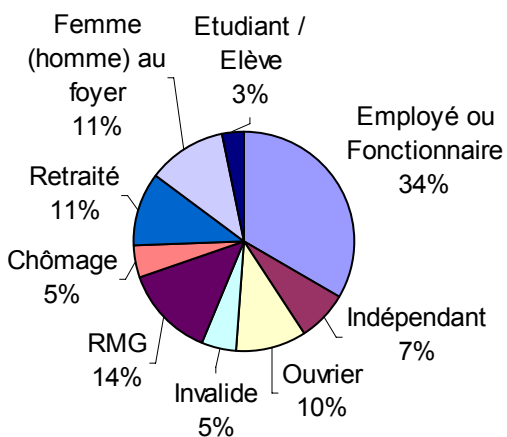
5. Formes de vie



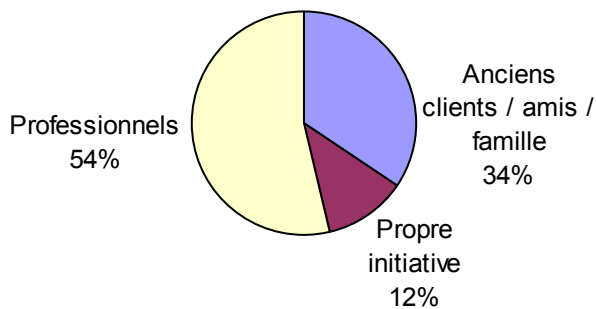
6. Nationalité



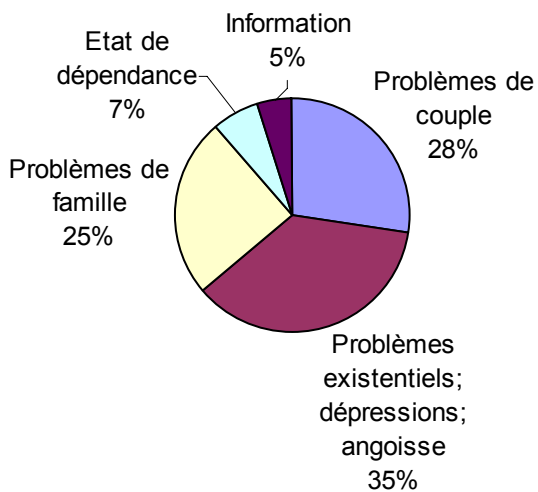
7. Statut professionnel



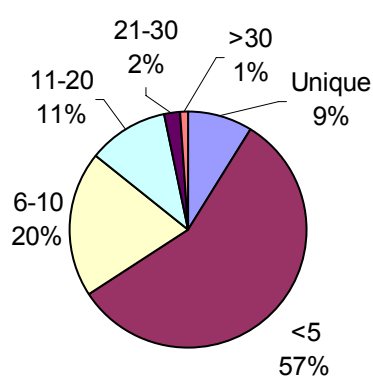
8. Envoyés par



9. Motif de consultation



10. Nombre de séances



3. INFO-SOCIAL - Service d'information téléphonique



3.1. Mission

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

L'objectif de ce service est de proposer une information rapide, correcte, sur mesure, et une orientation concrète.

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

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

Le service Info-Social est accessible depuis juin 2000, du lundi au vendredi de 9h-12h et de 13h-17h. En 2008, 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

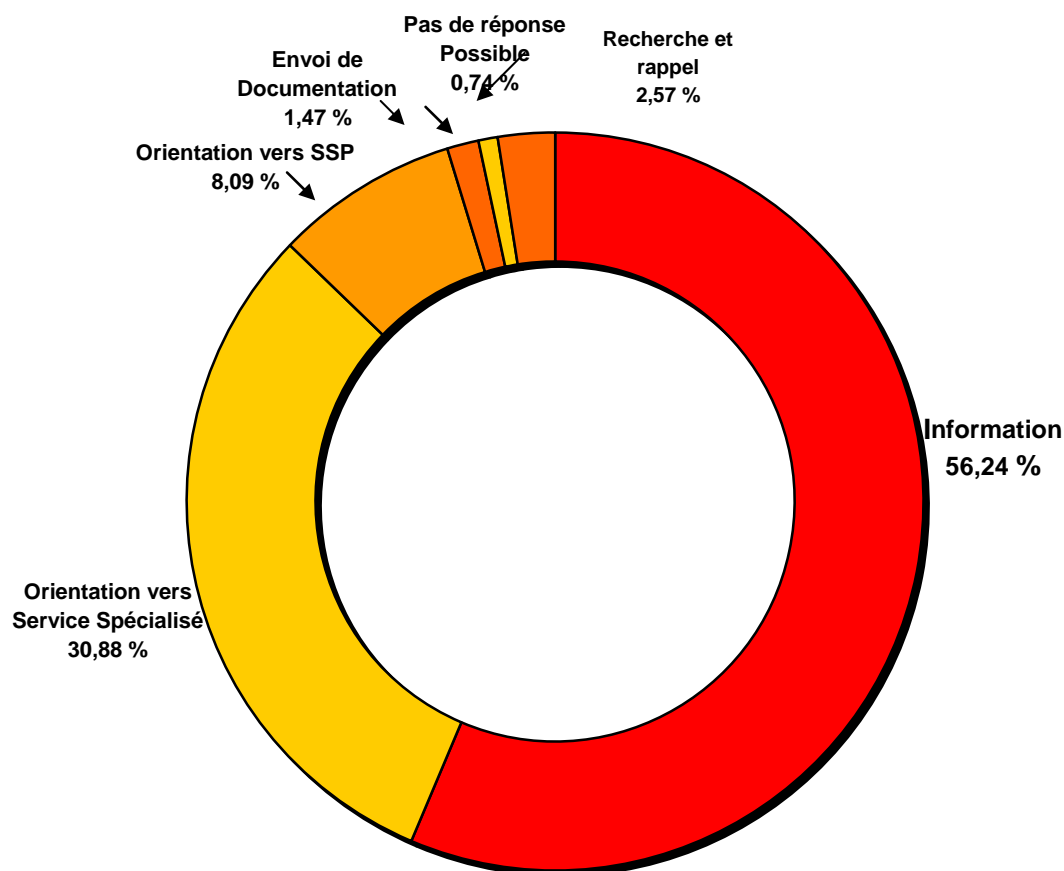
3.2. Activités 2008

Le tableau ci-après reproduit, en pourcentage, les 272 appels reçus en 2008 pour chaque catégorie recensée.

Education	1,84 %
Enfance	7,72 %
Etat	0,74 %
Etrangers	5,88 %
Famille	3,68 %
Femmes	1,47 %
Handicap	2,21 %
Indigences	16,91 %
Jeunesse	2,21 %

Justice	9,19 %
Logement	8,09 %
Maternité	1,47 %
Personnes âgées	5,15 %
Santé	16,17 %
Sécurité sociale	8,46 %
Travail	5,15 %
Autres	3,68 %

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



Nous pouvons ainsi constater que plus de 56 % 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, des appels requièrent l'envoi d'une documentation.

Pour 2 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.

ANNEXE I

Avis de la Ligue médico-sociale sur l' « Avant-projet de loi sur le Surendettement »

1. En général

- La “loi modifiée” (LM ci-après) ne prévoit pas de modalités de précaution des cautions. Ainsi, la défaillance du débiteur principal pourrait engendrer une situation de surendettement dans le chef de la caution.
- Se pose la question si les clients admis à la loi du 8 décembre 2000 sur le surendettement telle qu'elle est actuellement en vigueur, pourront jouir des dispositions du rétablissement personnel prévues par la “loi modifiée” (LM ci -après)?
- L'information de l'employeur n'est pas prévue.
- Durant la phase conventionnelle, le dossier ne circule pas moins de 6 fois entre le service et la Commission de médiation !
- La prescription ne doit pas être interrompue durant la procédure légale.
- Le contrôle de la bonne exécution des plans conventionnel et judiciaire incombe toujours au SICS, alors qu'il serait d'autant plus logique d'en charger les créanciers comme ils y procèdent de toute façon via le biais de leur comptabilité mensuelle et comme ils ont un intérêt primaire à le faire.
- L'article 31 de la LM confère un droit de contrôle à la Commission de médiation et au juge de paix vis-à-vis du SICS de sorte à ce que le secret professionnel est violé.
- La loi reste muette quant aux plans zéro, c'est-à-dire les situations où le débiteur ne peut prêter aucun remboursement à aucun moment.
- Les références à des règlements grand-ducaux multiples à venir constituent un manque. (ex : Art. 30, al.2)

2. Admissibilité

- L'instruction relative à l'admissibilité de la demande qui ne présente pas la complexité d'une instruction générale sur les dettes et les créanciers éventuels.
Un avis sommaire pourrait être adressé à la Commission afin de permettre à celle-ci de statuer au plus vite sur l'admissibilité ou le refus de la demande.
L'effet suspensif étant fixé à la date où la décision d'admission a été transportée à la connaissance des créanciers. Cependant, il faudrait vérifier si cette façon de procéder est viable en pratique.
- La LM n'apporte aucune précision quand à la définition de la notion des dettes professionnelles et quand à l'admissibilité des ex-commerçants ayant toujours à leur charge des dettes résultant de leur activité commerciale.
- Est-ce qu'il faut produire une pièce spéciale pour le contrôle du domicile ou est-ce que le certificat de résidence est suffisant?
- Ne faut-il pas préciser ce qu'on entend par organisation de l'insolvabilité?

3. Instruction du dossier par le SICS

- Il serait indiqué, afin d'introduire l'égalité des débiteurs, de se baser sur un barème à définir pour la détermination du budget mensuel.
- Ne faudrait-il pas préciser la notion de délai raisonnable pour le débiteur à produire les pièces, le SICS étant contraint d'attendre la production des pièces afin d'avancer dans le dossier.
- Le délai d'introduction des créances de deux mois accordé aux créanciers nous semble assez long comme cette phase ne peut excéder 6 mois. Un délai de un mois serait plutôt viable.
- Il sera important de bien préciser le contenu de la déclaration de créance, les créanciers étant réticents à produire toutes les informations nécessaires.
- La LM ne prévoit pas de délai pour les créanciers à répondre au projet de plan conventionnel leur soumis par le SICS.

4. Commission de médiation

- Il ne nous semble pas indiqué de faire participer des banquiers actifs au travail de la Commission de médiation, le conflit d'intérêt étant omniprésent.
- La LM ne prévoit pas d'information aux co-débiteurs.

5. Phase judiciaire

- La LM ne prévoit pas de protection des cautions à ce niveau.
- Il serait indiqué de ne pas superposer la phases judiciaire et la période de rétablissement personnel afin d'éviter un délai maximal de 13 ans.

6. Rétablissement personnel

- Ne faudrait-il pas préciser qui pourra exécuter la fonction de liquidateur.
- La LM n'est pas claire au niveau de la vente éventuelle de la maison si on n'est pas en présence d'enfants

7. Accompagnement social

- Ne faudrait-il pas préciser le champ d'action et les moyens dont dispose le SAS dans le cadre de la surveillance de la période de bonne conduite?

ANNEXE II

Projet pilote EFFEKT

Les statistiques nationales ou internes à la Ligue de ces dernières années montrent que le comportement des enfants à l'école est souvent et de plus en plus préoccupant. Les problèmes d'agressivité, de violence et de discipline se multiplient, et le corps enseignant est à la recherche de solutions efficaces pour y faire face.

La Ligue, consciente de cette problématique, s'est attachée à trouver des solutions. Après l'étude de plusieurs propositions elle a décidé de développer le programme EFFEKT visant à renforcer, de manière précoce, les compétences sociales des enfants (et de leurs parents) afin de les responsabiliser le plus tôt possible.

Ce programme EFFEKT (EntwicklungsFörderung in Familien : Eltern und Kinder Training), est élaboré par la Friedrich-Alexander-Universität Erlangen de Nürnberg. Il a été proposé comme projet-pilote, en 2007/2008, à 5 classes du préscolaire réparties sur le territoire national.

Le développement sur le terrain du programme EFFEKT a été réalisé par des assistantes sociales et/ou des assistantes d'hygiène sociale. Les 5 classes participant au projet ont été divisées en 9 groupes distincts. Pour chaque groupe le programme comprend 3 interventions par semaine pendant 5 à 6 semaines successives soit un total de 15 séances.

Le détail des projets Effekt développés dans ces 5 classes préscolaires s'est établi ainsi :

Projet	1	2	3	4	5
Descriptif					
Commune	Mondorf	Differdange	Berdorf	Schouweiler	Mondorf
Calendrier	11. 02. 08 au 21. 03. 08	7. 04. 08 au 9. 05. 08	9. 04. 08 au 6. 06. 08	19. 05. 08 au 4. 07. 08	2. 06. 08 au 4. 07. 08
Nombre de classe(s)	1	1	1	1	1
Nombre de groupe(s)	2	1	2	2	2
Type d'intervenant social	1 AS	1AS et 1AHS	2 AHS	1AS et 1AHS	1 AS
Nombre de séances (interventions)	30	15	30	30	30

L'on conçoit aisément que ce programme représente, par le nombre d'interventions qu'il requiert, une charge de travail intense et demande un lourd investissement en personnel, en préparation, et en temps. Ainsi l'on a en moyenne comptabilisé pour les intervenants sociaux environ 68 heures de travail (temps de préparation et d'évaluation inclus) par groupe pour la réalisation complète du programme.

LE PERSONNEL

(Situation au 27 mars 2009)

Secrétariat Général

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

Structure Opérationnelle

Direction médicale: Dr Fabrice Chaussade
Direction sociale: Jean-Nico Pierre
Direction administrative: Monique Lesch-Rodesch

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

Services

Service médico-social

Assistants d'hygiène sociale et assistants sociaux: Line Audry, Vicky Berscheid-Hoffmann; Lony Besch, Gaby Bonert-Bissener, Ingrid Conrad, Myriam Dubois-Wersand, Nathalie Dumortier, Josiane Gerges, Antoinette Hartung-Gaspar, Françoise Hilt, Eliane Kerger-Boever, Simone Kieffer, Lydia Knaff, Guy Krantz, Edmée Linster, Sylvie Mauricio, Marisa Neves, 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, Carole Breckler, Marianne Ernst, Adrienne Franck, Madeleine Jungers-Goergen, Josiane Kolbach, Michèle Marxen-Lahure, 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 Frjuckic, 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, Joëlle Noesen-Mamer, Stéphanie Payeur-Adolphe, Michèle Reiland, Simone Reiser, Marie-Alix Schumacher, 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, Emmanuelle Rémy, Diane Schalk, Leila Serrano, Fabienne de Wachter

Service d'Information et de Conseil en matière de Surendettement

Economiste: Christian Schumacher

Conseiller: Christian Wagener

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, Mariette Kellen, 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 2008

Membres effectifs :

Marc Josse, président

Manuela Goncalves, vice-présidente

Sylvie Mauricio, secrétaire

Stéphanie Adolphe, secrétaire-adjointe

Monique Scheuer, membre, déléguée à la sécurité

Membres suppléants :

Claudine Nau, membre suppléant

Nathalie Groos, membre suppléant, déléguée à l'égalité
