



LIGUE MÉDICO-SOCIALE
MIR HËLLEFEN ZËNTER 1908



RAPPORT D'ACTIVITE

2002

SOMMAIRE

Sommaire.....	1
Préface.....	3
La Ligue	4
Patronage de la Ligue luxembourgeoise de Prévention et d'Action médico-sociales	5
Le Conseil d'Administration	6
Rapport d'Activité.....	7
Rapport du Conseil d'Administration.....	7
Rapport du Conseil de Surveillance.....	13
L'Organisation	14
Rapport sur les Services médico-sociaux	15
1. Les Consultations pour Maladies Respiratoires	15
2. La Médecine Scolaire.....	27
3. Les Consultations pour Nourrissons	30
4. Prévention, Education et Promotion de la Santé	32
5. Information du public et représentation.....	35
6. Conclusions générales	36
Rapport sur les Services Sociaux.....	37
1. Le Service d'Accompagnement Social.....	37
2. Le Service Régional d'Action Sociale	41
3. Le Service Social à l'Hôpital	44
4. Le Services des Evaluations pour l'Assurance Dépendance	46
Rapport sur les Services de Conseil	47
1. Service d'information et de conseil en matière de surendettement	47
2. Gesond Liewen & Centre de Consultations	55
3. Info-Social – Service d'information et de conseil par téléphone	57
Propositions et contributions de la Ligue médico-sociale dans le cadre de l'élaboration du plan national inclusion (PAN-incl.) 2001-2003 et 2003-2005	59
1. Introduction	59
2. Réalisations précédant et complétant le PAN-incl. 2001-2003:	59
3. Réalisations dans le cadre du PAN-incl. 2001-2003:	59
4. Contributions de la Ligue au PAN-incl. 2003-2005	62



PREFACE

Si l'année 2001 était l'année de la redéfinition et de la restructuration en profondeur de nos activités sociales et médico-sociales, avec une démarcation nette des différentes activités, l'année 2002 nous montre déjà des résultats très positifs.

Comme points forts de l'année 2002 il faut relever: - La structuration et le fonctionnement efficient de notre nouveau service d'accompagnement social. - La création d'un service de gestions volontaires, de tutelles et de curatelles, "service pour mineurs et majeurs protégés" et l'édition d'un précis juridique en cette matière, élaboré par notre Vice-Président, M. André Thill. - La réalisation d'un programme en matière de médecine préventive pour la médecine scolaire, avec la promotion et l'éducation de la santé. - L'élaboration d'un nouveau concept pour les consultations de nourrissons, incluant à l'avenir également la tranche d'âge d'enfants de 2 à 4 ans.

Dans le cadre du plan national d'action pour l'inclusion sociale (PAN-incl.) et de l'accompagnement social suivant l'article 16 de la loi RMG, une attention toute particulière a été apportée à la réinsertion sociale et professionnelle des personnes vivant en marge de la société.

Je me dois d'honorer ici le précieux travail qui a été réalisé par mon Conseil d'Administration et par tous nos collaborateurs tout au long de l'année 2002. Forts de leur compétence et de leur expérience, ils ont su s'acquitter avec dévouement et efficacité de leurs diverses tâches.

Mes remerciements s'adressent de même au Ministre de la Santé, notre Ministre de tutelle, à la Ministre de la Famille, de la Solidarité Sociale et de la Jeunesse et à tous nos interlocuteurs des différents ministères qui nous ont apporté aide et conseil.

Merci aux donateurs généreux qui au long de cette année nous ont permis de venir en aide dans de multiples situations de détresse.

Depuis près de cent ans au service de notre population, notre oeuvre a pleinement saisi les nouveaux défis auxquels elle s'efforce de répondre avec persévérance et professionnalisme.

Luxembourg, le 28 mars 2003

Dr Jean GOEDERT
Président





LIGUE LUXEMBOURGEOISE DE PREVENTION ET D'ACTION MEDICO-SOCIALES

(ANC^T LIGUE CONTRE LA TUBERCULOSE)

sous le haut patronage de S.A.R. Madame la Grande-Duchesse Joséphine - Charlotte

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

Elle a été reconnue d'utilité publique et a obtenu la personnalité civile par la loi modifiée du 19 mars 1910.

La loi modificative du 25 avril 1983 a apporté à la fois un changement de dénomination et une adaptation de ses attributions.

Conformément à l'article 1^{er} de cette loi, "la Ligue a pour but de contribuer à la promotion de la médecine préventive et sociale sous toutes ses formes. Elle prend toutes initiatives propres à réaliser son objet".

Ses moyens d'Action consistent notamment :

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

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

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



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

De 1911 à 1927

Son Altesse Royale la Grande - Duchesse Marie - Anne

a bien voulu assumer le haut patronage de la Ligue.

De 1927 à 1986

la Ligue fut placée sous le haut patronage de

Son Altesse Royale la Grande - Duchesse Charlotte.

Depuis novembre 1986

la Ligue est placée sous le haut patronage de

Son Altesse Royale la Grande - Duchesse Joséphine - Charlotte.

Le conseil d'administration saisit l'occasion de la présentation de son rapport annuel pour adresser ses plus respectueux hommages à Son Altesse Royale la Grande - Duchesse Joséphine - Charlotte. Au nom de la Ligue, il exprime sa reconnaissance à la Famille Grand-Ducale, Qui, depuis la création de la Ligue, n'a cessé d'accorder Son appui aux œuvres sociales et médico-sociales du pays et notamment à la Ligue luxembourgeoise de Prévention et d'Action médico-sociales.



LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

A la tête de la Ligue est placé un conseil d'administration qui se compose, conformément à l'article 5 de son statut modifié, de onze membres élus pour quatre ans par l'assemblée générale. Le renouvellement du conseil a lieu par série tous les deux ans.

La première série comprend six membres, la seconde cinq.

1^{re} série 2001-2004

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

2^e série 1999-2002

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

secrétaire - trésorier

M. Jean RODESCH, Luxembourg

les délégations

Dr Arno BACHE, délégué du Ministère de la Santé, Luxembourg
Dr Robert MULLER, délégué des médecins, Esch/Alzette

LE CONSEIL DE SURVEILLANCE

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

Le mandat de la deuxième série de membres du conseil d'administration élue pour la période de 1999-2002 est venu à échéance.

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

Tous les administrateurs sortants ont accepté une prolongation de leur mandat pour une nouvelle période de 4 ans à partir de l'année 2003.

Fin 2002, le Docteur Jean ETSCHHEID de la 1^{re} série a présenté sa démission pour raisons de santé.

Monsieur ETSCHHEID était administrateur auprès de la Ligue depuis 1987.

La Ligue présente ses remerciements chaleureux à Monsieur le Dr Jean ETSCHHEID pour son concours pendant ces 16 ans.

Il appartient à l'assemblée générale ordinaire 2003 de procéder au renouvellement partiel du conseil d'administration pour la période de 2003 à 2006. L'élection des membres du conseil, des délégués et des suppléants peut se faire par acclamation. S'il y a opposition de l'assemblée, l'élection a lieu par scrutin secret et à la majorité relative des bulletins valables. En cas d'égalité de suffrages, le plus âgé est élu.



RAPPORT D'ACTIVITE

RAPPORT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

La dernière assemblée générale s'est tenue le vendredi 19 avril 2002 à Dudelange.

Au cours de l'exercice écoulé le conseil d'administration a siégé à 6 reprises en séance plénière (4 février / 20 mars / 29 mai / 16 septembre / 6 novembre / 12 décembre) et en date du 1^{er} août en réunion avec le ministre de la santé. Pour les besoins de la gestion courante le conseil s'est réuni régulièrement en petit comité.

Au niveau de la composition du conseil il y a eu un changement fin 2002 avec la démission du Dr Jean ETSCHIED.

Le conseil a décidé de conférer le titre de membre honoraire au Dr Jean ETSCHIED, chef de la médecine du travail de l'ARBED en retraite, qui depuis 1987 a siégé au conseil de la Ligue.

DOSSIERS TRAITÉS

Les grands changements structurels engagés au 4^e trimestre 2001 suite à la répartition des activités de la « polyvalence de secteur », en travail social et médico-social, se sont poursuivis tout au long de 2002. Il s'agissait d'une part de positionner le service d'accompagnement social dans l'enchevêtrement des services de première ligne et d'autre part de réorganiser l'activité médico-sociale.

Un corollaire de cette opération était le conventionnement de chacun de ces domaines à partir de 2002. La conséquence de ce changement a été que le paiement des participations sur lesquelles l'Etat s'était engagé a subi d'importants retards.

Objectifs de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale

Tout au long de 2002 le conseil a appuyé les efforts pour la réalisation des mesures proposées en matière de surendettement et en matière d'accompagnement social (prise en charge à longue durée par la gestion de budgets familiaux) à l'intention des populations vulnérables de notre pays et qui ont été retenues dans le cadre du PAN-incl (2001-2003).

En date du 15 novembre la Ligue a eu l'occasion de présenter ces résultats dans le cadre d'une réunion en présence de la ministre de la famille et de représentants de la direction générale emploi et affaires sociales de la Commission européenne.

Assurance Dépendance

La 2^e année de collaboration avec la Cellule d'Evaluation et d'Orientation (CEO) dans le cadre de l'Assurance Dépendance s'est soldée comme la 1^{re} année par un important déficit financier pour la Ligue.

La collaboration dans ce domaine remonte à l'époque où les enquêtes d'évaluation avaient pris un très grand retard.

La contribution de la Ligue consiste en la mise à disposition d'assistants sociaux qui réalisent les enquêtes d'évaluation auprès des personnes âgées qui ont introduit une demande pour faire valoir leurs droits à l'assurance dépendance. Normalement les frais de personnel occasionnés par cette activité auraient dû être couverts par le biais des remboursements à l'acte de la part de la CEO. Malheureusement le montant payé par la CEO par enquête, respectivement le nombre d'enquêtes



réalisables par jour étaient insuffisants pour arriver à un taux de couverture suffisant pour assurer les seuls frais de personnel d'un agent de la qualification d'assistant social engagé à titre permanent et rémunéré selon les dispositions de la convention collective du secteur social.

Suite au relèvement du taux le conseil d'administration a décidé dans l'intérêt de la population, surtout âgée, qu'il était important de continuer à offrir ce service et a marqué son accord pour reconduire sa collaboration en 2003.

Service des Tutelles

Les facteurs de marginalisation ne se réduisent point à la pauvreté, mais peuvent être variés et multiples : les maladies physiologiques et psychiques, la drogue, le chômage, la solitude sans réconfort moral, l'état de dépendance, la vieillesse, le handicap grave, des états psychologiques dépressifs allant jusqu'à la désespérance et bien d'autres causes ne permettent souvent plus à une personne de gérer ses affaires face à des besoins vitaux. Ces personnes ont perdu leur autonomie de vie et sont, de ce fait, particulièrement sensibles, fragiles et vulnérables. Dans ces situations il appartient aux travailleurs sociaux d'apporter leur aide, soit par gestion volontaire, curatelle ou tutelle, qui peut s'échelonner sur de longues périodes selon les difficultés que présentent les cas individuels.

Depuis 1998 la Ligue a œuvré à la réalisation d'un service des tutelles. Une fois le concept du service d'accompagnement social en place il était devenu envisageable de compléter ce dispositif par des tutelles, curatelles et gestion volontaires d'où la création du Service pour Mineurs et Majeurs Protégés.

Service des Mineurs et Majeurs Protégés (MiMaPro)

L'étude approfondie sur le cadre légal d'une telle action a été surtout menée par M. André THILL, vice-président de la Ligue.

Le concept de fonctionnement validé début novembre par le conseil d'administration prévoit :

Le conseil d'administration décide librement de l'acceptation ou du refus d'un mandat.

Une commission se composant de membres du conseil, la « Commission Consultative pour Mineurs et Majeurs Protégés » statue sur chaque demande et propose au conseil d'administration l'acceptation ou le refus d'un dossier.

L'exécution pratique d'un mandat accepté est confiée pour ce qui est du volet social au service d'accompagnement social et pour ce qui est du volet financier à la responsable du service pour mineurs et majeurs protégés. La collaboration fonctionne sous forme de binôme.

Dans le souci d'un maximum de transparence une stricte séparation de compétence est observée entre volet social et volet financier.

L'interlocuteur de la personne protégée est l'assistant social du service d'accompagnement.

Quant au service pour mineurs et majeurs protégés il assure tout ce qui a trait aux finances et aux démarches légales nécessaires dans l'intérêt de la personne protégée

Fin décembre la Ligue a également mis sous presse une publication à l'intention des travailleurs sociaux, qui porte la signature de M. André THILL. Le recueil « Régimes légaux des mineurs et majeurs protégés. » (N° ISBN 2-9599834-0-8) sera disponible pour le grand public courant avril 2003 moyennant une participation aux frais de 20,00 EURO.

Consultations pour nourrissons

Comme présenté lors de la dernière assemblée générale par la Dr Christine CHATEL le conseil a poursuivi ses travaux en vue de réorganiser les consultations pour nourrissons. Le démarrage est prévu pour début mai 2003. Il y a lieu de relever les principales nouveautés que sont les visites à la maternité et au domicile des jeunes mamans ainsi que l'extension jusqu'à 4 ans de la plage d'âge de la population cible qui jusqu'à présent s'arrêtait à 2 ans. Mise à jour de l'équipement et réfection des localités où sont organisées les consultations pour les rendre plus attrayantes et enfin pour augmenter la fréquence des consultations.



Collaboration entre la Ville de Luxembourg et la Ligue dans le cadre de la médecine scolaire

Fin 2002 le conseil a examiné les possibilités et approuvé les modalités d'une collaboration avec la Ville de Luxembourg en matière de médecine scolaire. L'intérêt de la Ville de Luxembourg était de confier à la Ligue la médecine scolaire pour les enfants des écoles privées établies sur le territoire de la Ville de Luxembourg. L'effectif en question porte sur de plus de 1300 élèves âgés de 4 à 12 ans, répartis sur 120 classes.

Nouvelle application informatique pour les consultations maladies respiratoires

L'application informatique pour gérer les consultations de maladies respiratoires est en place depuis 1992. En vue de répondre aux nouvelles prescriptions légales en matière de protection des données et pour tirer plein profit de l'infrastructure du réseau en place dans les différents centres le conseil a marqué son accord à la réécriture de cette application. La mise en route est fixée au début du 2^e trimestre 2003.

Journée mondiale de la tuberculose 2002

Le 24 mars 2002 la Ligue avait invité à une conférence de presse pour présenter sa nouvelle brochure sur la tuberculose à l'occasion de la Journée mondiale de la TB 2002. Ce manuel d'information en 4 langues, française, allemande, anglaise et portugaise a été imprimé à 50 000 exemplaires et distribué auprès des communes, écoles, des médecins, dans les lieux publics, ...

Pour 2003 le conseil a marqué son accord pour organiser à l'occasion de la Journée Mondiale de la Tuberculose de 2003 une opération de sensibilisation conjointe des différentes associations luxembourgeoises engagées dans la lutte contre la tuberculose CARITAS, MSF, Raoul FOLLERAU et Ligue.

Collaboration avec la Commission de médiation

Suite au démarrage des travaux de la commission de médiation prévue par la loi sur le surendettement le conseil d'administration de la Ligue a déterminé les modalités et conditions selon lesquelles il est disposé à faire bénéficier les personnes surendettées d'un accompagnement social, éducatif ou de gestion financière.

Atelier de prévention de la maltraitance

Dans des cas de maltraitance d'enfants le personnel opérant dans le cadre de la médecine scolaire se trouve en première ligne. Des cas récents ont montré à quel point il est important de sensibiliser le personnel à la problématique.

L'équipe de promotion de la santé de la Ligue a élaboré à ce sujet un atelier qui a pour objectif de passer le message au personnel, aux enseignants et finalement aux écoliers pour permettre à ces derniers de déceler des situations de risque et comment s'en protéger, respectivement s'ils sont victime, à qui ils peuvent s'adresser en confiance.

Le conseil a validé le projet de formation du personnel et a marqué son accord pour l'organisation d'ateliers pour les classes de sixième année d'études sur ce sujet suite à la demande des enseignants et en accord avec les parents.

Cette démarche s'inscrit dans une étroite collaboration avec la responsable de la médecine scolaire auprès du ministère de la santé.

La Ligue poursuivra d'autre part sa collaboration avec l'ISERP dans l'intérêt du développement d'un programme à l'intention des jeunes enseignants.



Collaboration avec les pneumologues inscrits auprès de la Ligue

L'amélioration de la qualité du service proposé à la population notamment dans le dépistage et la prévention de la TB, et d'une façon plus générale des maladies chroniques ou professionnelles est un objectif pertinent.

A ce propos deux constats sont à souligner

- Le rôle de la Ligue dans le domaine de la prévention et du dépistage est inscrit dans la loi
- Il existe une complémentarité entre le travail de la Ligue et le secteur médical libéral. Dans un intérêt de santé publique, le dépistage précoce des maladies et des problèmes de santé s'impose afin de prévenir leur évolution et leurs complications.

Dans l'intérêt du service au client une réorganisation des consultations au CMS Luxembourg a été envisagée avec possibilité d'ouverture d'une consultation le lundi matin et l'extension des plages des consultations pour les tests tuberculiques.

Enfin le conseil tient à rappeler que les examens radiologiques effectués par la Ligue dans le cadre de la médecine préventive sont conformes à la loi de radioprotection du 6 juin 2001.

Plan global de vaccination de catastrophe.

Suite à la demande du ministère de la santé pour collaborer à la mise en place d'une structure ayant pour objectif « de prévenir et de gérer les atteintes à la santé dues à des actes terroristes » le conseil de la Ligue a décidé à l'unanimité de participer à cet effort par

- la mise à disposition de localités pour organiser les vaccinations de catastrophe
- fournir le cadre administratif et logistique pour l'enregistrement des personnes à vacciner et prévoir le stockage éventuel des vaccins
- prévoir un arbre décisionnel

Association du Bénévolat asbl – Agence du Bénévolat - Conseil supérieur du bénévolat

La Ligue a examiné plus en détail l'intérêt respectivement l'opportunité de faire partie de l'Association du Bénévolat asbl resp. du Conseil supérieur du bénévolat.

L'objectif de cette initiative étant de cadrer les activités bénévoles du secteur ambulancier, sapeur-pompier, coin de terre et foyer, COSL, Foyer de la Femme, Groupement des associations scouts-guides du Luxembourg, ... et l'action et les missions de la Ligue, hors les membres du conseil d'administration, ne faisant pas appel à des bénévoles dans l'exécution de ses missions le conseil a estimé que la Ligue n'était pas directement concernée par ces nouvelles structures.

Banque Alimentaire du Luxembourg

Au cours de 2002 la Ligue, en qualité de membre fondateur de cette institution, a pu faire distribuer près de 800 colis de nourriture par son réseau d'assistants sociaux. Le conseil d'administration salue cette contribution de la banque alimentaire qui représente un apport précieux dans le travail social avec les familles en situation de détresse.

Délégation du personnel

Au cours de 2002 le conseil a rencontré à 3 reprises la délégation du personnel. Les entretiens étaient francs et constructifs.



LES CENTRES MEDICO-SOCIAUX

CMS Dudelange

Le conseil a marqué son accord pour céder à la Ville de Dudelange une petite parcelle des alentours du centre médico-social de Dudelange afin de faciliter aux bus l'accès au parking sis derrière le centre.

CMS Grevenmacher

En 2002 la Ligue a réalisé un certain nombre de travaux au centre médico-social de Grevenmacher qui portaient sur la transformation et le réaménagement du r-ch et du 1^{er} étage. Au 2^e étage d'importants travaux de réparation étaient nécessaires pour régler des problèmes d'infiltration d'eau.

CMS Wiltz

La Ligue a examiné avec intérêt les possibilités de participer à un projet de chauffage urbain réalisé par la Ville de WILTZ. Vu le coût et étant donné que l'installation de chauffage du centre est relativement récente le conseil a décidé de revoir la question au moment d'un remplacement de l'installation de chauffage.

CMS Esch/Alzette

Selon le planning pluriannuel, la Ligue a procédé au remplacement du tapis plain par du carrelage au 1^{er} étage et à la remise en peinture de ces locaux.

Au 5^e étage les localités ont été adaptées pour accueillir une salle de réunion.

Locaux pour accueillir le service Mineurs et Majeurs protégés

Pour pouvoir loger son nouveau service pour Mineurs et Majeurs Protégés la Ligue s'est portée acquéreur d'une surface de bureau située dans la résidence Empereur au 21-23, rue Henri VII, contiguë aux locaux du siège de la Ligue.

L'acte notarié a été signé fin juin et l'entrée en jouissance a pu se faire pour septembre 2002.

Mise en place d'un système de pointage électronique

La Ligue gère un effectif de près de 140 personnes, employés, ouvriers et personnel de service externe tous confondus.

L'ensemble du personnel permanent de la Ligue bénéficie depuis 1979 de l'horaire mobile. Les modalités de l'horaire mobile sont identiques à celles en application dans la fonction publique (loi modifiée du 16 avril 1979 et règlement grand-ducal du 13 avril 1984).

Le retard important dans la disponibilité de l'information et la reprise fastidieuse des pointages ont amené le conseil à approuver la mise en place d'un dispositif de pointage électronique qui apportera plus de transparence dans la gestion des présences.

Mise à disposition de localités pour les besoins du Service Social de Proximité

Fin décembre 2002 le contrat pour la mise à disposition à la Croix-Rouge, à titre de prêt à usage, d'un certain nombre de localités dans les centres médico-sociaux a été signé entre la Ligue de la Croix-Rouge.

Le contrat a été conclu pour une durée de 10 ans à partir du 1 septembre 2001 et viendra à échéance le 31 août 2011.



MANIFESTATIONS

- Tout comme en 2001 la Ligue a contribué à la date du 13.05.2002 à la Journée EURO-MELANOME par la mise à disposition de 3 salles d'examen dans ses centres d'ESCH/ALZETTE, ETTTELBRUCK et LUXEMBOURG. D'autre part elle a assuré la logistique pour informer et organiser la prise de rendez-vous des intéressés.
- Contribution à la Journée mondiale sans tabac du 31 mai 2002 par un article de presse intitulé « Pour un Sport sans Tabac »
- En collaboration avec le Ministère de l'Education Nationale la Ligue a participé à la Semaine « Santé » organisée du 10 juin au 14 juin 2002 à l'Ecole Européenne avec présentation de son projet « SOMMEIL » auprès des élèves des classes préscolaires françaises et allemandes.
- Participation à la Journée « Toxicomanie » le 17 avril 2002 au Lycée Michel Lucius par l'organisation de 2 ateliers sur l'alimentation saine et les maladies respiratoires et en particulier le tabagisme.
- Stand d'information à la Foire d'Automne 2002
Du 19 au 27 octobre, dans le cadre du salon de l'enfant, participation à un stand commun avec le service de médecine préventive du ministère de la santé.
Le sujet portait sur la santé des enfants et comportait les modules « le sommeil et l'alimentation saine ». Le stand était animé par une équipe de 3 à 5 collaborateurs de la Ligue et a connu un très vif succès auprès des parents et des enfants.
- Emissions à la Radio socio-culturelle 100,7
Au cours de 2002 la Ligue était invitée toutes les 6 semaines à participer à l'émission de radio « eng Fro, eng Aentwert » de la station 100,7 et avait ainsi l'occasion de présenter les différents terrains de son action : le surendettement, la promotion de la santé, la médecine scolaire, l'alimentation saine, le RMG, ...

Campagne de Collecte en faveur de la Ligue

La campagne de vente des fleurettes Prince Jean à l'occasion de la fête nationale de 2002 a rapporté près de 32 000 euros. Le conseil tient à remercier tout particulièrement les enseignants, qui malgré l'arrivée d'un autre acteur sur le terrain, ont continué à rester fidèle à l'appel de la Ligue.

Secours

En 2002 le conseil a octroyé par le biais de ses assistants sociaux une soixantaine de secours à des ménages en détresse. Le montant total des aides ainsi accordées au cours des 5 dernières années se chiffre à plus de 124 000 €.



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 2002.

Conformément aux dispositions de l'article 16 du statut modifié de la Ligue, le conseil de surveillance confirmé par l'assemblée générale ordinaire du 19 avril 2002 a procédé le 20 mars 2003 au contrôle des opérations comptables effectuées par le trésorier de la Ligue pendant l'exercice 2002 au contrôle du bilan de la Ligue arrêté au 31 décembre 2002.

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

Ont participé au contrôle dont question:

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

LE CONTROLE DU GRAND LIVRE

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

LE CONTROLE DES PIÈCES 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 2002 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 2003 d'approuver le bilan 2002 de la Ligue luxembourgeoise de Prévention et d'Action médico-sociales.

Luxembourg, le 20 mars 2003

Le conseil de surveillance,

Joseph LENTZ

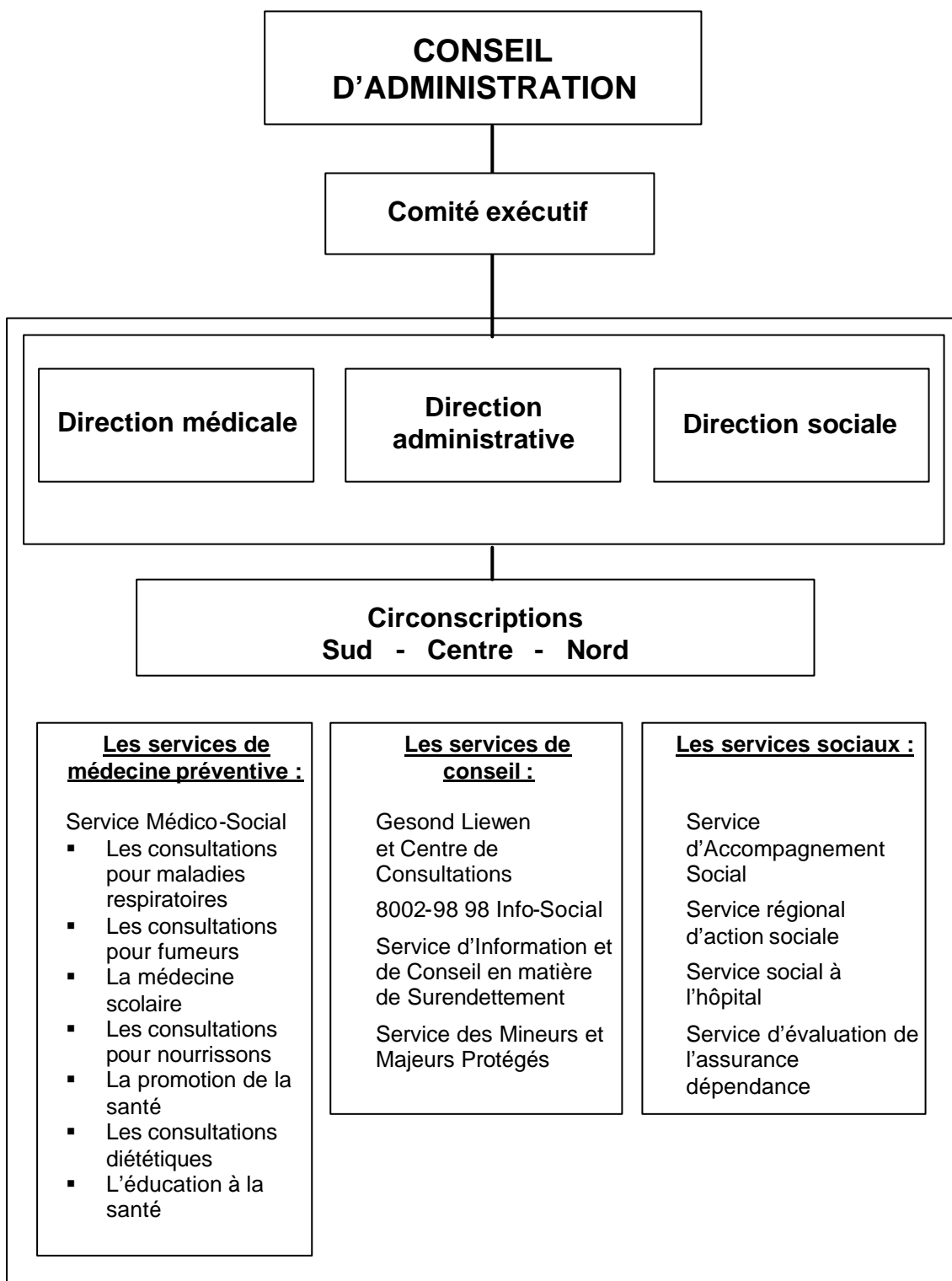
Albert PUNDEL

Edy BUCK

Romain KETTEL
membre consultant



L'ORGANISATION



RAPPORT SUR LES SERVICES MÉDICO-SOCIAUX

Dans le cadre de la médecine préventive et sociale, la Ligue Luxembourgeoise de Prévention et d'Action médico-sociales assure par l'intermédiaire de ses différents services médico-sociaux plusieurs missions définies par la loi du 25 avril 1983.

Ainsi le service médico-social, qui a une activité de médecine préventive et sociale, recouvre plusieurs domaines de compétence. La lutte contre la tuberculose et son corollaire des consultations pour maladies respiratoires (TB), la médecine scolaire (MS), les consultations pour nourrissons (CN) et l'Education et la Promotion de la Santé (E.P.S.) sont ses quatre principaux domaines d'intervention. A l'heure actuelle, les deux premiers champs d'intervention représentent la charge de travail principale du personnel médico-social.

Le développement du programme de promotion et d'éducation de la santé dans le cadre de la MS (écoles du cycle primaire) est l'événement marquant survenu au cours de l'exercice passé. La formation spécifique du personnel concerné sur différents thèmes d'éducation et de promotion de la santé s'est poursuivie comme prévue initialement. Enfin, en 2002 l'élaboration d'un nouveau concept pour les CN a constitué une priorité.

1. Les Consultations pour Maladies Respiratoires

1.1. Les données générales

1.1.1. Organisation des consultations pour maladies respiratoires

1.1.1.1. Les médecins pneumologues

Lors de ces consultations pouvant nécessiter la réalisation d'examen radiologiques pulmonaires, la Ligue fait appel à des médecins spécialistes en pneumologie. Ces derniers, au nombre de huit, interviennent dans les CMS lors de consultations fixes. Cinq officient dans la circonscription Centre, deux dans le Sud et quatre pour le Nord. Il est à signaler toutefois qu'à Ettelbruck l'un des trois médecins a interrompu son activité en octobre 2002. Ce site, n'offre plus que deux consultations hebdomadaires depuis novembre.

Chaque circonscription possède un médecin responsable nommé qui rend compte à la direction et au directeur médical de la Ligue.

Ainsi dans le cadre légal de la lutte contre la tuberculose mais aussi du dépistage des maladies chroniques respiratoires, la Ligue propose gratuitement à la population la réalisation de tests tuberculiques, de radiographies thoraciques et de conseils dans les sept CMS suivants :

- Luxembourg : 6 consultations hebdomadaires
- Esch : 2 consultations hebdomadaires
- Ettelbruck : 3 consultations hebdomadaires, puis 2 à partir du 15/11/02
- Echternach : 2 consultations par mois
- Dudelange : 2 consultations par mois
- Wiltz : 2 consultations mensuelles (2^e et 4^e mardi)
- Redange : 2 consultations mensuelles (1^{er} et 3^e vendredi)

Le directeur médical assure des consultations TB régulières dans plusieurs centres (Luxembourg, Esch, Ettelbruck, Redange, Wiltz) et est amené, par ailleurs, à remplacer ses confrères absents à Luxembourg, Dudelange, Esch-sur-Alzette et Echternach. Il effectue par ailleurs des déplacements dans les entreprises, les collectivités, les écoles pour des missions ponctuelles de lutte contre la TB ou de promotion pour la santé (tabac).

Il faut ajouter aux séances d'examen radiographiques pulmonaires des consultations exclusivement réservées à la réalisation des tests cutanés tuberculiques qui ne nécessitent pas la présence du médecin (à Luxembourg tous les matins et à Esch le lundi matin).



Ces dernières requièrent toutefois un personnel compétent (AHS ou infirmier) au sein des CMS.

1.1.1.2. Déroulement général des consultations

En raison de l'activité libérale des médecins vacataires et de l'afflux variable des patients dans les centres, les modalités pratiques des consultations peuvent différer dans chaque CMS. Le problème principal est lié à la ponctualité du médecin lors de la consultation puisqu'elle détermine, conformément à la réglementation, le début de la prise des clichés radiologiques par l'ATM de radiologie. Ainsi il peut survenir des retards dans le déroulement de la consultation et quelques désagréments pour le public et le personnel.

Par ailleurs, le nombre élevé de consultants à Luxembourg-Ville ne permet pas au médecin présent de proposer un entretien personnalisé à chaque personne à l'inverse de ce qui se pratique dans les autres centres de consultations. Une modification du fonctionnement de cette consultation est envisagée à court terme et permettra d'améliorer la qualité du service pour les usagers.

Quoiqu'il en soit, les modalités et le déroulement de la consultation sont à quelques exceptions près comparables partout. Accueil des consultants au secrétariat, prise en charge par une AHS ou un(e) infirmier(ère) qui enregistre le motif de la consultation, effectue un bref interrogatoire puis oriente les personnes vers le professionnel compétent. L'ATM sollicité vérifie la présence d'une prescription médicale puis, en l'absence de toute contre-indication et sous le contrôle et la responsabilité du médecin, réalise le cliché thoracique. Dans la majorité des cas le pneumologue s'entretient avec le consultant, au besoin l'examine, interprète le cliché, formule un diagnostic, l'informe des résultats et le conseille pour les démarches ultérieures éventuelles à effectuer.

Ensuite un rapport médical des actes effectués est adressé au médecin prescripteur ou correspondant par le secrétariat.

Toute cette démarche demande un personnel rôlé, compétent et mobilise de nombreux acteurs qui doivent assurer entre eux une bonne coordination.

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

1.1.2.1. Lutte contre la tuberculose

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

Cette fonction consiste à effectuer des examens de dépistage et de prévention de la tuberculose, en particulier des tests cutanés tuberculiques et/ou des radiographies pulmonaires, au sein de la population. Ces évaluations sont réalisées dans le cadre d'examens systématiques et/ou légaux (embauche dans la fonction publique ou les collectivités, médecine du travail, examen pré-nuptial, réfugiés, autorisation de séjour, armée, etc.), dans le cadre de contrôles des populations défavorisées ou enfin dans le cadre d'enquêtes épidémiologiques de dépistage.

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

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

1.1.2.1.1. *Examen de dépistage*

La majeure partie de l'activité des consultations respiratoires et radiologiques de la Ligue est dévolue au dépistage des maladies respiratoires transmissibles et en particulier à la lutte contre la tuberculose. Cette activité lui est légalement attribuée. Elle l'exerce sous le contrôle de la Direction de la Santé et en collaboration avec les autres services nationaux concernés.

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



Il s'agit de dépister les personnes potentiellement contagieuses, atteintes de tuberculose, d'effectuer les enquêtes d'entourage et d'identifier les personnes infectées mais non malades pour leur proposer une prophylaxie et une surveillance adaptées. L'enquête dans l'entourage d'un malade tuberculeux s'applique selon les cas aux membres de sa famille et de son entourage privé, au personnel des entreprises ou des collectivités, enfin aux élèves des écoles.

Pour aboutir à ces objectifs multiples l'ensemble du personnel effectue, dans le strict respect du secret professionnel, différents types d'actes :

- Interrogatoire personnel du malade
- Enquête épidémiologique de proximité (famille, voisinage, travail, école, etc.)
- Tests cutanés tuberculiques (exécution et lecture)
- Examens radiographiques
- Examen clinique médical
- Etablissement d'un diagnostic codé
- Rapport aux médecins prescripteurs ou correspondants et aux services médicaux et sanitaires
- Archivage des données sur dossier et sur support informatique
- Suivi ultérieur des malades et des personnes infectées

Enfin la Ligue effectue des contrôles réguliers évolutifs auprès des anciens malades. L'objectif est dans ce cas de dépister la survenue d'éventuelles rechutes ou récurrences, de déceler des complications comme une greffe mycosique ou l'apparition d'une insuffisance respiratoire et enfin de prévenir à plus long terme le handicap respiratoire (prévention tertiaire).

1.1.2.1.2. *Enquêtes épidémiologiques au sein de collectivités :*

Les enquêtes épidémiologiques au sein de l'entourage d'un malade tuberculeux peuvent, pour des motifs pratiques, être réalisées à l'extérieur des CMS par exemple en milieu scolaire ou en entreprise. Ainsi une équipe peut être amenée à se déplacer au sein des entreprises de plus ou moins grande taille (enquête de plus de trente à quarante personnes).

En collaboration avec la Ligue et selon les dispositions normatives de la Direction de la Santé, le médecin du travail détermine l'entourage à dépister. L'entreprise concernée et son département du personnel coopèrent avec nos services pour établir la liste des employés à dépister et effectuer les convocations et participent à l'organisation des modalités pratiques de ces enquêtes dans son enceinte. Une équipe, comprenant le médecin et au besoin d'autres personnes habilitées à la réalisation des ID (infirmière ou AHS) voire un(e) secrétaire, se déplace dans ces collectivités pour réaliser le dépistage.

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

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

En ce qui concerne la tuberculose, la Ligue comptabilise toutes les formes de tuberculose qu'elle dépiste ou enregistre auxquelles elle attribue un code spécifique :

- Les primo-infections latentes (A/1) sont des infections TB récentes (virage documenté des réactions cutanées tuberculiques, sans signe clinique ni anomalie radiologique) qui ne nécessitent pas de déclaration obligatoire (D.O.). On leur adjoint par filiation les infections TB latentes anciennes (contact TB supérieur à 2 ans). Ces deux formes peuvent potentiellement évoluer vers la TB maladie.
- Les primo-infections patentées (A/2) correspondent à des infections TB récentes avec signes cliniques ou radiologiques. Elles sont potentiellement contagieuses.
- Les tuberculoses maladies actives (A/1 à C) parmi lesquelles l'on distingue les atteintes pleurales (A/I), les localisations pulmonaires (A/III) et respiratoires (A/IV) qui sont habituellement les plus contagieuses, les formes extra thoraciques (B) osseuse, urinaire, cutanée ou ganglionnaire faiblement contagieuses et les formes généralisées (C) qui sont très rares.

Le rôle primordial de la Ligue dans la lutte antituberculeuse réside dans l'évaluation des primo-infections latentes A/1 qui ne sont pas déclarées au Ministère.



Il faut donc insister sur la mise en évidence par la Ligue en 2002 de 57 virages tuberculiques documentés ou d'infections tuberculeuses latentes, regroupés sous le sigle A11.

Les personnes récemment infectées sont dirigées vers le médecin de leur choix ou leur médecin traitant pour une prise en charge adaptée et la mise en route d'un traitement préventif afin d'éviter une évolution potentielle vers la TB maladie. Le rôle de la Ligue dans la rupture de la chaîne de transmission de la maladie apparaît ici clairement. En outre, l'enregistrement par la Ligue de ces formes A11 vient compléter les données du ministère et rend compte de façon plus précise du statut épidémiologique du pays vis-à-vis de la tuberculose et enfin intègre de facto la Ligue dans le réseau national de surveillance de la tuberculose.

1.1.2.1.4. Evaluation de l'activité globale de la Ligue

➤ Recueil et interprétation des données

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

Toutes ces modalités sont soumises au respect du secret professionnel et les données sont collectées en totale confidentialité.

Nous constatons cependant que le recueil des éléments de la consultation respiratoire peut varier d'un CMS à un autre en raison des différences constatées dans l'imputation et l'interprétation de certains critères. Il manque aussi parfois des informations statistiques et démographiques qui ne permettent pas une interprétation fine et approfondie secteur par secteur de la situation sanitaire. En outre, ce phénomène est accentué par la modification au fil des ans des critères retenus pour les données statistiques. Ces défauts dans le recueil des données n'entravent toutefois pas l'exploitation globale de ces chiffres ni l'interprétation de l'activité d'ensemble de la Ligue. Néanmoins, dans ces conditions, l'analyse de l'évolution de l'activité des exercices successifs peut être délicate ou difficile.

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

- Nombre total de séances de consultations, avec ou sans acte radiologique
- Nombre total de consultants
- Nombre de clichés radiographiques ou de tests tuberculiques effectués
- Nombre de rapports rédigés et adressés aux médecins prescripteurs
- Nombre de cas de TB, diagnostiqués ou enregistrés par la Ligue
- Nombre de dossiers TB pris en charge par les AHS

L'on souligne toutefois que le programme informatique actuel ne permet pas de comptabiliser l'incidence, c'est à dire le nombre de nouveaux cas diagnostiqués au cours de l'année, mais prend en compte la prévalence instantanée en début et fin d'année. Le nouveau programme informatique prévu pour être opérationnel en 2003 sera conçu pour palier ce défaut.

➤ Référence aux données officielles nationales et internationales

Au plan national, la surveillance des maladies transmissibles est effectuée par la Division de l'Inspection Sanitaire de la Direction de la Santé. En matière de tuberculose le recueil des déclarations obligatoires (D.O.) permet de contrôler l'état sanitaire de la population du Grand-Duché vis à vis de cette pathologie.

Dans ce domaine les données de la Ligue ne recouvrent pas les statistiques nationales. Il y a deux raisons principales à ce constat.

D'une part, il existe un déficit de signalement des cas de tuberculose à nos services dont les causes sont multiples. D'autre part, comme nous l'avons déjà dit, la Ligue comptabilise les formes qui ne nécessitent pas de déclaration obligatoire (primo-infections tuberculeuses latentes A11). Celles-ci n'apparaissent donc pas dans les données épidémiologiques nationales. Ce dernier élément souligne encore une fois le rôle essentiel de la Ligue dans sa mission de dépistage des sujets infectés, récemment ou non, après un contage tuberculeux.

Par ailleurs, ces éléments statistiques et épidémiologiques permettent de surveiller l'évolution de cette pathologie sur notre territoire et de comparer ces chiffres à ceux des pays voisins et plus généralement à ceux de la communauté internationale. En effet, la tuberculose ne connaît pas de frontière et les données internationales sont indispensables à une bonne appréhension de la maladie.

A ce propos les organisations non gouvernementales alertent depuis quelques années les instances internationales sur la propagation effective de la maladie dans les pays pauvres, dans les grandes



agglomérations urbaines, sur le développement de « points chauds » et sur la réceptivité accrue de certaines populations (groupes à risque).

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

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

Dans ces régions le taux de prévalence de la co-infection HIV-TB est supérieur à 1000 cas pour 100 000 habitants. Pour toutes ces raisons les organismes internationaux ne prévoient aucune éradication de la tuberculose à court ou moyen terme.

Il faut rester vigilant même dans nos pays développés actuellement préservés de ce fléau. Il est indispensable de tenir compte de toutes ces informations afin d'anticiper l'évolution de la maladie et de prévoir suffisamment à l'avance les moyens nécessaires à la lutte contre la tuberculose.

1.1.2.2. Dépistage et Prévention des maladies respiratoires

C'est pour un ensemble de raisons que nous distinguons cette activité du chapitre précédent.

Elle s'effectue cependant dans le même temps que les consultations TB.

Il s'agit, dans la plupart des cas, de personnes consultant à l'occasion de demandes diverses et variées et dans le cadre d'examens systématiques ou obligatoires en conformité avec la réglementation grand-ducale. Son objectif, outre la lutte contre la TB, est le dépistage des affections pulmonaires ou thoraciques de tout ordre et en particulier le dépistage des pathologies chroniques.

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

Les médecins du travail, à l'occasion de visites systématiques ou de bilan d'embauche, dans le cadre du dépistage de maladies à caractère professionnel ou dans le cadre d'une pathologie chronique respiratoire en particulier bronchique, font appel très régulièrement à la Ligue pour la réalisation d'examens radiographiques. Ces interventions sont souvent en rapport avec l'inhalation potentielle de substances toxiques professionnelles, aggravée ou non par un tabagisme.

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

Au terme de cette consultation pour maladies respiratoires le diagnostic final est encodé.

Sont bien différenciés d'une part les pathologies liées à la tuberculose et d'autre part toutes les affections non tuberculeuses (se reporter au chapitre 1.3.3.1.).

1.2. Bilan de l'activité globale de la Ligue en 2002

L'activité globale de la Ligue au cours de l'exercice 2002 a été globalement élevée. Au niveau national les chiffres bruts sont les suivants :

16 437	consultants
917	séances de consultations assurées
5 729	examens de radiologie réalisés
8 703	tests tuberculiniques effectués
13 931	rapports médicaux rédigés
31	dossiers de TB pris en charge par les AHS



Les différents postes d'activité ont connu des variations contrastées par rapport à l'exercice précédent.

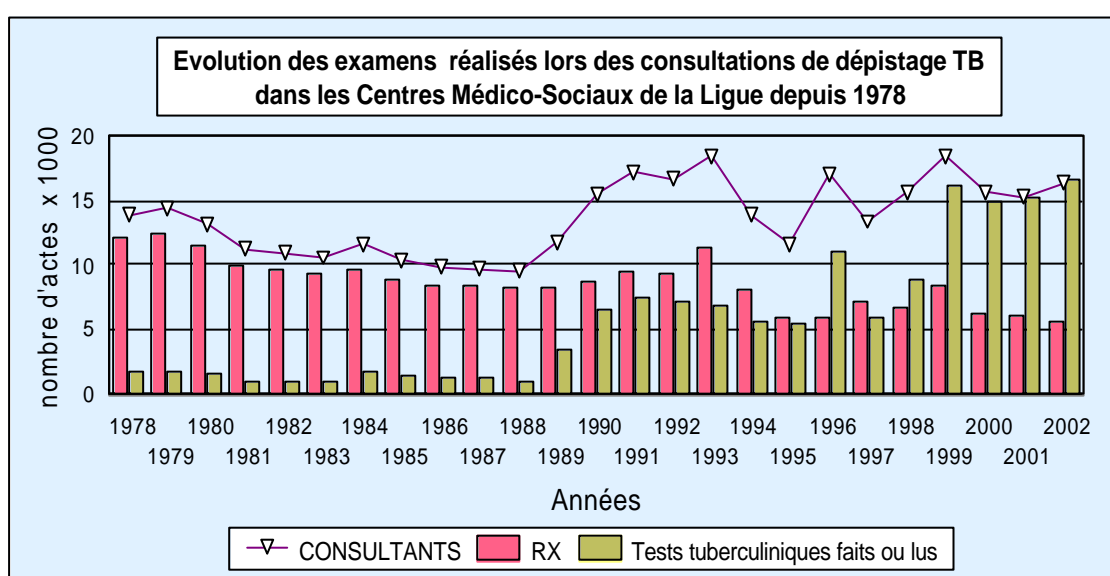
En effet, le nombre de consultants et la quantité de tests cutanés effectués sont en nette progression. Par contre le nombre d'examens radiologiques est en sensible diminution.

Toutefois, l'activité d'ensemble de la Ligue a progressé comme nous allons le développer dans ce qui suit.

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

1.2.1.1. Evolution globale

Le principal moteur de l'activité est la fréquentation des CMS par la population. Elle conditionne directement le nombre d'actes, de tout ordre, effectués. Le graphique présenté ci-dessous nous permet de visualiser les données enregistrées depuis 1978.



Le haut niveau d'activité générale est bien visible sur ce schéma. Nous pouvons par ailleurs constater plusieurs points très instructifs.

L'on constate en 2002, que le nombre de consultants a augmenté significativement par rapport à celui de l'exercice 2001 (**16 437** contre 15 425 soit **+ 6,56%**). Remarquons que la fermeture en 2001 des sites de Grevenmacher et de Differdange n'a pas entraîné de baisse globale de la fréquentation des CMS.

De la même façon, le nombre de tests tuberculiques effectués progresse considérablement (**8 703** contre 7 879 en 2001 soit **+ 10,45%**). Au total **16 747 tests** ont été faits ou lus (chiffre reporté sur le graphique ci-dessus) par le personnel soit une augmentation de 9,4% par rapport à l'an dernier. Ces valeurs, élevées depuis quelques années, sont liées à la conjonction de plusieurs facteurs que nous développons après.

Par contre, le nombre d'examens radiologiques pratiqués régresse de neuf points par rapport à l'an dernier (5 729 contre 6 296 soit - 9%).

Ceci confirme, pour ces derniers critères, la tendance observée depuis une dizaine d'années. Elle est liée aux évolutions démographiques et aux flux migratoires mais aussi à la modification des habitudes de dépistage de la tuberculose qui incite à privilégier le test tuberculique comme méthode princeps de référence et qui contribue à une plus grande protection de la population contre les rayonnements ionisants conformément aux directives nationales et européennes.



D'autres critères peuvent être inclus pour évaluer l'activité globale du personnel. Il s'agit par exemple du nombre de dossiers de TB traités par les AHS qui ont en charge l'enquête d'entourage (visites à domicile, entretiens téléphoniques, etc.) afin de mettre en place l'enquête épidémiologique et sanitaire. Ce chiffre est relativement stable d'une année à l'autre (31 en 2002 contre 29 en 2001 et 30 en 2000).

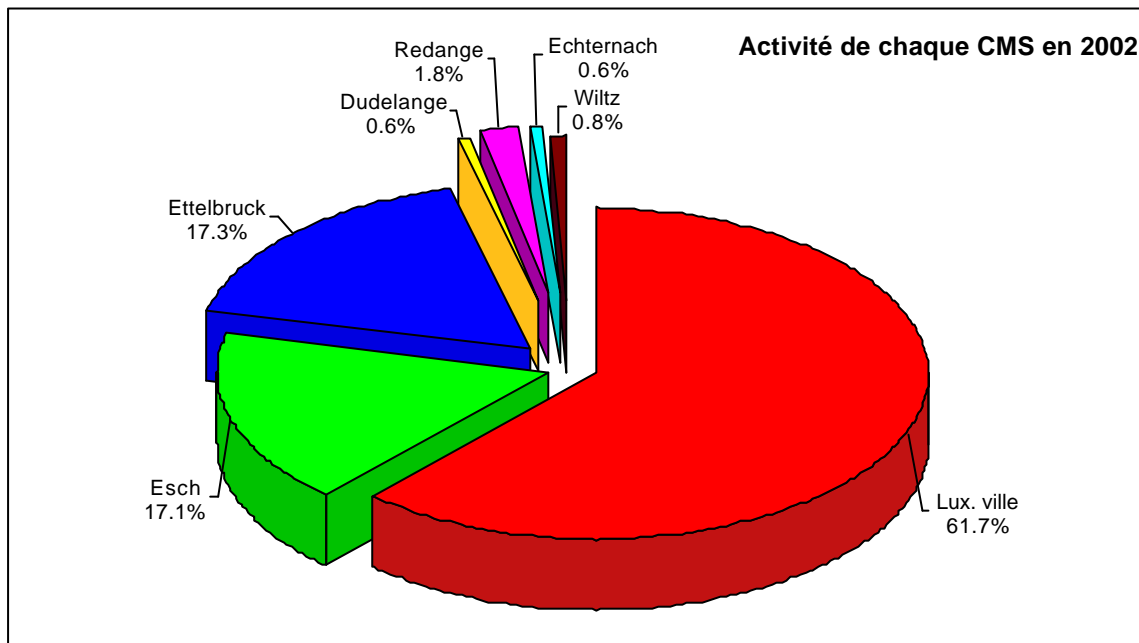
1.2.1.2. Répartition de l'activité

Le CMS de Luxembourg-ville réalise près des 2/3 de l'activité totale (61,7%) de la Ligue.

Les centres d'Esch et d'Ettelbruck réalisent chacun plus de 17% de cette activité.

Ces trois sites réunis réalisent au niveau national plus de 96% de l'activité de la Ligue.

Enfin l'ensemble des centres périphériques restants (Redange, Wiltz, Echternach et Dudelange) représente moins de 4% du total.



Pour réaliser ce graphique nous avons effectué la somme des examens radiologiques réalisés, des tests cutanés effectués et des rapports adressés aux médecins en 2002. En effet, comme nous l'indiquons précédemment, le recueil aléatoire de certaines données nous contraint à utiliser pour cette évaluation des critères recueillis de façon uniforme sur tous les sites.

1.2.2. La population cible

La population du Grand-Duché, au 1er janvier 2002 est d'environ 444 000 habitants. Elle est en constante augmentation. Ainsi elle s'élevait respectivement à 364 600, 384 400 et 429 200 habitants en 1981, 1991 et 1999. L'accroissement de la population est important : de 15,8% depuis 1991 et de 1,2% depuis 2001.

De même, la proportion de résidents étrangers a progressé, passant successivement de 26,3% en 1981 à 29,4% en 1991 puis à 37,5% en 2002 de la population totale. Il s'agit, dans la grande majorité des cas, de ressortissants des pays de la CEE. La plus forte communauté est portugaise et représente, à ce jour, près de 36% des étrangers résidents sur le territoire national, alors qu'en 1981 cette proportion atteignait un peu moins de 30%.

Cependant, la proportion de résidents originaires de pays hors CEE (14% actuellement des étrangers résidents) a été en 2002 en forte augmentation (+ 10,25% par rapport à 2001). La Ligue confirme indirectement cette tendance et constate une augmentation significative du nombre de réfugiés accueillis en 2002 sur le territoire national. En effet, sur le seul CMS de Luxembourg l'on dénombre 632 réfugiés ayant bénéficié d'un examen de dépistage, dont 381 sont originaires des Balkans (60,2%), contre seulement 284 en 2001.

Il faut tenir compte de ces facteurs migratoires et démographiques dans l'évolution de l'activité et dans l'interprétation des résultats épidémiologiques (se référer au chapitre 1.3.3.2.).



1.3. ACTIVITE PAR SITE ET PAR CIRCONSCRIPTION

Comme nous l'avons signalé plus haut, trois centres réalisent la majeure partie de l'activité. Les petits centres périphériques ou satellites ont une offre de service intermittente mais requièrent néanmoins du personnel qualifié et des moyens opérationnels. Leur rapport coût / efficacité est faible. Leur activité propre est limitée mais permet cependant à une population locale défavorisée, éloignée, âgée ou à mobilité réduite d'accéder à des services gratuits. Pour plus de lisibilité et pour des raisons géographiques, économiques et démographiques il est plus pertinent d'évaluer l'activité par circonscription.

1.3.1. Volume de l'activité

1.3.1.1. Circonscription du Nord

Quatre centres sont opérationnels, à jours déterminés, pour effectuer des radiographies (Ettelbruck, Echternach, Redange et Wiltz) et réaliser des tests cutanés. La fréquence des séances et la disponibilité du médecin ou de la radiologie sont des facteurs qui déterminent leur activité propre.

Nous avons comptabilisé en 2002 :

- 201 séances
- 3 880 consultants
- 1 067 radiographies
- 1 739 tests effectués
- 1 302 tests lus
- 2 086 rapports rédigés
- 9 dossiers de TB auxquels il faut ajouter 24 cas d'infection tuberculeuse latente A11

1.3.1.2. Circonscription du Centre

Luxembourg est la plus grande agglomération urbaine du pays.

Le CMS de Luxembourg offre une large disponibilité grâce à une présence médicale et paramédicale quotidienne et une consultation radiologique journalière. Il s'agit là d'un attrait primordial pour la clientèle. Tous ces éléments favorisent une fréquentation importante de ce CMS qui est le seul site opérationnel de la circonscription Centre.

Les données recueillies sont les suivantes :

- 299 séances radiologiques (530 avec celles réservées aux seuls tests tuberculiques)
- 9 277 consultants
- 3 671 radiographies
- 5 606 tests effectués
- 5 497 tests lus
- 9 993 rapports rédigés
- 11 dossiers de TB, auxquels il faut ajouter 12 cas d'infection tuberculeuse latente A11

1.3.1.3. Circonscription du Sud

L'on constate que les différents centres urbains de cette région sont peu éloignés les uns des autres et relativement proches de la capitale. Les accès autoroutiers sont par ailleurs bien développés.

Il existe certainement une influence de ces facteurs dans la fréquentation de ces centres. Le CMS de Dudelange ne propose qu'une séance bimensuelle alors que celui d'Esch est ouvert à la consultation deux fois par semaine.

De la même manière pour ce secteur l'on a établi pour 2002 le décompte suivant :

- 170 séances
- 3 280 consultants
- 991 radiographies
- 1 310 tests effectués
- 1 237 tests lus
- 1 852 rapports rédigés
- 11 dossiers de TB, auxquels il faut ajouter 21 cas d'infection tuberculeuse latente A11



1.3.2. Evolution de l'activité

1.3.2.1. Par Centre Médico-Social (CMS)

L'activité des trois principaux centres du pays a globalement augmenté.

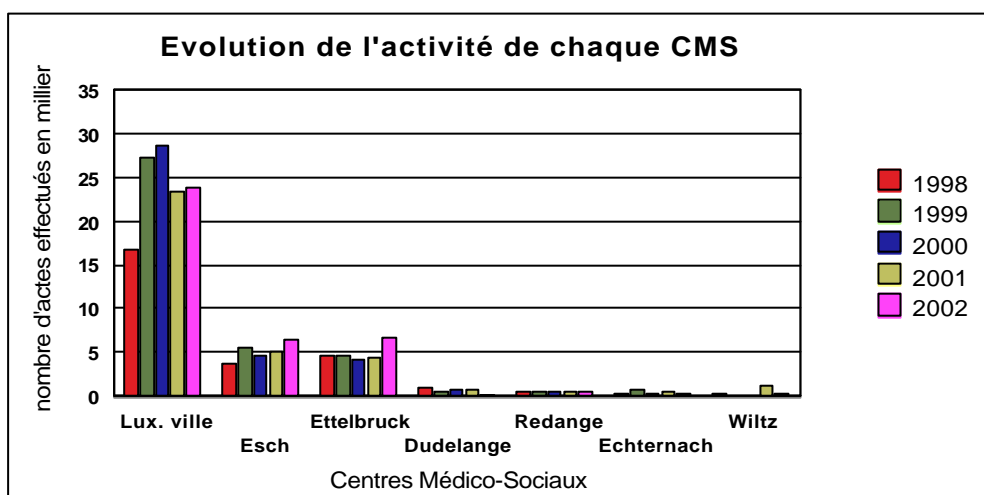
Le CMS de Luxembourg-Ville draine la majeure partie de la population nationale, cependant, l'augmentation de son activité a été moins prononcée, par rapport aux exercices précédents, que celle d'Esch et d'Ettelbruck. Leur part d'activité passe pour Luxembourg à 61,7% en 2002 contre 72,7% en 2001 et respectivement pour Esch à 17,1% contre 10,3% et pour Ettelbruck à 17,3% contre 8,8%.

Les CMS périphériques voient leur part d'activité fortement diminuer. Leur activité passe de moins de 9% à moins de 4% entre 2001 et 2002.

La baisse la plus sensible est enregistrée à Wiltz (0,8% contre 2%). L'activité à Dudelange passe de 1,4% à 0,6% et celle d'Echternach régresse de 1% à 0,6%. En fait, l'activité de ces sites est fortement corrélée d'une année sur l'autre aux enquêtes d'entourage qui peuvent y être diligentes.

Par contre, l'activité du CMS de Redange progresse légèrement (1,8% contre 1,4%). Elle y est relativement spécifique puisque l'on constate dans cette dernière localité, une importante population de patients « chroniques » (silicoses, séquelles de TB, etc.) nécessitant des contrôles périodiques.

Le tableau présenté ci-dessous visualise l'évolution de l'activité de chaque CMS lors des 5 derniers exercices.



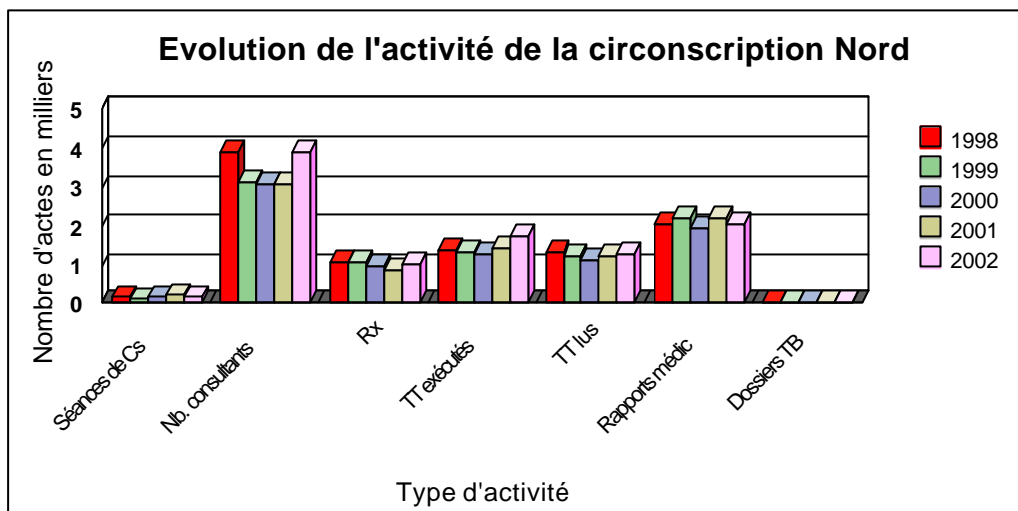
Pour les raisons évoquées précédemment et pour une meilleure appréciation de la tendance évolutive nous allons étudier la tendance au niveau de chaque circonscription.

1.3.2.2. Pour la circonscription Nord

Globalement l'activité de cette circonscription a progressé grâce notamment à la forte augmentation de l'activité enregistrée sur Ettelbruck qui a largement compensé les baisses de Wiltz et Echternach. Le nombre de dossiers TB traités en 2002 s'est élevé à 9.

Pratiquement tous les indices sélectionnés ont progressé comme nous pouvons le voir sur le schéma ci-après.

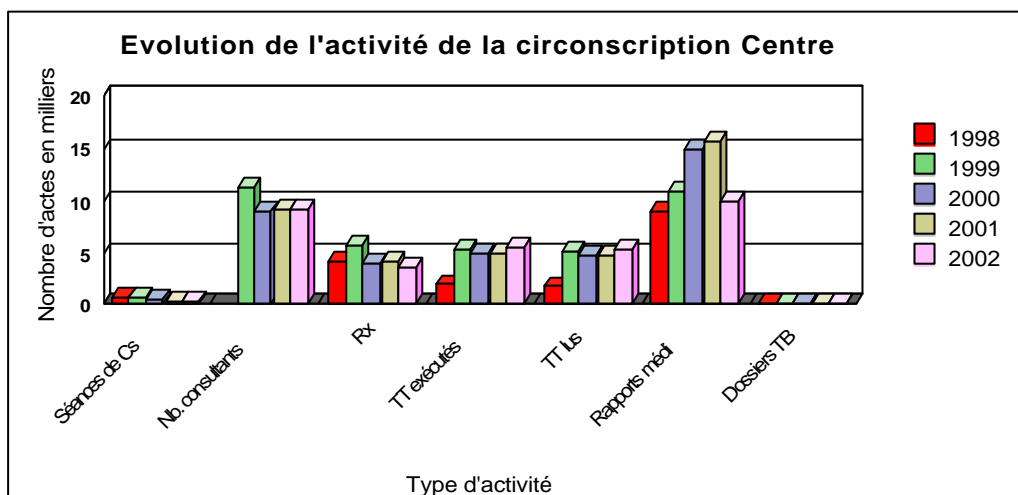




1.3.2.3. Pour la circonscription Centre

Depuis l'an dernier l'activité a légèrement progressé notamment en ce qui concerne la fréquentation du CMS et le nombre de tests tuberculiques pris en charge. Par contre le nombre de radiographies pratiquées continue de régresser pour les raisons que nous avons indiquées auparavant.

Enfin, 11 dossiers TB ont été traités en 2002.



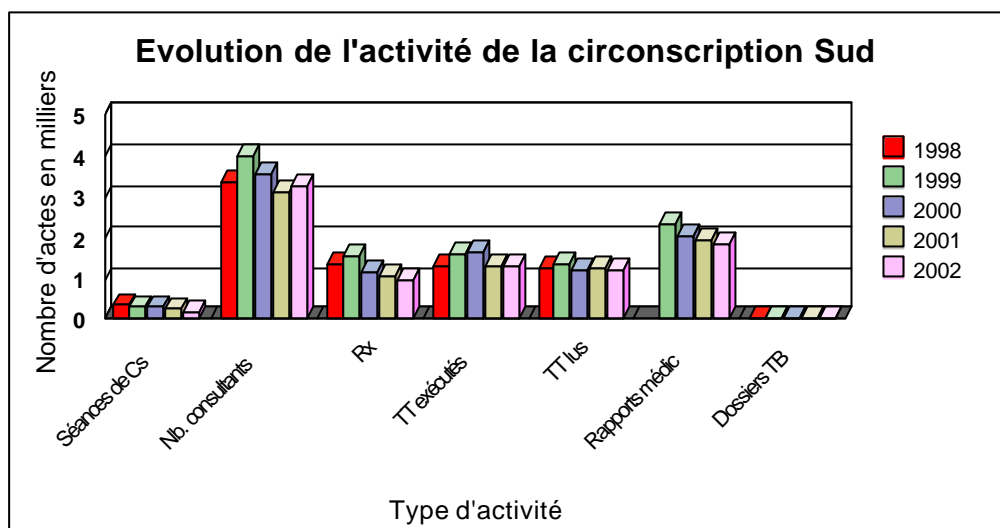
La charge de travail pour l'ensemble du personnel est globalement élevée et ne cesse de progresser. L'ATM de radiologie est présent 6 demi-journées par semaine et permet aux infirmières et au personnel polyvalent de se recentrer sur ses compétences et d'améliorer l'accueil des consultants. Toutefois, l'accroissement important des tests tuberculiques à effectuer, lié au nombre croissant de consultants, accentue considérablement la charge de travail des infirmières dont l'effectif n'a pas été modifié depuis plusieurs années.

1.3.2.4. Pour la circonscription Sud

Dans ce secteur géographique l'activité globale est stable. Les tests tuberculiques pratiqués sont à un niveau comparable à 2001 et élevé. Comme dans les autres zones le nombre de consultants progresse et le nombre de radiographies pratiquées diminue. Enfin en 2002, le personnel a traité 11 dossiers TB.

A signaler que le site d'Esch a pratiquement récupéré la population concernée par le dépistage de la TB et des maladies respiratoires qui dépendait du CMS de Differdange fermé en cours d'année 2001.





1.3.3. Bilan épidémiologique et interprétation des résultats

1.3.3.1. Affections non tuberculeuses

De nombreuses pathologies respiratoires ou anomalies radiologiques sont constatées lors des consultations mais ne sont pas systématiquement notifiées par le médecin.

Les anomalies radiologiques sont répertoriées par un code particulier qui n'est pas toujours inscrit.

De même, les affections respiratoires courantes bénignes ou sans retentissement médical font l'objet habituellement d'une information auprès du patient mais ne sont pas toujours encodées.

Par contre, le médecin notifie en général les pathologies plus évoluées et signale au consultant ou dans le rapport médical la nécessité d'effectuer un bilan.

Globalement il existe une sous-notification des anomalies ou des pathologies non tuberculeuses qui rend impossible une évaluation fiable de l'état sanitaire respiratoire de la population qui consulte dans les CMS.

En 2002 au niveau national **535 situations radio-cliniques, soit 9,3% de l'ensemble des clichés effectués, ont été notifiées par les médecins**

Parmi celles-ci, l'on dénombre **352 anomalies radiologiques non en rapport avec une affection tuberculeuse** soit plus de 6% des clichés réalisés et interprétés **et 183 situations** nécessitant soit un contrôle ultérieur soit un complément de bilan par l'intermédiaire du médecin traitant.

Les anomalies radiologiques que l'on rencontre intéressent soit les différentes structures pulmonaires (COPD, opacités intra-parenchymateuses dont celles d'origine infectieuse, l'interstitium dont les pneumoconioses, etc.) soit les autres structures intra-thoraciques (cœur, plèvres, médiastin, cotes, diaphragmes, hernies intra-thoraciques, rachis, etc.)

La sous notification des pathologies et anomalies apparaît clairement lorsque par exemple pour le CMS de Luxembourg l'on comptabilise seulement 14 « bronchites chroniques » alors qu'il s'agit en pratique courante d'une affection fréquente.

L'apport en 2003 d'un nouvel outil informatique plus performant ne pourra palier ce déficit sans un effort de notification de la part des médecins intervenants.

1.3.3.2. La Tuberculose

➤ Epidémiologie

En 2002 la Ligue a observé une augmentation significative du nombre total des cas de tuberculose enregistrés ou diagnostiqués dans ses CMS.

Elle comptabilise 85 cas de TB toutes formes confondues. Se reporter au chapitre 1.1.2.1.3.

Parmi celles-ci le nombre de tuberculoses potentiellement contagieuses AII et AIII, AIII et AIV (25 cas) est stable alors que la notification de infections tuberculeuses latentes a doublé. En effet, les primo-

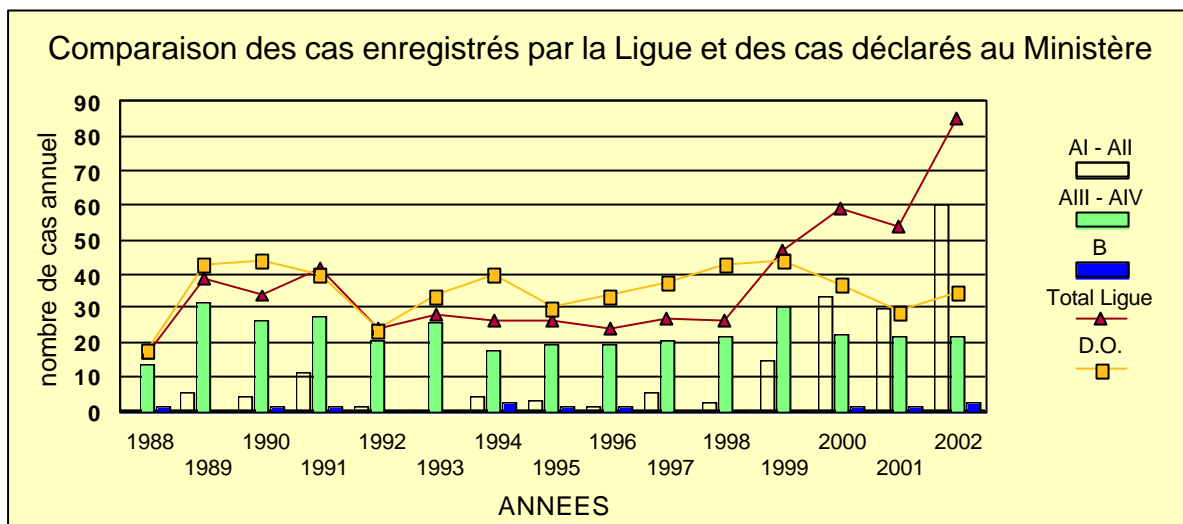


infections (A/1 et A/2) se chiffrent à 60 cas (contre 30 en 2001) et ceci très majoritairement en faveur des formes A/1.

Pour leur part au cours de l'année 2002, le Ministère de la Santé et l'inspection sanitaire ont comptabilisé 35 cas déclarés de TB (toutes formes confondues) dont 24 formes pulmonaires exclusives (correspondant aux formes A/III de la Ligue).

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

Ce schéma nous permet de constater une augmentation spectaculaire, depuis quelques années, du nombre de primo-infections diagnostiquées. Ce constat est à mettre sur le compte du nombre croissant de tests tuberculiques de dépistage effectués, de l'observance des recommandations du Conseil Supérieur d'Hygiène en matière d'infection tuberculeuse latente et de l'afflux de migrants depuis les années 1990.



➤ **Constats et interprétation**

En terme de fréquentation, l'on observe en 2002 une reprise de l'accueil de réfugiés qui cumulé à l'accroissement démographique accroît l'activité globale. De même le niveau élevé des demandes d'exams systématiques de dépistage et de prévention réalisés dans le cadre de dispositions réglementaires nationales ou dans le cadre des bilans demandés par les services de médecine du travail participe à l'accroissement de cette activité. Cette dernière fait apparaître un nombre de radiographies en constante baisse depuis plus de 20 ans malgré l'accroissement de la fréquentation et un nombre de tests tuberculiques en forte progression pendant cette même période. Ces deux faits soulignent le respect des recommandations en matière de la lutte contre la TB, la modification des pratiques en matière d'enquête épidémiologique et de dépistage dont nous avons déjà parlé et enfin l'engagement vers les nouvelles dispositions en matière de protection du public vis à vis des rayonnements ionisants.

En terme d'épidémiologie les données recueillies complètent les statistiques officielles gouvernementales et sont conformes aux données internationales.

Nous soulignons encore une fois la complémentarité des données de la Ligue avec celles du ministère de la santé, et nous rappelons que la mission préventive de la Ligue en matière de TB est évaluée par le nombre de primo-infections ou d'infections latentes diagnostiquées.

D'autre part, le niveau élevé des infections tuberculeuses latentes dépistées par la Ligue par rapport aux D.O. comptabilisés par le Ministère pendant la même période objective le rôle important que joue la Ligue dans la prévention du mécanisme de transmission de la maladie et dans la lutte antituberculeuse.

La tuberculose n'est pas éradiquée et ne régresse plus dans nos pays développés. L'accroissement des populations à risque, la dégradation des conditions de vie (accroissement de l'exclusion, de la marginalisation, des toxicomanies, etc.) et enfin les modifications des modes de vie (développement des transports, flux migratoires, échanges internationaux, concentration humaine urbaine, etc.) en sont les causes essentielles.



Au niveau national le taux d'incidence de la TB (moins de 8 cas pour 100.000 habitants en 2002) est relativement faible par rapport à la moyenne de l'Ouest de la zone Europe de l'O.M.S. (12 cas pour 100.000h.) et conforme aux données épidémiologiques antérieures. Il est par ailleurs corrélé au niveau du flux migratoire des ressortissants en provenance de pays à forte endémie. En effet, les données épidémiologiques de la Direction de la Santé font apparaître au Luxembourg une majorité de cas de tuberculose dits « importés » par des personnes d'origine étrangère.

Toutefois, remarquons que le nombre croissant de cas de primo-infections et d'infections latentes dépistées par la Ligue (60 cas en 2002) peut avoir, en cas de non-observance des recommandations de chimioprophylaxie, une incidence dans le futur sur les cas de tuberculose maladie.

1.4. CONCLUSIONS

En matière de tuberculose l'action de la Ligue Médico-Sociale participe au réseau de surveillance de cette maladie et la « veille sanitaire » en étroite collaboration avec le Ministère de la Santé.

Mais, d'une manière plus générale, en matière de Santé Publique les gains ne sont jamais acquis. Ceux-ci demeurent fragiles et dépendants de la vigilance des autorités et de la solidité et de la permanence du secteur sanitaire et social. C'est pourquoi la lutte antituberculeuse requiert des structures centralisées et des équipes compétentes et expérimentées. La Ligue est de longue date particulièrement habilitée à cette mission.

Pour cette fonction de dépistage et de prévention de la tuberculose, les ressources de la Ligue en personnel qualifié et en matériel doivent être adaptées sans cesse. Elle est en priorité destinée aux groupes à risque et aux populations les plus vulnérables.

Enfin, dans ce domaine la Ligue Médico-Sociale affiche son engagement dans la recherche continue de la qualité des services rendus à la population.

Ces éléments justifient la provision de ressources et de moyens adaptés à la lutte contre cette maladie transmissible.

2. La Médecine Scolaire

La médecine scolaire au sein des écoles primaires est l'autre domaine important d'activité de la Ligue Médico-Sociale. Elle offre actuellement à 114 communes du pays ses services en la matière, comme la loi du 2/12/1987 le prévoit.

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

2.1. Les Missions

2.1.1. Le volet social

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

En moyenne chaque troisième enfant scolarisé (soit environ 10.000 enfants) fait l'objet d'un avis écrit envoyé par l'équipe médico-socio-scolaire aux parents. La gestion de ces avis et des suites à donner incombe à l'assistante (d'hygiène) sociale et à l'infirmière.

Le volet social de la médecine scolaire regroupe tout un panel d'interventions qui comprennent : les contacts et les entretiens avec les enseignants, les parents, les médecins et les autres professionnels ou services sociaux, le travail en réseau (inspecteurs, services de guidance, CMPP, logopédie, etc.), les visites à domicile (protection des mineurs en danger, interventions urgentes et signalements au juge), les permanences dans les écoles (écoute des enfants, des parents et des enseignants) et enfin le développement de projets scolaires (école de santé, prévention de la violence, des toxicomanies, etc.). L'assistant(e) social(e) scolaire est le référent social pour l'école.



Enfin, signalons qu'en médecine scolaire le travail social est lourd et délicat car il s'inscrit dans le cadre du handicap, de la souffrance psycho-affective et sociale, des troubles comportementaux, de la négligence, de la maltraitance, de l'abus sexuel, de l'exclusion sociale, des conflits familiaux, des défaillances éducatives des parents, etc.

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

2.1.2. Le volet médical

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

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

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

En parallèle de ces examens légaux et conformément à ses objectifs la Ligue a entamé en 2002 son programme d'éducation et de promotion de la santé dans le cadre de la MS. Nous y reviendrons en détail plus loin. Cependant, le temps consacré à l'éducation pour la santé des jeunes élèves est limité par les contraintes matérielles et organisationnelles.

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

2.2. La population des enfants scolarisés

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

La Ligue conformément aux dispositions de la loi propose ses prestations en matière de médecine scolaire à **114** communes du territoire national. Pour l'année scolaire écoulée plus de **2 400** classes et plus de **32 000** élèves ont bénéficié d'un contrôle médical.

Les chiffres reproduits ici ne peuvent être déterminés avec exactitude car certaines données statistiques comportent un degré d'incertitude liée aux possibles erreurs engendrées par l'organisation de la scolarité de certains élèves. En effet, il existe par exemple des groupes scolaires communs à plusieurs communes, des classes à plusieurs niveaux d'enseignement ou des élèves qui appartiennent à plusieurs classes ou cours différents (etc.), ce qui perturbe la comptabilisation des critères.

2.3. L'activité du Service Médical Scolaire

2.3.1. La Médecine Scolaire (MS)

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

Au cours de l'année scolaire 2001 – 2002 l'on a relevé les chiffres suivants :

- 32 330 tests biométriques annuels (*ts*) effectués
- 8 911 examens médicaux systématiques (*ems*) effectués
- 12 478 bilans de santé (*bs*) effectués
- 31 880 examens d'urine de dépistage ont été pratiqués



L'on remarque la faible rentabilité de ces examens urinaires puisque ceux-ci objectivent la présence d'albumine dans 1,15% des cas, de glucose pour 0,7% des tests et enfin d'une hématurie chez 0,55% des garçons. Au total 3,1% des prélèvements révèlent une anomalie.

- 15 107 avis médicaux ont été envoyés aux parents en 2002.

Les différents examens médicaux effectués permettent aux professionnels de constater des anomalies médicales qui peuvent motiver l'envoi d'avis médicaux pour inviter les parents à consulter le médecin de leur choix.

Ces derniers sont en augmentation de 17,3% par rapport à 2001, en partie en raison de la croissance de la population d'élèves, et représentent 6 à 7 constatations médicales par classe examinée.

Les avis les plus nombreux concernent les recommandations vaccinales pour 13,1% des élèves examinés (*ems + bs*), l'appareil locomoteur (rachis, déformations plantaires, etc.) avec 10,3% des *ems + bs*, l'acuité visuelle (5,6% des *ts*), les affections ORL (5,5% des *ems + bs*), l'obésité (5,4% des *ts*), les dermatoses dont les pédiculoses avec 4,6% des *ems* et *bs*, les anomalies génitales masculines (4,8% des garçons examinés) et les problèmes dentaires (caries et orthodontie) pour 3,5% des enfants examinés.

Toutefois, signalons que l'obésité est constatée chez 8,2% des élèves examinés (*ts*) mais constitue seulement 5,4% des signalements. En effet, une anomalie ne fait pas l'objet de la part du médecin scolaire d'un avis systématique si elle a déjà été constatée à plusieurs reprises.

Ce fait est général à toutes les « pathologies chroniques » connues antérieurement ou traitées. Le cas est particulièrement frappant pour l'asthme et les allergies qui représentent 4,3% des constatations médicales (*ems + bs*) mais seulement 0,2% des avis.

Hormis les examens médicaux, les aspects organisationnel et administratif, la gestion des carnets médicaux, le recueil des données statistiques ou la collaboration avec les multiples intervenants (communes, enseignants, médecins, inspectorat, associations de parents d'élèves, CMPP, etc.) représentent en Médecine Scolaire une charge de travail considérable pour le personnel médico-scolaire.

2.3.2. Promotion et Education de la Santé dans le cadre de la M.S.

Dans le cadre de la médecine scolaire la dynamique de prévention, d'éducation et de promotion de la santé (E.P.S.) s'est matérialisée par la poursuite de l'ambitieux programme débuté en 2001 dans ce domaine. Ce champ d'action est investi en collaboration et en partenariat avec les pouvoirs publics, l'éducation nationale, les institutions et les associations du pays.

La formation spécifique du personnel de terrain se poursuit pour permettre à terme à la Ligue de multiplier ses interventions d'E.P.S. auprès des élèves du primaire.

La cellule Promotion de la Santé sur la base des besoins exprimés par le personnel et par les partenaires (enquêtes) a entrepris dès le 1er trimestre de l'année scolaire 2001-2002 la formation des professionnels de terrain.

Différents thèmes ont été traités en fonction de leur intérêt, de leur priorité et de leur faisabilité :

- Introduction à la Promotion de la Santé
- Alimentation
- Hygiène dentaire
- Hygiène corporelle
- Drogues et dépendances

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

Parallèlement le personnel a entrepris, auprès des enseignants et des parents, un travail de présentation de la structure mise en place dans différents établissements.

Quelques **149** interventions d'E.P.S. ont été effectuées au cours de cette année scolaire 2001-2002.

Elles se composent :

- de réunions d'information des parents, des enseignants, etc.
- d'interventions individuelles auprès des élèves
- d'interventions programmées et de l'organisation d'ateliers divers (hygiène dentaire, hygiène alimentaire et « petits déjeuners », hygiène corporelle, tabac, visite médicale)

Ces actions des professionnels devraient monter en puissance au fur et à mesure de l'expérience acquise si leur disponibilité le permet.



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

Une analyse comparative avec les exercices précédents est, sur certains points, difficile à effectuer en raison des conséquences du partage entre la Ligue et la Croix Rouge. La restructuration des services et les modifications d'affectation de certain personnel ont amputé une partie des données concernant les exercices 2000 et 2001.

L'on constate que le nombre de 114 communes affiliées à la médecine scolaire est stable.

En outre, l'on note à nouveau une élévation significative de la population d'enfants à examiner (environ 10%) qui s'accroît pour les raisons démographiques déjà évoquées. Cette augmentation représente l'activité de plus de deux postes d'infirmière à temps plein.

Cette activité comporte un aspect organisationnel et logistique (avec les médecins, les écoles et les communes) qui n'est pas comptabilisé dans ces chiffres. Ces éléments donnent la mesure de la charge de travail et posent des problèmes chaque année de plus en plus difficile à gérer.

Par ailleurs le volet statistique qui esquisse l'état de santé des enfants par classe d'âge n'a de justification que s'il s'intègre dans une politique de prévention et d'EPS destinée à améliorer cette santé. Mais le personnel voit son travail accaparé par les examens médicaux systématiques et l'organisation des séances et ne dispose que de peu de temps pour promouvoir le bien-être et des comportements plus sains pour la santé.

Il ne faudrait donc pas que ce champ d'intervention innovateur et à long terme bénéfique pour la santé de l'enfant soit entravé voire compromis par la réalisation d'examens systématiques dont la fréquence annuelle n'apparaît pas toujours médicalement justifiée.

Il est temps de réfléchir, au niveau institutionnel, aux moyens à mettre en œuvre pour adapter la MS aux évolutions et orientations actuelles et lui permettre de mieux agir en faveur du bien-être des enfants.

2.3.4. Le volet social de la M.S.

Pour les mêmes raisons évoquées au chapitre précédent il a été difficile de comptabiliser les données et les critères d'activité réalisés au cours de l'année scolaire 2001-2002.

L'activité de ce volet social au cours de l'année scolaire 2001 - 2002 peut cependant être caractérisée par quelques chiffres représentatifs :

Prises en charge individuelles (pour 1 élève)	974
Nouveaux dossiers sociaux ouverts	397
Permanences sociales assurées au CMS	153
Participation aux CMPP	162
Signalements à la justice	25

Enfin, au cours de l'année 2002 un travail de fond a été entrepris pour d'une part mettre au point une procédure de signalement des enfants en situation de risque ou maltraités, qui s'applique notamment au cadre de la médecine scolaire, et pour d'autre part former le personnel à ces situations délicates.

3. Les Consultations pour Nourrissons

3.1. Les missions

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

L'objectif de ce service est le dépistage précoce des handicaps et des pathologies du nourrisson et le conseil des parents pour la prévention, l'éducation et la promotion de la santé de leur enfant ou pour tout ce qui concerne le domaine social.

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

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

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



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

3.2. Population de nourrissons concernés

Pour l'année 2002 la population totale de nourrissons de 0 à 2 ans susceptibles de consulter s'est élevée à 10 352 enfants comme le tableau reproduit ci-après en rend compte.

Nombre de naissances en 2002	4 787
Nombre d'enfants âgés de 1 à 2 ans	5 695
Nombre total d'enfants susceptibles de consulter	10 352

Par ailleurs, le nombre de nourrissons inscrits (903 en 2002) dans les différents centres de consultation du pays continue de régresser. En effet, l'on constate que la proportion de nouveaux nourrissons qui consultent est faible. En effet, par séance la moyenne nationale est de 1,33 nouveaux nourrissons vus par séance de consultation alors que la fréquentation moyenne nationale des enfants déjà venus ou connus est de 5,65 par séance de consultation.

3.3. Activité, évolution et perspectives

Les examens des nourrissons ont été moins nombreux et sont passés de 5 353 en 2001 à 4 748 en 2002 soit une baisse de 11%. Cependant l'ensemble des sites opérationnels garde une activité satisfaisante avec sur l'ensemble des circonscriptions une moyenne de 6,98 consultants par séance. Près de 75% des visites s'accompagnent d'un examen effectué par le médecin.

La baisse globale des consultations est en partie due à la diminution du nombre de séances proposées aux parents qui est passé de 912 en 2001 à 680 en 2002. Cette baisse de l'offre est due à la fermeture temporaire mais prolongée de plusieurs sites dont deux à Luxembourg et un à Grevenmacher par défection de médecin ou par manque de personnel qualifié. Elle a par ailleurs pour effet d'augmenter mécaniquement la fréquentation des sites.

Il faut signaler aussi l'extrême variabilité et disparité de la fréquentation des différents sites de consultations qui s'échelonne par exemple de 2,27 enfants vus par séance à Mersch à 14,82 vus à Luxembourg-Gare.

Circonscription	Nombre de naissances	Nombre d'enfants examinés (évolution / 2001)	Nombre de nouveaux inscrits	Moyenne par séance (évolution / 2001)
Centre	2 858	2 109 (-9,58%)	410	5,94 (+18,8%)
Nord	-	1 289 (-24,45%)	218	8,71 (+5,58%)
Sud	-	1 350 (+1,5%)	279	7,63 (+4,38%)
Total	4 787	4 748 (-11,3%)	907	6,98 (+18,9%)

A signaler d'autre part dans plusieurs centres des difficultés d'organisation des CN soit par manque de locaux appropriés mis à disposition par les communes soit par la disponibilité limitée de certains médecins.



Tous ces éléments ont motivé la mise en place de mesures et de dispositions destinées à dynamiser et valoriser ce service

En effet, sur la base de ces constats, un nouveau concept qui respecte les besoins et demandes des parents et tient compte des critères démographiques et géographiques locaux a été élaboré en 2002 pour ce service.

Les objectifs attendus sont d'agrandir la population des bénéficiaires de ce service, d'étendre son champ d'action à la prévention et la protection de la petite enfance (0 à 4 ans) et enfin d'améliorer son efficacité notamment en faveur des familles les plus vulnérables.

Dans ce but et en totale collaboration avec les maternités du pays nos professionnels effectueront dans ces établissements des visites des nouvelles mères afin de répertorier celles qui souhaitent poursuivre ultérieurement par l'intermédiaire de la Ligue une aide soit à domicile soit dans ses centres de CN.

Ce programme débutera en 2003 par le projet pilote mis en place avec la maternité de Luxembourg.

4. Prévention, Education et Promotion de la Santé

Des professionnels compétents dans ce domaine, médecins, diététiciennes, psychologues, AHS et infirmières spécialisées répondent aux besoins des communautés et à de diverses demandes.

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

4.1.1. Objectifs

La cellule Education et Promotion de la Santé est vouée essentiellement à la MS.

Cette entité gère l'aspect conceptuel et organisationnel et supervise la programmation. Elle assure la formation du personnel médico-socio-scolaire afin qu'il puisse entreprendre des interventions de promotion de la santé dans les écoles dont il a la charge. Enfin, elle gère les outils et matériels et assure la collaboration avec les ministères de tutelle et les différents partenaires.

Les travailleurs médico-socio-scolaires qui sont au contact direct et régulier de la communauté scolaire représentent les acteurs idéaux et indispensables à une politique d'E.P.S. cohérente au sein des établissements tout au long du cycle des études primaires.

L'objectif est d'entreprendre des actions et des programmes d'E.P.S. de fond adaptés à chaque établissement et d'assurer des échanges interactifs et participatifs au sein de la communauté scolaire afin de contribuer à long terme au bien-être de l'école et des enfants.

4.1.2. Modalités de fonctionnement

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

Le personnel, conformément au programme établi, a bénéficié au cours de l'année scolaire 2001-2002 de formations spécifiques comme nous l'avons déjà développé au chapitre 2.3.2. afin de pouvoir intervenir dans les établissements scolaires.

4.1.3. Interventions d'E.P.S. dans le cadre de la MS en 2001-2002

Se reporter au chapitre correspondant 2.3.2.

Dans le futur les interventions du personnel médico-socio-scolaire s'effectueront progressivement en fonction de sa disponibilité, de son expérience acquise dans ce domaine et enfin des demandes formulées par les différents établissements scolaires.



4.2. En faveur des adultes

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

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

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

4.2.1. Consultations spécialisées

4.2.1.1. Les consultations pour fumeurs

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

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

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

Par ailleurs, les fumées produites entraînent des effets nocifs pour de nombreux organes au premier rang desquels figure l'appareil respiratoire. Les goudrons, les benzènes et de nombreux autres produits chimiques inhalés sont soit des produits irritants soit des substances cancérigènes pour les muqueuses respiratoires.

Le tabac entraîne une inflammation chronique de la muqueuse, une perturbation et une altération des moyens de défense mécanique et physico-chimique (épuration mucociliaire) mais aussi des défenses immunitaires locales bronchiques. Les défenses du poumon profond sont aussi détériorées. L'inflammation chronique des bronches favorise les infections, l'asthme et l'apparition de la bronchite chronique compliquée ou non d'une obstruction des voies aériennes qui conduit progressivement à l'insuffisance respiratoire chronique. Les conséquences peuvent être encore plus graves au niveau de la sphère bronchique, respiratoire ou ORL lors de développements de cancer.

Le rôle du tabac est aussi bien démontré dans la genèse des cancers de la vessie.

N'oublions pas son rôle dans les affections cardio-vasculaires (hypertension artérielle, infarctus du myocarde, artérite, accident vasculaire cérébral, etc.), dans les pathologies digestives (gastrite, ulcère) et ses conséquences néfastes pour le nourrisson ou la femme enceinte et son fœtus.

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

Pour aider les fumeurs à se libérer de la dépendance tabagique du personnel compétent et un médecin spécialiste pneumologue animent une consultation spécialisée à Luxembourg et à Dudelange.

Celle-ci comporte un entretien individuel, le recueil des antécédents, l'inventaire du passé tabagique, la définition du comportement vis-à-vis du tabac, l'évaluation des dépendances et de la motivation, et l'explication du bénéfice à arrêter de fumer. Un examen est réalisé et différentes mesures complémentaires peuvent être effectuées (taux de CO exhalé, spirométrie de base). A l'issue de la consultation un programme de sevrage est défini avec le patient, qui est alors adressé à son médecin traitant. Un suivi est institué afin de contrôler le respect du calendrier préétabli. Un soutien diététique et psychologique est proposé en cas de nécessité.

La vente libre des substituts de la nicotine contribue à une fréquente automédication et les nouvelles molécules d'aide au sevrage favorisent la prise en charge de la plus grande part des patients par leur médecin de famille.

A Luxembourg-Ville, 32 séances de consultations pour fumeurs se sont déroulées en 2002.

Elles ont attiré 61 personnes. Celles-ci ont bénéficié d'entretiens approfondis initiaux (45) ou d'entretiens de suivi personnalisé avec l'infirmière, d'aides, de conseils ou de thérapeutiques spécifiques (46).



A Dudelange, la fréquentation est très faible. La consultation est handicapée par les faits exposés plus haut et par la non habilitation du médecin, qui appartient au strict secteur préventif, à prescrire de thérapeutique adéquate.

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

Enfin, dans la lutte contre le tabagisme les projets de la Ligue ne manquent pas et s'intègrent dans le domaine plus vaste de la prévention ou de l'éducation et de la promotion pour la santé (voir le détail au chapitre 4.2.2.):

- Augmentation du nombre des séances d'informations dans les établissements scolaires, les écoles d'infirmières, les collectivités et les entreprises
- Sensibilisation des étudiants des filières professionnelles de la santé
- Organisation de séances d'information dans les maternités.

4.2.1.2. Les consultations diététiques

La Ligue propose, sur rendez-vous dans plusieurs de ces centres médico-sociaux, des consultations diététiques aux écoliers chez qui une obésité (plus de 20% de surcharge pondérale) est dépistée lors des contrôles médicaux scolaires.

Le degré d'obésité des enfants qui fréquentent les consultations est dans la grande majorité des cas important. En effet, il est de plus de 30% pour respectivement 88% des garçons et 93% des filles.

L'activité des différents sites s'est répartie en 2002 comme cela est indiqué dans le tableau récapitulatif qui suit.

Activité 2002	Nombre d'inscrits	Nombre de consultations
Sites		
LUXEMBOURG	38	113
DUDELANGE	63	167
ETTELBRUCK	76	220
ECHTERNACH	26	91
total	203	591

L'entretien initial comporte une anamnèse alimentaire, la mesure du poids et de la taille et des plis cutanés (indice de surcharge graisseuse), l'explication du régime à suivre et enfin la fourniture de brochures diverses.

Les visites de contrôles sont indispensables à l'évaluation de la perte de poids et du suivi du régime diététique. Chaque élève concerné consulte en moyenne près de 3 fois (2,91).

Les résultats obtenus font apparaître une perte de poids moyenne de 11% pour les filles et de 10% pour les garçons.

Les demandes dans ce domaine sont en constante augmentation et sont le témoin indirect de l'incidence croissante de la surcharge pondérale des enfants dans les pays développés.

4.2.2. **Interventions ponctuelles**

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

4.2.2.1. Type d'action

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

- Interventions d'éducation, de promotion de la santé et de l'hygiène de vie en faveur des élèves du secondaire (hors MS) dans une optique de modification des comportements et de prévention primaire ou secondaire.



- Actions d'information du personnel des maternités (sages-femmes, infirmières, puéricultrices, aides-soignantes, etc.) afin de sensibiliser les futures mamans sur les dangers du tabac. Leurs objectifs sont de diffuser les informations ou les différentes brochures disponibles et de conseiller ou d'aider les femmes dans leur prise de décision.
- Des séances de formation du personnel infirmier sont dispensées au personnel des maternités.
- Notre brochure « Für einen gesunden Start in das Leben » dans le cadre du programme « Europe contre le Cancer » et le « Bremer Institut für Präventionforschung und Sozialmedizin » complètent la sensibilisation des femmes enceintes sur tous les aspects concernant le tabac.
- Des réunions d'information des employés sont régulièrement organisées au sein des entreprises et des collectivités qui le désirent. Tous les aspects du tabagisme sont abordés lors de ces interventions suivies de discussion - débat. Des entretiens et des bilans individuels approfondis peuvent même être réalisés par un médecin pneumologue lors d'une demande de sevrage.
- Information par les médias radiophoniques (sevrage tabagique sur 100.7Mhz)
- En dernier lieu, la Journée Mondiale sans Tabac du 31 mai 2002 a permis d'expliquer dans la presse en quoi la coupe du monde de football avait été le moteur de l'adhésion du monde sportif au slogan lancé par l'OMS « Pour un Sport sans Tabac ».

4.2.2.2. Interventions en 2002

- Parmi les interventions sur le tabagisme l'on peut énumérer :
 - les 4 interventions en faveur des professionnels de la santé
 - les 5 classes du Lycée technique AM qui ont bénéficié d'une action de prévention du tabagisme dans le cadre du « Projet O-Limp »
 - les 2 ateliers « autour de la cigarette » développés au Lycée technique ML
 - la journée de prévention de la commune de Steinsel (3 classes)
 - la formation des enseignants lors de la « semaine santé » de l'école européenne
- Certaines ont concerné l'hygiène alimentaire :
 - le module « une alimentation saine pour nos enfants » a été proposé à 3 reprises à des parents d'élèves.
- Le module du sommeil, fourni par l'ONE de Belgique, a été installé à l'occasion de la « semaine santé » de l'école européenne et proposé aux maternelles des sections française et allemande.
- Enfin, l'on notera le beau succès populaire rencontré par le stand tenu conjointement par la Ligue et le Ministère de la Santé pendant le salon de l'enfant et qui proposait une animation par des clowns et des jeux interactifs sur les thèmes du sommeil, de l'hygiène dentaire et de l'hygiène alimentaire.

Dans ce domaine de l'E.P.S. le champ d'action est vaste, les besoins de la population sont importants et les perspectives de développement étendus. Afin d'accroître son action dans ce domaine la Ligue requiert du personnel qualifié supplémentaire et des moyens suffisants à la mesure des objectifs qu'elle s'est fixés et de la tâche à accomplir.

5. **Information du public et représentation**

- L'information du grand public est aussi une mission de la Ligue. Différents domaines sont abordés régulièrement sur les ondes nationales radiophoniques (100.7, DNR ou RTL) comme ceux du tabagisme, de la nutrition ou de la tuberculose. Au cours de 2002 nos différents interlocuteurs ont développé plus particulièrement le thème de l'éducation à la santé dans les écoles.
- Lors de la journée mondiale de la tuberculose 2002 organisée par les instances internationales (UICMR) et dont le thème était : « Halte à la tuberculose ; halte à la pauvreté » la Ligue a diffusé un article dans la presse écrite qui décrivait les rapports étroits qui existent entre la Tuberculose et la Pauvreté et qui soulignait la nécessité de réduire les iniquités. Cet événement a été l'occasion de dévoiler à la presse la brochure d'information « L'essentiel sur la Tuberculose » que la Ligue a édité en quatre langues. Ces fascicules sont délivrés gratuitement au public et sont disponibles dans tous les CMS de la Ligue.
- Enfin, certains experts de la Ligue ont participé en 2002 à des manifestations internationales : XXXIII^{ème} congrès mondial de l'IUATLD sur la santé pulmonaire qui s'est tenu à Montréal Tabagisme à Stockholm



6. Conclusions générales

Malgré des restructurations récentes dans le fonctionnement et l'organisation de ses services, la réduction de ses moyens et l'augmentation de la charge de travail, la Ligue assure ses différentes missions et fonctions. Dans le même temps elle affiche clairement sa volonté d'améliorer la qualité et l'efficacité de ses services médico-sociaux.

En parallèle de ses activités historiques et conventionnelles la Ligue Médico-Sociale s'investit dans des programmes d'Education et de Promotion de la Santé destinés en particulier aux groupes et aux populations les plus vulnérables.

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

Pourtant cette évolution qui doit préserver les activités médico-sociales classiques de dépistage et de prévention de la Ligue nécessite des ressources suffisantes, des adaptations et enfin de constants ajustements ou modifications au sein de ses services.



RAPPORT SUR LES SERVICES SOCIAUX

1. Le Service d'Accompagnement Social

1.1. Introduction

La Ligue Luxembourgeoise de Prévention et d'Action médico-sociales gère et organise le « Service d'Accompagnement Social » (SAS) depuis le 1^{er} septembre 2001. Le service fonctionne avec une équipe composée d'une quinzaine d'assistants (d'hygiène) sociale à partir du réseau des centres médico-sociaux de la Ligue et couvre tout le pays.

1.1.1. Mission

Le SAS prend en charge des personnes/familles dont la nature des besoins et des problèmes sociaux nécessite une aide sociale à long terme.

POPULATION CIBLE	CADRE LEGAL
<i>Bénéficiaires de l'indemnité d'insertion</i>	<i>Loi du 29 avril 1999 portant création d'un droit à un revenu minimum garanti (Art. 16)</i>
<i>Enfants et jeunes en difficulté dans leur famille ou les parents dépassés par la prise en charge de leurs enfants</i>	<i>Loi du 10 août 1992 sur la protection de la jeunesse (Art. 1)</i>
<i>Ménages avec problèmes financiers à long terme</i>	<i>Loi du 8 décembre 2000 "sur le surendettement" (e.a.) (Art. 5 et 14)</i>
<i>Personnes souffrant de troubles psychiques / toxicomanies / dépendances physiques, ...</i>	<i>Loi du 11 août 1982 portant réforme du droit des incapables majeurs (e.a.) ...</i>
<i>Autres personnes avec problèmes sociaux à long terme</i>	<i>Pas de cadre légal (=cadre conventionnel): → demande signée par client <u>et</u> service de première ligne</i>

L'accompagnement social œuvre pour maximaliser *l'intégration sociale* et pour accroître *l'autonomie* des clients en détresses multiples. Cet objectif est poursuivi dans un esprit de développement durable de la situation sociale des individus et familles demandeurs. Si une amélioration s'avère impossible, l'intervention vise une stabilisation de la situation.

1.1.2. Spécificité du Service d'Accompagnement Social

Le SAS se positionne comme service de 2^e ligne acceptant la demande du client uniquement par service ou institution interposé.

Les assistants sociaux du SAS collaborent avec les clients soit sur base d'une demande du client lui-même, soit sous injonction administrative ou judiciaire. Cette diversité de la saisine offerte par le service nécessite un haut degré de professionnalisme, car, en fonction du contexte précité, l'établissement d'une relation de coopération est plus ou moins difficile. N'oublions pas que le consentement et la collaboration du client aux démarches qui lui sont proposées influencent de manière déterminante la qualité et le résultat du processus d'aide.



Pour cette raison le SAS recherche activement la collaboration avec tout service, tout professionnel et toute autre personne du milieu de vie des clients pouvant constituer une ressource pour les demandeurs.

Le travail de 2002 a fait ressortir l'importance du défi posé au SAS qui vise à offrir une réelle alternative aux solutions institutionnelles (placements, hospitalisations, ...) par une prise en charge suffisamment intensive *en milieu ouvert*. L'interruption des cercles vicieux, si souvent constatés dans des familles en détresses multiples, est tentée par la mise en route de *projets d'accompagnement et d'intégration sociaux* ayant pour premier objectif le développement durable. En cela, l'action du SAS compense les pratiques de compartimentage et les logiques purement assistantielles si souvent critiquées dans le secteur social.

Afin d'adapter la pratique professionnelle à cet objectif, la Ligue médico-sociale a organisé une formation longue enseignant la méthodologie de la gestion de projets à ses agents. Le travail par projets d'accompagnement permet en effet de structurer valablement les longues prises en charge et pose les conditions nécessaires à l'évaluation qualitative des dossiers traités.

L'efficacité de cette forme de travail dépend évidemment du temps investi. L'expérience actuelle du service montre que si le temps *moyen* de traitement d'un dossier (toutes catégories d'activités sur dossier confondues: visites à domicile, entretiens, travail administratif, ...) tombe sous le seuil d'une heure par semaine, une gestion valable des projets devient illusoire.

1.1.3. Activités

En 2002, une partie de l'activité consistait à créer le cadre nécessaire à la réalisation des tâches spécifiques du SAS. Citons entre autres:

Dans la prise en charge des mineurs:

- Intégration du concept "Familjen Intensiv Training" dans le SAS
- Etablissement de la coordination du SAS avec le Service Central d'Assistance Sociale du Parquet
- Entrevue de coordination avec les directeurs des centres d'accueil (pour enfants) pour assurer e. a. l'accompagnement social après le retour de l'enfant dans sa famille.

Dans le cadre de la collaboration au plan national de lutte contre la pauvreté et l'exclusion (PAN-incl.):

- Participation à l'élaboration du concept de prise en charge des tutelles par la Ligue
- Gestion de budgets ménagers dans le cadre des plans de redressement arrêtés, sur base de la loi sur le surendettement, soit par la Commission de Médiation, soit par le Tribunal de Paix.

Pour le service en général:

- Réunions de coordination avec les services de première ligne
- Organisation de formations relatives à la gestion de projets avec les familles et relatives aux régimes légaux pour mineurs et majeurs protégés
- Mise en place d'un système de contribution de la Ligue à une supervision professionnelle externe
- Mise en place d'un système d'évaluation interne périodique des dossiers en charge.

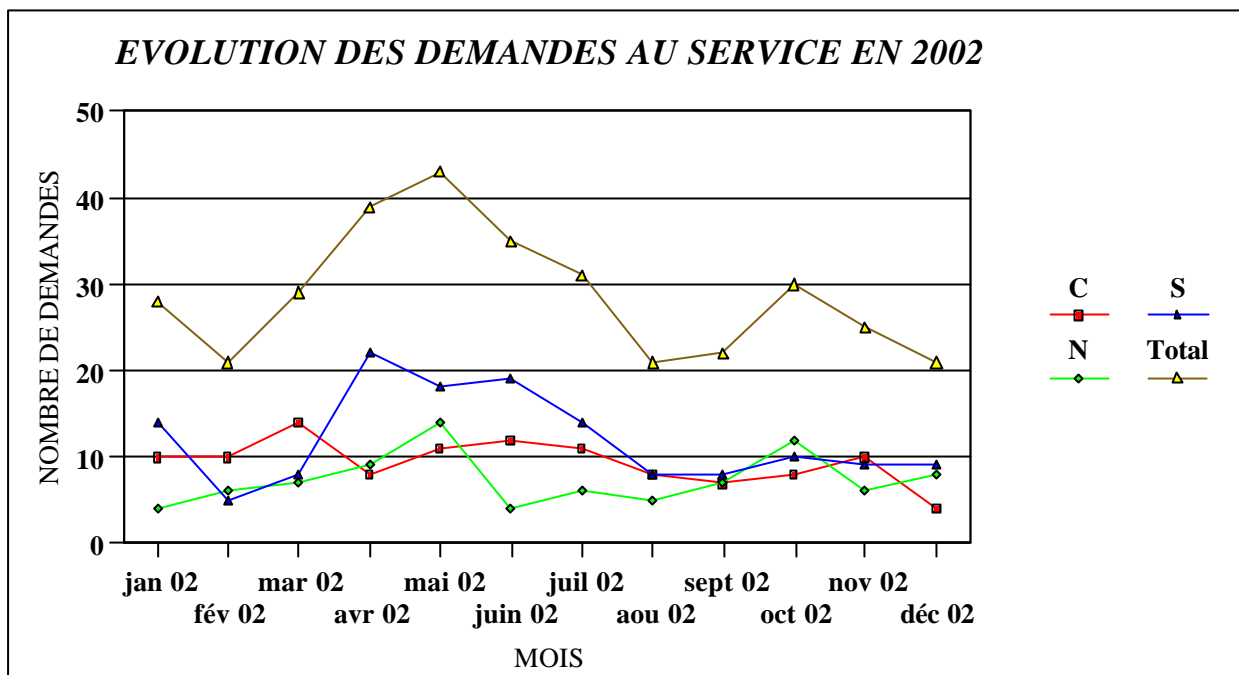
L'envergure du travail réalisé par le traitement des demandes et dossiers se résume dans le tableau suivant.

Circonscription	Centre	Nord	Sud	TOTAL
Demandes introduites en 2001 (4 mois)	101	122	52	275
Demandes introduites en 2002 (12 mois)	113	88	144	345
Total des demandes introduites	214	210	196	620
dont total dossiers clôturés	32	36	40	108
dont total dossiers actifs	182	174	156	512
dont art. 14 (surendett. / redressement judiciaire)	1	1	2	4
art. 5 (surendett. / redressement conventionnel)	2	3	6	11
art. 16 (RMG / droit à l'accompagnement social)	117	53	88	258
art. 1 (prot. de la jeunesse / diff. Mesures)	9	11	9	29
dont tutelles	1	0	0	1
dont hors cadre légal (cadre conventionnel ¹)	52	106	51	209

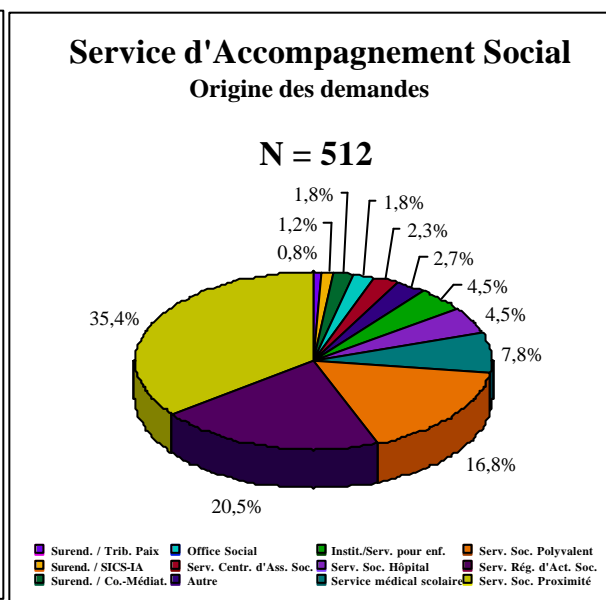
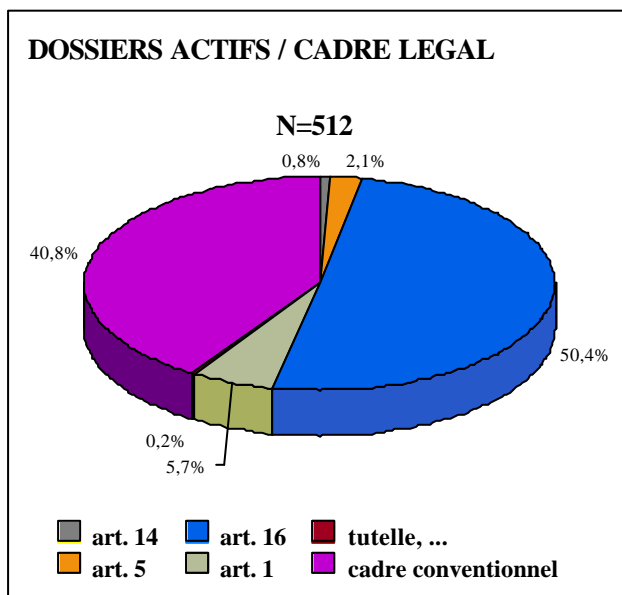
¹ cād. le projet d'accompagnement et d'intégration sociale est basé sur une convention (écrite) entre le SAS et le client



Il est intéressant de noter l'évolution des demandes pour l'année 2002 (cf. graphique suivant). Le nombre total mensuel de demandes adressées au SAS se situe entre 21 et 43 avec des variations régionales considérables. Le recours au SAS ne dépend pas uniquement de la problématique diagnostiquée, mais aussi des motivations inhérentes aux services (sociaux) de première ligne.



La comparaison de la part relative des dossiers actifs selon leurs cadres légaux avec la part relative du nombre de dossiers selon le service ou l'institution demandeur permet de faire quelques constatations.



- Le SAS joue un rôle très important dans la prise en charge de l'enfance en difficulté. L'analyse montre que dans 25-35% des dossiers les assistants sociaux du service interviennent pour une problématique d'enfant. Il faut considérer en effet, parallèlement au 5,7% de situations relevant de l'article 1 de la loi sur la protection de la jeunesse, un pourcentage important de dossiers similaires, transmis par des services pour enfants, mais aussi par des services avec des missions qui ne sont pas directement centrées sur l'enfance et la jeunesse (comme p.ex. le Service Social de Proximité (SSP) ou les Services Régionaux d'Action Sociale (SRAS)).



- La catégorie des ménages relevant de l'art. 16 est la plus importante. Ces dossiers transmis à raison de 20,5% par les Services Régionaux d'Action Sociale regroupent des problématiques sociales très différentes dont le (sur-)endettement et la protection de l'enfance.
- Le nombre de gestions de budgets ménagers, soit sur base volontaire (art. 16 p.ex.), soit sur base judiciaire (tutelles p.ex.) est actuellement encore restreint. Néanmoins une augmentation très importante de ces dossiers est à prévoir. Actuellement déjà, un cinquième des dossiers traités par le SAS nécessite une gestion financière. S'y ajoute qu'il existe en général un besoin très important en relation avec la prise en charge de tutelles.

Pour l'ensemble des ménages pris en charge, les travailleurs sociaux ont mené 14 137 entretiens au téléphone, en réunion, au bureau et en visite. Ils ont rédigé 2 356 correspondances sous forme de lettres, rapports, évaluations, ...

1.1.4. CONCLUSIONS

Après une année de fonctionnement du service, certaines hypothèses de départ se confirment:

- Le SAS accueille des personnes et familles en détresses multiples qui toutes se caractérisent par un degré de complexité important ;
- L'aide sociale à l'enfance est un domaine central d'intervention ;
- La méthodologie instaurée d'une prise en charge sur base d'un "Projet individualisé d'intégration et d'accompagnement social" s'avère efficace ;
- L'octroi régulier de secours financiers est difficilement compatible avec l'idée d'un travail par projet visant l'autonomie (financière) d'un ménage ;
- Un investissement en temps de travail adapté à la complexité du dossier suffit parfois à lui seul d'améliorer une situation ;
- L'accès à un logement adapté reste le grand problème des populations défavorisées ;
- La gestion des frais médicaux (absence du tiers payant) constitue un problème non négligeable pour les ménages à budgets restreints ;
- La coordination des services actifs dans un dossier donné pose régulièrement problème au SAS ;
- Le travail social sous injonction judiciaire ou administrative présente l'avantage de régler le cadre de l'aide dispensée et favorise une collaboration à long terme avec les clients ;
- Le turn-over des dossiers du SAS est lent.

L'extension du SAS dans le cadre du PAN-incl. (Plan national d'action de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale) pour la période 2001-2003 a eu lieu au niveau des tâches assurées par le service. Toutefois cette extension doit aussi fournir au service les moyens nécessaires pour s'acquitter de sa mission.

Parmi ces moyens, la Ligue médico-sociale envisage la création à court terme d'une entité "Cellule d'Aide à la Vie Quotidienne" (composée d'aides familiales, d'éducateurs, ...) fonctionnant au sein du SAS. Les propositions de la Ligue pour le PAN-incl., publiées dans ce rapport, renseignent davantage sur cette entité importante.

La Ligue est convaincue que le SAS constitue de par ses objectifs centraux, l'intégration sociale et le développement durable, un maillon central dans la lutte contre la pauvreté et surtout l'exclusion et elle persistera dans ses efforts à cet égard.



2. Le Service Régional d'Action Sociale

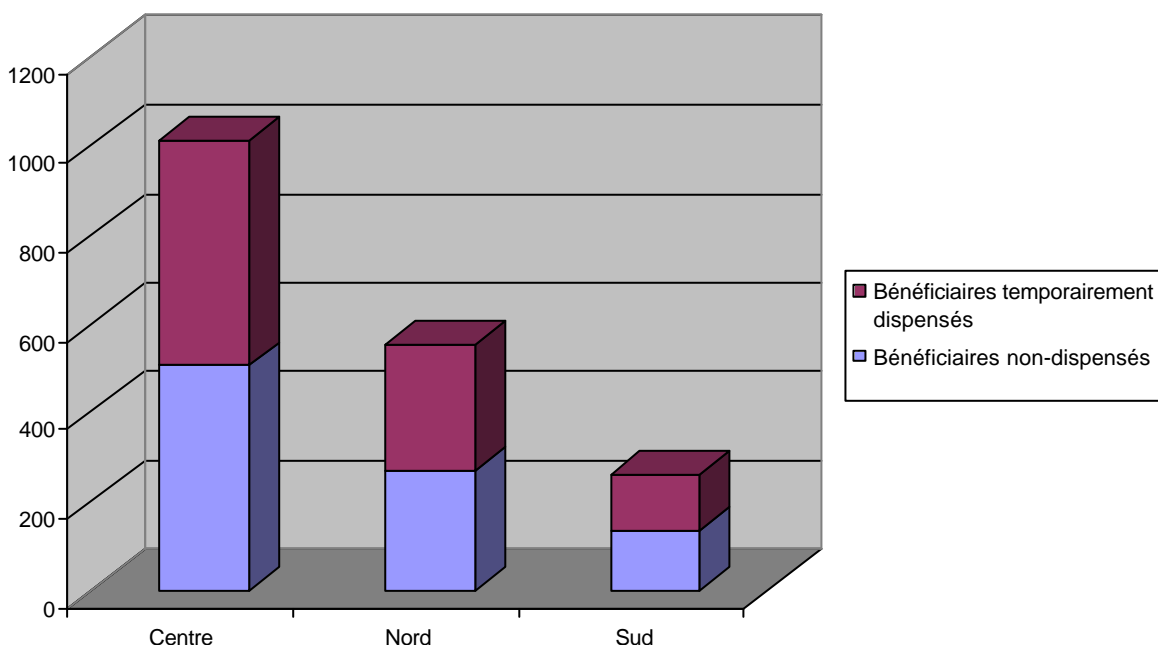
La Ligue médico-sociale est gestionnaire d'un Service Régional d'Action Sociale (SRAS) chargé de l'exécution de la loi du 29 avril 1999 portant création du droit au revenu minimum garanti. Une douzaine de postes plein-temps de travailleurs sociaux assurent dans 113 communes du pays l'intégration professionnelle des personnes bénéficiaires d'une indemnité d'insertion. La loi distingue en effet deux types de prestations : l'indemnité d'insertion, équivalente au taux du salaire social minimum et payée en contrepartie d'un travail fourni, et l'allocation complémentaire attribuée aux personnes dispensées des mesures d'insertion professionnelle.

L'activité de l'année statistique 2002 est recensée par le Service National d'Action Sociale (SNAS) du Ministère de la Famille, de la Solidarité sociale et de la Jeunesse, organisme compétent pour l'organisation et l'exécution des mesures de la loi.

Les chiffres suivants donnent un aperçu sommaire sur le nombre de personnes prises en charge par le SRAS. Précisons encore une fois que le SRAS ne s'adresse pas à tous les bénéficiaires d'une prestation RMG, mais à ceux qui sont aptes au travail, c.-à-d. ceux qui bénéficient d'une indemnité d'insertion. Parmi ses personnes aptes au travail, il existe une catégorie de bénéficiaires qui sont dispensés temporairement de l'obligation de travailler pour des raisons prévues par la loi, p. ex. charge d'enfants ou état de santé.

Tableau 1:

Postes	Région	Bénéficiaires non-dispensés	Bénéficiaires temporairement dispensés	Total des bénéficiaires à charge
6	Centre	507	504	1 011
3,5	Nord	270	284	554
2,5	Sud	135	126	261
12	3	912	914	1826



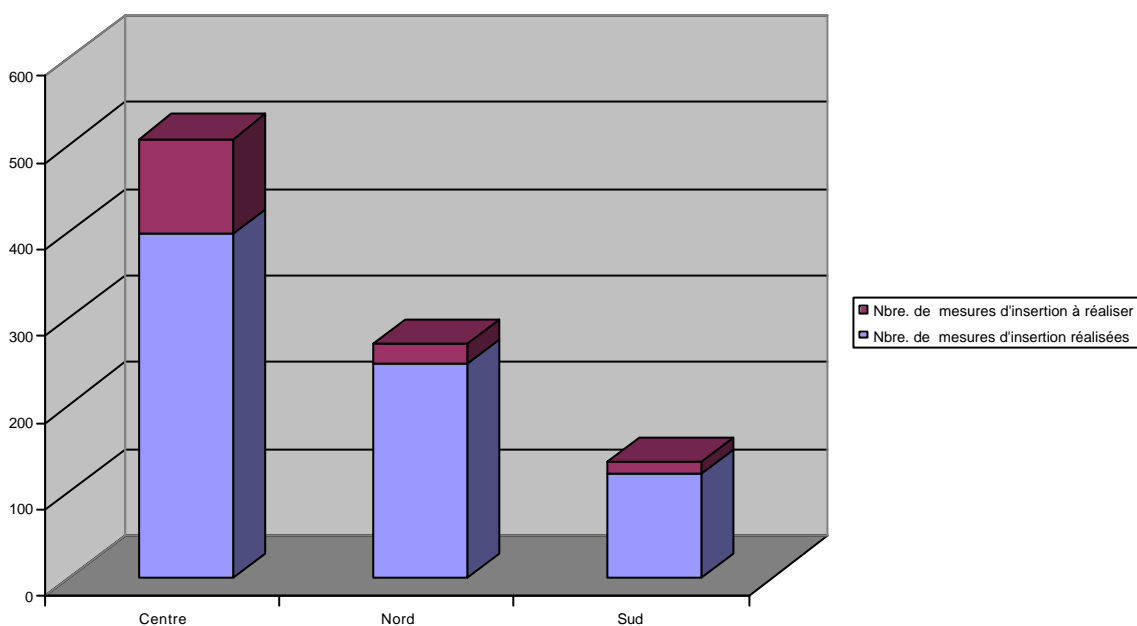
Il existe des postes SRAS affectés aux offices sociaux des communes dans le Sud surtout (9 postes) et dans le Nord (1 poste). 1,5 postes sont en outre affectés à la Caritas. Ainsi, la prise en charge de clients par des agents SRAS n'appartenant pas au personnel de la Ligue médico-sociale explique le nombre relativement limité de clients dans ces deux circonscriptions.



Parmi les bénéficiaires non dispensés et aptes au travail, le SRAS réalise des mesures d'insertion comme par exemple des mises au travail, des stages en entreprise ou des formations.

Tableau 2 :

Postes	Région	Nbre. de mesures d'insertion réalisées	Nbre. de personnes non dispensées sans mesure d'insertion	Total (Bénéficiaires non-dispensés)
6	Centre	397	110	507
3,5	Nord	247	23	270
2,5	Sud	120	15	135
12	3	764	148	912



La part relative des mesures d'insertion à réaliser est plus importante pour la circonscription Centre que pour les deux autres circonscriptions. Parmi les facteurs qui expliquent cette différence citons la charge de travail et les distances parfois importantes dans cette circonscription.

Les données qui suivent se rapportent aux activités et interventions des agents du SRAS. En 2002 et en collaboration avec la Ligue médico-sociale, le SNAS a conduit pendant trois mois une étude sur les activités des SRAS afin d'en dégager les caractéristiques principales.

La période de la saisie des données s'est étendue du 1^{er} mars 2002 jusqu'au 31 mai 2002 ce qui équivaut à 62 jours de travail. 28 agents des SRAS, dont 16 agents de la Ligue et 3 agents du service national d'action sociale y ont participé. Pour chaque jour de travail une feuille d'observation avec une grille déterminée a été mise à leur disposition pour enregistrer toutes les interventions. 1 521 feuilles portant sur un total de 21 530 interventions furent incluses à l'analyse des tâches journalières.

Les résultats ont été discutés avec les agents des services régionaux d'action sociale lors des réunions régionales et les premières conclusions à tirer de cette étude peuvent être résumées comme suit.



REPARTITION DES INTERVENTIONS SELON LEUR TYPE	
34,1 %	travaux administratifs
45,1 %	contacts avec clients (entretiens personnels, entretiens téléphoniques et entrevues)
6,4 %	contacts avec collaborateurs (SNAS, FNS, assistants sociaux, ADEM)
5,0 %	contacts avec les lieux d'affectation
9,4 %	Autres activités (formation, entretiens avec tierces personnes)
100,0%	Total des heures enregistrées

Si les contacts avec les clients prennent la majorité du temps des activités, les travaux administratifs en occupent un tiers.

LA REPARTITION DES DIFFERENTES ACTIVITES PAR RAPPORT A LA SITUATION DU CLIENT	
13,5 %	Clients dont la demande en obtention de l'indemnité d'insertion est en instance
17,2 %	Clients dispensés suivant article 14 de la loi
9,6%	Clients qui ne sont pas dispensés et ne sont pas encore soumis à une mesure
57,8%	Clients qui participent à des activités d'insertion professionnelle
1,8%	Autres
100,0%	Total

La répartition des différentes activités par rapport à la situation du client montre que 57,8 % du temps de travail ont été consacrés à des clients qui participent à une des activités prévues à l'article 10 de la loi RMG alors qu'ils représentent 37,5 % de tous les clients seulement. Les services ont consacré 17,2 % du temps de travail aux personnes dispensées alors qu'elles représentent 38,6 % du total des clients. L'accent des activités est donc mis clairement sur les clients soumis aux activités d'insertion professionnelle.

SITUATION DU CLIENT	
17,2 %	Clients dont la demande est en instance
25,6 %	Clients dispensés
2,8 %	Clients qui sont en mesure 10(1)a (recherche assistée d'une activité professionnelle)
39,8%	Clients qui sont en mesure AI (affectation indemnisée)
1,6 %	Clients qui sont en mesure SE (stage en entreprise)
0,5 %	Clients qui sont en mesure de recyclage
1,6 %	Clients qui sont en cure
10,9 %	Personnes non dispensées qui sont sans mesure
100,0%	Total

La situation des personnes clientes du SRAS se présente en gros selon la catégorisation ci-dessus. Il ressort du tableau que les mesures d'insertion socioprofessionnelles prennent essentiellement la forme d'affectation temporaire à des travaux d'utilité collective et de recherche d'activité.

Soulignons en guise de conclusion la forte complémentarité entre les mesures d'insertion professionnelle offertes par le SRAS et les mesures de stabilisation ou d'insertion sociale assurées par le SAS. En effet, insérer par le travail ou rendre la mise au travail possible par l'accompagnement social sont les deux faces d'une même médaille.



3. Le Service Social à l'Hôpital

3.1. Définition

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

3.2. Nature des tâches spécifiques du service

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

méthodologie :

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

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

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

accessoirement :

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

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

- séances d'information pour les services internes
- séances d'information pour patients
- réalisation d'un accueil social pour différents types de patients
- ...



3.3. Rapport 2002

Pendant l'année 2002, l'assistante d'hygiène sociale de la Ligue a assuré un mi-temps de Service Social à l'Hôpital à la Clinique d'Eich (Fondation Norbert Metz), hôpital à 152 lits.

Le **nombre de patients** hospitalisés pour lesquels une intervention du service social a été demandée s'élève à 187.

Le **nombre de demandes** adressées au service social est légèrement plus élevé: un total de 198 demandes pour 2002. Cela s'explique par le fait que:

177 patients ont bénéficié de l'aide de l'AHS pendant une hospitalisation

10 patients ont bénéficié de l'aide de l'AHS pendant deux à trois hospitalisations

Tranches d'âge concernées

(pour les 187 bénéficiaires de soins)

15 – 19 ans	5
20 – 29 ans	11
30 – 39 ans	10
40 – 49 ans	18
50 – 59 ans	15
60 – 69 ans	9
70 – 79 ans	41
80 – 89 ans	67
90 – 96 ans	11
TOTAL :	187

Les clients pour lesquels le service social à l'hôpital intervient le plus souvent sont toujours les personnes âgées : **68% des bénéficiaires de soins sont âgés de plus de 60 ans.**

On constate cependant une diminution de ce pourcentage par rapport à l'année 2001 (80%), donc une augmentation des demandes des clients âgés de moins de 60 ans.

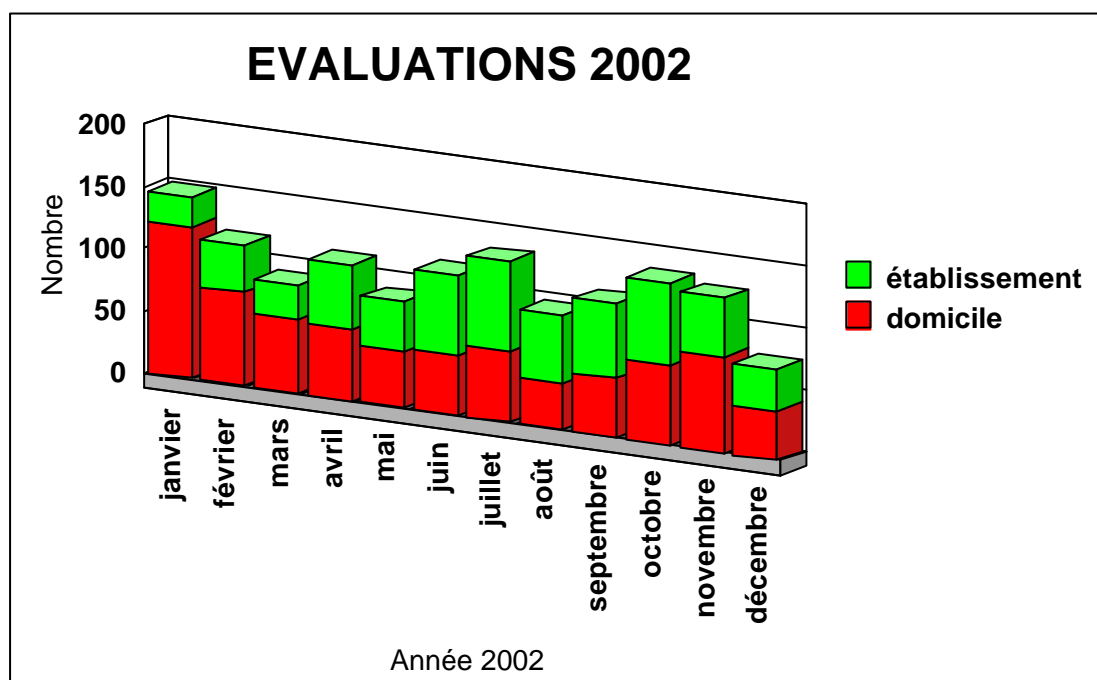
En outre, l'AHS du service social à l'hôpital participe à différentes activités au sein de la clinique : élaboration du dossier du patient, "Incitant Qualité Dossier" p.ex., et aux formations continues indispensables pour le personnel de la clinique.



4. Le Services des Evaluations pour l'Assurance Dépendance

Depuis le mois de septembre de l'année 2000, la Ligue médico-sociale épaula la Cellule d'Evaluation et d'Orientation dans l'exécution de sa mission en mettant à sa disposition une équipe d'assistant(e)s (d'hygiène) sociale(s) chargée exclusivement de la réalisation d'évaluations de la dépendance de personnes ayant introduit une demande auprès de la Cellule d'Evaluation et d'Orientation (CEO), résidant en établissement d'aide et de soins ou à domicile

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



Afin de garantir la qualité des évaluations, l'équipe des évaluateurs de la Ligue médico-sociale participe régulièrement à des formations et participe à des réunions de l'équipe multidisciplinaire de la CEO, qui fixe le plan d'aide et de soins pour le demandeur. Ceci importe pour que l'évaluateur puisse connaître les critères en jeu dans la détermination des soins requis.

Le travail des évaluateurs de la Ligue médico-sociale s'intègre parfaitement dans celui de la CEO. Le recours à des évaluateurs salariés permet à la CEO de disposer d'un nombre minimum fixe et garanti d'évaluations réalisées et le recours à des évaluateurs free-lance donne une flexibilité organisationnelle, elle aussi nécessaire.

En 2002, les évaluateurs de la Ligue médico-sociale ont réalisé **1 322 évaluations, ce qui porte le nombre d'évaluations réalisées depuis l'année 2000 à 3716.** L'effectif moyen en personnel du service a été de 3,25 postes jusqu'en décembre de l'année 2002.



RAPPORT SUR LES SERVICES DE CONSEIL

1. *Service d'information et de conseil en matière de surendettement*

1.1. INTRODUCTION

L'objectif principal du Service se situe dans l'analyse globale de la situation sociale et financière du client. Il est important dans le cadre de ce travail de conseil, de médiation et de collaboration avec d'autres services de rendre au client la possibilité de reprendre confiance en soi et de l'inciter à devenir un consommateur responsable.

Depuis sa création en 1993, 2655 demandes de conseil ont été adressées au Service dont 1924 personnes sont venues en consultation.

Les tableaux statistiques en annexe reflètent l'activité du Service et relèvent bien la persistance de la problématique du surendettement au Luxembourg. Notons seulement qu'en 2002, le service a pu enregistrer 267 nouvelles demandes de conseil dont 177 personnes se sont effectivement présentées au 1^{er} rendez-vous.

L'année 2002 a été marquée par l'application soutenue de la loi du 8 décembre 2000 sur le surendettement. La première demande formelle d'admission à la procédure légale ne fut signée que fin 2001.

Le Service a été appelé à intervenir lors de la réunion du 15 novembre 2002 présidée par le Ministère de la Famille dans le cadre du Plan national d'action en faveur de l'inclusion sociale en présence de représentants de la Direction Générale Emploi et Affaires Sociales de la Commission Européenne.

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 en Aide Socio-Familiale au CNFPC d'Esch-sur-Alzette, en organisant une séance d'information sur la problématique du surendettement au Centre militaire de Diekirch et en exposant les aspects pratiques aux assistant(e)s sociaux des différentes institutions européennes situées au Luxembourg.

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 radiodiffusées et a régulièrement fourni des informations à la presse écrite.

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.

Le Ministère de la Famille a été informé de l'activité du Service au cours des réunions qui ont eu lieu à plusieurs reprises au Ministère de la Famille. Au cours de l'année écoulée, le thème central de ces réunions a été l'application de la loi du 8 décembre 2000 sur le surendettement ainsi que les problèmes pratiques en résultants.

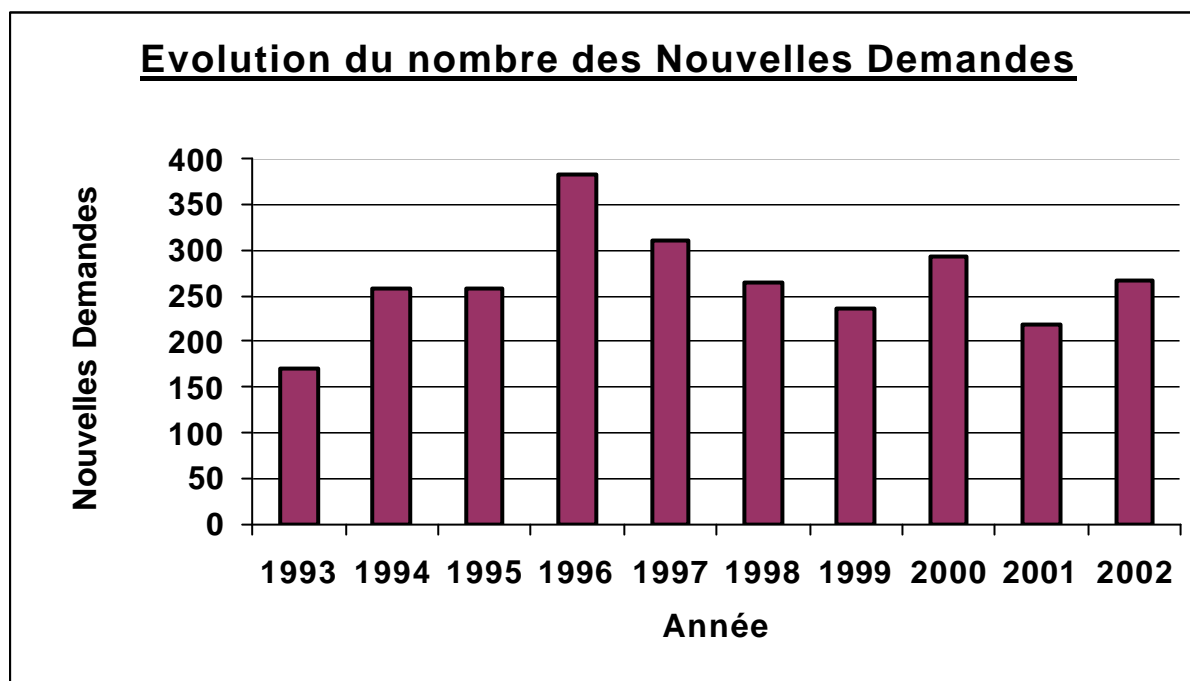
L'échange d'informations avec le Service géré par l'asbl Inter-Actions a eu lieu lors des entretiens et entrevues des responsables des deux services.



1.2. LE CONSEIL ET L'INFORMATION

1.2.1. Les données statistiques générales

Au cours de l'exercice 2002, 267 nouvelles demandes de conseil ont été enregistrées portant le nombre total de demandeurs à 2 655 depuis la création du Service.

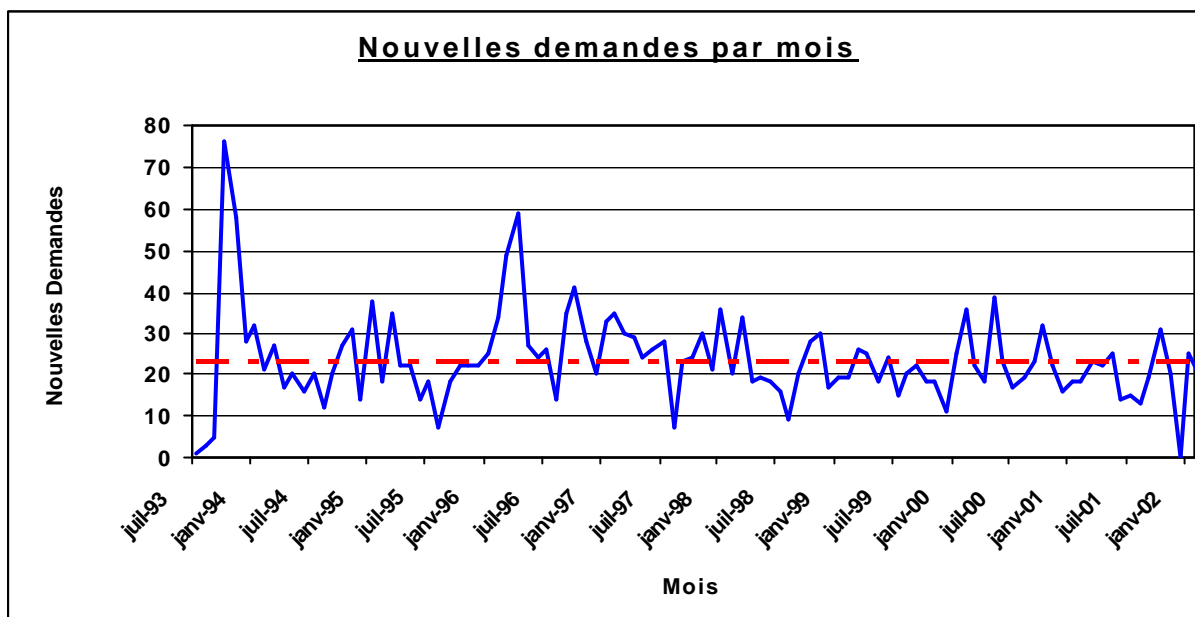


Demandes / Année	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	Total
Nombre de demandes	171	257	258	382	310	265	235	292	218	267	2 655
Pourcentage	6%	10%	10%	14%	12%	10%	9%	11%	8%	10%	100%
Moyenne mensuelle	28	21	21	32	26	22	20	24	18	22	23

Il ressort des chiffres ci-dessus que le nombre moyen annuel sur la période considérée est de 279 nouvelles demandes, les années 1996 et 1997 pouvant être considérées comme exceptionnelles, la barre des 300 demandes ayant été dépassée.

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





Le graphique ci-dessus reflète bien la large fluctuation du nombre de demandes mensuelles adressées au service d'où l'impossibilité d'en déduire une tendance fiable.

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

Au cours de l'exercice 2002, 18 dossiers ont été transmis à la Commission de médiation au bout d'une période de trois mois durant laquelle le Service d'information et de conseil en matière de surendettement a instruit le dossier et élaboré un projet de plan de règlement conventionnel tel que le prévoit la loi du 8 décembre 2000 sur le surendettement.

Dans 10 cas, un plan de redressement conventionnel a pu être établi par la Commission de médiation, 6 plans proposés n'ont pas trouvé l'accord unanime des créanciers, 1 dossier est resté sans prise de position de la part de la Commission de médiation et 1 dossier se trouve toujours en cours de traitement auprès de cette dernière.

Sur les 7 dossiers échoués en phase conventionnelle, 5 ont été admis en phase de redressement judiciaire, 2 débiteurs n'ont pas déposé de requête introductive d'instance auprès de la Justice de Paix compétente.

En ce qui concerne les 5 dossiers admis en phase de redressement judiciaire, 2 sont toujours en cours de traitement, dans 1 cas un plan de redressement judiciaire a été établi et 2 débiteurs ont demandé l'arrêt de la procédure judiciaire.

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 2002 :



L'ANNEE 2002 EN CHIFFRES

Nouveaux clients reçus ou DOSSIERS :	177
+ Nouveaux clients non présents au 1 ^{er} rendez-vous :	90
TOTAL Demandes de Conseil :	267
+ Demandes d'informations :	176
TOTAL Demandes de Conseil et d'Informations :	443

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

1.2.4.1. Les moyens d'action propres

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

L'approche 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. Suite à cela, 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 essaye 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 issue.

1.2.4.2. 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, prononcé d'un jugement imposant le plan soit prononcé d'un jugement constatant l'impossibilité d'aboutir en désendettement.

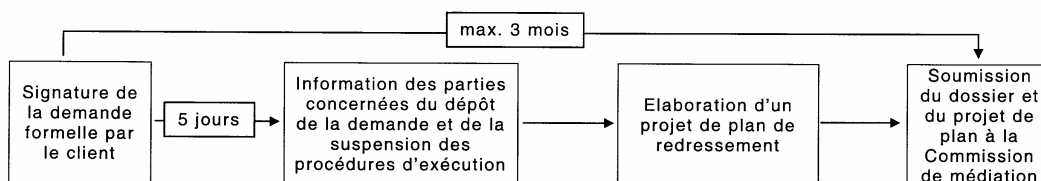
Dans le cadre de cette loi est aussi institué un fonds d'assainissement en matière de surendettement ayant pour objet l'octroi de prêts de consolidation de dettes dans le cadre d'un règlement conventionnel ou d'un redressement judiciaire des dettes.

La représentation schématique ci-après du fonctionnement de la procédure de règlement collectif des dettes retrace les différentes étapes de la loi.

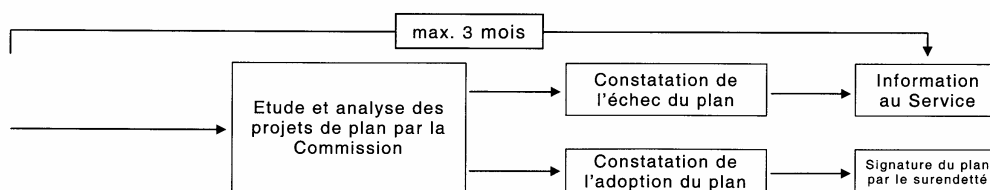
I.a. LA PHASE D'INSTRUCTION AUPRES DU SERVICE



I.b. LA PHASE DE REGLEMENT CONVENTIONNEL AUPRES DU SERVICE



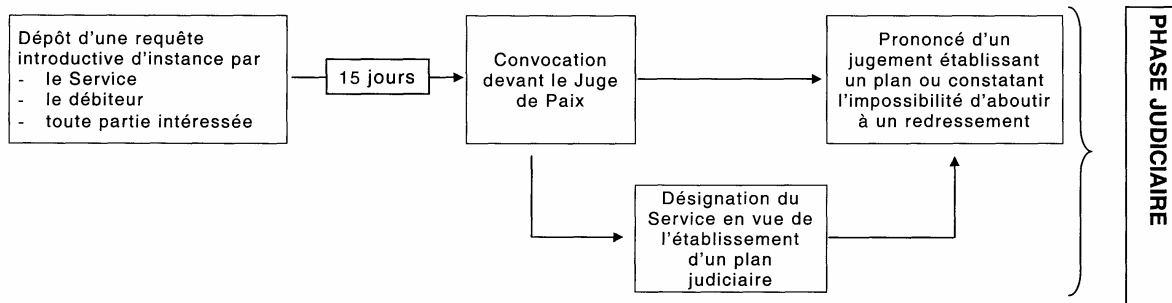
II. LA PHASE DE REGLEMENT CONVENTIONNEL AUPRES DE LA COMMISSION



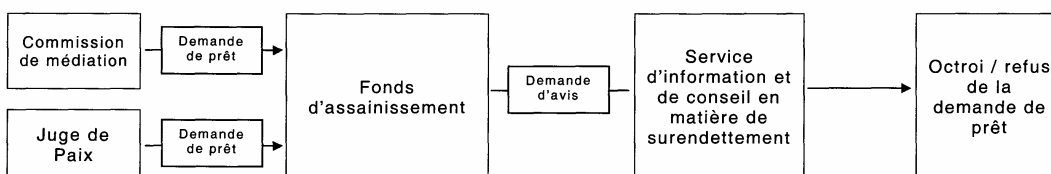
PHASE CONVENTIONNELLE (max. 6 mois)



III. LA PHASE DE REDRESSEMENT JUDICIAIRE



LE FONDS D'ASSAINISSEMENT



1.2.4.3. 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.

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

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

1.2.4.5. La coopération avec le service "EUROGUICHET" de l'Union Luxembourgeoise des Consommateurs

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

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

1.2.4.6. La coopération avec les tiers

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



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

1.3. LE PLAN NATIONAL D'ACTION EN FAVEUR DE L'INCLUSION SOCIALE 2001-2003 (PAN-incl 2001-2003)

Le Service a été appelé à intervenir lors de la réunion du 15 novembre 2002 présidée par le Ministère de la Famille dans le cadre du Plan national d'action en faveur de l'inclusion sociale en présence de représentants de la Direction Générale Emploi et Affaires Sociales de la Commission Européenne.

Ainsi, le Service a pu présenter brièvement les mesures retenues en matière de surendettement dans le cadre du PNAincl 2001-2003 et souligner l'importance de sa contribution à la réalisation desdites mesures.

Soulignons dans ce contexte qu'un projet de loi visant la réforme de la loi du 11 novembre 1970 sur les cessions et saisies des rémunérations de travail ainsi que les pensions et rentes a été déposé à la Chambre des Députés le 16 mai 2002. Cette réforme a été réclamée depuis quelques années par le Service qui a formulé des propositions de modification en mai 1999.

1.4. LA PREVENTION

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

1.4.1. 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 2002 » au début de l'année.

Le Service a eu l'occasion de tenir des exposés sur le phénomène du surendettement au Luxembourg au Centre militaire de Diekirch en date du 17/01/02 ainsi qu'au Centre National de Formation Professionnelle Continue d'Esch/Alzette le 15/10/02.

En date du 05/07/02, le Service a été invité par les assistants sociaux des différentes institutions européennes situées au Luxembourg à venir leur exposer les aspects pratiques de la mise en application de la loi du 8 décembre 2000 sur le surendettement.

En matière de sensibilisation du public par le biais des médias, le Service a régulièrement fourni des informations relatives aux problèmes du surendettement aux médias et à la presse écrite.

Ainsi, le Service est intervenu le 25/11/02 sur invitation du « Soziokulturelle Radio 100,7 » lors d'émissions radiodiffusées ayant eu comme thème le surendettement des particuliers et plus particulièrement aux risques liés à la frénésie d'achat en période de fêtes de fin d'année.

1.4.2. 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.



PROFIL 2002	CLIENTS		DOSSIERS	
	Total demandes	%	Clients reçus	%
ETAT CIVIL				
CELIBATAIRE	67	25	37	21
DIVORCE	52	19	39	22
MARIE	112	42	76	43
SEPRE	26	10	19	11
VEUF	10	4	6	3
TOTAL	267	100	177	100
AGE				
<18	1	0	1	1
18-25	30	11	17	10
26-35	80	30	50	28
36-45	83	31	57	32
>45	73	28	52	29
TOTAL	267	100	177	100
NOMBRE D'ENFANTS A CHARGE				
AUCUN	107	40	62	35
UN	60	23	37	21
DEUX	65	24	50	28
TROIS	27	10	22	13
PLUS DE TROIS	8	3	6	3
TOTAL	267	100	177	100
STATUT PROFESSIONNEL				
BENEFICIAIRE RMG	26	10	12	7
BENEFICIAIRE PENSION/RENTE	19	7	15	8
CHOMEUR	19	7	14	8
EMPLOYE PRIVE	50	19	34	19
FONCTIONNAIRE PUBLIC	4	1	2	1
INDEPENDENT	10	4	8	5
OUVRIER	103	39	71	40
SANS	36	13	21	12
TOTAL	267	100	177	100
NATIONALITE				
LUXEMBOURGEOISE	160	60	101	57
UNION EUROPEENNE	98	37	69	39
AUTRES PAYS	9	3	7	4
TOTAL	267	100	177	100
INITIATIVE				
PROPRE INITIATIVE	122	46	82	46
ORIENTE	145	54	95	54
TOTAL	267	100	177	100
CONTACT AVEC UN AUTRE SERVICE SOCIAL				
NON	153	57	107	61
OUI	114	43	70	39
TOTAL	267	100	177	100
REGION				
CENTRE	175	65	113	63
NORD	80	30	56	32
SUD	12	5	8	5
TOTAL	267	100	177	100



FREQUENTATION 2002	2002	2001	2000	1999	1998	1997	1996	1995	1994	1993	TOTAL
1. Dossiers actifs :	177	77	42	20	14	13	16	6	6	7	378
- En cours	96	16	9	4	6	4	5	1	2	4	147
- Réglés	72	29	19	11	6	5	10	2	3	2	159
- Classés sans suite	9	32	14	5	2	4	1	3	1	1	72
2. Dossiers archivés :	-	99	172	171	206	215	243	161	175	104	1546
3. DOSSIERS (1 + 2) :	177	176	214	191	220	228	259	167	181	111	1924
4. Clients conseillés sans entrevue :	0	0	0	0	3	7	30	22	30	24	116
5. Clients non-présents au rendez-vous :	90	42	78	44	42	75	93	69	46	36	615
6. Clients de 2001 à recevoir en 2002 :	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7. DEMANDES DE CONSEIL (3 + 4 + 5 + 6) :	267	218	292	235	265	310	382	258	257	171	2655
8. DEMANDES D'INFORMATIONS :	176	191	167	183	170	*	*	*	*	*	*
9. CLIENTS (7 + 8) :	443	409	459	418	435	*	*	*	*	*	*

2. Gesond Liewen & Centre de Consultations

Le service de consultation psychologique de la Ligue fonctionne aux centres médico-sociaux de Luxembourg (un psychologue temps plein), Ettelbruck (une psychologue mi-temps et une assistante d'hygiène sociale avec formation complémentaire à raison d'une journée par semaine) et Wiltz (l'assistante d'hygiène sociale, un jour par semaine).

Ce service offre de l'aide psychologique à des personnes confrontées à des difficultés personnelles qui les mettent en souffrance. Le premier contact par téléphone est suivi d'un rendez-vous dans les meilleurs délais avec le demandeur seul (adulte ou adolescent), le couple ou la famille, ceci en fonction de la problématique exposée et de la demande de l'appelant.

Les clients sont orientés au service par d'autres professionnels (travailleurs sociaux, médecins, psychologues) ou bien par des personnes ayant déjà consulté elles-mêmes ou par des personnes ayant entendu de l'existence de ce service.

La prise en charge psychothérapeutique se fait selon la spécialisation de l'intervenant : psychothérapie systémique ou familiale (qui met l'accent sur les interactions, les réactions à l'intérieur du système famille, couple, travail, institution, ..) ou psychothérapie centrée sur l'individu (son vécu émotionnel). Chaque psychothérapie et chaque accompagnement psychologique ont pour but de faire retrouver la personne ses propres ressources afin qu'elle trouve pour elle-même la solution à ses difficultés.

Les principaux motifs de consultation sont les:

- difficultés relationnelles, conjugales, familiales ou existentielles,
- problèmes liés à l'éducation des enfants et des adolescents,
- troubles psychiques, psychopathologiques et psychosomatiques (tels dépression, anorexie, angoisse,..),
- problèmes liés à la dépendance,
- problèmes sexuels et abus sexuels

L'activité de l'année 2002 sera résumée dans la suite, tout en précisant que le centre de Luxembourg était opérationnel pendant 24 semaines seulement.

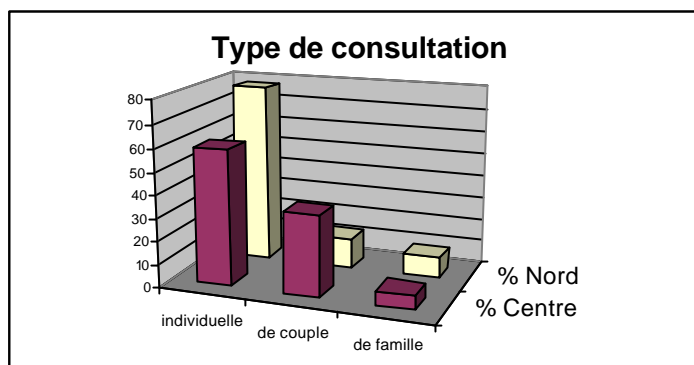


Les données statistiques des trois entités du service sont assez individualisées et ne permettent pas une comparaison exhaustive.

L'activité totale du service en 2002 :

	Luxembourg	Ettelbruck		Wiltz	Total
		Psych.	ahs		
Nombre de clients consultants	128	155	43	48	331
Nombre de consultations	543	632	268	247	1 690

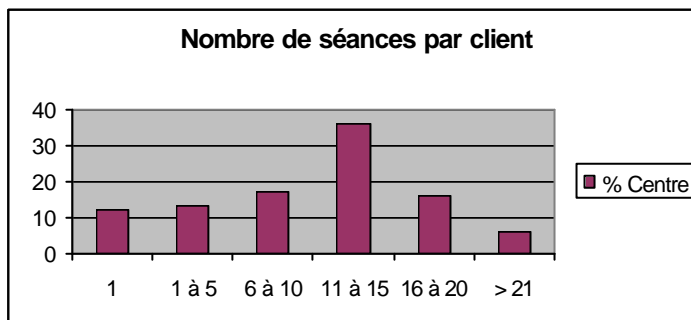
Avec 59% pour le Centre respectivement 78% pour le Nord les consultations individuelles prédominent devant les consultations de couple (35% au Centre et 13% au Nord) et les consultations en famille.



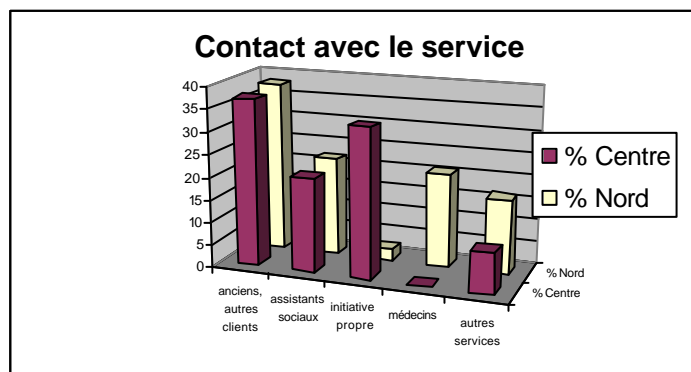
Les consultants sont des hommes et des femmes de tout âge. Les femmes sont majoritaires, à Wiltz elles représentent 75% des clients, alors que la part des femmes clientes du service descend à 53% à Luxembourg. La part des mineurs consultants est de l'ordre de 10% au Centre et de 5% au Nord. Ils viennent principalement en consultation en famille.

Les clients du service sont de nationalités diverses avec une majorité de personnes luxembourgeoises. Le statut professionnel relève une large part d'employés (31% au Centre), et une part importante de personnes en situation matérielle précaire (chômage, RMG, faible revenu) : 49% à Wiltz et 29% à Luxembourg.

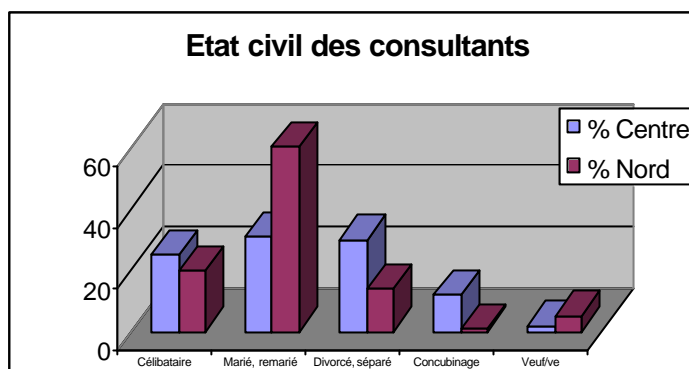
Au Centre 12 % des clients consultent le service une seule fois. 36% ont consulté entre 11 et 15 fois. Le service connaît quelques clients à problématique lourde attachés par un engagement solide et une consultation longue et régulière.



Les personnes sont généralement très motivées pour s'engager dans un travail personnel. Elles sont adressées au service par différentes voies. Le fait que la publicité pour le service se fait surtout par ouïe dire témoigne de la qualité des consultations psychologiques.



Le statut sociofamilial des consultants donne l'image suivante. L'état civil diffère selon la région desservie.



La fin d'une prise en charge se fait après une évaluation et d'un commun accord avec le client. À côté du travail thérapeutique proprement dit, il revient à ce service la fonction de consultation par téléphone pour bon nombre de personnes. De même les collaborateurs du service sont souvent sollicités pour des conseils par leurs collègues travailleurs sociaux de la Ligue.

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



L'objectif de ce service est de proposer une information rapide et une orientation concrète aussi bien pour les clients que pour les professionnels.

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

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

Le service Info-Social est accessible depuis juin 2000, du lundi au vendredi de 9h-12h et de 13h-17h. Les permanences sont actuellement assurées à tour de rôle et parallèlement à leur activité principale par les travailleurs sociaux de la Ligue.

Outre les consultations internes de la banque de données, le service a reçu près de 900 appels externes depuis sa création, dont 300 en 2002.

Quelques chiffres :

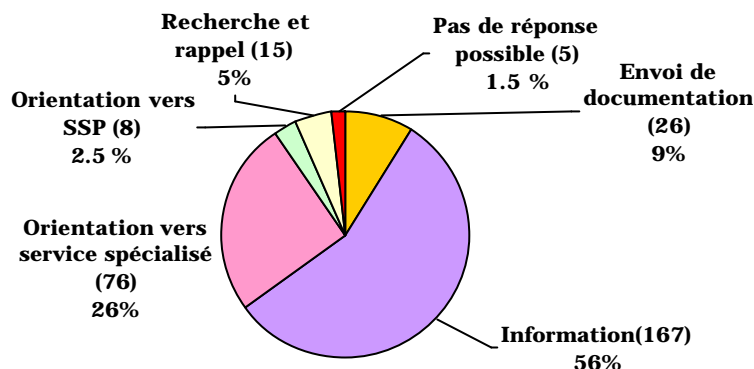
Le tableau ci-après reproduit le pourcentage d'appels reçus en 2002 pour chaque catégorie recensée.

Sécurité sociale	13,79 %
Santé	12,53 %
Logement	8,77 %
Personnes âgées	5,96 %
Enfance	10,97 %
Famille	6,27 %
Justice	6,27 %
Travail	5,02 %
Indigences	6,27 %

Maternité	0,94 %
Femmes	6,58 %
Jeunesse	3,45 %
Etrangers	2,19 %
Education	6,58 %
Handicap	0,31 %
Finances	0,63 %
Autres	3,45 %



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



Nous pouvons ainsi constater que 56 % des appels ont fait l'objet d'une simple information. Dans certains cas, les situations étaient plus complexes : 26 % des appels ont été orientés vers un service spécialisé, 2,5 % vers le Service Social de Proximité.

L'Info-Social préconise une réponse immédiate « sur mesure ». Ce n'est que dans 14 % des appels qu'une recherche plus longue a été nécessaire (Recherche et rappel / Envoi de documentation). Cinq demandeurs n'ont pas pu être satisfaits.

En guise de conclusion on peut affirmer qu'il existe un réel besoin d'information sociale et il ressort des chiffres ci-dessus que les objectifs du service, « informer, guider et orienter » sont atteints.

Afin de garantir la qualité de l'information, les efforts d'actualisation de la base de données sont permanents. Fin 2002, des travaux préparatoires ont été entamés pour une actualisation plus systématique; cela sur base d'un questionnaire adressé à tous les services du domaine social.



PROPOSITIONS ET CONTRIBUTIONS DE LA LIGUE MÉDICO-SOCIALE DANS LE CADRE DE L'ÉLABORATION DU PLAN NATIONAL INCLUSION (PAN-incl.) 2001-2003 ET 2003-2005

1. Introduction

Au terme du PAN-incl. 2001-2003, le Ministère de la Famille a relancé les travaux pour l'élaboration du nouveau PAN-incl., courant sur la période 2003-2005.

Lors du séminaire de Hesperange le 15/11/2002, la Ligue avait présenté ses contributions pour la période 2001-2003 en présence des représentants de la Communauté Européenne (CE). En voici un résumé:

2. Réalisations précédant et complétant le PAN-incl. 2001-2003:

- 1996-2000: Participation aux travaux préparatoires relatifs à l'élaboration de la loi du 8 décembre 2000 sur le surendettement
- 1999/07: Elaboration d'un projet d'un service « Tutelles » et transmission au Ministère de la Justice
- 2000/04: Lancement du projet-pilote «Familjen Intensiv Training » offrant une prise en charge intensive de parents avec enfants en difficultés en milieu ouvert
- 2000/11: Rencontre avec la commission parlementaire « Jeunesse en détresse »
- 2001/05: Propositions Ligue au PAN-incl. (cf. rapport annuel 2000), dont e. a. la création d'un service « Tutelles », la réforme de la loi sur la protection de la jeunesse; l'extension du service FIT
- 2002/04: Etude statistique « Analyse de quatre populations cible du SAS » portant sur 6533 ménages pour la période du 01/10/2000 au 30/06/2001. Cette étude analyse les détresses multiples des clients «long terme» en décrivant la demande exprimée, les problèmes relevés et les services fournis (cf. rapport annuel 2001)

3. Réalisations dans le cadre du PAN-incl. 2001-2003:

→ MESURE 48 DU PAN-incl. :

Extension du service d'accompagnement social, qui assure la prise en charge à longue durée des personnes et des familles vulnérables, p. ex. sur le plan des tutelles, des gestions de budgets familiaux et de guidance éducative.

Réalisations sur le plan de la guidance éducative:

- Décembre 2001: Décision du non-conventionnement du projet-pilote FIT par le Ministère de la Famille avec confirmation pour le SAS de la mission de prise en charge des familles avec enfants en difficultés à long terme, d'où :Début 2002: Intégration du projet-pilote FIT dans le SAS
- Début 2002: Etablissement de la coordination du SAS avec le SCAS (Service Social dépendant de la Justice).



Deux modèles de coopération:

- accompagnement sur demande de la famille
- accompagnement sous contrainte judiciaire

Début 2002: Entrevue de coordination avec les directeurs des centres d'accueil (pour enfants) pour assurer l'accompagnement social après le retour de l'enfant dans sa famille.

Réalisations sur le plan de la gestion des budgets familiaux

Juillet 2002: gestion de budgets ménagers dans le cadre des plans de redressement arrêtés, sur base de la loi sur le surendettement, soit par la commission de médiation, soit par le Tribunal de Paix.

Novembre 2002: gestion de budgets ménagers dans le cadre de l'art. 16 de la loi RMG.

Remarque concernant l'envergure du problème

- Nombre de bénéficiaires d'une indemnité d'insertion (RMG): 1 086 personnes au 31/12/2001.
- Le problème du surendettement se chiffre par plusieurs centaines de dossiers.

Réalisations sur le plan de la gestion des tutelles et curatelles

Juin 2002: Présentation du concept de prise en charge des tutelles par la Ligue médico-sociale au Ministère de la Famille

Octobre 2002: Engagement d'un économiste

Novembre 2002: Mise en route du "Service pour Mineurs et Majeurs Protégés".

Décembre 2002: Publication d'un précis juridique concernant le "Régimes légaux des mineurs et majeurs protégés".

Remarques concernant l'envergure du problème

- Absence en milieu ouvert d'un service prenant en charge des tutelles.
- Les tutelles à prendre en charge sont estimées à plusieurs centaines.

➔ MESURE 50 DU PAN-incl. :

Adaptation des seuils de saisies et de cession

Réalisations

Rédaction d'une note le 05/05/1999 remise à Madame le Ministre de la Famille contenant des propositions de réforme de la loi modifiée du 11 novembre 1970 sur les saisies/cessions.

La réalisation de cette mesure a été entamée par le règlement grand-ducal du 26/06/2002 fixant les taux de cessibilité et de saisissabilité des rémunérations de travail, pensions et rentes. Elle sera peaufinée en cas d'adoption par le Parlement du projet de loi n°4955, déposé à la Chambre des Députés en date du 16/05/2002, et portant modification

- de loi modifiée du 11 novembre 1970 sur les cessions et saisies des rémunérations de travail ainsi que les pensions et rentes;
- de la loi modifiée du 26 avril 1999 portant création d'un droit à un revenu minimum garanti;
- de la loi modifiée du 24 décembre 1990 sur la préretraite;
- de la loi du 12 février 1999 portant création d'un congé parental et d'un congé pour des raisons familiales;
- de la loi modifiée du 1er août 1988 portant création d'une allocation d'éducation;
- du Code des Assurances Sociales;
- de la loi du 11 janvier 1995 portant réorganisation des écoles publiques et privées d'infirmières et réglementant la collaboration entre le ministère de l'Education Nationale et le ministère de la Santé;
- du Nouveau Code de Procédure Civile



→ MESURE 51 DU PAN-incl. :

Modifier la loi du 11 novembre 1970 sur les cessions et saisies des rémunérations de travail ainsi que les pensions et rentes et le règlement du 8 janvier 1993 fixant les taux de cessibilité et de saisissabilité des rémunérations, pensions et rentes

Réalisations

Introduction de propositions: cf. mesure 50.

Cette mesure sera réalisée en cas d'adoption par le Parlement du projet de loi n°4955 déposé à la Chambre des Députés en date du 16/05/2002 et portant modification

- de la loi modifiée du 11 novembre 1970 sur les cessions et saisies des rémunérations de travail ainsi que les pensions et rentes;
- de la loi modifiée du 26 avril 1999 portant création d'un droit à un revenu minimum garanti;
- de la loi modifiée du 24 décembre 1990 sur la préretraite;
- de la loi du 12 février 1999 portant création d'un congé parental et d'un congé pour des raisons familiales;
- de la loi modifiée du 1er août 1988 portant création d'une allocation d'éducation;
- du Code des Assurances Sociales;
- de la loi du 11 janvier 1995 portant réorganisation des écoles publiques et privées d'infirmières et réglementant la collaboration entre le ministère de l'Education Nationale et le ministère de la Santé;
- du Nouveau Code de Procédure Civile.

→ MESURE 53 DU PAN-incl. :

Adoption des règlements grand-ducaux prévus par la loi du 8 décembre 2000 en matière de surendettement

Réalisations

Participation en 2001 aux travaux préparatoires d'élaboration des règlements grand-ducaux fixant l'organisation et le fonctionnement de la Commission de médiation et du Service d'information et de conseil en matière de surendettement.

→ MESURE 54 DU PAN-incl. :

Lancement d'une campagne d'information et de sensibilisation sur le surendettement

Réalisations

Projet en cours

→ MESURE 60 DU PAN-incl. :

Réforme de la loi sur la protection de la jeunesse

Réalisations

Cf. guidance éducative de la mesure 48



4. Contributions de la Ligue au PAN-incl. 2003-2005

Rappelons les objectifs pour l'élaboration des PAN-incl., fixés par le Conseil Européen en décembre 2000 à Nice :

1. Promouvoir la participation à l'emploi et l'accès de tous aux ressources, aux droits, aux biens et aux services.
2. Prévenir les risques d'exclusion
3. Agir pour les plus vulnérables
4. Mobiliser l'ensemble des acteurs

Par ses efforts propres et dans le cadre de conventions avec l'Etat, la Ligue joue un rôle important dans la lutte contre la pauvreté et l'exclusion. Ses efforts se concentrent surtout sur les objectifs 1, 2 et 3.

ad : **Objectif 1 : Promouvoir la participation à l'emploi et l'accès de tous aux ressources, aux droits, aux biens et aux services.**

point **1.2.a) premier tiret: Promouvoir l'accès de tous aux ressources, aux droits, aux biens et aux services**

a) Organiser les systèmes de protection sociale de façon à ce que, en particulier: ils contribuent à garantir à toute personne les ressources nécessaires pour vivre conformément à la dignité humaine.

A. Situation actuelle

Grâce aux efforts de la Ligue médico-sociale (cf. mesure 48 ci-dessus), la gestion des revenus d'un client ou d'une famille dans le cadre du SAS est devenue possible, cela soit sur demande propre des intéressés, soit sur injonction administrative (dans le cadre du surendettement p.ex.) ou judiciaire (tutelles p.ex.).

Différents éléments soulignent que le nombre de ces gestions financières dépasse de loin les capacités actuelles du SAS:

- Avec l'avènement de l'assurance dépendance et les aides en espèces y prévues, un besoin de plus en plus pressant se fait ressentir dans le domaine social pour la gestion de cet argent reçu par les personnes dépendantes. Le personnel des réseaux d'aide et de soins refuse souvent pour des raisons évidentes de gérer l'argent de leurs clients. Il en est de même lorsque ces personnes sont prises en charge dans des institutions de soins. Il manque un service neutre qui puisse assurer ce travail.
- Les contraintes économiques qui pèsent sur les hôpitaux ainsi que les progrès thérapeutiques engendrent des séjours hospitaliers de plus en plus courts. Dans le domaine de la psychiatrie, cela conduit à des conséquences nettement tangibles pour les services (sociaux) en milieu ouvert. Cette évolution se fait ressentir aussi au niveau du SAS et plus particulièrement en rapport avec les gestions financières.
- Le nombre de tuteurs qualifiés est dérisoire par rapport à la demande; cela surtout pour les personnes dépendantes des couches de population plus défavorisées. Dans ce domaine, on estime le besoin à plusieurs centaines de situations.

B. Mesures proposées par la Ligue

- Renforcement du SAS
- Conventionnement par le Ministère de la Famille, de la Solidarité Sociale et de la Jeunesse du **Service pour Mineurs et Majeurs Protégés** ayant la mission d'assurer le volet comptable des gestions financières notamment dans le cadre des tutelles. Ce service « technique » collaborerait étroitement avec le SAS vu les besoins spéciaux de cette population.



C. Moyens et calendrier

Dès 2003, étoffement en personnel du SAS et du Service pour Mineurs et Majeurs Protégés.

ad : **Objectif 1 : Promouvoir la participation à l'emploi et l'accès de tous aux ressources, aux droits, aux biens et au services.**

point **1.2.d) Développer à l'attention des personnes concernées des prestations, des services ou des actions d'accompagnement permettant un accès effectif à l'éducation, à la justice et aux autres services publics et privés tels que la culture, le sport, les loisirs.**

A. Situation actuelle

L'exclusion est favorisée par des difficultés d'accès à l'information. L'Etat providence met à la disposition de la population une multitude d'informations et d'aides. Pour le citoyen cela peut prendre les dimensions d'une jungle sociale qui l'empêchent de trouver l'information et les aides adéquates au moment propice.

B. Mesures proposées par la Ligue Médico-Sociale

Depuis l'année 2000, le service **INFO-SOCIAL** 8002-9898 fonctionne au sein de la Ligue Médico-Sociale. Grâce à un numéro de téléphone gratuit, tout citoyen peut demander de façon anonyme les renseignements nécessaires pour son problème concret. Il est conseillé par un assistant social qui peut recourir à une base de données couvrant tous les grands domaines sociaux.

C. Moyens et calendrier

Conventionnement de l'activité par le Ministère de la Famille, de la Solidarité Sociale et de la Jeunesse

ad **Objectif 2 : Prévenir les risques d'exclusion**

point **2. a) Prévenir les risques d'exclusion**

Mettre en œuvre des politiques visant à éviter les ruptures dans les conditions d'existence pouvant conduire à des situations d'exclusion, notamment pour ce qui concerne les cas de surendettement, l'exclusion scolaire ou la perte de logement

A. Situation actuelle

Le SAS s'adresse à une population en détresses multiples avec des déficits importants aux niveaux des compétences de base (soft skills) permettant une gestion adéquate des problèmes "normaux" de la vie quotidienne. Les compétences de bases faisant défaut se rapportent aux domaines suivants: la gestion du budget ménager, la gestion et l'entretien du logement, la fonction parentale, la santé et l'accès aux prestations en la matière, la relation avec les institutions (commune, école, hôpital,)

Citons à titre d'exemple: des familles à problèmes psychiques, des parents toxicomanes, des personnes sous tutelle, curatelle ou bénéficiant d'une gestion volontaire de leur revenus, des bénéficiaires du revenu minimum garanti avec problèmes de santé, des familles monoparentales avec difficultés éducatives, des personnes handicapées ou dépendantes avec problèmes de gestion financière.

Cette population fortement démunie est donc caractérisée par des problématiques sociales multiples de pauvreté, d'exclusion, et de maladie (cf. étude de la population SAS / rapport d'activité 2001 de la Ligue médico-sociale).

B. Mesures proposées par la Ligue Médico-Sociale

Il s'agit de renforcer le SAS par une **cellule d'aide à la vie quotidienne** (CAVQ), composée surtout d'éducateurs et d'aides socio-familiales. La population cible de la CAVQ correspond ainsi à celle du SAS. Cette population fortement démunie est caractérisée par des problématiques sociales multiples de pauvreté, d'exclusion, et de maladie (cf. concept SAS et rapport d'activité 2001 de la Ligue médico-sociale).



L'intervention des agents de la CAVQ vise spécifiquement les problèmes de maîtrise de la vie quotidienne (Alltagsbewältigung) par des actions d'aide éducative et de soutien, fournies en principe quotidiennement ou du moins très régulièrement en semaine.

Parmi les prestations des agents, on retrouve les actes suivants e.a.:

- ? Gérer le budget ménager et apprendre à le faire
- ? Gérer le logement et apprendre à le faire
- ? Soutenir la fonction parentale
- ? Aider à devenir acteur de sa santé
- ? Garantir l'accès aux ressources de l'Etat social et développer une autonomie y relative

La fonction de la CAVQ ainsi esquissée est à côté de la fonction d'aide, au sens restreint, une fonction de médiation, de relais et de capacitation (empowerment).

L'action des agents de la CAVQ s'intègre dans les *projets d'accompagnement social individualisés* élaborés par les assistants sociaux du SAS de concert avec les usagers du service.

La cellule est organisée de manière à couvrir le territoire national à partir des Centres médico-sociaux. A l'instar des équipes SAS, les agents de la cellule opèrent à un niveau régional.

C. Moyens et calendrier

Mise en route d'un projet-pilote au niveau national. Afin de disposer de résultats évaluables en fin de période du projet, il y a lieu de prévoir par région une aide socio-familiale et un éducateur, au total donc:

- ✓ 6 aides socio-familiales
- ✓ 6 éducateurs

ad **Objectif 3 : Agir pour les plus vulnérables**

point **3. a) Favoriser l'intégration des femmes et hommes risquant notamment en raison de leur handicap ou de leur appartenance à un groupe social éprouvant des difficultés particulières d'insertion, de se trouver confrontés à des situations de pauvreté persistante**

PROPOSITION 1

A. Situation actuelle

Le SAS, en tant que service social de 2^o ligne, s'adresse à des personnes/familles dont la nature des besoins et des problèmes sociaux nécessite un *encadrement à long terme*. Depuis la mise en place du SAS, le 01.09.2001 jusqu'au 31.12.2002, 620 dossiers ont été prises en charge. L'intervention du service se résume à un ensemble de tâches spécifiques :

- ◆ *L'exécution de l'art. 16 de la loi RMG (droit à l'accompagnement social) en faveur des bénéficiaires en voie d'intégration professionnelle*
- ◆ *L'exécution des articles 5 et 14 (assistance sur le plan social, éducatif ou de la gestion des finances dans le cadre des plans de redressement conventionnels et judiciaires) de la loi du 8 décembre 2000 contre le surendettement.*
- ◆ *L'accompagnement des familles avec enfants en difficultés ; aide à la parentalité (art.1 de la loi sur la protection de la jeunesse)*
- ◆ *Gestion de tutelles et de curatelles, ainsi que gestion des revenus de clients sur base de leur demande propre volontaire (gestions volontaires)*
- ◆ *La prise en charge des clients relevant de la population cible et transférés par les services de la première ligne*

Dans les ménages présentant des problèmes financiers à long terme, on peut isoler des causes diverses notamment au niveau de la santé physique et psychique, au niveau des compétences et comportements, mais aussi au niveau du savoir. Nombre de clients n'ont jamais appris les bases



élémentaires d'une gestion adéquate d'un revenu donné et la connaissance de mécanismes financiers comme les intérêts et leurs conséquences parfois désastreuses font tout à fait défaut.

B. Mesures proposées par la Ligue Médico-Sociale

Il s'agit d'organiser une **formation à l'économie familiale et à la gestion du ménage** destinées aux personnes en situation d'endettement important ou de surendettement et les personnes dépendant d'institutions sociales du fait qu'elles n'arrivent pas à gérer leurs revenus ou leur ménage.

Cette formation qui s'adresserait surtout aux clients du SAS serait également ouverte aux clients d'autres services faisant partie de la population cible. Outre la transmission de connaissances cette formation devrait aussi promouvoir l'échange du vécu entre les participants dans un but de capacitation réciproque.

L'objectif général d'une telle formation est de l'ordre de la prévention secondaire voire tertiaire et consiste à développer l'autonomie (financière) des participants, c-à-d. des personnes à problèmes financiers long terme..

C. Moyens et calendrier

Moyens financiers pour le développement et l'organisation d'un premier module pilote de formation de 10 séances à 2 heures

PROPOSITION 2

A. Situation actuelle

Les projets d'accompagnement social individualisés résultent de la négociation des assistants sociaux du SAS avec leurs clients. Les ingrédients de ces contrats sont d'une part

- les désirs et les besoins réels des clients, exprimés en partie dans la demande adressée au service, les nécessités et les contraintes que leur impose leur situation ainsi que les problèmes qui en résultent,
- l'intérêt de personnes tierces éventuellement,
- les objectifs possibles et réalistes,
- ...

et d'autre part les moyens d'aide que le SAS peut leur offrir. Afin de rendre cette aide plus efficace et plus efficace, il est nécessaire de développer des **modules d'aide et d'intervention** (MAI) regroupant un ensemble d'actions, d'interventions, d'aides et de démarches prédéfinies ainsi que leur évaluation respective. Ces modules d'aide et d'intervention sont fonction des problèmes et objectifs relatifs à la situation sociale des demandeurs.

Si le module d'aide et d'intervention "gestion financière" avec toutes ses modalités est en train d'être développé par la Ligue médico-sociale, d'autres MAI ne sont pas encore définis :

- le MAI parentalité (mesures visant p.ex. à aider les parents à s'acquitter des obligations qui leur sont imposées par le juge de la jeunesse),
- le MAI "stabilisation" (mesures visant à stabiliser la situation sociale p.ex. des personnes souffrant de maladies mentales évoluant par crises)
- le MAI "clearing" (ensemble de mesures nécessaires souvent en début de prise en charge pour définir un projet avec le client et pour coordonner les autres intervenants médico-psycho-sociaux et éducatifs en charge de la situation
- le MAI "sécurité sociale" (ensemble de démarches visant à régulariser la situation du client par rapport au système de la sécurité sociale)
- ...

Le contenu et même la dénomination de ces MAI ne sera pertinente que si ces modules sont développés à partir d'une étude de la population visée.



B. Mesures proposées par la Ligue Médico-Sociale

- A partir des expériences et des résultats de l'étude statistique de la Ligue médico-sociale: « Analyse de quatre populations cible du Service d'Accompagnement Social » portant sur 6533 ménages (cf. rapport de la Ligue médico-sociale 2001), il y a lieu de réaliser une étude "action/recherche" visant à cerner les besoins de la population du SAS.
- Développer des MAI contenant une gradation d'étapes à franchir en fonction de la dépendance des clients pour le domaine visé. La progression d'une étape à l'autre est fonction du gain d'autonomie acquise.

C. Moyens et calendrier

Période de l'étude 2003-2004

Période de développement des modules d'intervention 2004-2005

Moyens financiers pour l'engagement d'experts externes

