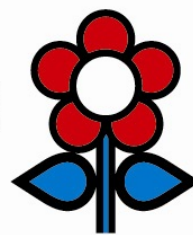




LIGUE MÉDICO-SOCIALE
MIR HËLLEFEN ZËNTER 1908



RAPPORT D'ACTIVITE

2010

RAPPORT D'ACTIVITE 2010

publié par la **LIGUE MEDICO-SOCIALE**

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

Edition 2011

SOMMAIRE

Le Mot de la Présidente.....	5
Le Conseil d'Administration.....	11
Rapport du Conseil d'Administration.....	13
Rapport du Conseil de Surveillance.....	21
Rapport sur les Services médico-sociaux	21
1. Les Consultations pour Maladies Respiratoires	23
1.1.Missions et rôles des consultations pour maladies respiratoires	23
1.2.Les données générales	24
1.3.Activité des consultations TB et maladies respiratoires.....	25
1.4.Analyse et interprétation des résultats médicaux.....	27
1.5.Conclusion	28
2. La Médecine Scolaire	29
2.1.Les Missions	29
2.2.La population des enfants scolarisés	30
2.3.Activité et bilan du Service Médecine Scolaire	30
3. Service Promotion de la Santé de l'Enfant (SPSE)	38
3.1.Les missions	38
3.2.Population de jeunes enfants (0 à 4 ans).....	38
3.3.Mode d'exercice, activités et évolution	38
3.4.Conclusions	43
4. Prévention, Dépistage, Education et Promotion de la Santé	43
4.1."Equipe Education et Promotion de la Santé"	43
4.2.Activités d'EPS en rapport avec la médecine scolaire	44
4.3.Activités diverses de prévention et d'EPS à visée communautaire.....	44
4.4.Formation des professionnels	47
5. Information du public, travaux et représentation.....	48
6. Conclusions générales	48
Rapport sur les Services Sociaux	49
1. Service d'Accompagnement Social.....	49
1.1.Missions et objectifs	49
1.2.Population cible	50
1.3.Tâches spécifiques.....	50

1.4.Objectifs poursuivis en 2010	51
1.5.L'activité du service en 2010	51
1.6.La provenance des nouvelles demandes en 2010	52
1.7.Les gestions financières.....	53
1.8.Les clôtures.....	53
1.9.Service d'Accompagnement Social et article 16 de la loi sur le RMG	54
1.10. Service d'accompagnement et surendettement.....	55
1.11. La relation avec l'Agence Immobilière sociale (AIS).....	55
1.12. Conclusions	56
2. Service Régional d'Action Sociale.....	57
2.1.Mission du service.....	57
2.2.Statistiques.....	58
2.3.Objectifs poursuivis en 2010	59
2.4.Activités du Service Régional d'Action Sociale en 2010	60
2.5.Conclusions	62
Rapport sur les Services de Conseil	63
1. Service d'Information et de Conseil en matière de Surendettement.....	63
1.1.Introduction	63
1.2.Le Conseil et l'Information.....	64
1.3.La Prévention	68
2. Gesond Liewen & Centre de consultations	71
2.1.Mission du service.....	71
2.2.Conclusions	71
2.3.Chiffres	
3. INFO-SOCIAL - Service d'information téléphonique.....	76
3.1.Mission.....	76
3.2.Quelques chiffres	76
3.3.Conclusions	77
Le Personnel	78
Les Chiffres clés 2010.....	

Le Mot de la Présidente

Pour la Ligue médico-sociale, l'année 2010 peut être considérée comme une année de transition, préparatoire à l'année 2011 où des changements plus importants sont à prévoir tant au niveau des activités médico-sociales que sociales.

La devise de cette année pourrait être : préparer le changement dans la continuité et assurer la qualité des services fournis à la population.

Dans le domaine des activités médico-sociales, (consultation pour maladies respiratoires et lutte contre la tuberculose, médecine scolaire, éducation et promotion de la santé de l'enfant, prévention, dépistage, éducation et promotion de la santé) il y a lieu de relever le succès du projet pilote en matière de promotion de la santé de l'enfant qui a été mis en place sur neuf sites. Ce projet qui remodèle les consultations pour nourrissons a pour objectif d'étendre ce service aux jeunes enfants jusqu'à 4 ans et d'en améliorer la qualité par une équipe médico-sociale exclusivement prévue à cet effet et par une attention particulière portée à l'information et au conseil des parents.

Les activités du domaine social (service d'accompagnement social et service régional d'action sociale) ont connu une nouvelle augmentation au cours de cette année.

Afin d'améliorer les compétences de nos professionnels pour effectuer un diagnostic social (analyse des problèmes et des ressources du client), tous les assistants sociaux du SAS, du SRAS et SMS ont participé à une formation en « diagnostic social » sous la direction du professeur Kaspar GEISER de l'école du travail social de Zurich.

Quant aux services de consultations et de conseil, en particulier le service d'information et de conseil en matière de surendettement, l'année 2010 a été marqué par la recrudescence de »l'effet crise « au niveau de l'affluence vers le SICS, le nombre de nouvelles demandes de conseil ayant atteint un chiffre encore jamais atteint.

Je tiens à remercier tous les collaborateurs de la Ligue pour le travail accompli cette année et de leur engagement dans l'intérêt de la santé et de l'intégration sociale des personnes vivant sur notre territoire.

Mes remerciements s'adressent également aux membres du conseil d'administration et du conseil de surveillance et à nos donateurs dont la générosité nous permet d'intervenir dans maintes situations de détresse de notre population.

Enfin au nom du Conseil d'administration de la Ligue, je remercie les autorités gouvernementales, en particulier les ministres de la Santé et de la Famille pour leur soutien moral et financier, sur lequel j'espère que la Ligue pourra compter également à l'avenir malgré les temps difficiles.

Luxembourg, le 25 mars 2011

Marguerite SCHOLTES-LENNERS
Présidente

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^{ier} 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 16 avril 2010

Président d'honneur	Dr Jean GOEDERT, Luxembourg
Vice-Président d'honneur	M. André THILL, Luxembourg
Présidente	Mme Marguerite SCHOLTES-LENNERS, Strassen
Vice-Président	Dr Romain NATI, Luxembourg
Vice-Présidente	Dr Nicole MAJERY, Luxembourg
Trésorier Général	M. Guy DE MUYSER, Luxembourg
Secrétaire Général	M. Jean RODESCH, Luxembourg
Membres	Dr Jean GOEDERT, Luxembourg Mme Colette FLESCHE, Luxembourg Dr Robert MULLER, Esch/Alzette Me Lucy DUPONG, Luxembourg Dr Yolande WAGENER, 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., Niederaanven
M. Romain KETTEL, consultant, Luxembourg
M. Daniel BECKER, économiste, 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 de la Ligue médico-sociale s'est tenue le vendredi 16 avril 2010 à Luxembourg-Ville au Centre culturel « Tramssschapp », en présence de son ministre de tutelle, Monsieur Mars di Bartolomeo.

Au cours de l'exercice écoulé le conseil d'administration a siégé à 8 reprises (12 janvier, 24 février, 30 mars, 30 juin, 27 juillet, 21 septembre, 19 octobre, 22 décembre) et a eu une entrevue avec la Ministre de la Famille en date du 7 octobre 2010.

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

SITUATION DU PERSONNEL

Au 31 décembre 2010, la Ligue comptait 179 collaborateurs professionnels dont 134 collaborateurs salariés (116 femmes et 18 hommes).

CONVENTIONS

Le conseil d'administration a reconduit pour l'exercice 2010 les conventions suivantes :

Ministère de la Santé

Convention pour le Service médico-social (SMS)

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 (GL)

DOSSIERS TRAITÉS

LOI SUR L'AIDE SOCIALE

Au cours de l'année 2010, la mise en application de la loi sur l'aide sociale à partir du 1^{er} janvier 2011 était un sujet omniprésent sur les ordres du jour des réunions du conseil d'administration de la Ligue.

Dès janvier 2010, la Ligue a rejoint les différents groupes de travail créés par le ministère de la famille pour contribuer à l'élaboration des différents projets de règlements grand-ducaux prévus dans le cadre de la loi sur l'aide sociale.

Le conseil d'administration a analysé les différents projets et a suggéré certaines corrections, sur les points ci-après:

- extension du délai pour prendre position par écrit ;
- le détail des missions de l'office social ;
- alignement aux autres lois ou textes réglementaires en vigueur (la loi sur l'aide sociale intervient à titre subsidiaire et peut compléter les mesures sociales et les prestations financières prévues par d'autres lois et règlements que le bénéficiaire est tenu d'épuiser) ;
- que le client doit rester demandeur (liberté du choix et de la décision du client (droit fondamental) ;
- accompagner le demandeur de l'aide sociale jusqu'à la stabilisation de la situation individuelle ;
- évaluer ensemble avec le bénéficiaire et tous les intervenants les objectifs atteints du plan d'intervention ;
- définir le « dossier social » et non un « dossier social minimal » ;
- des rectifications ne sont pas possibles à faire dans un dossier ;
- droit de consultation des dossiers par le client ;
- le dossier social est la propriété de l'office social ;
- le dossier original doit suivre la personne quand elle change de commune.

Début 2010, des rumeurs circulaient que la convention pour le Service d'accompagnement social ne serait plus reconduite pour 2011. L'assurance donnée par le Secrétaire Général à l'occasion de l'assemblée générale 2010 fût reconfirmée par la Ministre de la famille et de l'intégration.

Pour le ministère la nécessité de ce service « spécialiste » sur le plan national était bien claire pour assurer l'accompagnement social dans des dossiers à problèmes sociaux multidimensionnels, de surendettement, de tutelles, de curatelles et pour les bénéficiaires du RMG nécessitant un accompagnement social.

Les problèmes sociaux de beaucoup de clients ne se résument pas à un problème matériel ou financier, mais il s'agit dans la plupart des cas de situations sociales complexes et difficiles que seul un accompagnement intensif permet d'équilibrer.

Faut-il rappeler que tout professionnel (médecins, assistants sociaux d'autres services spécialisés, psychologues, enseignants,...) peut adresser une demande d'accompagnement social à la Ligue s'il estime que son client n'arrive pas à équilibrer sa situation sociale.

Dès le mois de mai, le conseil d'administration a mis en place un groupe de travail chargé de réfléchir sur un concept de collaboration avec les nouveaux offices sociaux, mais dans l'optique de s'en tenir strictement au travail spécialisé de son Service d'accompagnement social.

Dans ce contexte une délégation du conseil d'administration de la Ligue a eu une entrevue avec le SYVICOL pour expliquer et clarifier le rôle du Service d'accompagnement social de la Ligue dans le nouveau contexte de l'aide sociale sur le plan national et de bien faire comprendre la subsidiarité de ce service.

Pour le 1^{er} juillet 2010, les communes se sont prononcées sur leurs intentions de créer des offices sociaux communs avec l'option de décider de le faire en régie propre ou d'en confier la réalisation du travail social à une institution habilitée à réaliser du travail social.

Sollicité par un certain nombre de communes pour les aider dans leur futur office social, le conseil a revu sa position et marqué son accord de préparer une solution de réponse aux demandes de sous-traitance au niveau des nouveaux offices sociaux à créer.

En effet, tant le cadre de la loi sur l'aide sociale que le cadre légal de la Ligue permettent une telle initiative.

La collaboration proposée se limitait exclusivement au volet « travail social ». Tout travail administratif restait à organiser par l'office social concerné.

Une délégation de la Ligue a rencontré les offices sociaux demandeurs pour leur présenter le concept de la Ligue.

Il était bien clair que le personnel de la Ligue en charge du travail social d'un office social devait faire partie d'un Service clairement à part de toute autre structure conventionnée de la Ligue.

En date du 7 octobre 2010, la Ligue et de la Croix-Rouge ont participé à une entrevue au ministère de la famille et de l'intégration. Le procès-verbal sur la réunion retient que la Ligue médico-sociale s'abstiendra de proposer ses services dans le cadre d'une sous-traitance du travail social et de laisser le terrain à la Croix-Rouge. La Croix-Rouge de son côté s'engage à collaborer avec les Services de la Ligue et surtout le Service d'accompagnement social dans les Communes pour lesquelles elle mettra à disposition le personnel dans le cadre des futurs offices sociaux.

Dans la logique des choses la Croix-Rouge a introduit courant 2010 la résiliation du contrat réglant la mise à disposition à la Croix-Rouge de certains bureaux dans les centres médico-sociaux de la Ligue.

MEDECINE SCOLAIRE

Le conseil a appris avec satisfaction le vote de la loi du 18 mai 2010 modifiant la loi du 2 décembre 1987 portant réglementation de la médecine scolaire. Le texte voté ne couvre qu'une partie des attentes de la Ligue, mais de par son ouverture de pouvoir organiser la fréquence des mesures et examens de médecine scolaire par un règlement grand-ducal, le conseil de la Ligue reste optimiste de pouvoir mieux répondre aux besoins en matière de prévention, de promotion et d'éducation à la santé des enfants scolarisés.

« Art. 1er. A l'article 2 de la loi du 2 décembre 1987 portant réglementation de la médecine scolaire, les termes „de l'éducation préscolaire, des enseignements primaire, postprimaire ou supérieur“ sont remplacés par les termes „de l'enseignement fondamental, secondaire ou supérieur“.

Art. 2. L'article 5 de la même loi prend la teneur suivante:

„Art. 5. Un règlement grand-ducal, en vue duquel l'avis du Collège médical est sollicité, détermine le contenu et la fréquence des mesures et examens de médecine scolaire prévus à l'article 4. Le même règlement détermine le contenu et les formes d'un carnet de santé.“

Art. 3. A l'article 6 de la même loi, le dernier alinéa est complété par la phrase suivante:

„Un règlement grand-ducal peut déterminer l'équipement standard de ces locaux et centres. »

CONSULTATIONS POUR NOURRISSONS ET JEUNES ENFANTS

Depuis le 1er novembre 2009, la Ligue a démarré son projet pilote sur les consultations pour nourrissons et jeunes enfants (CNJE) sur 9 sites pour encore mieux répondre aux besoins et à la demande des jeunes parents. Dans le cadre de ce projet s'ajoutent aux consultations habituelles, des consultations sur rendez-vous, des visites à domicile et des séances d'échanges et d'information sur la santé « INFO-SANTÉ ».

La nouvelle formule prévoit la participation d'un médecin spécialiste, ainsi que de plusieurs infirmières en pédiatrie et d'assistants d'hygiène sociale, dédiés exclusivement à ces consultations.

L'équipe Promotion de la Santé de l'Enfant a soumis fin 2010 le rapport d'évaluation sur le projet pilote « Service Promotion de la Santé de l'Enfant » qui a été réalisé sur 1 année. Le nombre de consultants a fortement augmenté sur la majorité des sites. Les visiteurs ont apprécié à l'unanimité la nouvelle formule des consultations.

Encouragé par le succès du projet pilote, le conseil a décidé d'étendre la formule sur toutes les consultations du pays et le cas échéant d'ouvrir de nouvelles consultations dans les zones qui ne profitent pas encore de ce service.

PROJET D'AIDE ALIMENTAIRE DE LA LIGUE MEDICO-SOCIALE

Au cours de 2010, la Ligue a pu finaliser un instrument d'aide, à disposition de ses travailleurs sociaux pour venir en faveur de leurs clients qui se trouvent dans une situation de détresse urgente.

Grâce à un arrangement trouvé entre la Ligue et la chaîne de supermarchés ALDI, les Chèques-Repas émis par la Ligue sont aussi acceptés dans les magasins ALDI qui n'acceptent pas de « Bon d'achat ».

Le recours à ce moyen de paiement, destiné exclusivement à l'achat d'aliments (à l'exclusion d'alcool et de cigarettes), augmente de façon considérable le pouvoir d'achat des bénéficiaires et évite aux clients en situation de précarité le calvaire des « bons d'achat » au passage à la caisse, ressenti souvent comme stigmatisant.

ACCORD DE PARTENARIAT ASTI-LIGUE PORTANT SUR LE PROJET « PARTENARIATS POUR L'INTEGRATION INTERCULTURELLE »

Le conseil a décidé l'adhésion comme institution partenaire du projet « Partenariats pour l'Intégration Interculturelle », une initiative de l'ASTI.

Le projet consiste à procurer aux ressortissants non-communautaires des informations sur l'entrée et le séjour au Grand-Duché, ainsi que des informations pour mieux s'intégrer dans la société d'accueil. Il comporte également un volet visant à faciliter les échanges entre professionnels et clients dans l'esprit d'une ouverture vers l'autre.

Le partenariat donne aux collaborateurs de la Ligue la possibilité de recourir à des interprètes interculturels.

DEMANDE DE LA COUR DES COMPTES EUROPEENNE POUR LA PRISE EN CHARGE DES EXAMENS TB DANS LE CADRE DES EXAMENS D'EMBAUCHE

Le conseil a répondu favorablement à une demande de collaboration de la Cour des comptes Européenne pour réaliser des RX du thorax de leurs candidats à l'embauche sur base d'une prescription médicale émise par le médecin du travail de leur unité.

TEST QUANTIFERON – MISE EN ŒUVRE AU GRAND-DUCHE DE LUXEMBOURG

Le conseil a validé la collaboration avec le Laboratoire National de la Santé quant aux tests de dépistage au « Quantiféron » qui s'avère très fiable et efficace en matière de dépistage de la tuberculose dans certaines situations (BCG, femme enceinte, ...). Après validation par le Conseil Supérieur d'Hygiène du Ministère de la Santé, ce test pourra valablement compléter les tests tuberculiniques (intradermoréactions) actuellement en place.

NOUVELLES DISPOSITIONS CONCERNANT LE CONTROLE MEDICAL DES ETRANGERS

Une circulaire de la Direction de la Santé – Service Médical de l'Immigration a informé tous les médecins exerçant au Luxembourg qu'à partir du 1^{er} septembre 2010 pour le contrôle médical des étrangers « ... le dépistage de la tuberculose sera obligatoirement et exclusivement effectué par la Ligue médico-sociale (LMS), selon les critères définis par cette institution. Vous n'aurez donc plus à effectuer ni intradermoréaction, ni radiographie pulmonaire et il n'y a plus de nécessité de vous prononcer quant à une éventuelle tuberculose chez vos patients.... »

PROJET D'UNE INSTALLATION RX MOBILE

Au vu d'une demande croissante pour réaliser des entourages en entreprise, le conseil a approuvé une étude sur les possibilités de recourir à une installation RX mobile pour éventuellement compléter à terme l'installation fixe au CMS de Luxembourg.

DEMANDES DE LOCAUX

La Ligue a été sollicitée par plusieurs offices sociaux pour la mise à disposition de locaux dans ses centres médico-sociaux pour y aménager leurs bureaux d'office social à partir du 1^{er} janvier 2011.

Il a été retenu des délibérations que d'une part la surface demandée ne répondait pas aux possibilités et d'autre part ces demandes ne s'alignent pas sur le concept de fonctionnement d'un centre médico-social qui s'entend comme pôle régional d'action médico-sociale et prévoit la mise à disposition d'une infrastructure complète au service utilisateur (réseau informatique, installation téléphonique, photocopieuses, ...) contre une participation aux frais de fonctionnement.

EUROMELANOME

Suite à l'abandon en 2010 des consultations gratuites à l'occasion de la journée « Euromelanome », le conseil a décidé de réaliser en 2011 en collaboration avec le ministère de la santé et les médecins dermatologues de la Société luxembourgeoise de dermato-vénéréologie un « clip » sur les méfaits du soleil et comment se protéger. Le clip pourra aider notre personnel dans ses interventions en médecine scolaire pour introduire le sujet de l'atelier « Soleil » et servir d'information du grand public.

CMS DUDELANGE MISE A DISPOSITION DE LOCAUX A L'ADEM

Dans le but de décentraliser les bureaux pour demandeurs d'emplois l'ADEM a décidé de créer des antennes dans plusieurs communes dont la Ville de Dudelange. Dans la recherche de localités appropriées l'ADEM a demandé à la Ligue, si des locaux pouvaient être mis à leur disposition au CMS Dudelange pour y installer des bureaux de placement et de chômage.

Compte tenu des possibilités de collaboration dans l'intérêt d'une population dans le besoin, le conseil a avisé favorablement l'intérêt annoncé par l'ADEM.

INFRASTRUCTURE et EQUIPEMENT

En 2010, les efforts de la Ligue ont porté sur :

CENTRALE TELEPHONIQUE POUR L'ENSEMBLE DES CMS DE LA LIGUE

Remplacement des centrales téléphoniques par un réseau « Voice over IP ». Le nouveau réseau est en service depuis avril 2010.

CENTRE MEDICO-SOCIAL DUDELANGE

Pour une meilleure sécurité, le CMS a été équipé d'un système de contrôle des accès.

CENTRE MEDICO-SOCIAL ETTTELBRUCK

Réfection des sanitaires au rez-de-chaussée. Mise en place d'un ascenseur pour personnes handicapées.

CENTRE MEDICO-SOCIAL LUXEMBOURG

Le 2^{ème} étage de l'ancien bâtiment a été rénové. Travaux de réparation sur la façade arrière. Rénovation et mise en conformité de l'escalier de secours.

CENTRE MEDICO-SOCIAL WILTZ

Le conseil a

- avisé favorablement la demande de la Ville de Wiltz pour enlever le mur d'enceinte de la Ligue le long de l'avenue de la Gare dans l'intérêt de la sécurité des piétons pour permettre l'élargissement du trottoir
- donné son accord sur le principe d'insérer la Chapelle "Simon" dans un circuit de promenade des chapelles de Wiltz mis en place à l'occasion du 500^e anniversaire de l'église de Wiltz

En contrepartie, la Ville de Wiltz s'est engagée à assurer l'entretien du parc de la Ligue.

CONSULTATIONS POUR NOURRISSONS ET JEUNES ENFANTS :

Suite aux interventions auprès des responsables de la Ville de Luxembourg, les consultations pour nourrissons et jeunes enfants à Luxembourg-Gare et à Luxembourg-Bonnevoie ont été entièrement rénovées.

DIVERS

BROCHURES, AFFICHES, CARTES ET FLYERS

- Réalisation de Cartes « Info-Social » en français, allemand et portugais
- Brochure surendettement émise en langue portugaise
- Brochure et Affiches sur le « Service Promotion de la Santé de l'Enfant »
- Flyer « Cours de Massage bébé »

FLEUR PRINCE JEAN –COLLECTE 2010

La vente de la Fleur Prince Jean 2010 s'est déroulée du 7 au 28 juin 2010 avec une édition de 25 000 autocollants.

Comme l'année 2010 a été déclarée « **Année du poumon** », la Ligue s'est associée à cette campagne mondiale qui vise à rehausser la sensibilisation à la santé pulmonaire et à initier des actions dans les communautés du monde entier pour lutter contre la maladie pulmonaire. Le conseil de la Ligue a décidé de l'affectation des fonds collectés dans l'intérêt de la **Création d'une Ecole de l'Asthme**.

BANQUE ALIMENTAIRE

En 2010, plus de 2048 colis de vivres provenant de la Banque Alimentaire ont été distribués par les assistants sociaux de la Ligue dans le cadre de leur travail social. Dans la majorité des cas, il s'agissait de personnes seules ou de ménages avec enfants en bas âge sans subsistance.

PERSONNEL

FORMATION DU PERSONNEL

La Ligue a poursuivi en 2010 ses efforts de qualité de service par la formation de son personnel. Ainsi le conseil a validé, 2975 heures de formation, notamment :

Formation obligatoire pour tous les assistants (d'hygiène) sociale sur le « diagnostic social » ;
Formation obligatoire pour tous les professionnels de santé sur « *Le rôle du professionnel médico-social face au client fumeur* » ;
Le personnel médico-social intervenant dans les consultations pour nourrissons et jeunes enfants a suivi une formation interne sur les thèmes : alimentation, pathologies autour de l'alimentation, dermatologies, les soins du nouveau-né, vitamine D et Fluor, dépression post-partum

TRAVAILLEUR DESIGNÉ

Pour répondre aux exigences légales en matière de Protection, Sécurité et Santé des Travailleurs le conseil a désigné Madame Lesch-Rodesch Monique comme travailleur désigné.

DEPARTS EN RETRAITE

Au cours de 2010, la Ligue a vu partir en retraite deux collaboratrices de longue date :

- Madame Lony BESCH, assistante d'hygiène sociale
- Madame Antoinette HARTUNG, assistante d'hygiène sociale

Le conseil tient à les remercier pour leurs bons et loyaux services.

En Hommage

La Ligue déplore la disparition de :

Mme Nelly BERTRAND, assistante d'hygiène sociale à Ettelbruck
(1963 à 1999)

Mlle Fernande GRETSCH, assistante d'hygiène sociale et chef de circonscription
(1939 à 1940) et de (1945 à 1977)

Monsieur le Docteur Arsène HOSTERT, médecin directeur de la circonscription Sud
(1954 à 1984)

La Ligue gardera de ses anciens collaborateurs un souvenir reconnaissant et inaltérable.

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 2010.

Conformément aux dispositions de l'article 16 du statut modifié de la Ligue, le conseil de surveillance confirmé par l'assemblée générale ordinaire du 16 avril 2010 a procédé le 18 mars 2011 au contrôle des opérations comptables effectuées par le trésorier de la Ligue pendant l'exercice 2010 au contrôle du bilan de la Ligue arrêté au 31 décembre 2010.

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 2010 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 2011 d'approuver le bilan 2010 de la Ligue luxembourgeoise de Prévention et d'Action médico-sociales.

Luxembourg, le 18 mars 2011

Le conseil de surveillance,

Joseph LENTZ

Romain KETTEL

Daniel BECKER

RAPPORT SUR LES SERVICES MEDICO-SOCIAUX

Dans le cadre de la médecine préventive et sociale la Ligue médico-sociale accomplit ses missions d'ordre médico-social, conformément à la loi du 25 avril 1983, grâce à divers services et prestations:

Service des consultations pour maladies respiratoires et de lutte contre la tuberculose
Service médecine scolaire
Service Promotion de la santé de l'enfant
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 difficulté.

Dans ce large domaine d'interventions préventives, l'année 2010 a surtout été marquée par le développement, sur 9 sites, du projet-pilote concernant du service promotion de la santé de l'enfant (SPSE).

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-tuberculeuse (LAT) dans le pays est une activité historique et prioritaire de santé publique qu'elle assume pleinement depuis plus de cent ans.

Elle 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 (TB):

- chez les sujets en contact (SC) avec un malade contagieux (cas index),
- parmi les populations à risque (de développer la maladie) ou défavorisées,
- et enfin dans le cadre d'examens systématiques et/ou légaux de dépistage ou de prévention

Toutes ces investigations sont destinées à identifier d'éventuels malades mais aussi à repérer les personnes récemment infectées, non malades (infections tuberculeuses latentes), qui risquent d'évoluer vers la tuberculose-maladie en vue de les traiter et d'interrompre ainsi la chaîne de transmission de la maladie.

Les infections tuberculeuses latentes (ITL) ne s'accompagnent d'aucun signe clinique ou radiologique. Elles sont mises en évidence par la seule positivité d'un test tuberculinique (test cutané ou sanguin). Ces formes latentes de TB ne requièrent pas de déclaration obligatoire et ne sont donc pas répertoriées par le Ministère de la Santé. Cette action 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 de la Santé.

Au total la Ligue comptabilise d'une part toutes les formes latentes de tuberculose qu'elle dépiste, et d'autre part les formes actives que les services de référence, nationaux ou étrangers, lui notifient lors

En bref

En 2010 l'activité des « consultations pour maladies respiratoires » s'est révélée globalement stable.

La fréquentation, avec 16565 consultations, a légèrement augmenté de 0,83%. 12655 tests tuberculins ont été effectués ou lus (+ 7,22%) et 5951 radiographies thoraciques ont été pratiquées (- 2,30%) dont 16,4% présentent une anomalie.

38 dossiers TB ont été enregistrés dont 3 ont bénéficiés de l'intervention de l'AHS du service.

Enfin la prévalence (883 cas) des infections tuberculeuses latentes (ITL) est stable.

de la transmission d'une déclaration obligatoire (D.O.).

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

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

1.1.2. Dépistage et Prévention des maladies respiratoires

Cet autre volet d'activité du service s'effectue dans le même temps que les consultations TB.

Les professionnels de l'équipe sont sensibilisés aux antécédents, aux conduites à risque et enfin aux conditions de vie et de travail de nos visiteurs. Ils sont particulièrement attentifs au dépistage et à la prévention des maladies respiratoires chroniques liées entre autres aux fumées de tabac ou à l'exposition à d'autres polluants notamment professionnels.

Ainsi la Ligue travaille en étroit partenariat avec les services de santé au travail. Et 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 des visites d'embauche, adressent régulièrement leurs patients dans les centres de la Ligue pour effectuer des radiographies du thorax de contrôle et de dépistage.

Enfin, le service répond occasionnellement 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 ou de proximité.

Au terme de la consultation pour maladies respiratoires, un diagnostic, strictement confidentiel, est établi. Les différentes pathologies, d'origine tuberculeuse et non tuberculeuse, 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 d'un infirmier hospitalier gradué, d'infirmier(e)s, d'une assistante d'hygiène sociale (AHS), de 3 ATM en radiologie, de secrétaires et enfin de médecins (pneumologues). Chaque circonscription possède un site de consultations où sont effectués gratuitement des tests tuberculiniques, des radiographies thoraciques et où sont prodigués des conseils.

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

Luxembourg :	10 séances hebdomadaires de consultations
Esch :	4 séances hebdomadaires de consultations
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 des activités du service.

1.2.1.2. Déroulement des consultations

Les modalités et le déroulement de la consultation sont similaires 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. Sur prescription et après avoir vérifié l'absence de toute contre-indication, l'ATM de radiologie réalise une radiographie thoracique sous le contrôle et la responsabilité du médecin.

Puis le médecin interprète le cliché et formule un diagnostic. Le consultant est informé du résultat, au besoin examiné, et conseillé sur les démarches éventuelles à entreprendre.

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

1.2.2. La population cible

Au 1er janvier 2010 la population du Luxembourg a franchi pour la première fois le seuil des 500.000 habitants (502.100), soit une augmentation de 1,74% par rapport à 2009. (*Chiffres Statec*)

Le nombre de résidents étrangers a très faiblement progressé (+ 0,42%) par rapport aux fortes poussées des années précédentes et leur proportion, en référence à la population totale, s'est tassée à 43,1% contre 43,7% en 2009. Dans la grande majorité des cas (86,1%) il s'agit de ressortissants de pays de l'U.E. La plus forte communauté reste portugaise (36,9% des résidents étrangers) malgré un léger tassement (- 0,25%) en 2010.

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 1.4.2.).

1.3. Activité des consultations TB et maladies respiratoires

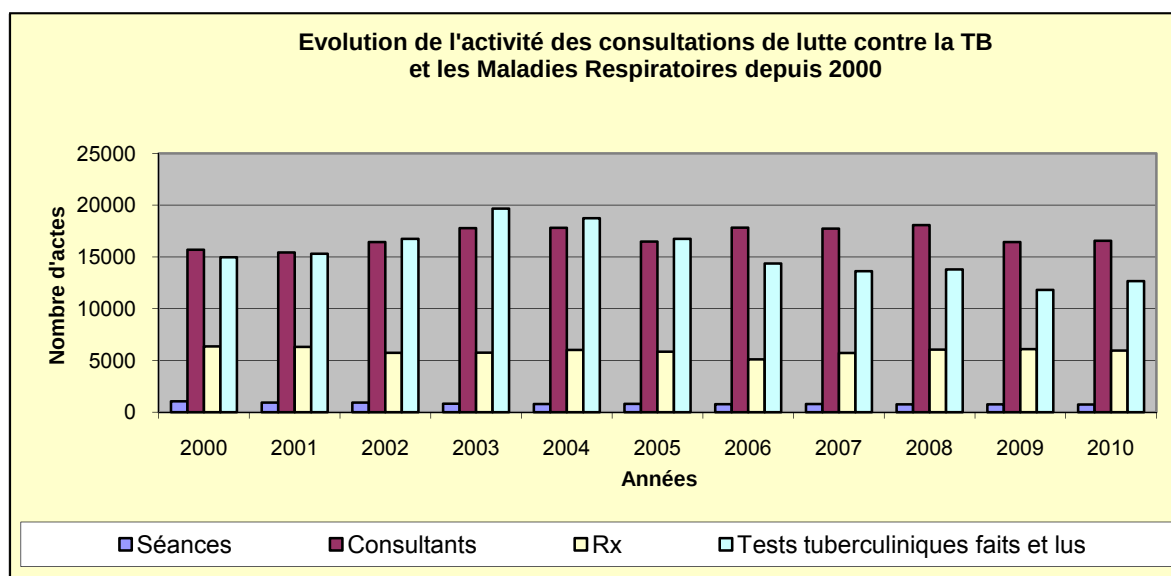
1.3.1. Volume de l'activité nationale

Au niveau national, les principaux critères d'activité enregistrés en 2010 sont les suivants :

16565	consultants
734	séances de consultation
8	déplacements en collectivité pour des séances de dépistage TB
38	dossiers TB enregistrés
3	dossiers TB ayant bénéficié de l'intervention de l'AHS du service

1.3.2. Evolution de l'activité nationale

En 2010, la fréquentation est en légère augmentation (+ 0,83%) mais l'incidence sur les examens effectués est contrastée. En effet, 5951 examens radiologiques ont été pratiqués, chiffre en léger tassement (- 2,30% par rapport à 2009) alors que le nombre de tests tuberculiniques effectués ou lus (12655) est en sensible progression (+ 7,22%). Le graphique présenté ci-dessous rend compte de l'évolution des principaux actes prestés par le service au cours de ces 10 dernières années.



L'évolution démographique et économique, les flux migratoires, la persistance des cas de TB sur le territoire national sont des facteurs qui influent, de façon directe ou indirecte, sur la fréquentation des centres et sur l'activité qui reste globalement à un niveau élevé et stable en 2010.

1.3.3. Répartition de l'activité

Différents indicateurs permettent de calculer 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. L'ensemble des critères d'activité de chaque site est relevé dans le tableau qui suit.

Critères d'activité 2010	Luxembourg	Ettelbruck	Esch /Alzette
séances	418	135	181
consultants	11720	1965	2880
radiographies	4223	681	1047
tests effectués	4868	945	1094
tests lus	4223	507	1018
dossiers TB enregistrés	20	3	15
rapports rédigés	12383	2064	3167
part de l'activité nationale	71%	12%	17%

Le CMS de Luxembourg-Ville réalise 71% de l'activité nationale. Sa part est en forte hausse (+ 10,3%) par rapport à 2009 comparé au CMS d'Esch et d'Ettelbruck respectivement 17% et 12% du total.

Notons toutefois que cet indice d'activité ne mesure pas les tâches effectuées en dehors des consultations, notamment le travail administratif, le suivi des consultants et des enquêtes TB, la gestion des convocations, l'archivage des dossiers, les requêtes très nombreuses par courrier ou téléphone, les contacts divers avec les correspondants et la gestion des actions de dépistage et des enquêtes d'entourage TB.

1.3.3.1. CMS d'Ettelbruck

La fréquentation de ce site a fortement régressé (- 14,2%) de même que le nombre des tests tuberculiniques effectués et lus (- 15,4%) et des radiographies (- 22%).

Pour ce site le taux de lecture des tests tuberculiniques, effectués par nos professionnels, est de seulement 53,7% alors qu'il avoisine 90% pour les deux autres sites. Cette déperdition concernant la lecture de test, due à l'éloignement des mandants et aux difficultés de ceux-ci à se déplacer jusqu'au CMS, ampute significativement la fréquentation du service et par voie de conséquence son activité globale.

Au total, l'activité globale d'Ettelbruck a baissé de 15,1%.

1.3.3.2. CMS de Luxembourg

La situation centrale de ce site et l'offre quotidienne de séances de consultations (voir 1.2.1.) sont un attrait déterminant pour la clientèle.

Par rapport à l'exercice 2009 la fréquentation est en forte hausse (+ 8,32%) ce qui entraîne automatiquement une augmentation de toutes les prestations. Cette augmentation s'observe pour les radiographies interprétées (+ 5,9%) et surtout pour les tests tuberculiniques effectués et lus (+ 14,9%). Ainsi l'indice d'activité globale de ce site a progressé de 10,3% en 2010.

Enfin l'AHS du service est intervenue dans 1 dossier très compliqué ayant nécessité de nombreuses démarches.

1.3.3.3. CMS d'Esch / Alzette

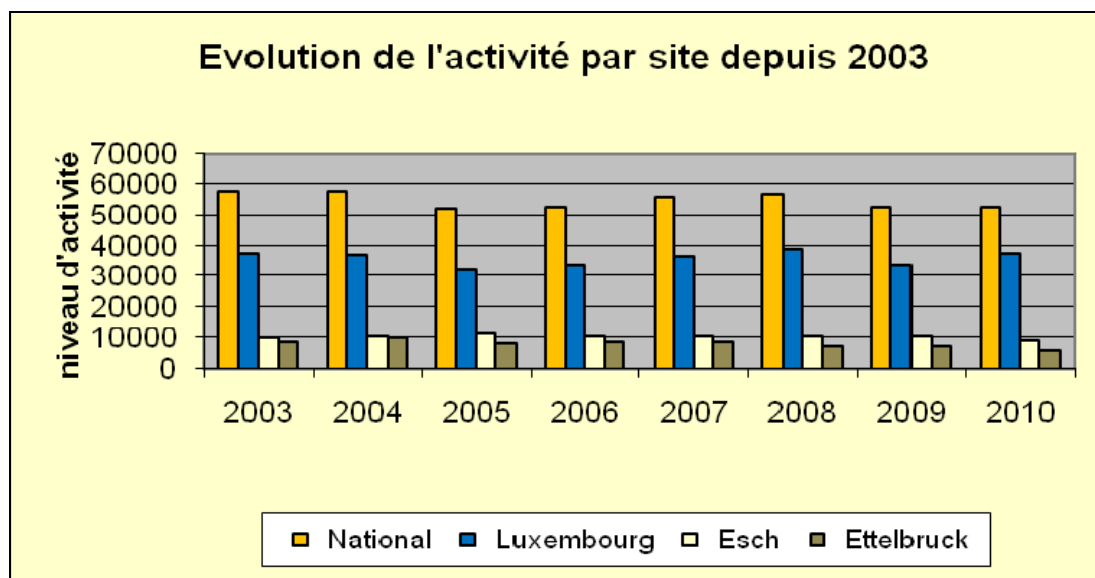
Le site organise 4 consultations par semaine.

Par rapport à l'an dernier la fréquentation est en baisse de 13,2%. Le recul des examens est global avec - 8,6% pour les tests tuberculiniques et surtout - 14,9% pour les radiographies. Ainsi, l'indice global d'activité est en régression de 11,8%. L'assistante sociale est intervenue dans 2 dossiers TB.

Il y a lieu de relever que la région Sud est une grande pourvoyeuse de tuberculose-maladie pour le pays, avec 15 déclarations obligatoires (DO) de TB enregistrées en 2010 (voir tableau du paragraphe 1.3.3.).

1.3.3.4. Evolution par site et conclusion

Le graphique ci-dessous résume l'évolution de l'indice d'activité globale de chaque site ces huit dernières années.



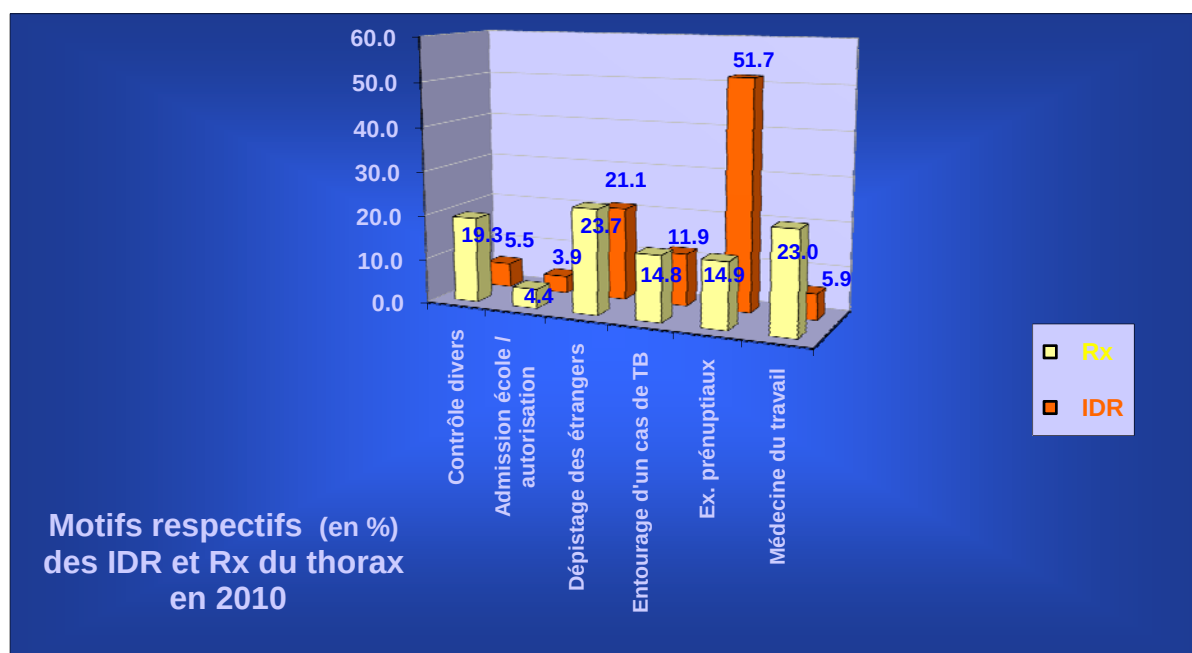
La charge de travail a baissé sur les sites d'Esch et d'Ettelbruck mais a fortement progressé à Luxembourg. Aussi, globalement l'activité au niveau national est restée stable par rapport à 2009 en raison principalement d'une démographie en progression.

1.4. Analyse et interprétation des résultats médicaux

La majorité (51,7%) des tests tuberculiniques sont effectués dans le cadre d'examen pré-nuptiaux alors que ceux-ci ne génèrent que 14,9% des radiographies du thorax effectuées dans nos centres.

En 2010 c'est le dépistage des étrangers (23,7% contre 16,1% en 2009) qui a été le plus grand pourvoyeur de radiographies, suivi de la médecine du travail (23% contre 26,5% en 2009).

Il y a lieu de relever par rapport à 2009, le nombre quasi doublé de contrôles IDR (Intradermo-réactions) effectués dans le cadre des demandes d'asile (réfugiés) avec une part importante d'enfants. Par ailleurs, si le nombre d'entourages TB est comparable à 2009, ils ont surtout été moins volumineux en nombre de sujets contact.



Des **5951** radiographies interprétées en 2010, **16,4%**, **soit 978 radiographies du thorax présentaient une anomalie.**

1.4.1. Affections non tuberculeuses

Parmi les 978 radiographies précitées, l'on dénombre **707 anomalies radiologiques non en rapport avec une affection tuberculeuse** (soit 11,9% du total des clichés interprétés) dont **426** (soit 7,2% du total des radiographies) **correspondent à des situations** 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

29 tuberculoses (toutes formes) ont été déclarées en 2010 à l'Inspection sanitaire, dont 24 formes pulmonaires, soit un taux d'incidence de 5,8 cas pour 100.000 habitants. Ce taux est en baisse par rapport à l'an dernier ($7,1 / 10^5$ h.) et est nettement inférieur à la moyenne de l'Europe de l'Ouest (environ 10 - 12 cas pour 10^5 h.). Comme dans la plupart des pays riches, l'on constate une prédominance de tuberculoses dites « importées ». En effet, 63% des cas déclarés de TB pulmonaire en 2010 surviennent parmi la population résidente d'origine étrangère. Enfin, la médiane d'âge est plus basse (48 ans) chez les malades étrangers que chez les nationaux (54 ans).¹

Remarquons que de son côté la Ligue a enregistré 38 signalements de TB qui ont motivé le déclenchement d'une enquête épidémiologique. Cette différence, en référence aux 29 D.O. de l'Inspection sanitaire, s'explique par le fait que 6 cas ont été signalés par des services sanitaires étrangers (cas index déclarés à l'étranger) et que 3 autres cas ont été recusés ultérieurement après analyses complémentaires.

1.4.2.2. Evaluation

En 2010 l'on a répertorié **271 radiographies thoraciques anormales en rapport avec une maladie tuberculeuse**, ancienne ou récente, soit 4,6% 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 ni d'une D.O. ni d'un comptage par l'Inspection Sanitaire. 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 tuberculinique lors de ces contacts TB mais aussi lors des dépistages concernant des populations à risque.

Ainsi, en 2010, l'on a comptabilisé 883 infections tuberculeuses latentes (ITL), anciennes (> 2ans) ou récentes (< 2 ans), constatées pour la première fois ou à l'occasion d'un contrôle. Et si l'on se réfère aux connaissances communément admises celles-ci sont susceptibles d'engendrer plusieurs dizaines de TB-maladie dans les mois et années futurs (10 à 15% d'évolution à terme vers la TB-maladie pour les infections récentes).

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.

L'incidence de la tuberculose dans notre pays est en baisse malgré une population résidente d'origine étrangère en constante progression ce qui témoigne de la **qualité de l'intervention de la Ligue en matière de dépistage et de prévention de la TB et des maladies respiratoires** qui nécessite de constantes adaptations.

C'est ainsi que le développement du test sanguin de libération de l'interféron, plus sensible et spécifique que le test cutané tuberculinique (IDR ou test de Mantoux) dans le dépistage de l'infection tuberculeuse latente (ITL), va compléter le dispositif de dépistage actuel de nos centres de lutte antituberculeuse.

¹ Source : Inspection sanitaire (chiffres 2010)

2. La Médecine Scolaire

La médecine scolaire (MS), prestée dans le cycle de l'enseignement fondamental, est un autre vaste champ d'intervention de la Ligue médico-sociale. Elle l'effectue pour le compte de la plupart des communes du pays conformément à la loi du 2 décembre 1987 portant réglementation de la médecine scolaire.

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 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** selon les besoins et demandes (voir chapitre 2.3.3.).

2.1.1. Le volet social

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

La loi 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 d'inclusion scolaire 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 dans 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 d'inclusion scolaire, auprès du personnel enseignant et auprès des parents pour toutes sortes de problématiques sociales.

2.1.2. Le volet médical

L'équipe médico-scolaire réalise, tout au long de l'année scolaire, plusieurs types d'examen médicaux prescrits par le règlement grand-ducal du 21 décembre 1990.

Les tests systématiques (ts) d'évaluation biométrique sont effectués tous les ans par l'AHS ou l'infirmier(e) de la Ligue dans chacune des classes de l'enseignement fondamental excepté dans le précoce. Et ce même professionnel aide le médecin scolaire lors des examens médicaux systématiques (ems), de la 1^{ère} année du 3^e et 4^e cycle de l'enseignement fondamental, et lors des bilans de santé (bs) de la 1^{ère} année du 1^{er} et du 2^e cycle fondamental et de la 2^e année du 4^e cycle fondamental.

Enfin, toutes les constatations, informations ou demandes particulières d'ordre social, constatées par l'infirmier(ère), sont transmises à son "répondant social" correspondant.

En bref

Au cours de l'année scolaire 2009-2010, le **volet médical** de la **médecine scolaire** a concerné **31748 élèves** pour **2086 classes** réparties dans **113 communes** du territoire national. Les équipes ont effectué **30218 tests biométriques (ts)**, **8064 examens médicaux systématiques (ems)** et **11311 bilans de santé (bs)**.

Les équipes ont réalisé **318 interventions en éducation et promotion de la santé (EPS)**.

2.2. La population des enfants scolarisés

La Ligue conformément aux dispositions de la loi offre ses services en matière de médecine scolaire à **113** communes du territoire national. Le nombre d'enfants scolarisés dans l'enseignement fondamental 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 2009 - 2010 l'effectif des enfants soumis aux contrôles médicaux scolaires organisés par la Ligue s'est élevé à **31748 élèves** (soit une augmentation de 0,53% par rapport à l'exercice précédent) répartis dans **2086 classes** (+ 0,68%).

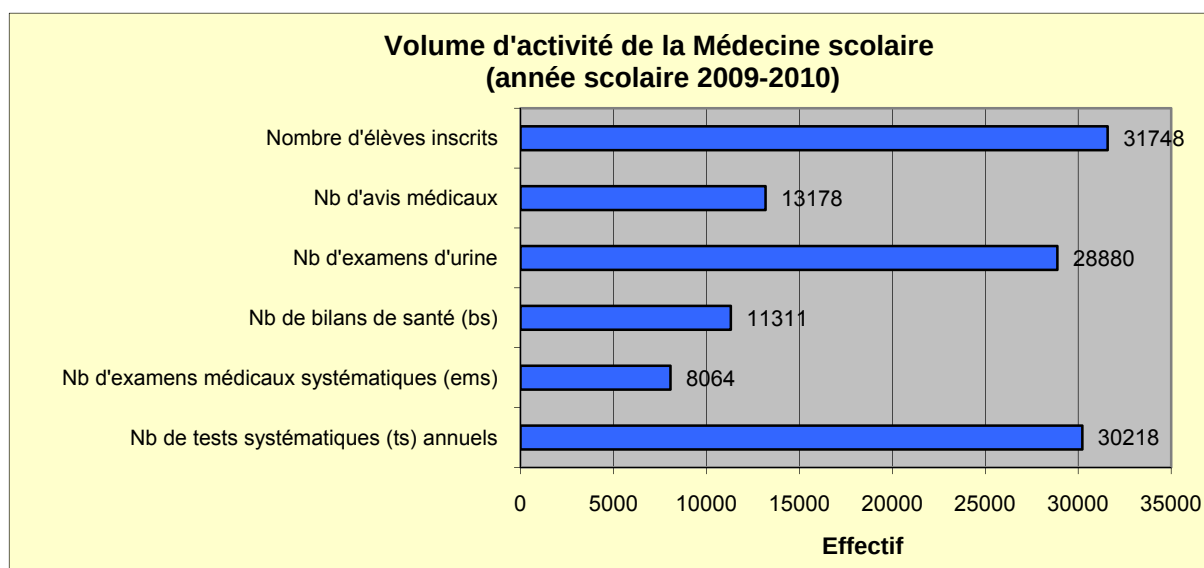
2.3. Activité et bilan du Service Médecine Scolaire

2.3.1. La Médecine scolaire (MS)

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

Au cours de l'année scolaire 2009-2010 les données suivantes ont été comptabilisées (leur évolution, par rapport à l'exercice précédent, est indiquée entre parenthèses) :

30218	tests systématiques (<i>ts</i>) annuels effectués	(- 1,19%)
8064	examens médicaux systématiques (<i>ems</i>) effectués	(+ 1,46%)
11311	bilans de santé (<i>bs</i>) effectués	(+ 0,87%)
28880	examens d'urine de dépistage pratiqués	(+ 2,87%)
13178	avis médicaux envoyés aux parents	(- 0,6%)
318	interventions d'éducation et promotion de la santé	(- 12,15%)

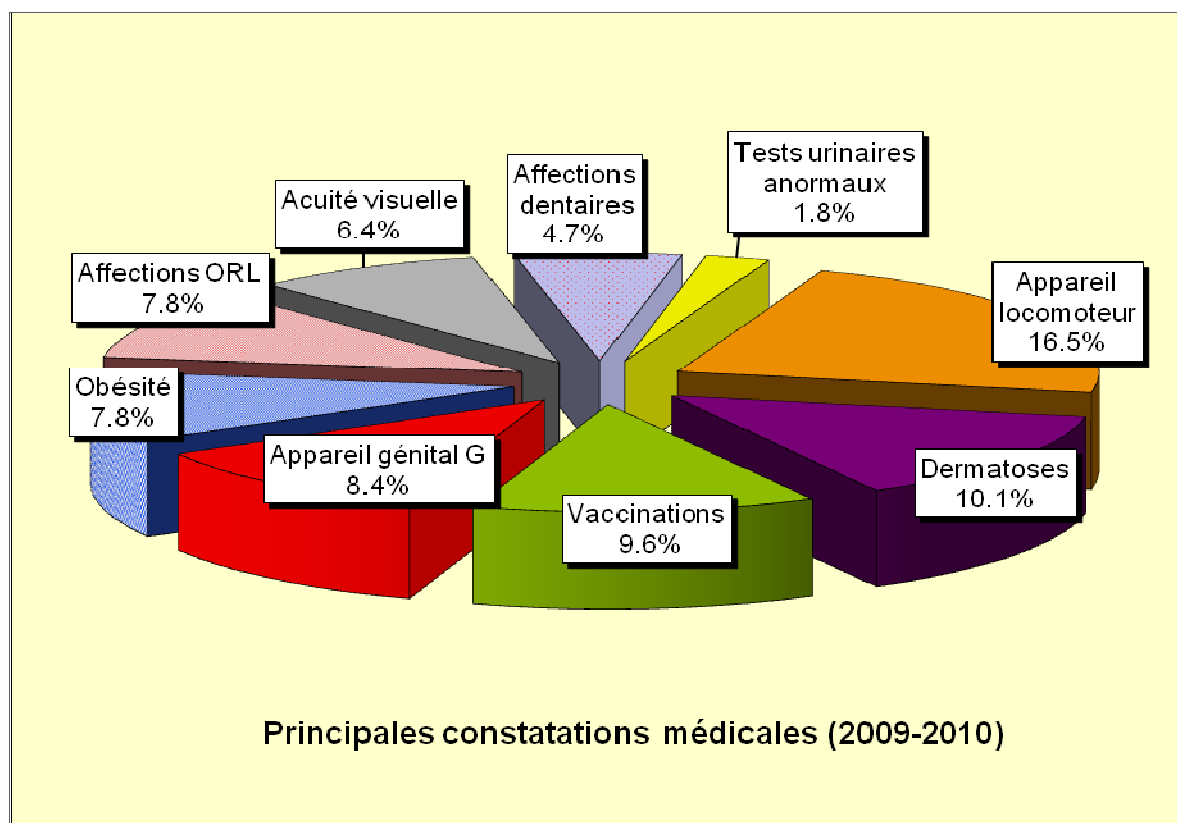


Ainsi au cours de cette dernière année scolaire 95,2% des élèves ont rencontré au moins une fois un professionnel de l'équipe médico-socio-scolaire pour un contrôle médical.

Les examens médicaux permettent de constater d'éventuelles 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 6,32 par classe examinée dont l'effectif moyen est de 15,2 élèves. Ces chiffres sont comparables à ceux des exercices précédents.

Au plan sanitaire les problèmes médicaux les plus fréquemment rencontrés concernent :

- l'appareil locomoteur (rachis, déformations plantaires, etc.) pour 16,5% des *ems* + *bs*,
- les dermatoses dont les pédiculoses pour 10,1% des *ems* et *bs*,
- les recommandations vaccinales pour 9,6% des élèves examinés en *ts*,
- les anomalies génitales du garçon (8,4% des garçons examinés)
- l'obésité, signalée dans 7,8% des *ts*,
- les affections ORL pour 7,8% des *ems* + *bs*,
- la baisse de l'acuité visuelle (6,4% des *ts*),
- les problèmes dentaires (caries et orthodontie) pour 4,7% des enfants examinés,
- et 1,8% des prélèvements urinaires. Ceux-ci objectivent la présence anormale d'albumine dans 0,56% des cas, de glucose dans 0,11% des prélèvements et enfin de sang dans 1,1% des tests.



Parmi ces chiffres signalons le recul, lent mais certain, de l'obésité qui reste néanmoins un problème important de santé publique.

D'une façon générale, une anomalie constatée lors d'un examen médical fait l'objet d'un avis de la part du médecin scolaire aux parents.

Toutefois, l'envoi d'un avis aux parents n'est pas systématique pour les affections médicales déjà notifiées lors des examens précédents ou qui sont déjà pris en charge, comme les « pathologies chroniques » telles que l'obésité, l'asthme ou les allergies.

Enfin ces évaluations nous permettent de mettre en évidence les principaux problèmes de santé des enfants et de définir des actions et programmes spécifiques d'éducation et de promotion de la santé.

2.3.2. Le volet social de la Médecine scolaire

Le service utilise une approche globale de type bio-psycho-sociale qui considère la personne dans son ensemble, intégrant les dimensions inter-reliées des composantes physiologique, psychologique, sociale et d'environnement (réseau social).

Tous les assistants sociaux du service médico-socio-scolaire ont participé à quatre journées de formation en «diagnostic social» réparties sur deux unités de deux journées. La formation a été tenue par le Professeur Kaspar GEISER, Ecole de Travail Social de Zurich.

Elle a permis à nos assistants (d'hygiène) sociaux d'élargir leurs compétences en matière de diagnostic social (effectuer une analyse des problèmes et ressources du client) et en matière de technique de documentation.

Un groupe de travail, ayant pour sujet le problème des signalements au Tribunal de la Jeunesse en matière de suspicion de maltraitance, négligence ou abus sexuel, a été organisé avec des assistants (d'hygiène) sociaux du service. Le but était de revoir les procédures, d'harmoniser nos interventions et d'améliorer les rapports écrits.

2.3.2.1. Quelques chiffres

Sur une population de 33297 enfants, 1522 enfants ont bénéficié pendant l'année scolaire 2009/2010 d'une ou de plusieurs interventions sociales de la Ligue médico-sociale.

Statut dossiers 2009-2010	Nombre dossiers
Dossiers initiaux/nouveaux	716
Dossiers actifs	613
Dossiers clôturés	193

En bref

Au sein du Service de Médecine Scolaire, l'assistante sociale est intervenue auprès de **1522 enfants scolarisés** pour un problème social.

Les problèmes, les plus importants rencontrés lors de la prise en charge chez les enfants sont: les **problèmes comportementaux d'origine psychique et physique (29,46%)**, suivis des **suspensions de négligences et négligences (24,20%)** et des **problèmes d'apprentissages scolaires (18,15%)**.

27% des problèmes ont été **stabilisés** et dans **65%** des cas, le travail social presté a **amélioré** la situation (n=1176 cas).

Le service note que le nombre de demandes augmente de façon continue depuis 2008-2009. Les demandes ainsi que les problèmes traités sont multicentriques. Les problèmes les plus importants rencontrés au début de la prise en charge chez les enfants sont classés ci-après par ordre d'importance décroissant :

- les problèmes comportementaux d'origine psychique et physique de l'enfant : 688 cas
- les suspensions de négligences et négligences : 565 cas
- les problèmes d'apprentissages scolaires : 424 cas
- les problèmes socio-familiaux : 270 cas
- l'absentéisme au sens large : 214 cas
- les problèmes de santé : 174 cas

Evolution des situations (n=1176)

Evolution de la situation chez l'enfant	%	Evolution de la situation chez le ménage	%
positive	18,87	positive	10,65
plutôt positive	46,42	plutôt positive	31,67
stabilisation	27,80	stabilisation	49,61
plutôt négative	6,20	plutôt négative	6,33
négative	0,68	négative	1,72

Sur un échantillon de 1176 situations problématiques, les assistants d'hygiène sociaux ont pu stabiliser la situation dans 27% des problèmes chez les enfants. L'intervention du service social a amélioré la situation dans 65% des cas.

La stabilisation de la situation est plutôt un résultat positif, vu que la relation d'aide a démarré et qu'un lien a pu être noué avec l'enfant et de ce fait, l'évolution négative est arrêtée. L'influence de facteurs externes à la relation d'aide ne doit pas être négligée dans le processus de changement: la stigmatisation, le surendettement des parents, le deuil d'un proche...

L'assistant (d'hygiène) social en médecine scolaire a pour mission d'assurer le suivi social de l'enfant pendant la durée de la scolarité dans l'enseignement fondamental.

Evaluation de la motivation des parents

Evaluation	Motivation père (%)	Motivation mère (%)
bonne	23,08	30,79
plutôt bonne	19,34	43,23
plutôt mauvaise	8,18	15,25
mauvaise	32,24	5,35
aucune	16,83	5,35

Le service note une variation importante entre les motivations des parents dans le cadre d'une évaluation par les assistants (d'hygiène) sociaux: la motivation des mères est bonne dans 73% des cas, alors que celle des pères est bonne dans seulement 42% des cas.

La motivation à s'investir dans le processus de changement a évidemment une influence sur la réussite de l'intervention des assistants (d'hygiène) sociaux.

2.3.2.2. Conclusions

La proportion d'enfants à problèmes sociaux augmente dans nos classes de même que les problèmes multicentriques.

Les problèmes de l'obésité, de l'échec scolaire ou de la maltraitance des enfants ont souvent aussi une face cachée sociale et/ou psychologique.

« ...Face au cumul de contraintes économiques et sociales – contraintes d'argent et de temps disponible, sentiment de précarité, absence de reconnaissance sociale - l'alimentation en est venue à constituer, pour les membres des classes modestes, un domaine de liberté d'exprimer leur refus à l'égard d'un surcroît de contraintes, par exemple celles imposées par les impératifs diététiques »².

Les stigmatisations, dont sont victimes ces enfants maltraités, négligés ou en échec scolaires, sont intériorisées par eux-mêmes et influent sur leur représentation qu'ils ont d'eux-mêmes et de leur comportement futur.

La prise en charge des problèmes rencontrés ci-dessus s'inscrit dans la logique d'un travail social préventif que la Ligue médico-sociale met en évidence depuis de nombreuses années.

Le « diagnostic social » appliqué par le service, d'après les cours du Professeur Kaspar Geiser, nous montre que la face cachée des problèmes sociaux des enfants est plus profonde qu'elle ne laisse apparaître.

La collaboration de beaucoup de parents est difficile ou absente. Pour ces situations, il manque des possibilités d'intervention, et beaucoup de situations relativement peu problématiques au départ se dégradent sans qu'on puisse aider l'enfant, à tel point que l'intervention judiciaire devient incontournable. En vue de prévenir des situations potentiellement graves, les assistants (d'hygiène) sociaux s'accordent à dire que la disponibilité du volet social de la médecine scolaire devra être augmentée en ressources humaines dans le but d'un travail social préventif approfondi.

La participation des assistants sociaux aux réunions des commissions d'inclusion scolaire est importante. La vision sociale et médico-sociale de l'assistant (d'hygiène) social (A(H)S) en tant que spécialiste, ayant une vue holistique de la situation de l'enfant et de son système, est primordiale pour le bien-être et le développement de l'enfant: « les enfants à problèmes sociaux d'aujourd'hui risquent d'être clients de demain de nos services sociaux ».

La pratique nous montre que le service a besoin d'un renforcement en ressources humaines afin d'avoir plus de disponibilités pour agir de façon préventive.

² « Obésité, goût et consommation. Intégration des normes d'alimentation et appartenance sociale » par Faustine REGNIER et Ana MASULLO, *Revue française de sociologie*, vol. L, n°4, 2009.

2.3.3. Activités de Promotion et d'Education pour la Santé (EPS) dans le cadre de la médecine scolaire (MS)

Les professionnels de l'équipe médico-socio-scolaire, au contact direct et régulier avec la communauté scolaire, sont les acteurs de terrain les mieux adaptés pour mener à bien des programmes pertinents et pérennes d'E.P.S. au sein des établissements scolaires.

2.3.3.1. Bilan des interventions des professionnels

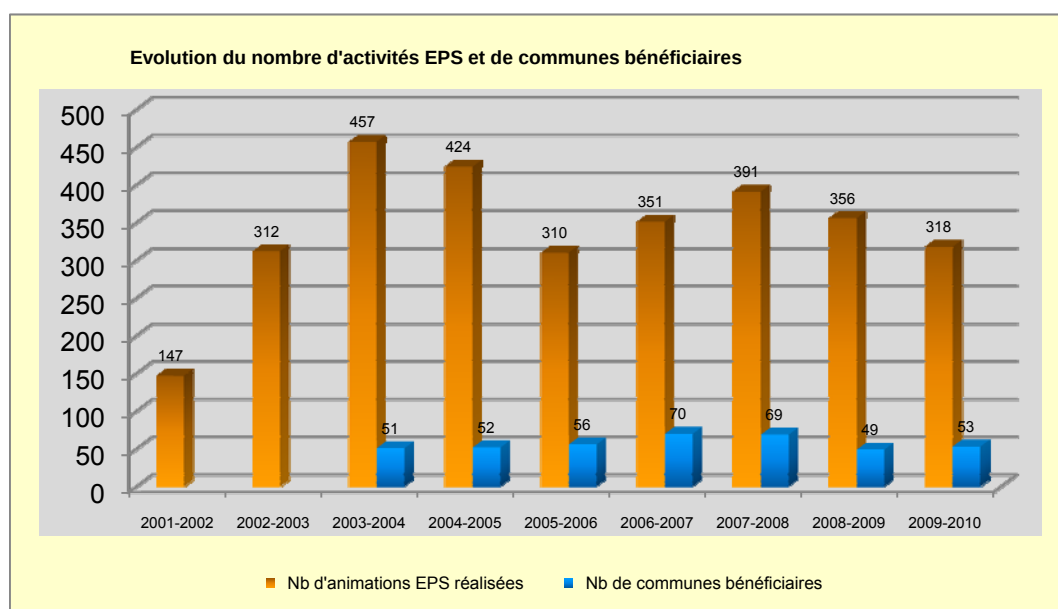
Chaque début d'année scolaire, les professionnels de la Ligue informent les enseignants et les parents des possibilités d'intervention dans les établissements scolaires en matière de promotion de la santé.

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 en MS effectuées au cours de l'année scolaire 2009 - 2010				
Circonscription	Nord	Centre	Sud	national
Activités réalisées pour les élèves	88	158	72	318 (- 12,15 %)
Nombre de communes bénéficiaires	23	26	4	53 (+12,8%)

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 **318 actions**.

La couverture géographique, avec plus de 46,5% des communes du pays (53/114) bénéficiaires d'actions d'EPS effectuées par la Ligue dans le cadre de la médecine scolaire, est en progression par rapport à l'exercice précédent. Le graphique ci-dessous résume les différentes données citées et l'évolution par rapport aux exercices précédents.



2.3.3.2. Thèmes et outils

L'équipe EPS (voir chapitre 4.1) a élaboré un répertoire intitulé « Répertoire des outils de Promotion et d'Education pour la Santé » distribué aux enseignants en début d'année. Il contient un courrier explicatif, un commentaire sur les thèmes traités et un descriptif des outils disponibles par thème, âge et niveau scolaire des enfants.

Au total **9 thèmes** ont été proposés à la communauté scolaire au cours de l'exercice écoulé. Il est à noter que le thème « Hygiène » regroupe l'« hygiène dentaire » et l'« hygiène corporelle ». De même l'intitulé « Prévention des dépendances » inclut le « Tabac » et le « Bien-être ». Enfin, l'on propose des animations concernant l'« Alimentation », l'« Activité physique », la « Visite médicale », le « Sommeil », le « Soleil », la « Sexualité » et la « Santé ».

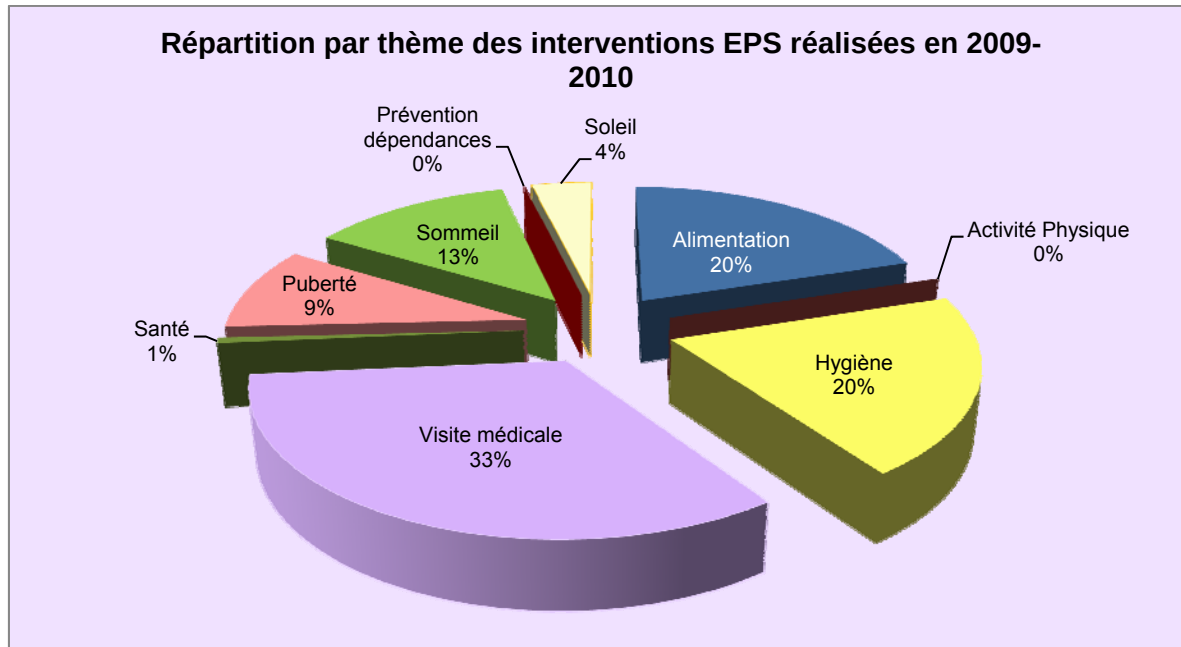
Pour l'ensemble de ces thèmes les professionnels disposent au total de **21 outils** adaptés aux différents âges des élèves. La majorité de ceux-ci ont été conçus par la Ligue excepté quelques uns développés avec d'autres partenaires (Ministères, Centre de prévention des toxicomanies).

2.3.3.3. Demandes et réponses

L'initiative des demandes d'intervention en revient :

- à l'enseignant dans 45,4% des cas
- au personnel médico-socio-scolaire dans 50,6% des circonstances
- à 3,4% des cas aux directeurs
- à d'autres ou à plusieurs membres de la communauté scolaire (communes, élèves,...) pour 0,2% des cas

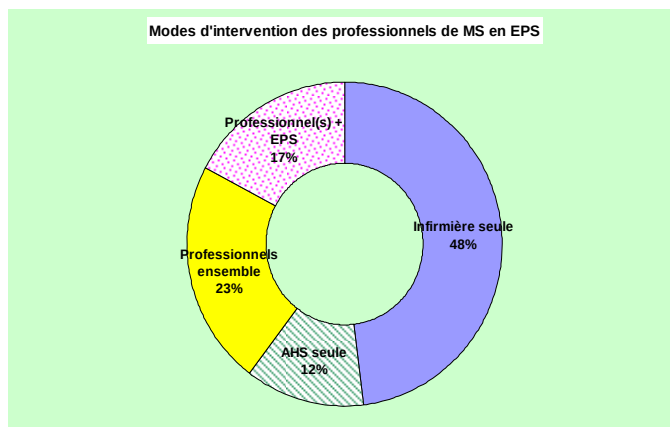
La répartition des thèmes les plus demandés est représentée dans le graphique ci-dessous.



L'on constate que les thèmes délicats, difficiles à aborder ou qui requièrent beaucoup d'expérience, de compétence ou de logistique sont moins réalisés (dépendances, activité physique, etc.).

2.3.3.4. Modes d'intervention

Le schéma qui suit synthétise les modes d'intervention des professionnels de terrain.



L'on constate que 60% des interventions éducatives sont effectuées par un seul professionnel. Dans les autres cas plusieurs professionnels interviennent conjointement.

Les chiffres montrent que les professionnels ont acquis une autonomie plus grande par rapport aux années précédentes.

2.3.3.5. Analyse

Les activités d'EPS sont essentielles. Elles modifient l'image de l'équipe médico-socio-scolaire auprès des élèves, permettent des échanges fructueux et complémentaires avec les enseignants et les autres membres de la communauté scolaire et enfin contribuent au mieux-être des enfants.

Toutefois le manque de temps ne permet pas d'intensifier ces activités à l'heure actuelle.

2.3.4. **Conclusions sur les activités de la Médecine scolaire et perspectives**

Malgré de lourdes contraintes, notamment logistiques et organisationnelles, les équipes médico-socio-scolaires remplissent chaque année les obligations légales en matière d'examens médicaux.

Les modalités légales actuelles de la médecine scolaire laissent peu de temps à la réalisation indispensable des interventions de promotion de la santé auprès des élèves.

Aussi est-il urgent que la réforme de la médecine scolaire entre en vigueur, afin de créer le cadre légal favorable au développement de ce type d'activités en faveur du mieux-être des futures générations.

De même, dans ces périodes difficiles, l'on constate une augmentation des problèmes d'ordre social parmi les élèves et leurs familles sans que les demandes d'aide soient toujours formulées.

La collaboration de beaucoup de parents est difficile ou absente. Pour ces situations, il manque des possibilités d'intervention, et beaucoup de situations relativement peu problématiques au départ se dégradent sans qu'on puisse aider l'enfant, à tel point que l'intervention judiciaire devient incontournable. En vue de prévenir des situations potentiellement graves, il devient indispensable d'augmenter la disponibilité des intervenants sociaux en médecine scolaire dans le but de réaliser un travail social préventif approfondi.

La participation des assistants sociaux aux réunions des commissions d'inclusion scolaire est importante. La vision sociale et médico-sociale de l'Assistant (d'hygiène) social (A(H)S) en tant que spécialiste, ayant une vue holistique de la situation de l'enfant et de son système, est primordiale pour le bien-être et le développement de l'enfant: « les enfants à problèmes sociaux d'aujourd'hui risquent d'être clients de demain de nos services sociaux ».

Si le travailleur social traite le plus souvent avec succès les problématiques sociales il est persuadé que son expertise permettrait de limiter, voire de prévenir les problèmes par une prise en charge globale plus précoce. Ceci demande toutefois des moyens supplémentaires pour permettre une écoute renforcée et une démarche approfondie.

3. Service Promotion de la Santé de l'Enfant (SPSE)

3.1. Les missions

L'objectif du Service Promotion de la Santé de l'Enfant (SPSE) est le bien-être des jeunes enfants de 0 à 4 ans et de leurs parents. Il s'appuie sur le dépistage précoce des retards de développement, notamment psychomoteur et des pathologies du jeune enfant. Il porte une attention particulière à l'information et au conseil des parents pour tout ce qui concerne la santé et l'épanouissement global de leur(s) enfant(s) et par voie de conséquence aux mesures d'éducation et de promotion de la santé qui en découlent.

L'équipe médicale est composée pour chaque site d'un médecin généraliste ou d'un pédiatre choisi par la Ligue, et d'un professionnel de la Ligue, assistant (d'hygiène) sociale (AHS), infirmier(ère) pédiatrique, ou infirmier(ère). Son mode d'exercice varie selon son appartenance à la structure usuelle ou au nouveau projet-pilote que nous allons détailler dans ce qui suit.

3.2. Population de jeunes enfants (0 à 4 ans)

En 2010, la population des enfants de 0 à 4 ans concernés par cette activité comptait **28652** individus (source Statec), chiffre en très légère hausse (+ 0,49%) par rapport à 2009. D'ailleurs, la tendance depuis 3 ans est à l'augmentation modeste du nombre d'enfants âgés de 0 à 4 ans.

3.3. Mode d'exercice, activités et évolution

Le SPSE comporte 3 volets distincts complémentaires : les consultations nourrissons et jeunes enfants (CNJE) qui se déroulent sur des sites fixes, les visites en maternité (VM) et les visites à domicile (VD). Ces 3 niveaux d'intervention font aussi partie du projet-pilote (P-P) inauguré en novembre 2009 et qui a pris son essor au cours de l'année écoulée.

Rappelons que le projet-pilote repose sur l'intervention d'une équipe médico-sociale exclusivement dédiée aux 9 sites concernés. Celle-ci effectue, en parallèle des consultations (CNJE) sur les sites de Bertrange, Echternach, Lintgen, Luxembourg-gare, Sandweiler, Schifflange, Steinfort, Strassen, Walferdange, des visites en maternité (VM) et des visites à domicile (VD) de façon plus systématique. Enfin elle organise des séances régulières de promotion et d'éducation à la santé (EPS) pour les parents.

Le développement de ce projet a suscité de nombreuses réunions internes de travail de l'équipe et s'est déroulé sous le contrôle d'une coordinatrice.

Pour faire connaître le Service Promotion Santé de l'Enfant aux jeunes parents, une nouvelle brochure a été élaborée au courant de l'année.

En 2010 les deux modes d'exercices, classique et P-P, ont ainsi coexistés. Nous avons donc été tout particulièrement attentifs aux incidences de ce projet-pilote sur l'activité globale du service et l'avons soumis à évaluation. Nous distinguerons ainsi les données chiffrées concernant d'une part l'ensemble des 29 sites et d'autre part celles concernant les 9 sites du projet-pilote.

En bref

En 2010 la fréquentation des 29 sites de « consultations pour nourrissons » (CNJE), avec **2596 consultations**, accuse une baisse modeste de 1,6%. Cette diminution affecte le Nord (- 18,3% pour 7 sites) et le Sud (-11,2% pour 6 sites) alors que le Centre enregistre une nette augmentation (+13,3% pour 16 sites) du fait du développement du **projet-pilote**.

En effet, fort d'une progression de fréquentation des CNJE de plus de 25% sur l'année, ce projet-pilote (9 sites) a prouvé son efficacité et son bénéfice. De même, avec **318 visites à domicile (VD)** réalisées dans son cadre, le nombre de ses prestations a explosé.

Enfin, **1123 mères** ont bénéficié d'un entretien informatif avec une infirmière au cours de 83 séances de visites en maternité (maternité Grande-duchesse Charlotte de Luxembourg et St Louis d'Ettelbruck).

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

3.3.1.1. Activité globale (des 29 sites)

Les consultations pour nourrissons et jeunes enfants (CNJE) sont organisées de longue date et s'effectuent dans 29 sites répartis sur tout le territoire.

Les CNJE 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 de la Ligue.

L'activité chiffrée est détaillée dans la grille qui suit. Elle reprend la configuration des circonscriptions selon le modèle des années précédentes c'est-à-dire sans tenir compte des particularités du projet pilote.

Circonscription	Nombre d'enfants examinés (évolution / 2009)	Nombre de nouveaux inscrits (évolution / 2009)	Nombre d'anciens consultants (évolution / 2009)	Moyenne par séance (évolution / 2009)
Centre (16 sites)	1394 (+13,3%)	488 (+28,8%)	905 (+6,3%)	3,47 (+19,2%)
Nord (7 sites)	552 (- 18,3%)	104 (- 7,1%)	448 (-20,6%)	3,49 (- 19 %)
Sud (6 sites)	650 (-11,2%)	173 (- 10,4%)	477 (-11,5%)	4,46 (- 4,7%)
National	2596 (- 1,6%)	765 (+11,8%)	1830 (- 6,3%)	3,64 (+2,5%)

En 2010 nous avons comptabilisé 713 séances et relevé 2596 consultations parmi lesquelles 765 concernent des nouveaux enfants et 1830 des anciens.

Par rapport à l'an dernier la baisse de la fréquentation nationale est très réduite (-1,6%). Par contre la baisse significative se poursuit au Nord (7 sites) et au Sud (6 sites). Et ce déficit n'est pas compensé par les excellents résultats enregistrés dans le Centre (16 sites) très certainement dynamisé par l'introduction du projet-pilote dont 7 des 9 sites y sont situés et dont nous allons étudier plus en détail les résultats.

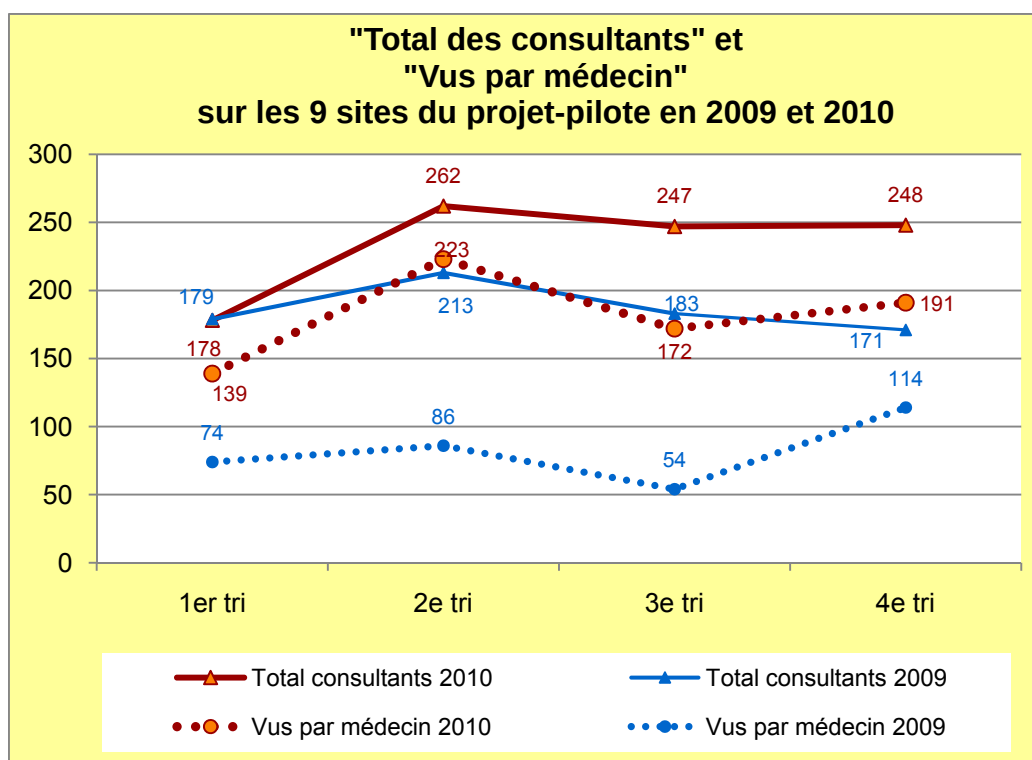
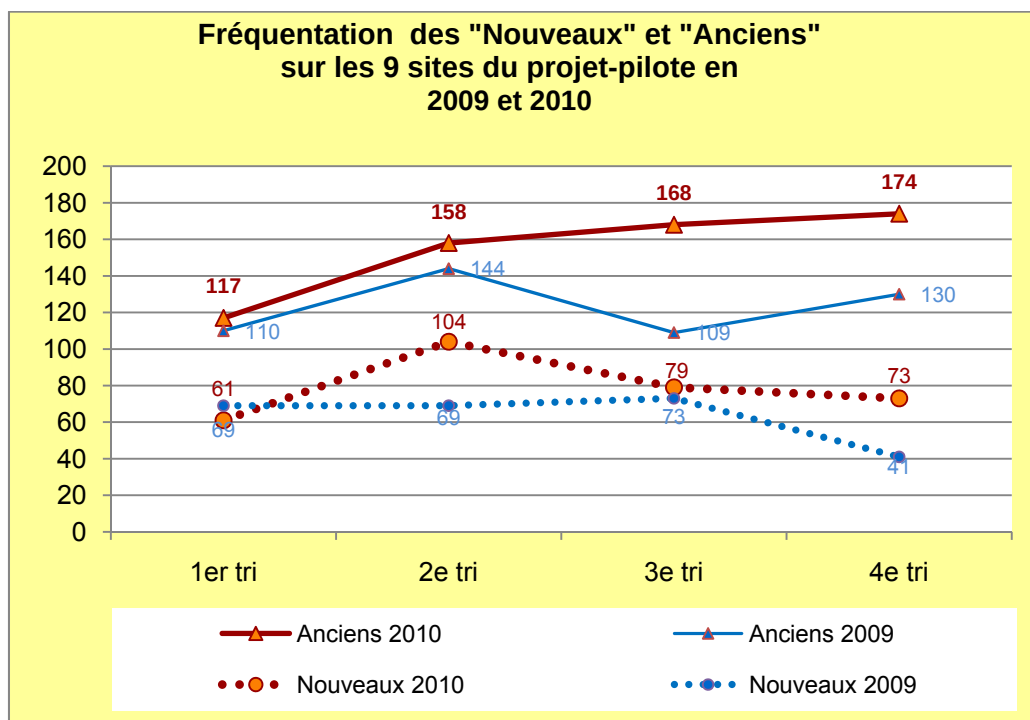
3.3.1.2. Evaluation du projet-pilote (9 sites)

Pour cette évaluation nous avons comparé la fréquentation des 9 sites inclus dans le P-P au cours respectivement de l'année 2009 et 2010.

La progression est substantielle, de plus de 25% que se soit pour la fréquentation totale, les anciens ou les nouveaux inscrits. La proportion des enfants examinés par le médecin, critère important du projet, a plus que doublé (+121%) comme le montrent les chiffres détaillés dans le tableau qui suit.

	1er tri	2e tri	3e tri	4e tri	année	Variation annuelle (%)	
Anciens	117	158	168	174	617	25,15	Année 2010
	110	144	109	130	493		Année 2009
Nouveaux	61	104	79	73	317	25,8	2010
	69	69	73	41	252		2009
Total consultants	178	262	247	248	935	25,3	2010
	179	213	183	171	746		2009
Vus par médecin	139	223	172	191	725	121	2010

L'apport du projet pilote (P-P) sur les CNJE est certain et s'est révélé globalement progressif et continu, au fur et à mesure des trimestres, ce qui est bien montré par les graphiques ci-dessous.



Le bénéfice attendu du projet-pilote sur les CNJE est donc globalement confirmé et très significatif. Néanmoins, il faut signaler des performances médiocres sur quelques sites, notamment à Lintgen et à Schiffflange, ce qui nous pousse à remodeler nos sites d'intervention.

En ce qui concerne les autres prestations du P-P, à savoir les visites en maternité (VM), les visites à domicile (VD) et les séances Info-santé, elles sont reprises dans les chapitres qui suivent.

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 (CNJE) 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 de l'hôpital St Louis d'Ettelbruck l'infirmière a effectué **38 déplacements** (nombre identique à 2009) et a rencontré **215 mères** (+2,4%) soit une moyenne de 5,7 mères visitées par déplacement.

Au Centre les visites à la maternité Grande Duchesse Charlotte du CHL sont effectuées par l'infirmière qui officie au sein du P-P. Elle a rencontré **908 mères** (+ 23,9%) au cours de **45 déplacements**. La moyenne est de 20,2 entretiens avec des mamans par séance. La majorité (65,8%) de ces mères résident dans la circonscription centre.

Pour cette prestation l'on constate aussi un bénéfice indéniable lié au P-P.

3.3.3. Les visites à domicile (VD)

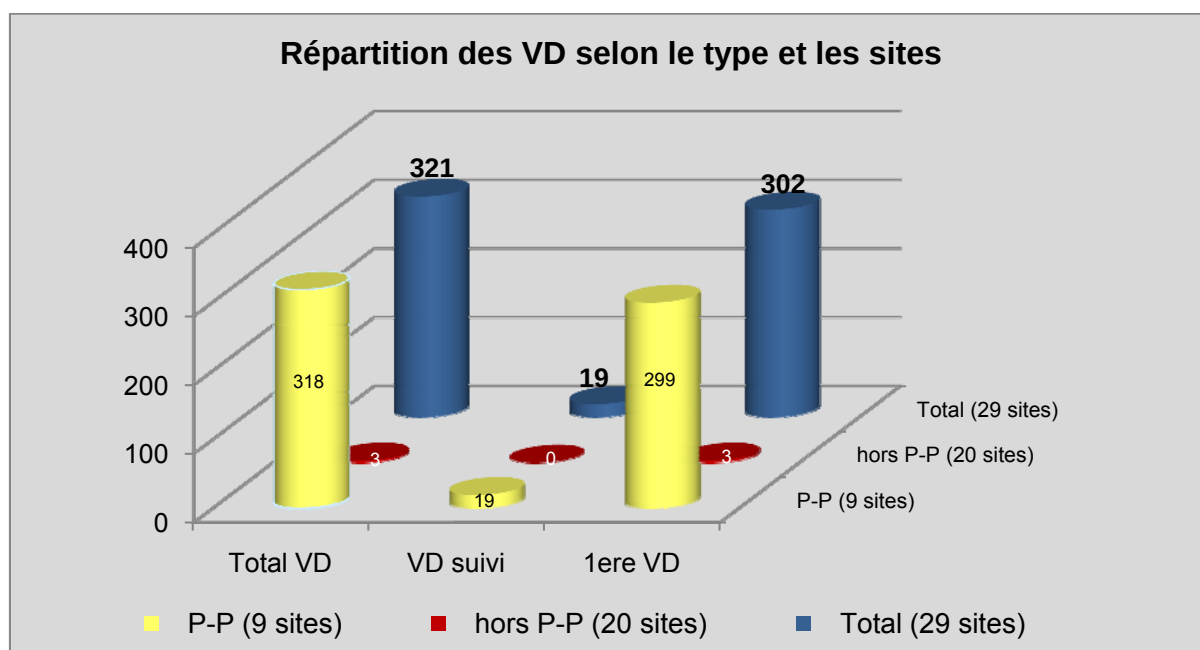
Dans le cadre du SPSE classique, les visites à domicile (VD) ne sont effectuées qu'en cas de problématiques urgentes ou matérielles insurmontables et le nombre de ces interventions a toujours été très faible.

Au contraire, le P-P vise à proposer, de façon plus systématique, aux mères qui résident dans les 9 sites concernés, des visites à domicile (VD).

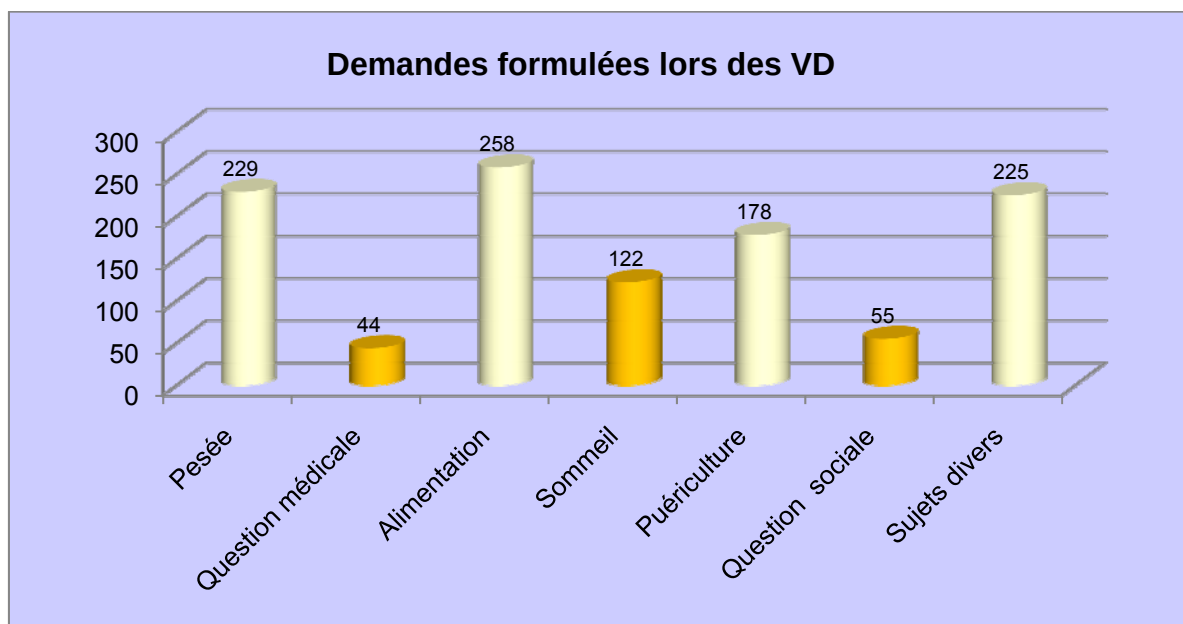
Au cours de l'année 2010 ont été réalisées un total de 321 visites à domicile. Ce nombre très élevé par rapport aux années précédentes est lié quasi exclusivement à l'activité du P-P qui réalise sur ses 9 sites 318 VD alors que sur les 20 autres sites, ne faisant pas partie du P-P, seulement 3 VD ont été effectuées.

Dans la très grande majorité des cas les visites à domicile sont uniques (302 sur un total de 321) suggérant leur efficacité. Et les VD de « suivi » sont en nombre limité (19).

L'on constate donc un impact très significatif du P-P sur les VD qui sont des prestations très appréciées, utiles et rassurantes pour les mères. Le schéma suivant reprend toutes ces données.



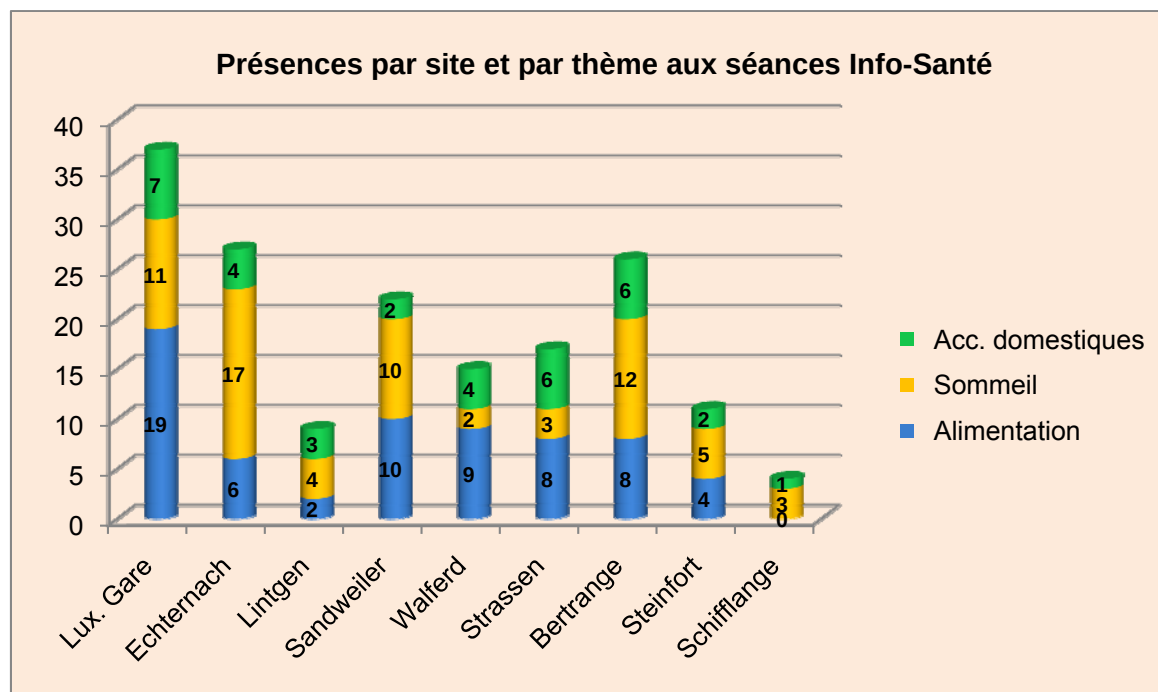
Dans le graphique qui suit sont énumérées les demandes exprimées par les parents lors de ces VD.



3.3.4. Les interventions «Info-santé » (spécificité du projet-pilote)

Les séances « Info-Santé » sont des prestations exclusives du projet-pilote. Trois thèmes ont été proposés aux parents des jeunes enfants. Au total, en 2010, on a comptabilisé 60 séances pour un total de 168 participants. L'alimentation et le sommeil sont chacun des thèmes environ deux fois plus mobilisateurs que les accidents domestiques.

Le détail par site et thème est représenté dans le graphique ci-dessous.



Enfin signalons que 9 séances de massages pour bébé ont été réalisées depuis la fin septembre 2010 à l'attention de 7 mères.

3.4. Conclusions

Le projet-pilote s'est révélé être un véritable succès pour 7 des 9 sites concernés. Il a entraîné une nette augmentation de la fréquentation des CNJE et de nombreuses VD jusqu'alors très peu effectuées. En outre les séances Info-Santé ne demandent qu'à se développer, en fonction des besoins des parents.

Aussi faut-il réfléchir aux modalités et aux moyens d'étendre le nouveau concept du Service Promotion de la Santé de l'Enfant à l'ensemble du territoire.

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 institutionnels ou communautaires.

4.1. "Equipe Education et Promotion de la Santé"

4.1.1. Objectifs et compétences

La promotion de la Santé, au sens de la charte d'Ottawa, est destinée à développer les capacités des individus à choisir des comportements 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 en faveur des plus jeunes et plus particulièrement dans le cadre de la médecine scolaire.

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.). Elle gère les outils et matériels, collabore avec les ministères de tutelle et les différents partenaires et enfin conçoit et élabore des animations propres à la Ligue.

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 EPS et d'un site pour le stockage du matériel et des outils pédagogiques (supports, vidéos, films, etc.).

4.1.3. Activités spécifiques et formation

En 2010, les membres de cette entité se sont réunis lors de 18 séances de travail (demi-journées) à l'occasion desquelles ont été discutés et élaborés les différents projets et interventions.

Les domaines d'intervention de l'équipe promotion de la santé sont multiples. Cette entité :

- forme le personnel
- présente les nouveaux outils et animations aux professionnels
- gère les outils d'EPS
- encadre, accompagne ou conseille le personnel sur le terrain
- participe à la formation des professionnels de terrain
- participe à différents groupes ou sous-groupes de travail (se reporter au chapitre 5.). Certains membres de l'équipe EPS sont particulièrement impliqués dans les groupes de travail sur la médecine scolaire. Ils ont notamment participé au nouveau groupe de travail concernant les « Enfants malades »,
- collabore à des programmes locaux ou nationaux de santé publique.
- certains de ces membres ont assisté à la conférence nationale de santé (Mondorf), à des journées pédagogiques ou à des colloques sur les thèmes de la prévention (Paris), de l'alimentation, de l'activité physique, de la néo-natalité, de l'allaitement maternel, ...etc.

Par ailleurs, l'outil « soleil ami ou ennemi » a été validé en 2010 par le groupe d'expert de PIPSA (service de promotion de la santé de l'union nationale des mutualités socialistes - Bruxelles). Cet outil comprend :

- o un guide pour l'animateur
- o une animation intitulée « Sechs Freunde und die Sonne » destiné aux enfants du 1^{er} et 2^e cycle fondamental

Enfin l'équipe travaille à la réactualisation de l'animation « Tabac ».

Ainsi, à terme, chaque animation sera actualisée, évaluée par des experts et disposera d'un guide de l'animateur.

4.2. Activités d'EPS en rapport avec la médecine scolaire (en faveur des élèves du cycle fondamental)

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 2009-2010, sont détaillés dans le 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. Et, dans le cadre du programme « Gesond lessen méi bewegen » les professionnels ont distribué les kits rouges, la pyramide AID et les cahiers pédagogiques pour les classes du premier et second cycle et assuré le relais entre le ministère de la santé et les enseignants.

Dans le même registre, les professionnels de terrain de la Ligue affectés à la MS ont participé à la distribution des « sacs petits déjeuners » ("sacs jaunes") destinés aux élèves de la 1^{ère} classe du 2^e cycle de l'enseignement fondamental et ont animé cette intervention.

Enfin, la Ligue a participé à la journée nationale alimentation saine et activité physique (Gimb) en novembre 2010.

4.3. Activités diverses de prévention et d'EPS à visée communautaire

En matière de prévention 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. « Consultations pour les fumeurs »

Le tabagisme reste un problème de santé publique majeur dans tous les pays développés d'autant que les jeunes commencent de plus en plus tôt à consommer du tabac.

Les effets du tabagisme actifs sont graves et bien connus. Ils entraînent chaque année dans le monde des millions de décès prématurés principalement par cancers, maladies broncho-pulmonaires et cardiovasculaires. Par ailleurs, il est maintenant prouvé que tabagisme passif est très nocif et particulièrement pour les plus jeunes et les enfants.

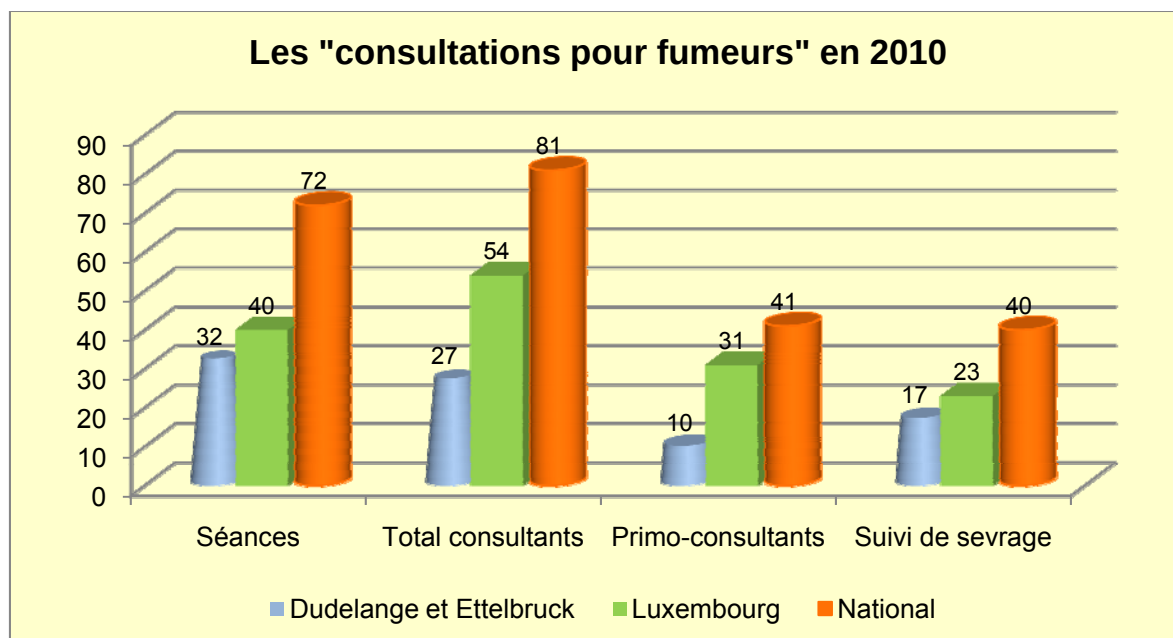
Les effets délétères du tabac sur l'organisme engendrent donc un "coût" humain inacceptable et des coûts directs et indirects considérables pour les budgets de la santé.

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, en 2010, à un niveau bas jamais atteint jusqu'alors. Toutefois la proportion de fumeurs chez les jeunes reste préoccupante.

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

Trois sites de « consultations pour les fumeurs » (Luxembourg, Dudelange, Ettelbruck) sont gratuitement accessibles à la population. Leur activité en 2010 s'établit à 81 séances de consultation sur les trois sites.

Un résumé de l'activité est reproduit dans le schéma qui suit.



Au niveau national la fréquentation a diminué en 2010, essentiellement en raison d'une moindre demande à Ettelbruck mais surtout à Dudelange. L'on remarquera que le nombre des primo-consultants s'est globalement redressé surtout du fait du site de Luxembourg et que par ailleurs le nombre des consultations de suivi a fortement chuté indiquant probablement que bon nombre de personnes bénéficiaires de cette aide ont terminé ou interrompu leur sevrage tabagique en cours d'année 2010.

Selon les études statistiques 2010 le nombre de fumeurs n'a jamais été aussi bas au Luxembourg. Cela a certainement un retentissement mécanique sur l'activité des services d'aide au sevrage du pays. Cette tendance observée depuis 2008 n'est pas propre à la Ligue. Elle est constatée aussi au niveau du programme national de sevrage tabagique dont le nombre de nouveaux inscrits au programme national a été divisé par 2 à 3 depuis 2008.

Néanmoins il reste un bon nombre de fumeurs à aider. Il s'agit donc de réactiver la politique nationale de lutte contre le tabagisme. Et notamment des efforts importants de sensibilisation auprès des jeunes fumeurs et de prévention auprès des écoliers et des lycéens sont à faire.

4.3.1.2. Spirométrie de dépistage

Les BPCO (broncho-pneumopathies chroniques obstructives), principalement consécutives au tabac sont en augmentation inquiétante et vont devenir à l'horizon 2020 la deuxième cause de mortalité dans le monde. Repérer le plus tôt possible les anomalies du souffle des fumeurs, mesuré par une spirométrie, peut les motiver à arrêter le tabac et ainsi à éviter le passage au BPCO et à leurs évolutions et complications. Cette approche se base sur les recommandations du Gold (Global initiative for chronic Obstructive Lung Disease ; www.goldcopd.org). C'est dans ce cadre que la Ligue propose des spirométries de dépistage à la population.

Cette prestation se déroule exclusivement au CMS de Luxembourg, sur rendez-vous, et est assurée par un médecin-spécialiste en pneumologie.

Les clients qui montrent des anomalies plus ou moins prononcées sont systématiquement invités à consulter leur médecin traitant auquel est adressé un rapport circonstancié.

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

4.3.1.3.1. 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 de l'enfant, en collaboration étroite avec la médecine scolaire et favoriser les comportements alimentaires sains notamment des plus jeunes. Les diététiciennes collaborent aussi avec les professionnels des autres secteurs d'activité de la Ligue (médecine scolaire, consultations pour nourrissons, etc.) et enfin elles participent à l'information et à l'éducation de la population en général par des actions très variées.

Ces consultations consistent en un entretien initial d'environ une heure qui comporte une anamnèse alimentaire, la mesure du poids, 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 (93,5%) sont des enfants, repérés lors des contrôles médicaux scolaires, contre une faible proportion (6,5%) d'adultes. Au total 356 enfants ont fréquenté les différents sites de consultations. Parmi ces enfants en surpoids ou obèses (BMI > 85^e percentile) il y a 53,7% de filles et 46,3% de garçons. Enfin le nombre d'entretiens par enfant et par an avec la diététicienne s'échelonne de 4,1 à Clervaux à 2,2 à Luxembourg pour une moyenne de 3 pour l'ensemble des sites.

En 2010, dans le cadre de la médecine scolaire, les diététiciennes ont dispensé 1020 consultations pour des enfants, chiffre stable par rapport à 2009 (1013).

Parmi l'ensemble des consultations d'enfants, 202 s'adressaient à des « primo-consultants » ce qui représente près de 20% des consultations.

Enfin signalons que 71 consultations ont été prestées à des adultes dont près des 2/3 sur Clervaux et Luxembourg.

4.3.1.3.2. Activités annexes

En complément de ces consultations sur site, les diététiciennes animent régulièrement, dans le cadre des activités d'EPS dans les écoles du cycle fondamental, 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. Elles ont participé par exemple à la mise à jour de l'atelier « alimentation » et participé à plusieurs réunions internes interdisciplinaires.

Les diététiciennes ont animé au total plus d'une vingtaine d'ateliers dans 3 lycées du pays et dans 2 classes du cycle fondamental.

Elles ont été impliquées dans le projet-pilote du SPSE en formant le personnel du service et en participant activement à 20 séances Info-Santé (se reporter au chapitre 3.3.4.) destinées aux parents et consacrées à l'alimentation du nourrisson. Dans ce cadre elles ont aussi été sollicitées à l'occasion de consultations diététiques sur site ou téléphoniques en faveur de quelques très jeunes enfants.

Par ailleurs, en 2010 les diététiciennes ont:

- animé deux conférences à l'attention de communautés scolaires
- participé aux plans et programmes nationaux consacrés à l'alimentation saine
- formé les professionnels des différents services de la Ligue en matière d'alimentation saine
- uniformisé leurs pratiques et actions sur le plan national
- concourent à l'information du public par la mise au point de diverses brochures ou fiches de conseils et par la publication d'articles dans les médias nationaux avec notamment la publication d'un article hebdomadaire dans un grand quotidien

Tous ces éléments montrent que l'activité des diététiciennes au sein de la Ligue s'étoffe, se diversifie fortement et s'articule avec de plus en plus de prestations dans le cadre du travail de prévention et de la mission de santé publique de la Ligue.

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 ou à risque, sont le tabac et la nutrition. Mais d'autres sujets peuvent, à la demande, être traités.

Pour 2010 citons les différentes actions suivantes :

- Parmi les interventions concernant le tabagisme l'on peut citer :
 - L'action de sensibilisation dans la Grand'Rue de Luxembourg, 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.).
 - La tenue d'un stand à la journée santé de la ville de Dudelange (26 juin) avec mesure du CO (par Co-tester) et du souffle (avec un micro-spiromètre de poche)
 - Une intervention en faveur des étudiants des LTPS de Warken
- Les multiples actions en faveur d'une alimentation saine, réalisées en majeure partie par les diététiciennes dans les établissements scolaires, sont détaillées au paragraphe « activités annexes » du chapitre précédent 4.3.1.3.2.
- La journée "Gimb" dans le cadre du projet national « Gesond iessen mei bewegen »
- L'organisation de séances de cours de babysitting pour 2 communes.
- Enfin, d'autres professionnels de la Ligue ont participé à des conférences, à des matinées ou des journées, locales ou nationales, d'information consacrées à l'alimentation ou/et à l'activité physique que nous avons déjà citées 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. Une formation continue des professionnels est indispensable.

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. En parallèle, l'équipe EPS veille à former les nouveaux professionnels de terrain nouvellement engagés. (Se reporter au chapitre 4.1.). Citons aussi les 13 journées de formation « Hebammen und andere Gesundheitsberufe beraten Familien » qui se sont déroulées à Trèves.

L'ensemble du personnel médico-social a par ailleurs bénéficié d'une formation interne sur « Le rôle du professionnel médico-social face au client fumeur ».

En outre, certains professionnels ont participé à des colloques, congrès ou journées de formation. L'on peut citer : particulièrement la « Journée de prévention » (Paris), « L'école du goût » ou encore les « migrants » et « la promotion de la santé » organisés par le CRP santé.

D'autres enfin ont assisté aux formations ou conférences déjà citées au paragraphe 4.1.3.

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 2010 « Tabac et appartenance sexuelle » mettait l'accent sur le marketing mensonger de l'industrie du tabac notamment vis-à-vis des jeunes et des femmes. Notre institution a rappelé par voie de presse son total soutien à cette initiative.

La Ligue a fait écho à l'appel « En route contre la Tuberculose. Innovons pour agir plus vite » lancé par les instances internationales lors de la journée mondiale contre la tuberculose 2010. La Ligue a soutenu ce cri d'alarme en faveur de la lutte antituberculeuse notamment en insistant sur la mise à disposition urgente de techniques et de moyens modernes ainsi que de fonds à la hauteur du défi en jeu.

Différents experts de la Ligue sont intervenus à 14 reprises sur les ondes radiophoniques pour détailler les diverses activités de la Ligue et informer le public sur des thèmes spécifiques comme l'allaitement, la prévention contre le soleil, les poux, la spirométrie,... etc.

Quelques référents de la Ligue ont assisté ou même participé à la « Conférence nationale de santé » à Mondorf organisée par le Ministère de la Santé.

De même la Ligue a délégué ses experts ou référents aux multiples réunions des différents groupes de travail ou réseaux organisés par les Ministères de la Santé et de la Famille ou par d'autres partenaires. Nous citerons particulièrement notre participation active et souvent assidue aux séances suivantes :

- Comité d'experts « Alimentation et activité physique » dans le cadre du plan national d'action pour la promotion de l'alimentation saine et de l'activité physique
- Groupe de travail « promotion de la santé de l'enfant »
- Groupe de travail « médecine scolaire » et ses sous-groupes
- Journée de la Clinique du Dr E. Bohler
- « Comité national de l'allaitement » où le représentant de la Ligue a assisté à 5 réunions en cours d'année
- Groupe de travail « Pro Baby » à l'occasion de réunions organisées par le ministère et l'Alupse
- Programme MAG-net (Saarbrücken)

La Ligue a participé en tant qu'expert aux groupes de travail « Armut, Armutsrisiko, und soziale Exklusion von Kindern und Jugendlichen » et « Gesundheit und Wohlbefinden im Jugendalter » réunis dans le cadre de la rédaction du « Rapport national sur la situation de la jeunesse au Luxembourg » réalisé pour le compte du Ministère de la Famille et de l'Intégration.

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

6. Conclusions générales

Même si les activités de prévention, médicales ou sociales souffrent globalement du climat conjoncturel actuel, l'année 2010 a enregistré une activité soutenue dans les domaines du Service Médecine scolaire, du Service de Lutte contre la Tuberculose et les Maladies respiratoires, et a été marquée par les très bons résultats du projet-pilote du Service Promotion de la Santé de l'Enfant pour lequel notre institution réfléchit aux possibilités d'extension au niveau national.

RAPPORT SUR LES SERVICES SOCIAUX

1. Service d'Accompagnement Social

Depuis sa création le Service d'Accompagnement Social a toujours contribué à lutter contre la **pauvreté disqualifiante et l'exclusion sociale**. Son action s'inscrit dans une logique d'inclusion sociale.

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

Le Service d'Accompagnement Social de la Ligue médico-sociale offre cet accompagnement social dans des domaines psycho-sociaux et dans un nombre élevé et toujours croissant de situations financières difficiles, en proposant un ensemble de **mesures de gestion financières**. Le volet comptable et légal de ces mesures est assuré par un service de comptabilité spécifique au sein de la Ligue médico-sociale: le Service pour Mineurs et Majeurs protégés.

En bref
En 2010, le Service d'Accompagnement Social (SAS) a pu venir en aide à 1062 ménages (dossiers). 677 nouvelles demandes ont été introduites. 271 dossiers relèvent d'une mesure de gestion financière.

116 demandes de la Ligue médico-sociale ont été introduites auprès de l'AIS. 265 dossiers ont été clôturés au Service d'Accompagnement Social.

Ces mesures de gestions financières s'organisent dans des cadres légaux différents :

- La sauvegarde de justice
- La curatelle simple ou renforcée
- La tutelle
- La tutelle aux prestations sociales
- Le redressement judiciaire ou conventionnel dans le cadre de la loi sur le surendettement
- La gestion financière volontaire, sur mandat

Les sujets abordés dans ce rapport d'activité concernent:

- le rappel des missions et objectifs du service,
- la description chiffrée de certains problèmes rencontrés par les clients du service,
- le travail social 'clinique' réalisé face à ces problématiques et
- les activités en 2010.

1.1. Missions et objectifs

La mission du Service d'Accompagnement Social consiste à apporter une aide sociale à long terme et en milieu ouvert à deux catégories de personnes:

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

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

Afin de réaliser l'objectif général du service d'accompagnement social, les assistant(e)s sociaux se basent nécessairement sur le consentement éclairé et la participation active du client. La coopération avec celui-ci est toujours au centre du processus d'aide. Ce principe n'est pas en contradiction avec un encadrement social imposé par une contrainte extérieure.

1.2. Population cible

Les clients du SAS appartiennent principalement à une des catégories ci-dessous :

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

1.3. Tâches spécifiques

L'offre particulière du Service d'Accompagnement Social renferme un ensemble de tâches spécifiques, définies pour constituer la *base de l'intervention* du service. Ainsi, l'ensemble décrit ci-après n'est pas exhaustif.

- La prise en charge des clients relevant de la population cible et transférés par les services sociaux de première ligne ou bien par tout autre professionnel.
- L'exécution de l'art. 16 de la loi RMG (droit à l'accompagnement social) sur base de la convention entre la Ligue et le Service National d'Action Sociale du Ministère de la Famille concernant le service régional d'action sociale. Cette convention instaure une collaboration de ce service avec le service d'accompagnement social.
- Le concours du service dans l'exécution des articles 5 et 14 (assistance sur le plan social, éducatif ou de la gestion des finances) de la loi du 8 décembre 2000 contre le surendettement.
- L'accompagnement des familles avec enfants en difficultés en coordination avec les Centres d'aide éducative en milieu ouvert (CAEMO) et les services d'intervention de crise.
- Accompagnement social des personnes bénéficiant d'une mesure de gestion financière dans un contexte volontaire ou contraint.
- L'accompagnement social de clients dans le cadre d'un projet d'inclusion par le logement auprès de l'Agence Immobilière Sociale, avec laquelle la Ligue médico-sociale a signé un accord cadre.

1.4. Objectifs poursuivis en 2010

L'accroissement de la qualité de service est un objectif permanent au sein du Service d'Accompagnement Social de la Ligue médico-sociale. Le service s'est penché en 2010 sur les trois aspects suivants:

1.4.1. Le diagnostic social

Tous les assistants sociaux du Service d'Accompagnement Social ont participé à plusieurs journées de formation sur le « diagnostic social ».

La formation, tenue par le Professeur Kaspar GEISER, Ecole de Travail Social de Zurich, a allié une approche théorique et pratique.

Elle a permis à nos assistants (d'hygiène) sociaux d'élargir leurs compétences en matière de diagnostic social (effectuer une analyse des problèmes et ressources du client) et en matière de technique de documentation.

Un groupe de travail, ayant pour sujet le problème des signalements au Tribunal de la Jeunesse en matière de suspicions de maltraitance, négligences ou abus sexuels, a été organisé avec des assistants (d'hygiène) sociaux du service. Le but était de revoir les procédures, d'harmoniser nos interventions et d'améliorer les écrits professionnels.

1.4.2. Le volet éducatif des mesures de gestion financière

La méthodologie de travail adaptée, ayant pour but de développer les compétences des clients dans le cadre d'une guidance budgétaire en vue d'une maîtrise autonome du quotidien, a été revue et mise en pratique.

La contribution active du Service d'Accompagnement Social dans le cadre du travail social en réseau a permis d'améliorer la coordination et la coopération avec d'autres services, autre objectif important en travail social.

1.5. L'activité du service en 2010

Le Service d'Accompagnement Social a pu venir en aide à **1062 ménages répartis sur nos 3 circonscriptions** par rapport à 983 en 2009 et 921 unités en 2008, soit une augmentation de 7,4% par rapport à 2009 et de 13,3% par rapport à 2008.

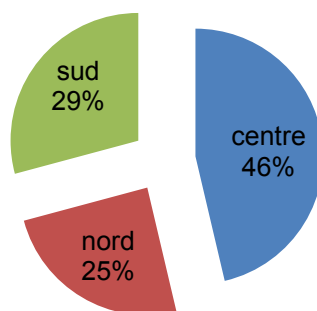
Pendant la période de 2001 à 2007, la moyenne annuelle était de 300 nouvelles demandes ; en 2008 il y a eu 325 nouvelles demandes, en 2009 il y a eu 346 dossiers et en 2010 677 dossiers. Cette augmentation substantielle en 2010 s'explique en grande partie par les demandes qui ont pour objet l'accompagnement social dans le cadre du projet d'inclusion sociale par le logement de l'Agence Immobilière Sociale (AIS).

Pour près de la moitié des dossiers, la prise en charge excède deux ans.

Au 31.12.2010, le Service d'Accompagnement Social compte 1347 dossiers qui se répartissent comme suit :

- 797 dossiers en cours
- 443 demandes d'accompagnement social en vue de l'attribution d'un logement par l'Agence Immobilière Sociale (AIS)
- 117 dossiers en attente.

Répartition des dossiers au 31.12.2010



L'augmentation du pourcentage des demandes dans la région Centre résulte d'une demande élevée de logements AIS.

1.6. La provenance des nouvelles demandes en 2010

PROVENANCE	NOMBRE
SSP	404
Ligue medico-sociale	
SAS 5	
SICS 6	
SMS 22	
SRAS 38	
OS	62
SSH	30
SRAS	25
FOYERS pour enfants	12
CARITAS	11
JUSTICE	11
SCAS	10
JDH	6
SERVIOR	4
CTU	3
INTER-ACTIONS	3
CONTROLE MEDICAL	2
Ligue HMC	2
SPAD	2
DIFFERENTES PROVENANCES	19
TOTAL	677

Les nouvelles demandes proviennent pour 68,8% du Service Social de Proximité de la Croix-Rouge (59%) et des différents offices sociaux, soit deux tiers des nouvelles demandes.

1.7. Les gestions financières

Au 31.12.2010, le Service gère 235 dossiers qui relèvent d'une mesure de gestion financière. A ces 235 gestions financières en cours de traitement s'ajoutent un nombre de 36 dossiers clôturés au courant de l'année 2010 pour faire un total de 271 dossiers de gestions financières.

La coopération active du client dans le cadre des gestions financières volontaires est à la base du résultat positif de l'apurement des dettes et de l'équilibre du budget.

La guidance budgétaire, effectuée par l'assistant social en charge du dossier, se caractérise par un coaching au changement, la prise en charge du client dans sa situation pour l'amener vers l'autonomie et de viser un résultat durable.

Dans le cadre du problème de surendettement, le service constate une hausse des ménages pris en charge dans le cadre de l'article 14 de la loi sur le surendettement, dont le nombre augmente de 28 dossiers en 2009 à 34 au 31.12.2010.

Pour les personnes bénéficiaires de l'article 5 de la loi sur le surendettement, il n'y a pas de variation du nombre de dossiers attribués (30 dossiers en 2010 par rapport à 30 en 2009).

52 dossiers de gestion financière sont des mandats de tutelle ou curatelle attribués par le Juge des Tutelles.

Les interventions des assistants sociaux dans le cadre du surendettement dépassent la gestion du budget et englobent une approche bio-psycho-sociale du client et des acteurs respectivement des actants de son système.

Ce modèle permet de préciser le cadre de référence à caractère psycho-social qui identifie l'approche spécifique du Service d'Accompagnement Social de longue durée, malgré l'alourdissement de la clientèle, la complexité des problèmes multicentriques, la vulnérabilité sociale de la population et la multiplication d'intervenants professionnels.

Le Service d'Accompagnement Social constate une augmentation des problèmes multicentriques qui dévoilent la détresse et la fragilité de notre clientèle: problèmes d'endettement, de logement, problèmes relationnels et de diminution du capital social ainsi que la peur du déclassement.

En 2010 le Service d'Accompagnement Social a recensé parmi les demandes d'accompagnement social 443 demandes en relation avec une demande de logement auprès de l'Agence Immobilière Sociale (AIS). Au 31.12.2010, 25 ménages sont accompagnés par le service dans le cadre de cette collaboration.

1.8. Les clôtures

Au cours de l'année 2010, le service a effectué 265 clôtures de dossiers.

La clôture d'un dossier renvoie à la recherche du motif de la fin ou de l'absence de cette relation d'aide, sur la motivation du client, sur l'objectif de la relation et sur la relation d'aide elle-même. Nous présentons ci-joint les clôtures les plus représentatives.

L'objectif atteint (de commun accord) représente 57 dossiers, soit 21,51 % des clôtures, et fait référence aux objectifs définis entre l'assistant social et le client lors de la phase de clarification. Le client adhère au projet d'aide qui est basé sur sa motivation à regagner en autonomie. Il s'implique et puise dans son réseau social pour maîtriser sa situation problématique et prendre le dessus. La fin de la relation d'aide est décidée d'un commun accord entre l'assistant social et le client.

63 clôtures (23,77%) ont été prononcées pour **absence de collaboration** dans la phase de clarification. Ainsi dans la très grande majorité de ces cas, le client n'est pas venu aux premiers rendez-vous ; ceci engendre non seulement une perte de temps pour le service, mais nous incite à en analyser les motifs. L'absence de collaboration donne lieu à deux constats :

- Le courant entre le service-demandeur et le client n'est pas passé lors de l'élaboration de la demande d'accompagnement social à long terme ;
- Le client ne dégage pas de motivation au changement : soit l'objectif de la demande n'est plus sous sa maîtrise, soit il a satisfait son besoin primaire de subsister, soit sa peur du changement paralyse son évolution et son désir d'autonomie.

La clôture sur demande du client (57 cas), soit 21,51%, peut être interprétée comme objectif atteint suivant la perception du client.

Au cours de 2010, 23 clients du Service d'Accompagnement Social sont décédés. **La clôture de ces dossiers pour cause de décès** représente 8,68%.

Le transfert vers des services tiers a été effectué dans 18 cas (6,79%). Ces clôtures concernaient pour la plupart des reprises de dossiers par des institutions spécialisées en fonction de la problématique des clients.

1.9. Service d'Accompagnement Social et article 16 de la loi sur le Revenu minimum garanti (RMG)

Au cours de l'année 2010, le Service d'Accompagnement Social a effectué l'accompagnement social auprès de 104 bénéficiaires du RMG dans le cadre de l'article 16 de la loi, dont 36 nouvelles demandes.

Les demandes sont dans la plupart des cas multicentriques : aide administrative, gestion et guidance budgétaire, guidances personnelles et sociales, aides relatives à des problèmes de santé et de santé mentale, parentalité.

140 bénéficiaires du revenu minimum garanti ont bénéficié du même accompagnement social sans que leur situation relève de l'article 16 de la loi. Les demandes de ces clients ont été introduites par d'autres services sociaux.

En 2010, le service a clôturé 27 dossiers de clients relevant de l'article 16 de la loi.

Les motifs de clôtures se répartissent comme suit :

Absence de collaboration du client en phase de clarification	9
Absence de collaboration du client en phase d'accompagnement social	1
Demande AIS refusée ou retirée	2
Décès	1
Demande du client	4
Déménagement à l'étranger	1
Objectif atteint	7
Transfert à un service tiers	1
Tutelles externe	1
TOTAL	27

1.10. Service d'accompagnement et surendettement

L'approche systémique confère au Service d'Accompagnement Social un regard spécifique de la face cachée du surendettement en outrepassant l'aspect économique et technocrate du fléau de la nouvelle pauvreté, la précarité et le surendettement : **les souffrances psychosociales** complexes de la clientèle sont mises en évidence.

Ce constat se caractérise à différents niveaux de stigmatisations :

- le client se caractérise par un attribut socialement dévalorisé, à savoir l'absence d'autonomie ;
- le client est la cible de stéréotypes négatifs (injonction de la responsabilité de sa situation problématique) ;
- la situation de « dépendance » prive l'individu et sa famille de leur statut social, entraînant une dépendance vis-à-vis d'un assistant social en tant que représentant de l'Etat ;
- la perte de l'estime de soi comparée au membre de groupe de statut social identique ou supérieur ;
- un sentiment d'inefficacité personnelle ;
- la peur du déclassement.

Ces caractéristiques ont une influence non-négligeable sur la relation d'aide entre le client et l'aidant. L'assistant social en tant que spécialiste, de par ses compétences professionnelles et sa formation en systémique, est seul compétent, par opposition au gestionnaire et/ou économiste, pour diagnostiquer respectivement traiter ces souffrances psychosociales, dans cette relation.

1.11. La relation avec l'Agence Immobilière sociale (AIS)

Dans le cadre de l'accord de collaboration de la Ligue médico-sociale avec l'AIS, le Service d'Accompagnement Social effectue l'accompagnement social de locataires de logements attribués par l'AIS.

Cette collaboration a mis en évidence l'accompagnement social de 42 clients, dont 25 proviennent initialement de la Ligue médico-sociale.

Les services sociaux de la Ligue médico-sociale ont introduit 116 demandes auprès de l'AIS en 2010, qui se répartissent comme suit :

SAS	74 demandes
SRAS	35 demandes
SMS	7 demandes

1.12. Conclusions

En 2010 le service a pu assurer l'accompagnement social de 1062 ménages (personnes/familles) qui vivent des souffrances psycho-sociales. Les assistants sociaux du service ont effectué avec ces clients un projet d'amélioration de leur situation sociale et les ont aidés à éviter la dégradation, en cherchant à maintenir leur situation en équilibre.

De manière générale, nous pouvons dire que la population du service tombe sous une **pauvreté à dimension économique** vu que les critères suivants sont souvent réunis :

- insuffisance de revenus pour une vie décente ;
- manque de potentialités économiques pour faire face au coût de la vie ;
- absence fréquente d'évolution financière due à un manque de logements à loyers abordables, coût de la vie élevé (taxes communales, énergie, essence, ..). L'augmentation des prix des aliments de base et celle des taux d'intérêts sur les crédits entraînera une envolée de la précarité et la vulnérabilité de nouvelles catégories sociales ;
- insuffisance de perspectives d'avenir au niveau professionnel (emplois précaires, salaire social minimum, revenu minimum garanti).

Ce modèle permet de préciser le cadre de référence à caractère psycho-social qui identifie l'approche spécifique du Service d'Accompagnement Social de longue durée, malgré la complexité des problèmes multicentriques, la vulnérabilité sociale de la population et la multiplication d'intervenants professionnels.

Le nombre de ménages secourus en 2010 a augmenté de 7,4% par rapport à 2009 et de 13,3% par rapport à 2008.

Cette évolution prouve l'utilité et la nécessité de ce travail de longue haleine en milieu ouvert, confirme la confiance des services-demandeurs en notre service et montre que le Service d'Accompagnement Social s'est investi au niveau quantitatif au point d'atteindre la limite maximale de dossiers.

La mise en valeur de l'approche bio-psycho-sociale comme modèle d'intervention dans le Service d'Accompagnement Social de longue durée a produit des résultats encourageants tant au niveau de la stabilisation de la situation problématique et de la relation clarification/élaboration de projets que de l'accompagnement au changement vers l'autonomie.

Les demandes, à problèmes sociaux multiples et multicentriques, résultent notamment de la perte du pouvoir d'achat, des conditions de travail précaires, de l'accès difficile au logement adéquat, de loyers hors de portée de notre clientèle et de leur isolement dans notre société.

En 2010 la barre des mille clients a été largement dépassée sans pour autant bénéficier de ressources humaines supplémentaires. Les attentes et les besoins sont grands et il ne reste qu'à espérer que les pouvoirs publics reconnaîtront l'importance de renforcer les moyens dédiés au service.

2. Service Régional d'Action Sociale

2.1. Mission du service

Dans le cadre d'une convention conclue avec le Ministère de la Famille et de l'Intégration sur base de la loi modifiée du 22 juin 1999 portant création d'un droit à un revenu minimum garanti, la Ligue médico-sociale assure depuis 1987 la gestion de services régionaux d'actions sociales (SRAS). Ces services sont chargés, d'aider le service national d'action sociale à accomplir les missions lui dévolues par la loi en matière d'insertion professionnelle. La Ligue médico-sociale gère plus de la moitié des postes SRAS pour tout le pays.

Les SRAS de la circonscription Sud de la Ligue médico-sociale sont compétents pour les communes de Bascharage, Clemency, Mondercange, Sanem, 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 nord hormis la ville d'Ettelbruck.

Une équipe de 19 assistants sociaux de la Ligue est chargée, dans 112 communes du pays, de veiller à l'intégration professionnelle des personnes bénéficiaires d'une indemnité d'insertion (exécution de l'art. 10 de la loi RMG).

Conformément à l'article 10 de la loi,

- « (1) Les activités d'insertion professionnelle prennent la forme:
- a) de préparation et de recherche assistées, pendant une durée qui ne peut excéder trois mois, d'une activité professionnelle rémunérée ou d'une des activités visées sous b) et c) ci-dessous;
 - b) d'affectation temporaire à des travaux d'utilité collective auprès de l'Etat, des communes, des établissements publics, des établissements d'utilité publique ou de tout autre organisme, institution ou groupement de personnes poursuivant un but non lucratif ;
 - c) d'affectation temporaire à un stage en entreprise selon des modalités fixées par règlement grand-ducal.
- (2) La durée des activités visées sous b) et c) du paragraphe (1) qui précède est de quarante heures par semaine à moins que la durée effective de travail dans les organismes et entreprises concernés soit fixée différemment par une disposition légale ou réglementaire, par une convention ou par dérogation. La durée de ces activités peut être réduite pour les personnes visées à l'article 14.
- (3) La personne soumise aux mesures du paragraphe (1) ci-avant peut être autorisée à suivre des cours, des formations et des stages destinés à lui permettre d'acquérir une qualification professionnelle ou de la perfectionner.

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

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

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

En bref :

Le Service Régional d'Action Sociale note une envolée du volume de travail par assistant social qui passe de 135 à 175 dossiers de 2008 à 2010, une augmentation significative des activités d'insertion professionnelles de +16,5% par rapport à 2008 et une augmentation du travail administratif.

2.2. Statistiques

En 2010, les montants de l'allocation complémentaire (RMG) ont augmenté, suite à la variation de l'indice des prix, et étaient les suivants :

TABLEAU 1 : MONTANT ACTUEL DU RMG

Communauté domestique		RMG brut	
		01/01/2010	01/07/2010
	Nb Indice	702,29	719,84
premier adulte	170,68	1198,67	1228,63
deuxième adulte	85,34	599,34	614,32
adulte subséquent	48,83	342,93	351,50
supplément pour enfant	15,52	109,00	111,72

Fichiers SNAS au 31/12/2010

TABLEAU 2 : RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE DES MÉNAGES

Région	Communautés domestiques	Membres		
		Femmes	Hommes	Total
Centre	1196	1278	1100	2378
Nord	884	1023	947	1970
Sud	443	549	485	1034
Total	2523	2850	2532	5382

Fichiers SNAS au 31/12/2010

En 2010 le SRAS de la Ligue est venu en aide à 2523 ménages et ce dans les circonscriptions centre, nord et sud de la Ligue médico-sociale. Par rapport à l'année 2009, on note une augmentation de 81 unités.

On constate également une variation de la constellation familiale dont le nombre des membres a augmenté en passant de 5292 en 2009 à 5382 personnes en 2010.

TABLEAU 3 : COMPOSITION DES MÉNAGES

Composition des ménages	Attributaire		TOTAL	
	féminin	masculin	TOTAL	%
1 adulte sans enfant	502	714	1216	48,20
1 adulte avec 1 ou plusieurs enfants	661	31	692	27,43
2 adultes sans enfant	63	141	204	8,09
2 adultes avec 1 ou plusieurs enfants	174	224	398	15,77
3 adultes et plus sans enfant	3	5	8	0,32
3 adultes et plus avec enfants	2	3	5	0,20
Total	1405	1118	2523	100,00

Fichiers SNAS au 31/12/2010

Nombre d'enfants par bénéficiaire	Nombre	%
sans enfant	1431	56,72
1 enfant	452	17,92
2 enfants	337	13,36
3 enfants	196	7,77
4 enfants	78	3,09
5 enfants et plus	29	1,15
Total	2523	100,00

Fichiers SNAS au 31/12/2010

Dans la composition des ménages, le service note une augmentation des ménages composés d'un adulte sans enfants. Cette tranche de la population augmente de 85 unités soit 1,87%.

Parmi les ménages, 48,20% sont des personnes seules, 56,61% n'ont pas d'enfants à charge.

TABLEAU 4 : RÉPARTITION DES BÉNÉFICIAIRES EN FONCTION DE L'ÂGE ET DU SEXE

Âge	Femmes	%	Hommes	%	Total	%
<18 ans	894	16,61	988	18,36	1882	34,97
18-24 ans	219	4,07	188	3,49	407	7,56
25-29 ans	187	3,47	120	2,23	307	5,70
30-34 ans	236	4,38	151	2,81	387	7,19
35-39 ans	284	5,28	207	3,85	491	9,12
40-44 ans	305	5,67	195	3,62	500	9,29
45-49 ans	304	5,65	240	4,46	544	10,11
50-54 ans	202	3,75	204	3,79	406	7,54
55-59 ans	148	2,75	150	2,79	298	5,54
>=60 ans	71	1,32	89	1,65	160	2,97
Totaux	2850	52,95	2532	47,05	5382	100,00

Fichiers SNAS au 31/12/2010

La constellation de la population suivant les sexes n'a guère évoluée par rapport à 2009 ; elle est de 52,95% pour les femmes et de 47,05% pour les hommes.

42,53% des bénéficiaires ont moins de 25 ans, il n'y a pas de variation par rapport à l'exercice 2009.

2.3. Objectifs poursuivis en 2010

Le maintien, voire l'accroissement de la qualité du service est un objectif permanent au sein du Service Régional d'Action Sociale de la Ligue médico-sociale.

Tous les assistants sociaux du Service Régional d'Action Sociale ont participé à plusieurs journées de formation sur le « diagnostic social ».

La formation, tenue par le Professeur Kaspar GEISER, Ecole de Travail Social de Zurich, a réuni une approche théorique et pratique.

Elle a permis à nos assistants (d'hygiène) sociaux d'élargir leurs compétences en matière de diagnostic social (effectuer une analyse des problèmes et ressources du client) et en matière de technique de documentation.

Le « diagnostic » est à la base de tout projet d'insertion sociale et des évaluations à établir avec le client.

2.4. Activités du Service Régional d'Action Sociale en 2010

Le service distingue les bénéficiaires dispensés des bénéficiaires non-dispensés en vue de l'organisation d'une activité d'insertion professionnelle.

Le total des bénéficiaires temporairement dispensés n'a guère varié par rapport à l'exercice antérieur. Les bénéficiaires non-dispensés constituent l'effectif le plus important des SRAS de la Ligue médico-sociale.

Depuis plusieurs années le nombre des bénéficiaires non-dispensés affiche une nette augmentation : si ce nombre était de 740 en 2008 et 889 en 2009, il se chiffre à 964 en 2010, soit une augmentation de 23,23% pendant la période 2008-2010.

TABEAU 5 : DIFFÉRENCIATION DES TYPES DE BÉNÉFICIAIRES

Région	Postes SRAS	Bénéficiaires temporairement dispensés	Bénéficiaires non-dispensés	Bénéficiaires en activité d'insertion, sauf CS ¹	Bénéficiaires sans activité d'insertion
Centre	5,75	1956	422	280	142
Nord	5	1594	376	257	119
Sud	2,5	868	166	132	34
Total	13,25	4418	964	669	295

Fichiers SNAS au 31/12/2010

Une variation sensible des bénéficiaires avec activité d'insertion est à mettre en évidence : 669 activités d'insertions professionnelles (sauf contrats subsidiés) pour l'année 2010 contre 589 pour 2009 (+12%) et contre 501 pour 2008 (+25,11%).

TABEAU 6: MESURES EN COURS

Région	Postes SRAS	Total des activités d'insertion réalisées en 2010 ²
Centre	5,75	369
Nord	5	274
Sud	2,5	139
Total	13,25	782

Fichiers SNAS au 31/12/2010

TABEAU 7: MESURES EN COURS AU 31/12/2010

Mesures en cours au 31/12/2010	Femmes	%	Hommes	%	Total	%
Affectations temporaires indemnisées	214	24,26	252	28,57	466	52,83
Stages en entreprise	112	12,70	91	10,32	203	23,02
Contrats subsidiés (Art.13.3)	107	12,13	106	12,02	213	24,15
Totaux	433	49,09	449	50,91	882	100,00

Fichiers SNAS au 31/12/2010

Le nombre des activités d'insertion qui ont débuté en 2010 s'élève à 782 unités (737 en 2009 et 651 en 2008) soit une variation de +5,75% par rapport à 2009 et +16,5% par rapport à 2008.

Les mesures en cours au 31 décembre 2010 se chiffrent à 882 et ont mis en évidence une augmentation de 9,3% par rapport à 2009 et de 20% par rapport à 2008. Ces mesures se composent des affectations temporaires indemnisées, des stages en entreprises et des contrats subsidiés par l'Etat (Art. 13.3 de la loi).

¹ Activités en cours au 31/12/2010, sauf contrats subsidiés (Art. 13.3)

² Activités qui ont débuté au cours de l'année 2010

203 bénéficiaires de stages en entreprises sont susceptibles d'être engagés par leur lieu d'affectation.

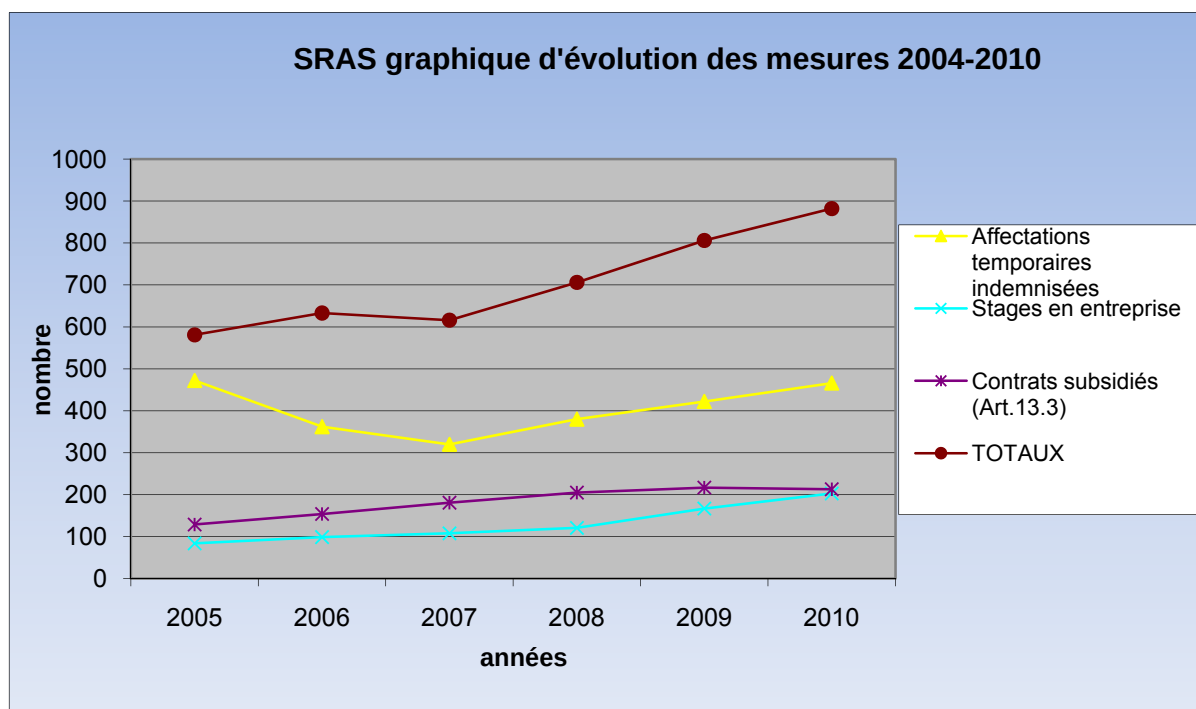
213 bénéficiaires ont été engagés en 2010 par leur lieu de travail dans des contrats subsidiés par l'Etat (Art. 13.3).

Depuis 2007 le service constate une augmentation significative de l'ensemble des mesures d'insertion.

L'ampleur de cette variation réside dans :

- l'augmentation du nombre de demandeurs d'emplois en fin de droit ;
- le ralentissement de l'économie ;
- la diminution de créations d'emplois auxquelles les clients du SRAS pourraient postuler d'où le maintien dans une des mesures d'insertion;
- l'augmentation des bénéficiaires du RMG.

TABEAU 7 : GRAPHIQUE D'ÉVOLUTION DES MESURES D'INSERTION DE 2004-2010



2.5. Conclusions

Depuis 2008 le Service Régional d'Action Sociale de la Ligue médico-sociale observe une envolée du volume de travail. Cette variation se chiffre à +20 à 25% tel que décrit ci-dessus.

Depuis 2008, le nombre de bénéficiaires par assistant social a augmenté de façon significative et passe de 135 à +-175 clients pour un temps plein.

Dans ces temps de crise économique, l'intégration socio-professionnelle sur le premier marché de l'emploi des bénéficiaires du RMG devra rester une des priorités de notre « société de travail » et du SRAS.

Chaque année le service réussit à intégrer des bénéficiaires à nombre croissant dans des activités d'insertion. La démarche d'intégration par le travail de cette population n'est possible qu'à travers l'engagement des Services Régionaux d'Action Sociale, étant donné que les bénéficiaires du RMG ne sont toujours pas considérés à leur juste valeur.

Tout en considérant l'évolution du volume de travail, les assistants sociaux du SRAS ont pour autant le mérite d'avoir réalisé un résultat tout autant positif que chiffrable : + 16,5% des activités d'insertions débutées en 2010 par rapport à 2008.

Le « workfare » fait du sens dans la mesure où le travail n'est pas seulement une source de revenus, mais il est un lieu de socialisation. Tous les bénéficiaires de l'indemnité d'insertion participent à nouveau à la vie sociale. Les mesures d'insertions professionnelles ont sans aucun doute un effet de levier dans la lutte contre la pauvreté sociale.

RAPPORT SUR LES SERVICES DE CONSEIL

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

1.1. Introduction

L'année 2010 a été marquée par la recrudescence de « l'effet crise » au niveau de l'affluence vers le SICS, le nombre de nouvelles demandes de conseil ayant dépassé pour la première fois le chiffre 400.

Alors qu'en 2007, on notait encore un nombre total de 278 nouvelles demandes, ce qui correspondait à la moyenne décennale, on a pu constater une hausse de pas moins de 23% en 2008, le nombre de demandes étant passé à 338. Cette hausse de l'affluence par rapport à l'année 2007 a persisté en 2009 avec 335 nouvelles demandes.

Au vu de ce qui précède, le caractère tout à fait exceptionnel de l'année 2010 avec un nombre de 433 nouvelles demandes n'est pas à nier, alors qu'on peut craindre une persistance de l'accroissement des demandes adressées au service au vu de l'évolution de la situation économique actuelle. Depuis sa création en 1993, 5.085 demandes de conseil ont été adressées au service dont 3.667 personnes sont venues en consultation.

Rien que pour l'année 2010, le service a pu enregistrer 433 nouvelles demandes de conseil dont 324 personnes se sont effectivement présentées au 1^{er} rendez-vous.

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

En 2010, 6 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.

Le service a été reçu à deux reprises par la Commission de la Famille, de la Jeunesse et de l'Egalité des chances dans le cadre d'un échange de vues au sujet du projet de loi n°6021 sur le surendettement qui a été déposé le 27 mars 2009 à la Chambre des Députés.

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 différentes associations œuvrant dans le domaine social.

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 2010 » au début de l'année.

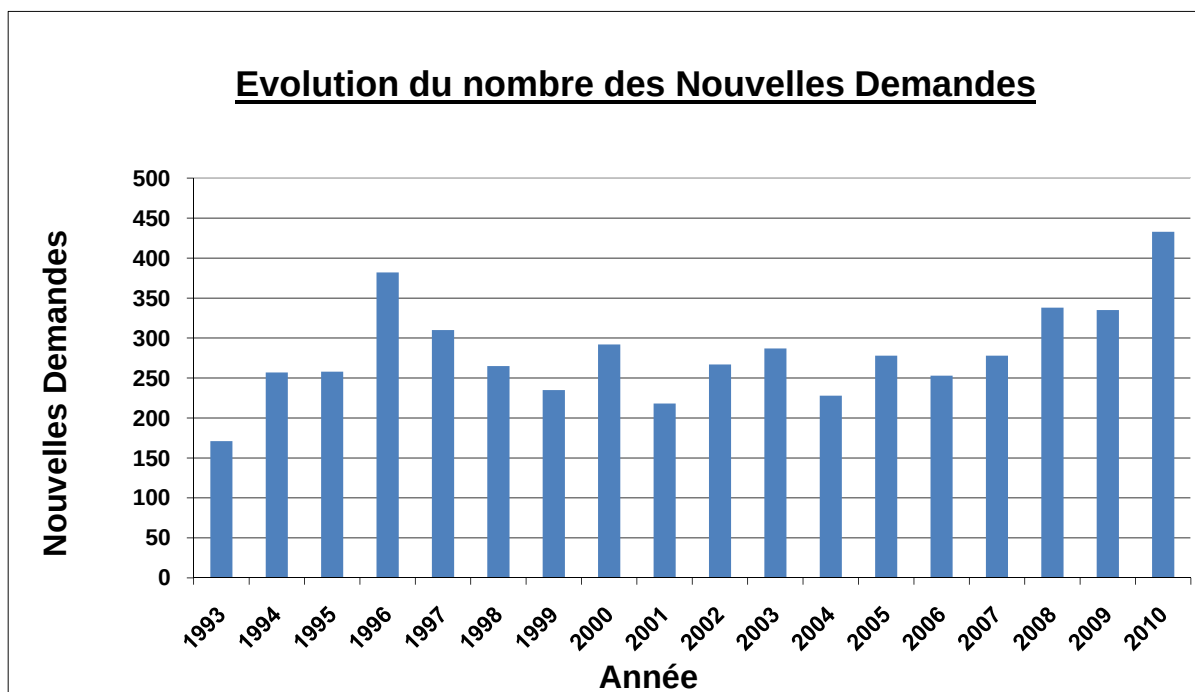
La traduction en langue portugaise de la brochure "EVITER LE SURENDETTEMENT" a été peaufinée en 2010.

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.

1.2. Le Conseil et l'Information

1.2.1. Les données statistiques générales

Au cours de l'exercice 2010, 433 nouvelles demandes de conseil ont été enregistrées portant le nombre total de demandeurs à 5.085 depuis la création du service.

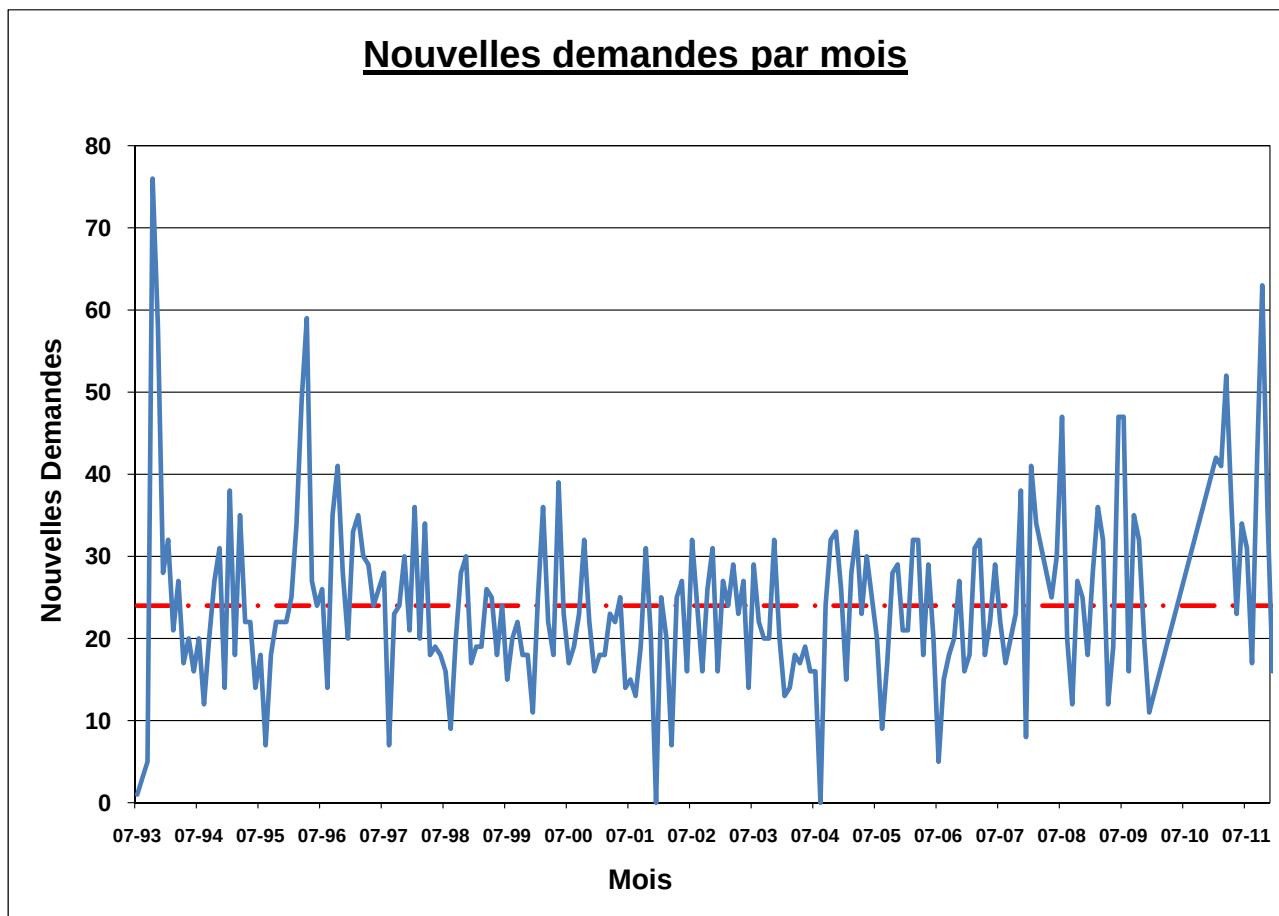


Année/Demandes	Nombre de demandes	Pourcentage/T otal	Moyenne mensuelle
1993	171	3%	28
1994	257	5%	21
1995	258	5%	21
1996	382	8%	32
1997	310	6%	26
1998	265	5%	22
1999	235	5%	20
2000	292	6%	24
2001	218	4%	18
2002	267	5%	22
2003	287	6%	24
2004	228	4%	19
2005	278	5%	23
2006	253	5%	21
2007	278	5%	23
2008	338	7%	28
2009	335	7%	28
2010	433	9%	36
Total	5.085	100 %	24

Il ressort des chiffres ci-dessus que le nombre moyen annuel sur la période considérée est de 290 nouvelles demandes, l'année 2010 pouvant être considérée comme exceptionnelle, la barre des 400 demandes ayant été dépassée.

En ce qui concerne les années 2008 et 2009, on remarque bien la persistance de l'effet « crise », le nombre des demandes adressées au service ayant à nouveau et pour la première fois depuis 10 ans dépassé le seuil des 300 demandes.

On peut en déduire une moyenne globale de 24 personnes qui s'adressent chaque mois au service pour convenir d'une première entrevue alors que la moyenne pour 2010 s'est élevée à 36 nouvelles demandes mensuelles !



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

En 2010, 6 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.

Le service a été reçu à deux reprises par la Commission de la Famille, de la Jeunesse et de l'Egalité des chances dans le cadre d'un échange de vues au sujet du projet de loi n°6021 sur le surendettement qui a été déposé le 27 mars 2009 à la Chambre des Députés.

Ce projet de loi tend à introduire en droit luxembourgeois la procédure du rétablissement personnel.

La procédure de rétablissement personnel admet un caractère subsidiaire par rapport aux autres phases de la procédure de règlement collectif des dettes, dans la mesure où elle ne doit être envisagée que comme une issue de secours pour les cas les plus désespérés et n'être mise en œuvre que lorsque les modalités traditionnelles de traitement du surendettement sont impraticables ou lorsque leur mise en œuvre serait manifestement vouée à l'échec.

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 2010 :

L'ANNEE 2010 EN CHIFFRES	
Nouveaux clients reçus ou DOSSIERS :	324
+ Nouveaux clients non présents au 1 ^{er} rendez-vous :	109
TOTAL Nouvelles demandes de conseil :	433
+ Demandes d'informations :	300
TOTAL Nouvelles demandes de conseil et d'informations :	733
+ Anciens dossiers traités en 2010 :	315
TOTAL :	1048

En 2010, 1.048 personnes se sont adressées au service afin de recevoir de l'information et du conseil en matière financière. 639 dossiers ont été traités dont 324 nouveaux et 315 anciens. 109 personnes ayant pris un 1^{er} rendez-vous en 2010 ne se sont pas présentées et 300 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 portée aux questions relatives à l'application de la loi sur le surendettement.

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'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.

Une délégation de la Chambre des huissiers de justice a été reçue au Centre médico-social de Luxembourg en vue d'un échange constructif sur les méthodes de travail et les éventuels problèmes rencontrés.

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 2010 » 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 ».

Un exposé sur les méthodes de travail et la problématique du surendettement a été tenu auprès de l'asbl Jugend an Drogenhëllef.

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 nouvelle adresse mail, endettement@ligue.lu, a facilité l'accès au service dans de nombreux cas.

La restructuration du site internet permettant de fournir aux intéressés plus d'infos en matière de surendettement sur www.ligue.lu a été poursuivie en 2010.

La traduction en langue portugaise de la brochure "EVITER LE SURENDETTEMENT" qui a été peaufinée en 2010.

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 2010	CLIENTS		DOSSIERS	
	Total demandes	%	Clients reçus	%
ETAT CIVIL				
CELIBATAIRE	130	30	95	29
DIVORCE	98	23	71	22
MARIE	140	32	108	34
SEPRE	49	11	40	12
VEUF	16	4	10	3
TOTAL	433	100	324	100
2. AGE				
<18	0	0	0	0
18-25	38	9	24	7
26-35	132	30	99	31
36-45	119	27	93	29
>45	144	34	108	33
TOTAL	433	100	324	100
NOMBRE D'ENFANTS A CHARGE				
AUCUN	178	42	128	39
UN	97	22	70	22
DEUX	93	21	72	22
TROIS	48	11	42	13
PLUS DE TROIS	17	4	12	4
TOTAL	433	100	324	100
3. STATUT PROFESSIONNEL				
BENEFICIAIRE RMG	46	11	30	9
BENEFICIAIRE PENSION/RENTE	37	9	25	8
CHOMEUR	55	13	43	13
FONCTIONNAIRE PUBLIC	16	4	11	3
INDEPENDANT	15	3	12	4
SALARIE	203	46	163	51
SANS	61	14	40	12
TOTAL	433	100	324	100
NATIONALITE				
LUXEMBOURGEOISE	237	54	170	52
UNION EUROPEENE	176	41	138	43
AUTRES PAYS	20	5	16	5
TOTAL	433	100	324	100
INITIATIVE				
PROPRE INITIATIVE	78	18	56	17
ORIENTE	355	82	268	83
TOTAL	433	100	324	100
CONTACT AVEC UN AUTRE SERVICE SOCIAL				
NON	285	66	207	64
OUI	148	34	117	36
TOTAL	433	100	324	100
REGION				
CENTRE	269	62	209	65
NORD	107	25	75	23
SUD	57	13	40	12
TOTAL	433	100	324	100

FREQUENTATION 2010	2010	2009	2008	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000	1999	1998	1997	1996	1995	1994	1993	TOTAL
1. Dossiers actifs :	324	103	45	26	18	24	14	18	9	6	12	7	3	4	17	1	4	4	639
- En cours	102	20	19	5	9	6	4	11	2	4	5	1	1	3	6	1	2	1	
- Réglés	160	43	13	14	6	9	7	6	4	2	2	4	0	1	7	0	0	2	280
- Classés sans suite	62	40	13	7	3	9	3	1	3	0	5	2	2	0	4	0	2	1	157
2. Dossiers archivés :	0	132	186	189	152	170	109	207	177	172	204	186	220	228	244	168	177	107	3028
3. DOSSIERS (1+2) :	324	235	231	215	170	194	123	225	186	178	216	193	223	232	261	169	181	111	3667
4. Clients conseillés sans entrevue :	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	7	29	22	30	24	115
5. Clients non-présents au rdvs :	109	100	107	63	83	84	105	62	81	40	76	42	39	71	92	67	46	36	1303
6. DEMANDES DE CONSEIL (3+4+5) :	433	335	338	278	253	278	228	287	267	218	292	235	265	310	382	258	257	171	5085
7. DEMANDES D'INFORMATIONS :	300	241	236	244	187	179	161	183	176	191	167	183	170	*	*	*	*	*	*
8. CLIENTS (6+7) :	733	576	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 couches 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. 20% des consultants vivent en situation économique précaire.

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 2010 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 approche systémique apporte certainement une perspective utile dans le suivi professionnel des situations sociales complexes. Elargir le contexte 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	1720		548	849	323

2. Nombre de dossiers

Nombre total de dossiers		306	75		170		61	
Nouveaux	213	69.6%	49	65.3%	122	71.8%	42	68.9%
Anciens	93	30.4%	26	34.7%	48	28.2%	19	31.1%
Individuels	234	76.5%	40	53.3%	138	81.2%	56	91.8%
Couples	51	16.7%	30	40.0%	16	9.4%	5	8.2%
Familles	21	6.9%	5	6.7%	16	9.4%		

3. Nombre de consultants

Nombre total de consultants		379	102		211		66	
Femmes	219	57.8%	49	48.0%	131	62.1%	39	59.1%
Hommes	126	33.2%	48	47.1%	55	26.1%	23	34.8%
Enfants / Adolescents	34	9.0%	5	4.9%	25	11.8%	4	6.1%

4. Age

< 10	5	1.3%	1	1.0%	4	1.9%		
10-18	29	7.7%	4	3.9%	21	10.0%	4	6.1%
19-29	71	18.7%	19	18.6%	34	16.1%	18	27.3%
30-39	81	21.4%	26	25.5%	38	18.0%	17	25.8%
40-49	113	29.8%	29	28.4%	72	34.1%	12	18.2%
50-59	62	16.4%	17	16.7%	33	15.6%	12	18.2%
60-69	15	4.0%	4	3.9%	8	3.8%	3	4.5%
≥ 70	3	0.8%	2	2.0%	1	0.5%		

5. Formes de vie

Célibataire	101	26.6%	19	18.6%	64	30.3%	18	27.3%
Marié	115	30.3%	16	15.7%	82	38.9%	17	25.8%
Divorcé	63	16.6%	25	24.5%	31	14.7%	7	10.6%
Séparé	40	10.6%	19	18.6%	14	6.6%	7	10.6%
Ménage commun	45	11.9%	17	16.7%	15	7.1%	13	19.7%
Veuvage	15	4.0%	6	5.9%	5	2.4%	4	6.1%

6. Nationalité

Luxembourgeoise	253	66.8%	50	49.0%	157	74.4%	46	69.7%
U.E.	111	29.3%	44	43.1%	47	22.3%	20	30.3%
Autre	15	4.0%	8	7.8%	7	3.3%		

7. Statut professionnel

Employé ou Fonctionnaire	122	32.2%	32	31.4%	74	35.1%	16	24.2%
Indépendant	23	6.1%	13	12.7%	8	3.8%	2	3.0%
Ouvrier	37	9.8%	17	16.7%	16	7.6%	4	6.1%
Invalide	11	2.9%	3	2.9%	7	3.3%	1	1.5%
RMG	45	11.9%	7	6.9%	25	11.8%	13	19.7%
Chômage	24	6.3%	8	7.8%	11	5.2%	5	7.6%
Retraité	10	2.6%	3	2.9%	4	1.9%	3	4.5%
Femme (homme) au foyer	53	14.0%	12	11.8%	26	12.3%	15	22.7%
Étudiant / Elève	54	14.2%	7	6.9%	40	19.0%	7	10.6%

8. Envoyés par

	TOTAL	%	Luxembourg		Ettelbruck		Wiltz	
Anciens clients / amis / famille	123	32.5%	42	41.2%	61	28.9%	20	30.3%
Propre initiative	54	14.2%	32	31.4%	13	6.2%	9	13.6%
Professionnels	202	53.3%	28	27.5%	137	64.9%	37	56.1%
Médecins	81	21.4%	12	11.8%	62	29.4%	7	10.6%
Assistants sociales	77	20.3%	11	10.8%	43	20.4%	23	34.8%
Autres professionnels	44	11.6%	5	4.9%	32	15.2%	7	10.6%

9. Motif de consultation

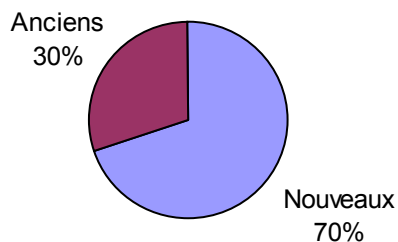
Problèmes de couple	95	25.1%	39	38.2%	38	18.0%	18	27.3%
Problèmes existentiels; dépressions; angoisse	170	44.9%	46	45.1%	94	44.5%	30	45.5%
Problèmes de famille	86	22.7%	8	7.8%	71	33.6%	7	10.6%
Etat de dépendance	17	4.5%	6	5.9%	6	2.8%	5	7.6%
Information	11	2.9%	3	2.9%	2	0.9%	6	9.1%

10. Nombre de séances

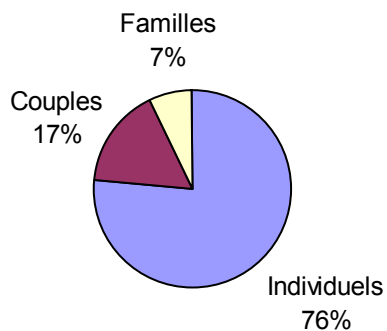
Unique	65	17.2%	11	10.8%	46	21.8%	8	12.1%
2-5	183	48.3%	51	50.0%	94	44.5%	38	57.6%
6-10	83	21.9%	37	36.3%	36	17.1%	10	15.2%
11-20	35	9.2%	2	2.0%	23	10.9%	10	15.2%
21-30	7	1.8%			7	3.3%		
>30	6	1.6%	1	1.0%	5	2.4%		

2.4. Graphiques.

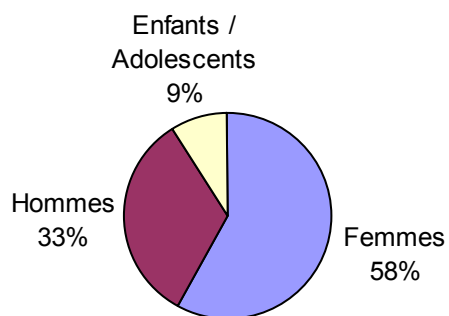
1. Nouveaux et anciens dossiers



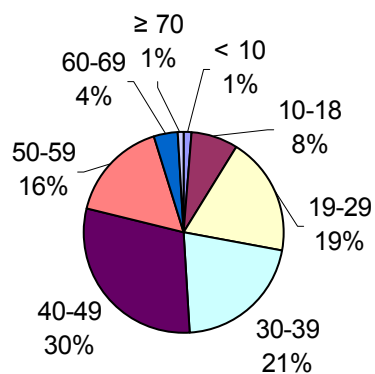
2. Composition des dossiers



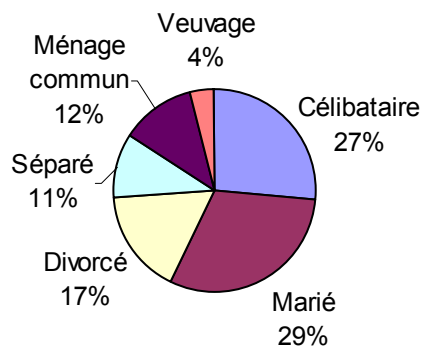
3. Consultants



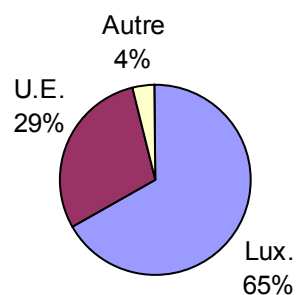
4. Age des consultants



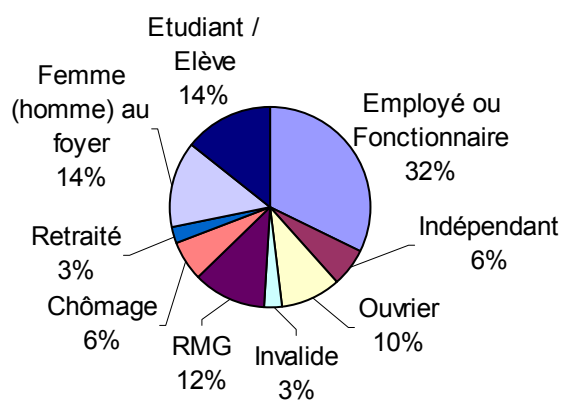
5. Formes de vie



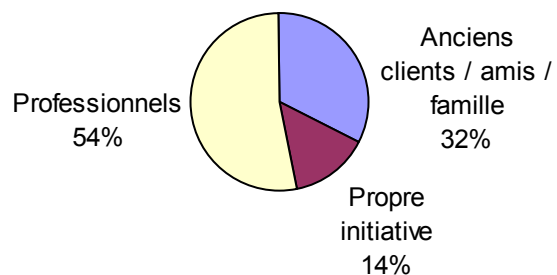
6. Nationalité



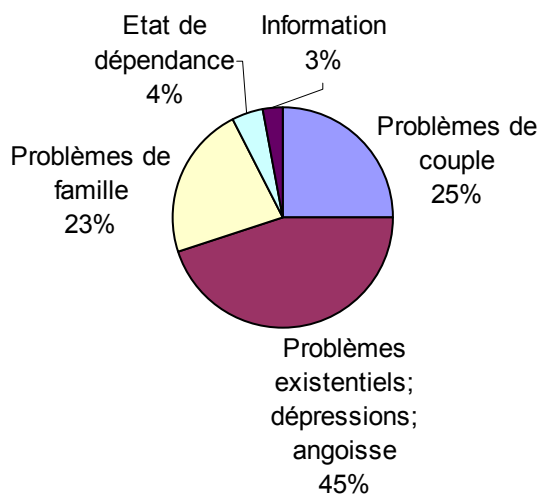
7. Statut professionnel



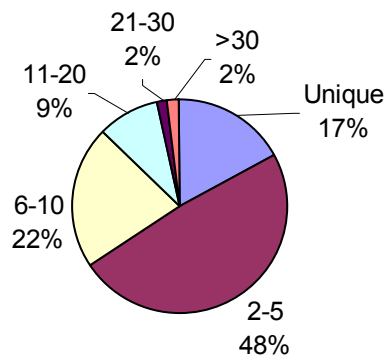
8. Envoyés par



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 ainsi qu'une orientation concrète, tout en gardant l'anonymat.

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 du lundi au vendredi de 9h-12h et de 13h-17h. En 2010, les permanences ont été assurées par près de 57 travailleurs sociaux de la Ligue, des CMS de Clervaux, Differdange, Dudelange, Echternach, Esch/Alzette, Ettelbruck, Grevenmacher, Luxembourg, Mersch, Rédange-Attert et Wiltz.

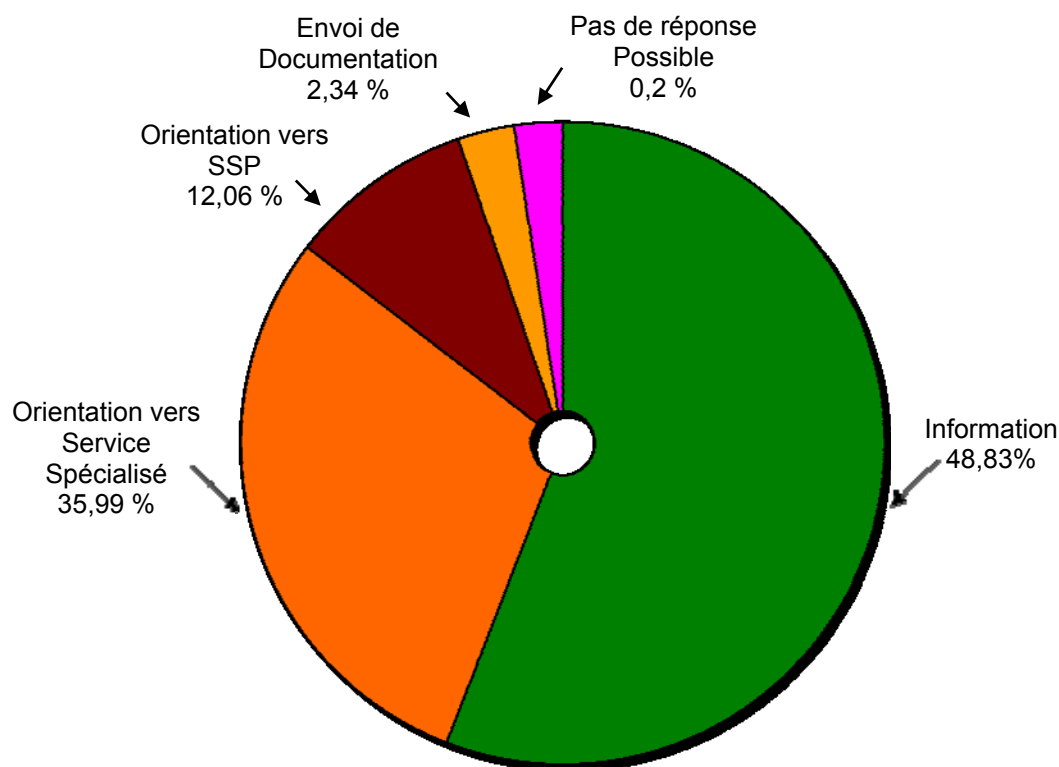
3.2. Quelques chiffres

Le tableau ci-après reproduit, en pourcentage, les 514 appels reçus en 2010 pour chaque catégorie recensée.

Education	2,34 %
Enfance	8,17 %
Etat	0,58 %
Etrangers	1,95 %
Famille	5,64 %
Femmes	2,14 %
Handicap	2,14 %
Indigences	18,29 %
Jeunesse	2,53 %

Justice	8,36 %
Logement	10,90 %
Maternité	1,95 %
Personnes âgées	2,72 %
Santé	13,04 %
Sécurité sociale	5,64 %
Travail	8,17 %
Autres	5,27 %

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



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

Dans certains cas, les situations étaient plus complexes : près de 36 % des appels ont été orientés vers un service spécialisé et plus de 12 % vers le Service Social de Proximité lorsque les situations évoquées nécessitaient une analyse plus élaborée.

Pour quelques appels, aucune solution n'a pu être trouvée, car ils ne concernaient pas le domaine social.

3.3. Conclusions

L'Info-Social reste un service important dans le domaine social, accessible gratuitement à tout professionnel et à toute personne privée.

Notons qu'en 2010 le nombre d'appel a doublé par rapport à 2009.

LE PERSONNEL

Secrétariat Général

Miriam Kariger-Eramo, Cindy Koch, Chico Louis, Yolanda Matias, Karin Muller, 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, Nathalie Dumortier, Josiane Gerges, Antoinette Hartung-Gaspar, Françoise Hilt, Simone Kieffer, Lydia Knaff, Guy Krantz, Edmée Linster, Sylvie Mauricio, Marisa Neves, Michelle Philipp, Marion Schennetten-Welter, Monique Scheuer, Carla Spielmann, Marie-Paule Trierweiler, Christiane Vanhille, Rita Welter-Ecker, Myriam Wersand, Gritty Winandy-Raas, Isabel Wolff

Infirmier hospitalier gradué: Paul Majerus

Infirmières en pédiatrie/puéricultrices: Carole Breckler, Patrice Breuskin, Marianne Ernst, Adrienne Franck, Madeleine Jungers-Goergen, Josiane Kolbach, Michèle Marxen-Lahur

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, Marie-Rose Zacharias-Wantz

Assistants techniques en radiologie: Tamara Gorges, Véronique Palumbo-Bossi, Edith Plachuta

Médecin du Service Promotion de la Santé de l'Enfant : Dr Rachida El Alaoui

Service d'Accompagnement Social

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

Service pour Mineurs et Majeurs Protégés

Economistes : Gaby Andres, Marie-Pierre Vilain

Gestionnaires : Danielle Dammé, Eliza Fessler

Service Régional d'Action Sociale

Assistants d'hygiène sociale et assistants sociaux: Nadine Adams, Danièle Baum, 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: Yolande Toussing-Origer, Christian Wagener, Christiane Werné

Gestionnaire: Claudine Nau

Gesond Liewen

Psychologues: Cristina Ferreira, Alix Heyman-Fabert, Jean Molitor

Assistante d'hygiène sociale : Lucie Simon

Personnel administratif

Denise Adehm, Isabelle Bellomo, Sonja Bodson, Anni Dhur-Picco, Anne Donckel, Sylvia Eschenauer-Jacoby, Carlo Jourdain, Danielle Karpen, Mariette Kellen, Danielle Kraus-Peiffer, Marie-Jeanne Kremer, Daroslaw Kurowski, Nicole Ludwig, Denise Mannes-Hansen, Karima Merkané, Marie-Josée Nord-Steffen, Corinne Ramos Da Costa, 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
