



LIGUE MÉDICO-SOCIALE
MIR HËLLEFEN ZËNTER 1908



RAPPORT D'ACTIVITE

2003

RAPPORT D'ACTIVITE 2003

publié par la **LIGUE MEDICO-SOCIALE**

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

Edition 2004

SOMMAIRE

Sommaire.....	1
Préface.....	5
La Ligue	7
Patronage de la Ligue luxembourgeoise de Prévention et d'Action médico-sociales	9
Le Conseil d'Administration	11
Rapport d'Activité.....	13
Rapport du Conseil d'Administration.....	13
Rapport du Conseil de Surveillance.....	18
Rapport sur les Services médico-sociaux	19
1. Les Consultations pour Maladies Respiratoires	19
2. La Médecine Scolaire.....	27
3. Prévention de la Santé de l'Enfant	33
4. Prévention, Education et Promotion de la Santé	35
5. Information du public et représentation.....	38
6. Conclusions générales	38
Rapport sur les Services Sociaux	39
1. Le Service d'Accompagnement Social.....	39
2. Le Service Régional d'Action Sociale	44
3. Le Service Social à l'Hôpital	47
Rapport sur les Services de Conseil	49
1. Service d'information et de conseil en matière de surendettement	49
2. Gesond Liewen & Centre de Consultations	56
3. Info-Social – Service d'information et de conseil par téléphone	59

PREFACE

Les changements intervenus dans l'organisation de nos services ainsi que les nouvelles initiatives lancées en 2002 ont permis en 2003 de délimiter plus clairement nos différents champs d'activités et ainsi de réaliser un travail plus spécialisé et plus approfondi aussi bien dans les domaines médico-sociaux que sociaux.

Concernant le domaine médico-social une attention toute particulière a ainsi été portée à l'efficience de nos consultations pour maladies respiratoires. - La médecine scolaire, avec la prise en charge de plus de 28 000 enfants du scolaire et du préscolaire de 114 communes du pays a développé surtout le volet social et la promotion de la santé. - La prévention de la santé de l'enfant en bas âge (consultations de nourrissons et tranche d'âge de 2 à 4 ans) a aussi pris un essor dynamique.

Dans le domaine social il faut mentionner l'important travail réalisé par notre service d'accompagnement social qui tente d'assurer une aide aussi efficace que possible dans des situations sociales souvent très complexes. Ce service est épaulé d'une façon heureuse par notre nouveau service de tutelles et de gestions financières. En collaborant étroitement avec le Service Régional d'Action Sociale qui prend en charge les bénéficiaires RMG pour des mises au travail, il participe à l'insertion sociale de ces clients.

Au nom du Conseil d'Administration de la Ligue Médico-Sociale je tiens à adresser mes sincères remerciements à tous nos collaborateurs médicaux, sociaux, administratifs et techniques qui, au cours de l'année 2003, se sont acquittés avec dévouement de leur tâche.

Mes remerciements s'adressent de même aux membres de notre Conseil d'Administration responsables de la politique générale et de l'orientation de notre oeuvre, ainsi qu'aux membres de la commission de surveillance.

Un merci tout particulier au Ministre de la Santé, notre Ministre de tutelle, à la Ministre de le 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 1908 au service de notre population, notre oeuvre a pleinement saisi les nouveaux défis de la société actuelle auxquels elle s'efforce de répondre avec persévérance et professionnalisme.

Luxembourg, le 26 mars 2004

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. 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 Pierrette HUBERTY-KRAU, Luxembourg
Dr Claude BOLLENDORFF, membre, Luxembourg
Dr Nicole MAJERY, membre, Luxembourg
Mme Christine DOERNER, membre, Bettembourg

2^e série 2003-2006

Dr Jean GOEDERT, président, Luxembourg
Mme Marguerite SCHOLTES-LENNERS, vice-président, Strassen
M. André THILL, vice-président, Luxembourg
M. Jean RODESCH, secrétaire général, Luxembourg
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 CPFEC, Niederanven
M. Albert PUNDEL, fonctionnaire e. r., Luxembourg
M. Edy BUCK, employé privé, Luxembourg

RAPPORT D'ACTIVITE

RAPPORT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

La dernière assemblée générale s'est tenue le vendredi 28 mars 2003 à Wiltz.

Au cours de l'exercice écoulé le conseil d'administration a siégé à 6 reprises (20 janvier / 18 février / 18 mars / 8 mai / 18 septembre / 28 octobre) et en date du 16 mai en réunion avec le ministre de la santé.

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

Effectif

Au 31 décembre 2003 la Ligue comptait un effectif de 124 collaborateurs salariés.

Logo

Comme suite à la décision de l'Assemblée Générale, la Ligue a entrepris en 2003 la mise en place de son nouveau logo. Entre-temps, les entêtes de lettres et autres supports papier sont adaptés, mais un effort important reste à réaliser au cours des prochains mois pour finaliser ce changement.



Conventions

En 2003, conformément à la loi ASFT, la Ligue avait souscrit à un certain nombre de conventions avec l'Etat, à savoir :

- avec le Ministère de la Famille des conventions pour son Service d'Accompagnement Social, son Service Régional d'Action Sociale, son Service d'Information et de Conseil en matière de Surendettement et son Service "Gesond Liewen";
- avec le Ministère de la Santé une convention pour son Service Médico-Social
- avec le Ministère de la Sécurité Sociale une convention pour la réalisation des évaluations dans le cadre d'une collaboration avec la Cellule d'Evaluation et d'Orientation.

Courant 2003, la Ligue a obtenu les agréments ministériels requis pour son Service d'Accompagnement Social et pour son Service "Gesond Liewen".

DOSSIERS TRAITÉS

Entrevue Ministère de la Santé

En mai 2003, une délégation de la Ligue a été reçue par le ministre de la santé. L'échange de vue portait sur les activités médico-sociales de la Ligue et un renforcement de l'effectif dédié à la médecine scolaire sur base de l'argumentation suivante:

- augmentation très importante du nombre d'élèves et du nombre de classes à examiner alors que les ressources allouées n'ont pas évolué depuis 1996 ;
- disparition de la formation d'assistante d'hygiène sociale ce qui nécessite dorénavant l'intervention de deux professionnels, un assistant social et une infirmière.

D'autre part, la délégation a demandé une participation plus substantielle aux frais de fonctionnement de la Ligue et notamment une contribution aux frais et honoraires des consultations pour nourrissons et jeunes enfants dont le coût à la seule charge de la Ligue s'est porté en 2002 à près de 135 000 €

Médecine scolaire

Un accord a été recherché avec le Syvicol en ce qui concerne une participation des communes aux frais d'organisation de la médecine scolaire. En effet, l'organisation de la médecine scolaire, assurée par la Ligue dans 114 communes engendre de nombreux frais accessoires comme par exemple (frais de port, frais de copie, petit équipement et instruments médicaux, matériel didactique, ...) qui dans un contexte de plus de 28 000 enfants examinés par an deviennent non négligeables.

Le Syvicol a retenu les explications de la Ligue et a marqué son accord pour une prise en charge dès 2004 de ces coûts par les communes sur base d'un décompte détaillé à présenter au Syvicol. Le taux par enfant sera uniforme pour toutes les communes (total des dépenses divisé par le nombre d'enfants examinés).

Règlement grand-ducal du 9 mai 2003 portant sur l'exercice de la profession d'assistant technique médical de radiologie (ATM RX)

Le règlement grand-ducal en question apporte certains allègements dans l'organisation des consultations pour maladies respiratoires du fait que dorénavant l'ATM RX est autorisé à tirer des clichés RX sans la présence obligatoire du médecin. Cependant, dans la nouvelle liste des attributions de l'ATM RX on a retiré la pose d'injections sous-cutanées. Cette méthode est de plus en plus utilisée pour réduire le nombre d'examens radiologiques.

La Ligue a donc soumis à l'avis du ministre de la santé la demande suivante :

Depuis la mise en vigueur des nouvelles dispositions, notre personnel de la qualification d'ATM en radiologie n'est plus autorisé à effectuer les injections intradermiques telles que prévues dans le cadre de la lutte contre la tuberculose. Ce changement entraîne d'une part que dorénavant le fonctionnement des consultations pour maladies respiratoires nécessite la présence de personnel supplémentaire de la formation d'infirmier et d'autre part, il diminue de façon importante les capacités d'intervention de la Ligue dans le cadre des examens d'entourage.

Etant donné que les ATM en radiologie de la Ligue, actuellement en poste, ont effectué depuis leur entrée en service auprès de la Ligue des milliers d'injections intradermiques et ont acquis de ce fait une pratique sur le terrain sans pareille, ne serait-il pas possible d'obtenir une dérogation pour cet acte spécifique dans le cadre des consultations pour maladies respiratoires.

Dans le même ordre d'idées nous nous permettons de suggérer une modification des dispositions concernant les attributions de l'ATM en radiologie en prévoyant que l'ATM en radiologie est autorisé à effectuer des injections intradermiques lorsqu'il s'agit d'une mesure de dépistage dans le cadre des consultations de prévention et de lutte contre la tuberculose organisées par la Ligue Luxembourgeoise de Prévention et d'Action médico-sociales.

Collaboration CEO

Au 31 juillet 2003, la Ligue a cessé définitivement toute activité d'évaluation pour les besoins de la Cellule d'Evaluation et d'Orientation dans le cadre de l'Assurance Dépendance. Le personnel assistant social travaillant dans ce service a pu être affecté à d'autres missions au sein de la Ligue.

Consultations nourrissons

Le nouveau concept des **Consultations pour Nourrissons et Jeunes Enfants** a pu démarrer dès la rentrée 2003. L'afflux aux consultations s'est nettement amélioré et confirme le besoin de ce dispositif de médecine préventive en faveur des jeunes habitants de notre pays.

L'inventaire des lieux, généralement mis à disposition par les communes pour l'organisation des consultations, a permis de déceler qu'en maints endroits des efforts restent à faire pour améliorer les locaux des consultations respectivement de rechercher avec les communes d'autres localités plus appropriées. A Luxembourg Ville une troisième consultation à l'ouest de la Ville (Belair – Limpertsberg) est devenue indispensable.

Après d'importants travaux de réfection et d'aménagement la consultation de Grevenmacher a pu redémarrer en octobre dernier.

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

Pour la rentrée scolaire 2003/2004 la Ligue a démarré sa collaboration avec la Ville de Luxembourg en matière de médecine scolaire pour les enfants de 4 à 12 ans des écoles privées situées sur le territoire de la Ville de Luxembourg.

Journée mondiale de la tuberculose 2003 du 28 mars 2003

La Journée Mondiale de la Tuberculose de 2003 placée sous le sujet "La TUBERCULOSE nous concerne tous. Avec 2 millions de décès par an la tuberculose n'est pas à bout de souffle. Et nul n'est à l'abri" était une opération de sensibilisation conjointe des différentes associations luxembourgeoises opérant dans la lutte contre la tuberculose, à savoir CARITAS, Médecins Sans Frontières, Fondation Raoul FOLLERAU et Ligue médico-sociale. Les manifestations autour de cette journée étaient outre une conférence de presse commune, des articles sur la tuberculose dans la presse, une affiche distribuée à près de 3000 exemplaires, une exposition au CHL et une soirée de conférence sur la tuberculose à l'amphithéâtre du Centre Hospitalier.

Réorganisation des consultations pour maladies respiratoires

Comme annoncé lors de l'assemblée générale 2003, le conseil d'administration a décidé de la fermeture au 31 décembre 2003 des consultations pour maladies respiratoires dans les centres médico-sociaux de Wiltz, Dudelange, Redange/Attert et Echternach. La réorganisation des consultations pour maladies respiratoires avec concentration sur les 3 sites de Luxembourg, Esch/Alzette et Ettelbruck a permis d'augmenter le nombre de consultations offertes.

Adoption de plusieurs procédures et consignes

Dans l'intérêt des usagers et du personnel des centres médico-sociaux le conseil d'administration a adopté un certain nombre de procédures:

- Procédure à l'attention du personnel en cas d'intervention médicale urgente en l'absence du médecin sur le site de la consultation TB ;
- Consignes générales de sécurité et consignes en matière de radioprotection.

Commission Consultative MIMAPRO

Suite à la mise en place courant 2003 de la commission consultative pour mineurs et majeurs protégés au sein du conseil d'administration, la Ligue a accepté près de 60 mandats de tutelle, curatelle et gestion volontaire.

Banque Alimentaire

Au cours de 2003, la Ligue a pu distribuer par le biais de ses travailleurs sociaux plus de 532 colis, soit environ 3,5 t de nourriture, à des familles nécessiteuses se trouvant dans un dispositif d'aide organisé par la Ligue.

Le conseil d'administration tient à remercier la Banque Alimentaire (Luxembourg) asbl pour son appui.

LES CENTRES MEDICO-SOCIAUX

CMS Grevenmacher

Réalisation d'importants travaux de réparation aux sorties de secours et d'entrée des locaux pour la médecine scolaire et les consultations pour nourrissons.

Réaménagement des locaux de la consultation pour nourrissons, nouveau mobilier et équipement.

CMS Luxembourg

Raccordement de l'ancien bâtiment au chauffage urbain.

Remplacement du revêtement du sol et mise en peinture des locaux de la consultation pour maladies respiratoires.

CMS Esch/Alzette

Achèvement des travaux d'aménagement d'une salle de réunion au 5^e étage.

Remise en état des locaux du 2^e étage, remplacement du revêtement du sol et remise en peinture.

Infrastructure / Réseau informatique

Augmentation de la bande passante entre les principaux centres, mise en sécurité du réseau.

Voiture de service

Suite aux changements intervenus en matière de politique de stationnement au niveau de la ville de Luxembourg et en raison du nombre très important de courses à faire pour les besoins de la Ligue, le conseil a approuvé l'acquisition d'une voiture de service.

AUTRES MANIFESTATIONS

Campagne de collecte Fleur Prince Jean

La campagne de collecte de 2003 s'est déroulée du 9 au 30 juin. Elle était placée sous le sujet "Les services de prévention de la Ligue" et a permis de recueillir 28 503,85 Euros en dons.

Journée EUROMELANOME

En 2003, la Ligue a contribué à la date du 12 mai 2003 à la Journée EUROMELANOME par la mise à disposition de 3 salles d'examen dans les centres d'ESCH/ALZETTE, ETTTELBRUCK et LUXEMBOURG et en assurant la logistique pour informer et prendre les rendez-vous des intéressés auprès des dermatologues.

Ateliers de prévention de la santé

En collaboration avec le Ministère de l'Education Nationale la Ligue participait à l'organisation d'ateliers de prévention de la santé auprès des élèves des classes de 8^{ème} du Lycée Technique des Arts et Métiers.

Stand à la foire d'automne

Du 18 au 26 octobre, dans le cadre du salon de l'enfant, organisé pendant la foire d'automne, la Ligue a participé à un stand commun avec le service de médecine préventive du ministère de la santé.

Le stand et les animations offertes visaient la santé des enfants et plus particulièrement la sensibilisation à la prévention des accidents domestiques, l'hygiène dentaire et alimentaire. Le stand était animé en permanence par une équipe de 2 à 5 collaborateurs de la Ligue et a connu un très vif succès auprès des visiteurs. Le conseil tient à remercier ses collaborateurs pour leur disponibilité.

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 2003.

Conformément aux dispositions de l'article 16 du statut modifié de la Ligue, le conseil de surveillance confirmé par l'assemblée générale ordinaire du 28 mars 2003 a procédé le 16 mars 2004 au contrôle des opérations comptables effectuées par le trésorier de la Ligue pendant l'exercice 2003 au contrôle du bilan de la Ligue arrêté au 31 décembre 2003.

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 PIECES A L'APPUI

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

Partant, le conseil de surveillance propose d'accorder décharge à ceux qui ont été chargés en 2003 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 2004 d'approuver le bilan 2003 de la Ligue luxembourgeoise de Prévention et d'Action médico-sociales.

Luxembourg, le 16 mars 2004

Le conseil de surveillance,

Joseph LENTZ

Albert PUNDEL

Edy BUCK

Romain KETTEL
membre consultant

RAPPORT SUR LES SERVICES MÉDICO-SOCIAUX

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

Ces activités recouvrent plusieurs domaines de compétence.

La lutte contre la tuberculose et son corollaire des consultations pour maladies respiratoires (TB), la médecine scolaire (MS), la prévention de la santé de l'enfant (CN) et enfin l'éducation et la promotion de la santé (EPS) sont ses quatre principaux domaines d'intervention.

L'année 2003 a été marquée par la poursuite du programme de promotion et d'éducation de la santé dans le cadre de la MS dans les écoles primaires et par la mise en oeuvre du service de prévention de la santé de l'enfant.

1. Les Consultations pour Maladies Respiratoires

1.1. Missions et Rôles des consultations pour maladies respiratoires

1.1.1. Lutte contre la tuberculose

Pour la Ligue, la lutte contre la tuberculose (TB) dans notre pays est une activité historique et prioritaire. Notre œuvre assume pleinement cette mission de santé publique.

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

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, la Ligue dépiste des dizaines d'infections tuberculeuses qui conduisent à l'instauration de nombreux traitements préventifs et par ailleurs détecte plusieurs cas de tuberculose active.

1.1.1.1. Examen de dépistage de la TB

Cette activité lui est attribuée par la loi. Elle l'exerce sous le contrôle de la Direction de la Santé et en collaboration avec d'autres institutions nationales concernées.

Les objectifs prioritaires sont le dépistage et la prévention de la TB parmi les populations à risque.

Il s'agit de déceler les personnes porteuses de tuberculose potentiellement contagieuse, d'effectuer les enquêtes dans l'entourage d'un malade et enfin d'identifier les personnes infectées mais non malades afin de 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, aux collègues de travail ou enfin à ses camarades de classe.

Par ailleurs, 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 récidives, de surveiller les séquelles éventuelles et de déceler leurs complications à long terme comme l'apparition d'un handicap ou d'une insuffisance respiratoire.

1.1.1.2. Enquêtes d'entourage au sein de collectivités

Les enquêtes épidémiologiques d'entourage peuvent, pour des motifs pratiques et en fonction de la demande, être réalisées au sein même d'une collectivité. Ainsi, une équipe compétente peut être amenée à se déplacer dans une école ou une entreprise.

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 collectivités. Par contre, elle demande une organisation plus stricte, un travail important de pointage et de contrôle, une bonne coordination de nos services à tous les échelons et une collaboration sans faille avec nos partenaires institutionnels (Direction de la Santé, Ministères, services de médecine du travail, etc.). L'informatisation programmée en réseau des CMS permettra une meilleure fonctionnalité, un gain de temps appréciable pour le personnel et une diminution de la charge de travail.

1.1.1.3. Prévention et surveillance épidémiologique 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 (A1) sont des infections TB récentes (*virage documenté de la réaction cutanée tuberculinique, sans signe clinique ni 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*).

Les primo-infections patentes (A2) correspondent à des infections TB récentes avec signes cliniques ou radiologiques. Elles sont potentiellement contagieuses.

Ces trois formes peuvent évoluer vers la TB maladie active.

Enfin, parmi les maladies tuberculeuses actives l'on distingue les localisations pulmonaires (AIII) ou respiratoires (AIV) qui sont habituellement les plus contagieuses, les atteintes pleurales (AII), les formes extra thoraciques (B) osseuse, urinaire, cutanée ou ganglionnaire faiblement contagieuses et les formes généralisées (C) qui sont très rares.

Le rôle primordial préventif de la Ligue dans la lutte antituberculeuse réside dans le dépistage des infections latentes et des primo-infections latentes (A1) qui ne font pas l'objet d'une obligation de déclaration de maladie transmissible auprès du Ministère. Ce rôle spécifique de la Ligue vient compléter les données du ministère et rend compte de façon plus précise du statut épidémiologique du pays vis à vis de la tuberculose. Notre oeuvre contribue ainsi à la surveillance de la tuberculose sur le territoire national.

Il faut donc insister sur la mise en évidence par la Ligue en 2003 de 80 virages tuberculiques documentés ou d'infections tuberculeuses latentes.

Les personnes récemment infectées, sont alors dirigées vers le médecin de leur choix pour une prise en charge adaptée et pour la mise en route d'un traitement préventif afin d'éviter une évolution potentielle vers la maladie active. L'action de la Ligue dans l'interruption de la chaîne de transmission de la maladie apparaît donc spécifique et prépondérante.

1.1.2. **Dépistage et Prévention des maladies respiratoires**

Cet autre volet d'activité s'effectue dans les mêmes unités et dans le même temps que les consultations TB. Les professionnels de santé des CMS sont particulièrement attentifs aux antécédents, aux comportements ou aux conduites à risque et enfin aux conditions de vie de nos visiteurs. De ce fait, tous nos consultants font l'objet d'une attention particulière quant au dépistage et à la prévention des maladies respiratoires chroniques.

De plus, notre oeuvre est un interlocuteur privilégié des services de médecine du travail. En effet, dans le cadre du dépistage de maladies à caractère professionnel ou dans le cadre d'une pathologie chronique respiratoire en particulier bronchique, les médecins du travail, à l'occasion de visites systématiques ou du bilan d'embauche, font appel très régulièrement à la Ligue pour la réalisation d'examen radiographiques de dépistage. Ces examens sont motivés par l'inhalation potentielle de substances toxiques professionnelles, aggravée ou non par un tabagisme chronique.

Enfin, les médecins du secteur libéral font aussi appel à nos services lors de symptomatologie respiratoire subaiguë ou traînante à inventorier ou dans le cadre du bilan de pathologies chroniques là encore souvent liées au tabac ou à la pollution domestique. Ces interventions s'adressent

essentiellement à une population défavorisée ou à mobilité réduite qui bénéficie ainsi d'un acte gratuit et/ou de proximité.

Au terme de la consultation pour maladies respiratoires un diagnostic est notifié qui peut être utilisé à des fins statistiques. Sont bien différenciés d'une part les pathologies liées à la tuberculose et d'autre part les affections non tuberculeuses (se reporter au chapitre 1.4.).

1.2. Les données générales

1.2.1. organisation des consultations pour maladies respiratoires

1.2.1.1. Sites et équipes médicales

Dans ce cadre, la Ligue a effectué gratuitement dans les sept CMS suivants des tests tuberculiques, des radiographies thoraciques et prodigue des conseils :

Luxembourg : 6 consultations hebdomadaires
Esch : 2 consultations hebdomadaires
Ettelbruck : 2 consultations hebdomadaires
Echternach, Dudelange, Wiltz et Redange : 2 consultations mensuelles

Les équipes médicales expérimentées sont composées d'AHS ou d'infirmière(s), d'un ATM de radiologie, de secrétaires et d'un médecin pneumologue.

1.2.1.2. Déroulement général des consultations

Les modalités et le déroulement de la consultation sont à peu près similaires dans tous les sites. Les secrétaires accueillent les consultants qui sont ensuite pris 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 les professionnels. 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. Enfin, un rapport médical des actes effectués est adressé au médecin prescripteur ou correspondant par le secrétariat. Toute cette démarche demande un personnel rôdé et compétent et requiert disponibilité et coordination.

Le Règlement grand-ducal du 9 mai 2003 portant sur l'exercice de la profession d'ATM de radiologie a apporté plus de souplesse dans le déroulement des consultations. En effet, l'ATM peut dorénavant effectuer les clichés sans la présence physique du médecin. Par contre les ATM, n'ayant plus comme par le passé la possibilité d'effectuer occasionnellement des tests tuberculiques, ne peuvent plus aider en cas de besoin l'équipe dans cette tâche.

1.2.2. La population cible

La population du Grand-Duché, au 1er janvier 2003 comptait 448 300 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 s'élève à 16,6% par rapport à 1991 et à 1% par rapport à 2002.

De même, la proportion de résidents étrangers a progressé, passant successivement de 26,3% en 1981 à 29,4% en 1991 puis à 38,1% en 2003 de la population totale.

Il s'agit, dans la grande majorité des cas, de ressortissants des pays de l'UE. La plus forte communauté est portugaise et représente, à ce jour, près de 36% des étrangers résidant sur le territoire national, alors qu'en 1981 cette proportion atteignait un peu moins de 30%.

La proportion de résidents originaires de pays hors UE représente 14,5% des étrangers résidants.

Enfin, la Ligue constate une augmentation significative du nombre de réfugiés accueillis en 2003 sur le territoire national. Sur le seul CMS de Luxembourg, l'on a dénombré 1035 réfugiés ayant bénéficié d'un examen de dépistage à l'occasion de leur entrée sur le territoire. Parmi ceux-ci plus de 41% sont originaires des Balkans et 20,5% originaires de l'ex-URSS. Fait nouveau, plus de 16% viennent d'Afrique et en majorité d'Afrique noire.

Il faut tenir compte de ces facteurs migratoires et démographiques dans l'évolution de l'activité et dans l'interprétation des résultats épidémiologiques (se reporter aux chapitres 1.3.1. et 1.4.2.).

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

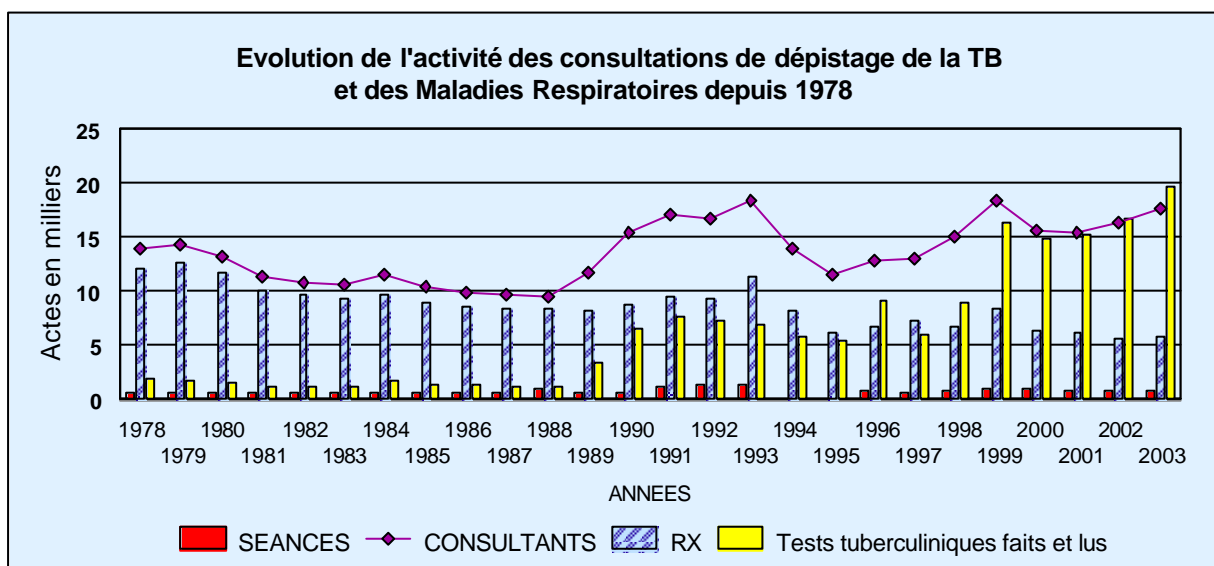
L'activité globale de la Ligue, au cours de l'exercice 2003, a été une nouvelle fois en progression et à un niveau élevé. Au niveau national les principaux chiffres ont été les suivants :

17 774	consultants
814	séances de consultations assurées
5 747	examens radiologiques réalisés
10 358	tests tuberculiques effectués
14 467	rapports médicaux rédigés
35	dossiers de TB pris en charge par les AHS

La fréquentation des consultations et tous les postes d'activité sont en croissance comme nous allons le voir en détail dans ce qui suit.

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

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 ci-dessus regroupe les principaux critères d'activité enregistrés depuis 1978. Il nous permet, par ailleurs, de constater plusieurs points très instructifs.

Le nombre de consultants a significativement augmenté - **+ 8,13%** - par rapport à celui de l'exercice 2002.

Au total, **19 668 tests tuberculiques** ont été faits ou lus par le personnel. Ce chiffre représente une augmentation de **+ 17,44%** par rapport à 2002.

Le nombre d'examens radiologiques pratiqués est stable (+ 0,31%) par rapport à l'an dernier.

Ces chiffres confirment la tendance évolutive observée depuis quelques années et sont liés à la conjonction de plusieurs facteurs.

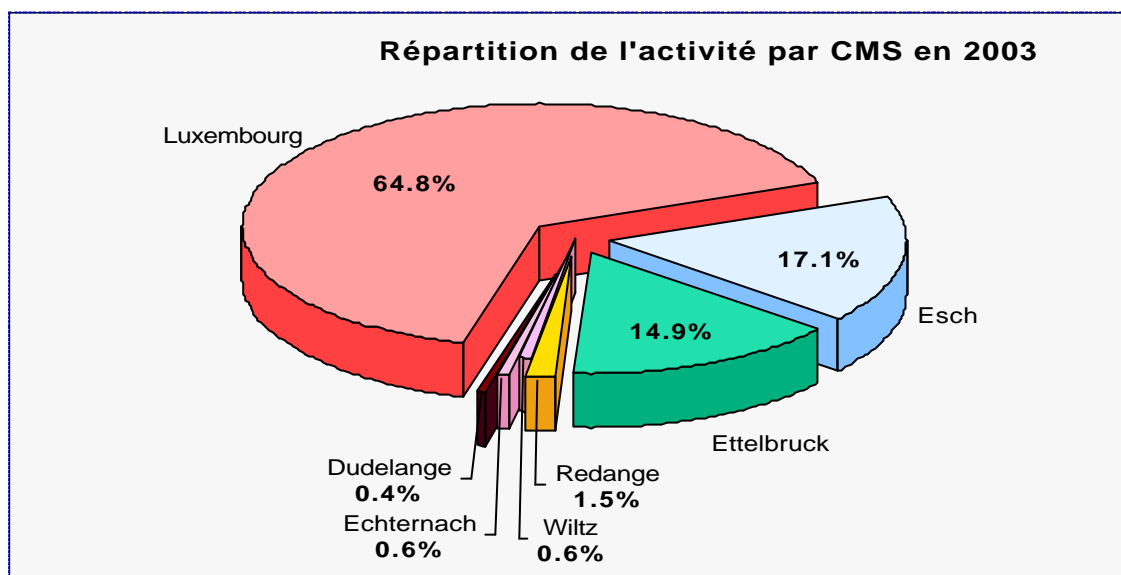
D'une part, l'évolution démographique, et notamment les flux migratoires, influent sur la fréquentation des centres et sur leur activité.

D'autre part, la préférence accordée au test tuberculique dans le dépistage de la tuberculose, comme méthode princeps de référence, est privilégiée et contribue à une plus grande protection de la population contre les rayonnements ionisants conformément aux directives nationales et européennes.

1.3.2. Répartition de l'activité nationale

Les 3 grand sites de chaque circonscription effectuent au total près de 97% de l'activité nationale de la Ligue.

Pour évaluer l'activité de chaque site et réaliser le graphique qui suit nous avons, pour chacun d'eux, additionné le nombre de consultants, d'exams radiologiques réalisés, de tests cutanés lus et effectués et de rapports adressés aux médecins. Cette somme de critères correspond à l'indice d'activité.



Le CMS de Luxembourg-ville réalise près des 2/3 de l'activité totale de la Ligue.

Les centres d'Esch et d'Ettelbruck réalisent ensemble près du tiers de cette même activité.

Enfin, l'activité des centres périphériques (Redange, Wiltz, Echternach et Dudelage) représente à peine plus de 3% du total.

Les petits centres périphériques ou satellites offrent des prestations intermittentes qui requièrent néanmoins du personnel qualifié et des moyens opérationnels. Leur activité propre est très limitée et leur rapport coût / bénéfice est faible.

1.3.3. Activité par circonscription

D'après ce qui précède, nous voyons que l'activité de chaque région est réalisée quasi exclusivement par celle du CMS principal de la circonscription. Ainsi, pour plus de lisibilité, il est plus pertinent d'évaluer l'activité par circonscription.

1.3.3.1. Circonscription du Nord

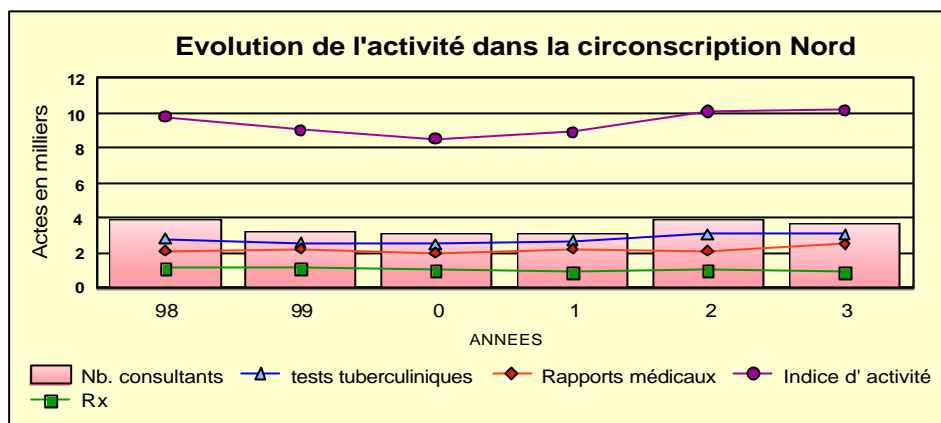
Quatre centres sont opérationnels, à jours déterminés, pour effectuer des radiographies (Ettelbruck, Echternach, Redange et Wiltz) et réaliser des tests cutanés. La démographie locale et l'offre de soins de chaque site en la matière sont les facteurs qui conditionnent leur activité respective.

Nous avons comptabilisé en 2003 pour cette circonscription :

144	séances
3 645	consultants
953	radiographies
1 839	tests effectués
1 228	tests lus
2 511	rapports rédigés

4 dossiers de TB auxquels il faut ajouter 42 cas d'infection tuberculeuse latente A11

La fréquentation dans cette région est en léger retrait ainsi que le nombre de radiographies pratiquées alors que les rapports médicaux rédigés sont en augmentation. Globalement l'indice d'activité croît modestement.



1.3.3.2. Circonscription du Centre

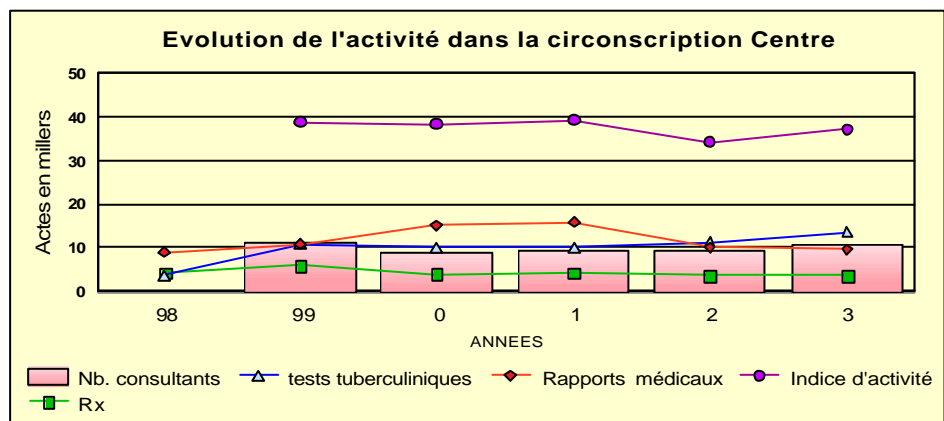
Luxembourg est la plus grande agglomération urbaine du pays.

Le CMS de Luxembourg offre une large disponibilité grâce à la présence d'une équipe médicale et d'une consultation radiologique fréquente (5 jours / 7). 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. La charge de travail de l'ensemble du personnel de la consultation TB y est élevée et ne cesse de progresser. L'activité du CMS de Luxembourg-ville a augmenté avec une quote-part qui passe à 64,8% en 2003 contre 61,7% en 2002.

Les données recueillies en 2003 pour cette circonscription sont les suivantes :

- 297 séances radiologiques (494 avec celles réservées aux seuls tests tuberculiques)
- 10325 consultants
- 3663 radiographies
- 6943 tests effectués
- 6645 tests lus
- 9810 rapports rédigés
- 16 dossiers de TB, auxquels il faut ajouter 20 cas d'infection tuberculeuse latente A/1

L'augmentation de tous les paramètres et notamment de la fréquentation contribue à une élévation de 15,8% de l'indice d'activité de cette région.



L'accroissement important et constant des tests tuberculiques à effectuer est particulièrement lourd à gérer d'autant plus que pendant les 3 derniers trimestres de 2003 un poste d'infirmière n'a pas été pourvu.

1.3.3.3. Circonscription du Sud

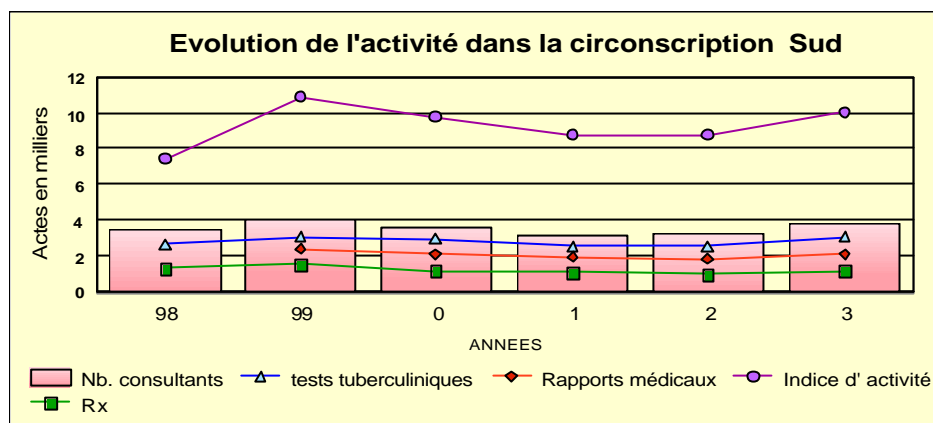
L'on constate que les différents centres urbains de cette région sont peu éloignés les uns des autres et relativement proches de la capitale. Les accès autoroutiers sont par ailleurs bien développés. Il existe certainement une influence de ces facteurs dans la fréquentation de ces centres.

Le CMS de Dudelange ne propose qu'une séance bimensuelle alors que celui d'Esch est ouvert à la consultation trois fois par semaine. L'activité propre de ce dernier site est avec 17,1% parfaitement stable par rapport à 2002.

De la même manière pour la circonscription l'on a établi pour 2003 le décompte suivant :

176 séances
 3804 consultants
 1131 radiographies
 1576 tests effectués
 1437 tests lus
 2155 rapports rédigés
 15 dossiers de TB, auxquels il faut ajouter 18 cas d'infection tuberculeuse latente A/I

Depuis l'an dernier, l'indice d'activité de cette région a progressé de 9,8% notamment en raison du net accroissement de la fréquentation. Tous les autres critères recueillis, dont le nombre de radiographies pratiquées, sont en augmentation.



1.4. Bilan épidémiologique et interprétation des résultats

En 2003 et en terme de prévalence (cas déjà connus ou non), **parmi les 5747 radiographies effectuées, 1370 clichés (23,8%) présentaient une anomalie.**

En terme d'incidence (nouveaux cas), **558 anomalies radiologiques ont été "nouvellement" notifiées en 2003, soit 9,7% de l'ensemble des clichés effectués.**

1.4.1. Affections non tuberculeuses

Parmi ces 558 nouveaux cas, l'on dénombre **379 anomalies radiologiques qui ne sont pas en rapport avec une affection tuberculeuse** soit 6,6% des clichés réalisés et interprétés **dont 192 situations** (3,3%) nécessitent soit un contrôle soit un complément de bilan par l'intermédiaire du médecin traitant.

Parallèlement, les pathologies respiratoires ou anomalies radiologiques constatées lors des consultations sont enregistrées sous un code spécifique. Les anomalies radiologiques que l'on rencontre intéressent les différentes structures pulmonaires et les structures intra-thoraciques. Cependant, les affections respiratoires courantes bénignes ou sans retentissement médical ne sont pas systématiquement encodées par le médecin car elles font l'objet le plus souvent d'une simple information auprès du patient.

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

La sous notification des anomalies ou pathologies est, par exemple, manifeste pour les pathologies broncho-pulmonaires chroniques (COPD) bien qu'il s'agisse d'affections fréquentes en pratique courante. Ceci est préjudiciable dans le cas présent à l'évaluation des méfaits du tabac sur la population.

Un effort de notification est à faire de la part des médecins intervenants lors des consultations.

1.4.2. Affections en rapport avec une tuberculose

Parmi les anomalies radio-cliniques diagnostiquées au cours de l'année, 179 était en rapport avec une affection tuberculeuse.

Comme l'an passé, la Ligue a observé en 2003 une augmentation significative du nombre total des cas de tuberculose qu'elle a enregistré ou diagnostiqué dans ses CMS.

En effet, elle a comptabilisé, en 2003, **117 nouveaux cas liés à une infection tuberculeuse, toutes formes confondues** (se reporter au chapitre 1.1.1.3.), contre 85 en 2002.

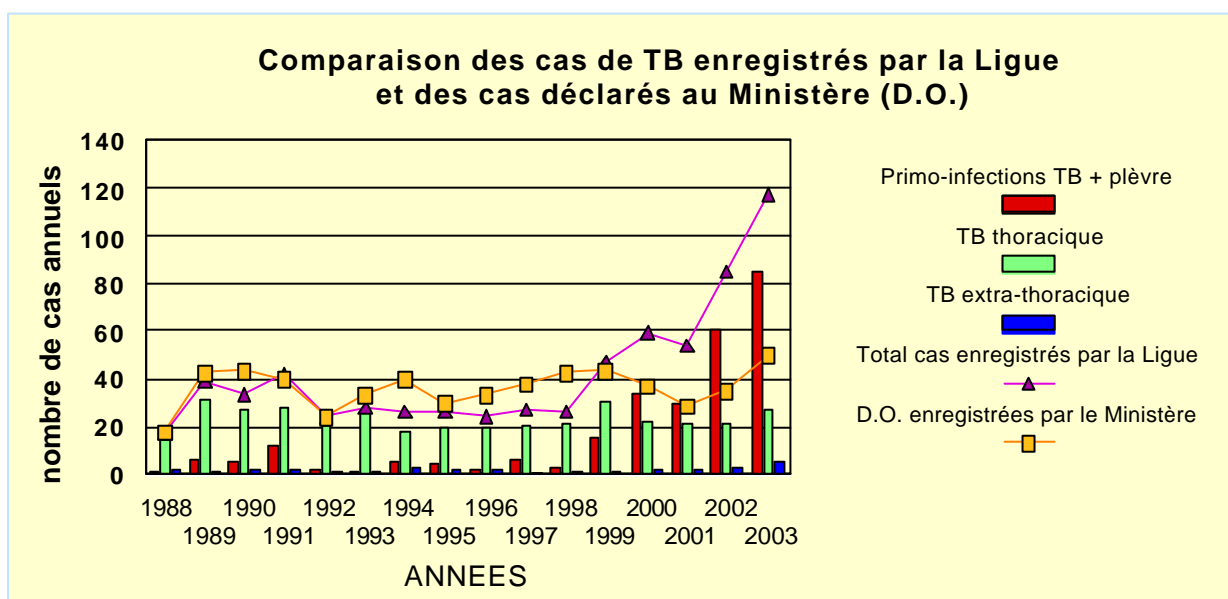
Parmi celles-ci l'on comptabilise 37 tuberculoses potentiellement contagieuses (contre 25 en 2002) et **80 infections tuberculeuses latentes** (contre 60 en 2002 et 30 en 2001).

Parallèlement le Ministère de la Santé et l'inspection sanitaire ont recensé 50 cas déclarés de TB (toutes formes confondues) dont 42 formes pulmonaires exclusives.

Depuis quelques années, nous constatons une augmentation spectaculaire du nombre de primo-infections diagnostiquées par la Ligue.

Ces résultats sont à mettre sur le compte de deux facteurs essentiels :

- l'observance des recommandations du Conseil Supérieur d'Hygiène en matière de dépistage des infections tuberculeuses latentes.
- l'augmentation de la fréquentation des consultations TB et l'augmentation des entrées de migrants (voir chapitre 1.2.2.)



Ce graphique corrobore les remarques faites au chapitre 11.1.3. quant à la complémentarité des données de la Ligue et du Ministère de la Santé et quant au rôle de la Ligue.

Au niveau national, le taux d'incidence de la TB (11,2 cas pour 100.000 habitants en 2003) est inférieur à la moyenne de l'Europe de l'Ouest (12,4 cas pour 100.000h. en 2001) et fait apparaître une forte proportion de cas de tuberculose dits « importés » comme dans le reste de l'Europe de l'Ouest (35,3% en 2001).

Par extrapolation, l'adhésion à l'U.E. de 10 nouveaux membres dont le taux respectif d'incidence de la TB est nettement supérieur à la moyenne de l'Europe de l'Ouest engendrera (estimation de EuroTB et de l'OMS) une élévation, toutefois modérée, de l'incidence de cette maladie dans les pays membres actuels.

Il faut tenir compte de ce paramètre essentiel dans l'évolution prévisible de la TB dans notre pays lors des prochaines années.

1.5. Conclusion

La tuberculose n'est pas éradiquée et ne régresse plus dans nos pays développés. Les inégalités ou la dégradation des conditions socio-économiques, l'accroissement des populations à risque, les modifications des modes de vie (transports, échanges internationaux, concentration urbaine, etc.) et l'accroissement des flux migratoires en sont les principales causes.

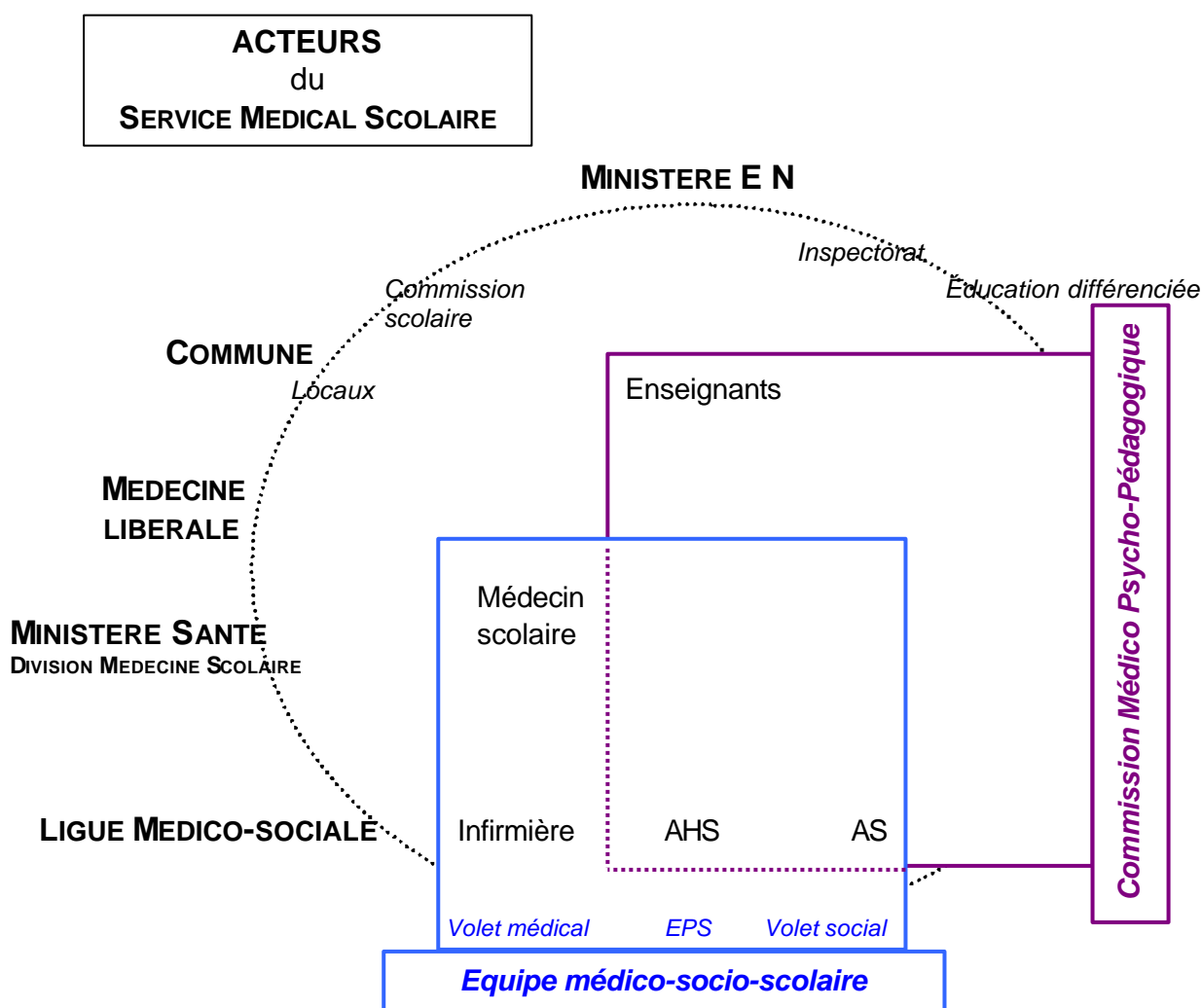
En matière de Santé Publique, les gains ne sont jamais acquis et demeurent fragiles et dépendants de la vigilance des autorités et de la solidité et de la permanence du secteur sanitaire et social. La lutte antituberculeuse requiert des équipes compétentes et expérimentées et des structures centralisées.

La Ligue habilitée et rompue de longue date à cette mission doit recentrer ses ressources pour faire face à l'évolution des demandes et répondre aux exigences de qualité.

2. La Médecine Scolaire

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

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-psycho-pédagogiques (CMPP) depuis le 1.1.99, l'A(H)S constitue une plaque tournante de la prise en charge sociale des enfants scolarisés.

Le champ d'intervention de l'A(H)S se définit comme suit :

Au niveau communautaire (communauté scolaire), l'action de l'A(H)S vise à :

- créer un lieu d'écoute et de référence sociale (permanence)
- collaborer à la mise en place de structures d'accueil pour les enfants au niveau communal
- instaurer des programmes d'éducation à la santé voire de prévention sociale
- contribuer à la réalisation des droits de l'enfant à l'école et dans la commune
- contribuer à la lutte contre la violence à l'école

Au niveau du travail social individualisé, l'A(H)S assure les tâches suivantes:

- Réception de la demande et écoute des intéressés (Anamnèse sociale)
- Etablissement de la fiche sociale (documentation de la demande)
- Etablissement de bilans sociaux (diagnostic social)
- Information et orientation sociale
- Proposition de mesures d'aide pour l'enfant
- Recherche d'un financement des mesures directement liées aux besoins de l'enfant.
- Monitoring du processus d'aide
- Contrôle des conditions de vie de l'enfant *en charge* et évaluation de son bien-être
- Coordination des aides et collaboration avec d'autres services
- Médiation école / famille
- Rédaction de rapports sociaux (rôle d'aidant et rôle d'expert)
- Signalement au juge de la jeunesse
- Documentation du travail dans un dossier social
- Evaluation des interventions
- Statistique

Cette énumération à visée descriptive n'est pas exhaustive.

Signalons enfin 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 qui doit fournir, par ailleurs, des locaux équipés adéquats.

Cette équipe réalise tout au long de l'année scolaire 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 3ème et 5ème année et lors des bilans de santé (*bs*) de 1ère préscolaire, 1ère et 6ème année.

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.

En parallèle de ces examens légaux et conformément à ses objectifs, la Ligue a poursuivi en 2003 son programme d'éducation et de promotion de la santé dans le cadre de la MS.

Toutefois, le temps consacré à l'éducation pour la santé des jeunes élèves est limité par les contraintes matérielles et organisationnelles.

2.2. La population des enfants scolarisés

Le nombre d'enfants scolarisés dans le cycle primaire et le nombre de classes varient d'une année scolaire à l'autre 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 ce qui représente pour l'année scolaire écoulée **28176** élèves pour **1972** classes.

2.3. L'activité

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 2002 – 2003 les chiffres suivants ont été comptabilisés :

27 486	tests biométriques annuels (<i>ts</i>) effectués
7 290	examens médicaux systématiques (<i>ems</i>) effectués
10 443	bilans de santé (<i>bs</i>) effectués
26 968	examens d'urine de dépistage ont été pratiqués

Au total, 3,56% de ces prélèvements révèlent une anomalie. Ils objectivent la présence d'albumine dans 1,11% des cas, de glucose dans 0.15% des cas et enfin de sang pour 1,38% des tests.

13 587	avis médicaux ont été envoyés aux parents
--------	---

Lors des examens médicaux les anomalies médicales constatées peuvent motiver l'envoi d'avis médicaux pour inviter les parents à consulter le médecin de leur choix.

Ces avis médicaux sont en moyenne au nombre de 7 par classe examinée.

Les constatations médicales les plus fréquentes ont concerné :

- l'appareil locomoteur (rachis, déformations plantaires, etc.) avec 19,53% des *ems* + *bs*,
- les recommandations vaccinales pour 13,8% des élèves examinés (*ems* + *bs*),
- les affections ORL (9,41% des *ems* + *bs*),
- l'obésité (8,35% des *ts*),
- les dermatoses dont les pédiculoses avec 7,9% des *ems* et *bs*,
- l'acuité visuelle (7,07% des *ts*),
- les anomalies génitales masculines (7,11% des garçons examinés)
- et les problèmes dentaires (caries et orthodontie) pour 4,11% des enfants examinés

Toutefois, signalons qu'une anomalie ne fait pas toujours l'objet de la part du médecin scolaire d'un avis systématique auprès des parents notamment si elle a déjà été constatée à plusieurs reprises. Cela est particulièrement observé pour les « pathologies chroniques » comme l'obésité, l'asthme et les allergies et d'autres problèmes médicaux.

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, inspectariat, associations de parents d'élèves, CMPP, etc.) représentent en Médecine Scolaire une charge de travail considérable pour le personnel médico-scolaire.

2.3.2 Le volet social de la M.S.

L'activité de ce volet social au cours de l'année scolaire 2002 - 2003 est caractérisée par les quelques chiffres représentatifs suivants :

Année scolaire 2002/2003	Centre	Nord	Sud	Total
Dossiers sociaux	235	271	213	719
dont anciens d.	141	100	84	325
dont nouveaux d.	94	171	129	394
Interventions courtes ou ponctuelles	299	188	319	806
Participation aux réunions CMPP	152	57	45	254
Signalements au juge de la jeunesse	14	12	4	30
Permanences sociales	CMS Ecole			161 287

Le travail social touche 5,4 % des élèves (interventions courtes et dossiers sociaux cumulées) de la population scolaire (2002-2003). Les besoins réels sont de loin plus importants.

L'on note tout particulièrement la présence très régulière des professionnels au sein de l'école.

Par ailleurs l'on remarque l'augmentation (+ 20%) du nombre de signalements faits au juge de la jeunesse pour des enfants maltraités ou en situation de danger. Ceci est probablement le reflet d'une dégradation de l'environnement socio-culturel ou de difficultés socio-économiques.

2.3.3. 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 poursuivie. Ce champ d'action est investi en collaboration et en partenariat avec les pouvoirs publics, les ministères, les institutions, et les associations du pays.

2.3.3.1. Formation du personnel

La formation spécifique du personnel de terrain sous l'égide de la « Cellule Education et Promotion de la Santé » s'est poursuivie afin de permettre à la Ligue de multiplier ses interventions d'E.P.S. auprès des élèves du primaire (voir chapitre 4.1.1.).

En 2003, sur la base des besoins exprimés par le personnel, différents thèmes ont été traités en fonction de leur intérêt prioritaire et de leur faisabilité :

- « Prévention de la maltraitance »
- « Sommeil »
- « Dangers du soleil et prévention »
- « Dangers du tabac et prévention »

2.3.3.2 Activité des professionnels

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

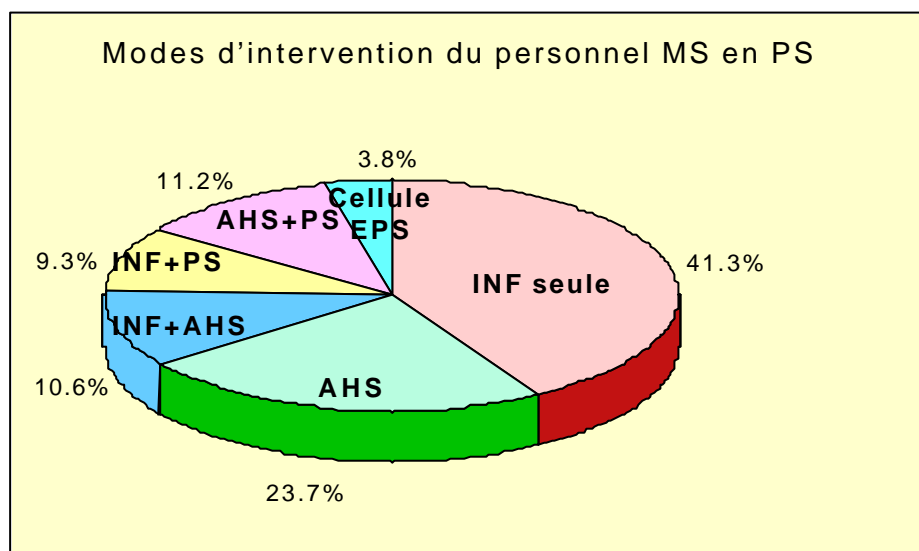
Au début de l'année scolaire 2002 – 2003, 4 thèmes d'intervention (alimentation, hygiène dentaire, hygiène corporelle et visite médicale) étaient proposés à la communauté scolaire sur la base de 10 ateliers interactifs.

Au cours de cette année, le nombre d'interventions de EPS entreprises dans le cadre de la MS s'est élevé à **338** actions.

Régions	Centre	Nord	Sud	National <i>Evolution par rapport à 2001/2002</i>
Activités EPS				
Séances réalisées pour les élèves	173	108	31	312 (x 1,9)
Séances réalisées pour les parents et autres	23	3	0	26 (x 13)
Nombre de classes	867	612	493	1972

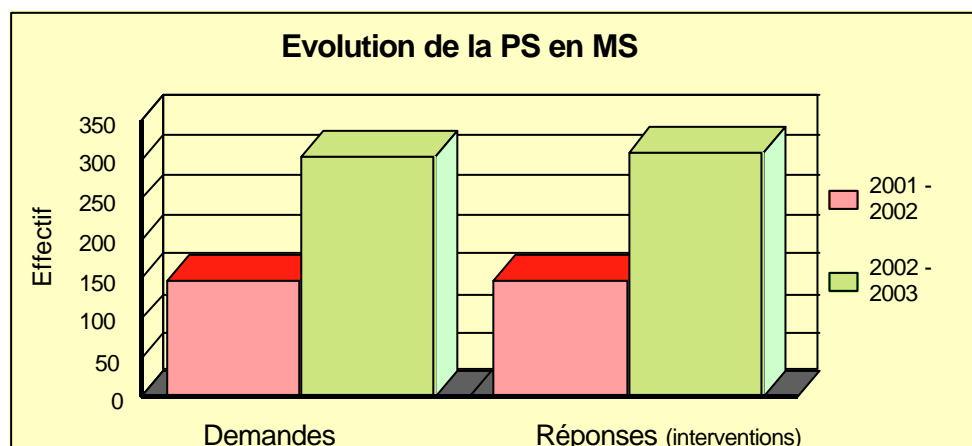
Même si nous constatons que seulement 15% des classes du Grand-Duché ont bénéficié de cette prestation, cette activité a fortement progressé par rapport à l'année scolaire précédente.

Les infirmières sont le plus souvent impliquées (61,2%). Elles interviennent le plus souvent seules (41,3%) et moins fréquemment accompagnées (19,9%). Les AHS réalisent pour leur part 44,5% des actions.

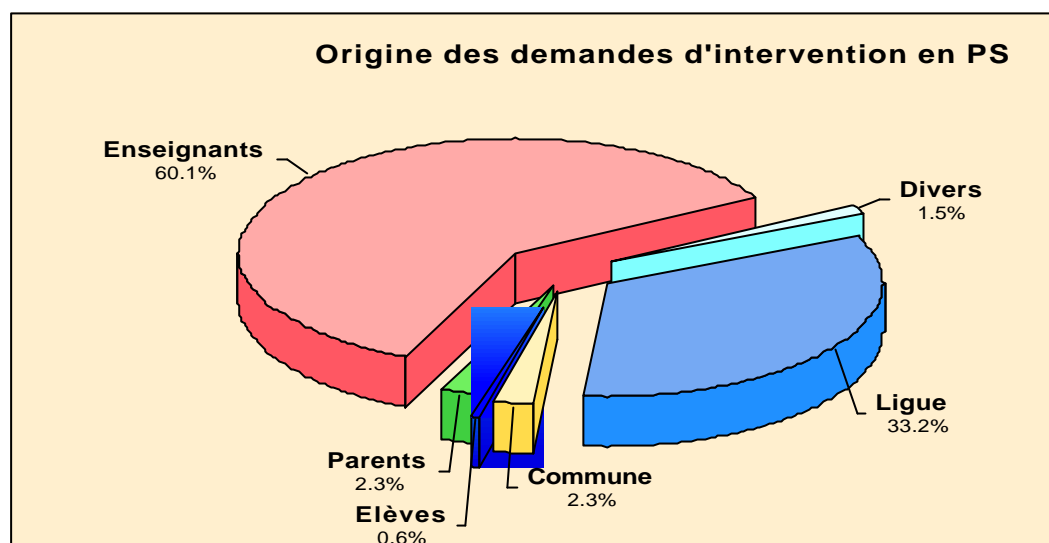


2.3.3.3. Analyse et perspective

Le graphique suivant démontre que les interventions en EPS (réponses) et les demandes ont explosé par rapport au précédent exercice.



Comme le détaille le tableau ci-dessous, ces demandes sont principalement formulées par les enseignants qui ressentent les besoins des enfants ou par le personnel médico-social qui connaît les problèmes de santé des élèves.



A noter que quelques demandes viennent des parents et des communes, phénomène inexistant l'an dernier.

Enfin d'autres chiffres, non mentionnés ici, relatifs spécifiquement à la région Centre montrent une baisse des demandes exprimées par le personnel médico-scolaire mais par contre une augmentation de la part des enseignants. Ceci est en fait le résultat du travail de sensibilisation des professionnels entrepris auprès des instituteurs et de la collaboration efficace de ces derniers.

Malgré de lourdes contraintes, de nombreux professionnels ont pu répondre aux demandes croissantes en EPS. Ces activités ont en outre l'avantage de modifier l'image de l'équipe médico-scolaire auprès des élèves et d'établir un partenariat fructueux avec les enseignants pour le bien-être des enfants.

2.3.4. Evolution de l'activité du Service Médical Scolaire et perspectives

L'activité dans ce secteur est considérable. Elle comporte un aspect organisationnel et logistique (avec les médecins, les écoles et les communes) qui n'est pas comptabilisé dans les chiffres.

Ces éléments donnent la mesure de la charge de travail en MS et posent tous les ans de lourds problèmes de gestion. Ils sont confirmés par la baisse (environ 10%) du nombre d'enfants examinés au cours de l'année scolaire 2002-2003

Par ailleurs le recueil des critères médicaux et sociaux qui esquissent « 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 cet état. Or le personnel voit son travail accaparé par la réalisation des examens systématiques et ne dispose que de peu de temps pour promouvoir des comportements plus sains pour la santé et œuvrer pour le bien-être.

Il ne faudrait donc pas que ce champ d'intervention, bénéfique à long terme pour la santé publique, soit compromis par la lourdeur des investigations médicales dont la fréquence annuelle n'apparaît pas toujours justifiée.

Il est utile 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.

3. Prévention de la Santé de l'Enfant

3.1. Les missions

Cette activité de prévention destinée jusqu'en 2002 aux seuls nourrissons (0 à 2 ans) accueille dorénavant les enfants jusqu'à 4 ans.

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

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 possibilités de la commune concernée ou de la Ligue.

3.2. Population de jeunes enfants de 0 à 4 ans

La population des enfants de 0 à 4 ans concernés par la prestation, dans l'attente de la connaissance du nombre officiel des naissances de l'année dernière, est évaluée à 21300 si l'on estime à 4700 le nombre de nourrissons nés en 2003.

3.3. Activités et évolution

L'exercice 2003 a été marqué par la mise en oeuvre effective du « Service de prévention de la santé de l'enfant », dont la conception et la programmation ont été développées en 2002.

Ce service comporte en fait 3 activités distinctes mais complémentaires :

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

Ces consultations, organisées jusqu'en 2001 par la Croix-Rouge (Consultations pour Nourrissons) ont actuellement lieu dans 27 sites du territoire national, sont dorénavant accessibles aussi aux enfants de 2 à 4 ans et permettent ainsi d'avoir une "couverture" préventive plus complète de la petite enfance.

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

Remarquons l'ouverture, au cours du dernier trimestre 2003, d'une consultation à Grevenmacher et d'une 2^e consultation à Luxembourg-Gare, deux sites appartenant à la région Centre.

Enfin, signalons l'extension de la plage horaire des consultations de plusieurs de ces sites.

L'activité de ces consultations 2003 est synthétisée dans le tableau ci-dessous :

Circonscription	Nombre d'enfants examinés (évolution / 2002)	Nombre de nouveaux inscrits (évolution / 2002)	Nombre d'anciens consultants (évolution / 2002)	Moyenne par séance (évolution / 2001)
Centre	2370 (+ 12,37%)	444 (+ 6,17%)	1926 (+ 13,36%)	6,17 (+3,72%)
Nord	1139 (- 6,1%)	201 (- 1%)	938 (- 7,13%)	7,40 (- 9,64%)
Sud	1183 (- 12,37%)	297 (+ 6,45%)	886 (- 17,27%)	7,30 (- 4,32%)
National	4692 (+ 0,43%)	942 (+ 5,6%)	3750 (- 0,79%)	6,70 (- 2,47%)

La très légère augmentation de la fréquentation nationale de ce service (+ 0,43%) ainsi que l'augmentation du nombre total des "nouveaux" inscrits (+ 5,6%) sont les faits les plus remarquables de cet exercice 2003.

Cette évolution positive est particulièrement sensible dans la circonscription Centre, qui représente 50% de l'activité globale, et influe sur les chiffres nationaux.

A l'inverse, les résultats poursuivent leur baisse dans le Nord et sont contrastés dans le sud.

3.3.2. Les visites en maternité (VM)

Débutée au 2^e trimestre 2003, cette intervention pilote a été réalisée à la maternité du CHL. Elle a été menée en parfaite collaboration et coopération avec le personnel soignant de cet établissement. Ses objectifs sont de repérer les mères venant d'accoucher, d'établir avec elles un premier contact, de les informer de nos prestations potentielles et de leur proposer nos services et aides en cas de nécessité. Au cours de ses déplacements, à raison d'une fois par semaine, l'infirmière puéricultrice de la Ligue médico-sociale a ainsi rendu visite à 559 nouvelles mères de la maternité du CHL, soit une moyenne de 62 par mois.

3.3.3 Les visites à domicile (VD)

A ce stade de développement du concept, ces visites ne sont proposées qu'aux parents d'enfants résidant à Luxembourg ville.

Elles sont effectuées par deux infirmières puéricultrices de la Ligue :

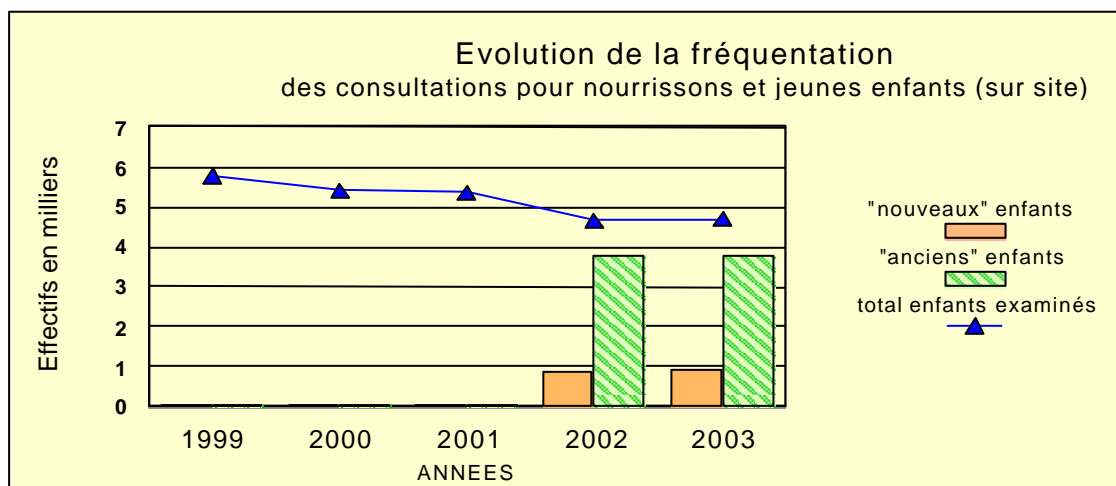
- sur demande du personnel de la maternité (soignant ou travailleur social du CHL)
- sur proposition de l'infirmière de la Ligue médico-sociale lors d'une visite en maternité (VM)
- à la suite d'une demande des parents à l'issue de l'information faite en maternité

Depuis le début de cette activité, le personnel a effectué 28 visites à domicile au profit de 9 familles.

Le chiffre peu élevé des bénéficiaires est expliqué par le caractère très ciblé de cette intervention. En effet, lors des demandes d'intervention à domicile, le recours aux consultations sur site (CN et jeunes enfants) est privilégié si cela est possible. Les VD s'adressent donc aux parents dont ce besoin est impératif. Ainsi la visite à domicile (VD) ne s'effectue que si elle est réellement justifiée.

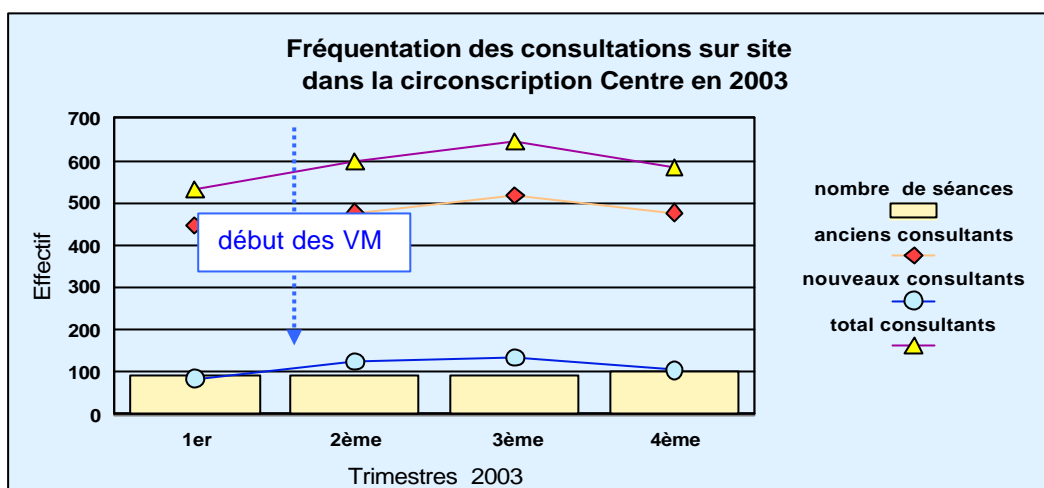
3.4 Bilan et perspectives

Le déclin de la fréquentation des consultations pour nourrissons (et jeunes enfants), constaté depuis quelques années, a marqué un arrêt en 2003. Cela marque une rupture par rapport aux exercices précédents comme le montre le graphique suivant.



Cela est en grande partie consécutif aux bons résultats, en hausse sensible, de la région Centre. Dans cette région, l'ouverture tardive de deux nouveaux sites, n'est pas l'explication principale de ces résultats positifs.

L'analyse des chiffres est particulièrement instructive et suggère le bénéfice apporté par le nouveau dispositif mis en place qui repose sur les visites en maternité (VM) pour faire connaître le service et recruter de nouveaux jeunes clients pour les consultations dans les centres.



Ces résultats encourageants sont toutefois fragiles et demandent une confirmation lors des exercices à venir. Afin de les consolider il est nécessaire :

- de fortifier et de sceller notre intervention à la maternité du CHL.
- de poursuivre et de renforcer la formation du personnel afin de le rendre encore plus performant. Les thèmes de l'allaitement et de l'alimentation du nourrisson sont planifiés pour 2004.
- d'améliorer encore les prestations délivrées aux parents lors de leur visite dans nos centres de consultations.
- enfin, d'étendre progressivement les VM et VD à l'ensemble du territoire.

4. Prévention, Education et Promotion de la Santé

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

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

4.1.1. Objectifs

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

La « Cellule Education et Promotion de la Santé », principalement destinée à la MS, est destinée à remplir cette mission. Elle gère l'aspect conceptuel et organisationnel et supervise la programmation des actions. Elle assure la formation du personnel médico-socio-scolaire afin qu'il puisse entreprendre des interventions de promotion de la santé auprès des élèves dont elle a la charge (voir 2.3.3.1.). Elle gère les outils et matériels et enfin assure la collaboration avec les ministères de tutelle et les différents partenaires.

Les professionnels médico-socio-scolaires qui sont au contact direct et régulier avec 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 de ces actions est aussi d'assurer des échanges interactifs et participatifs au sein de la communauté scolaire afin de contribuer à long terme au bien-être des enfants.

Enfin signalons la réalisation par la Ligue en 2003 d'un travail intitulé « Enquête de santé parmi les élèves du cycle primaire du Grand-Duché de Luxembourg ; pour l'élaboration de programme d'éducation et de promotion de la santé dans le cadre de la médecine scolaire ».

Cette enquête a été effectuée en 2002 et 2003 grâce à un questionnaire soumis à 205 parents d'élèves et 44 professionnels impliqués dans la santé des élèves à l'école (médecins scolaires, enseignants et professionnels médico-scolaires de la Ligue).

Elle a permis d'identifier 4 problèmes de santé jugés prioritaires : "alimentation", "troubles du comportement", "hygiène" et "appareil locomoteur".

Ces thèmes de santé ont ensuite fait l'objet de discussions de travail avec les professionnels de la Ligue afin de définir leurs déterminants et de proposer des pistes ou moyens d'intervention.

Cette étude vient étayer notre démarche éducative et promotionnelle de la santé et nous encourage à poursuivre une politique de formation de nos professionnels toujours plus adaptée à leurs demandes et aux besoins 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. Ainsi chaque région détient un lieu pour le stockage du matériel de base et des outils pédagogiques (support papier, vidéo, films, etc.).

4.1.3. Formation des professionnels

Le personnel a bénéficié en 2003 de formations spécifiques afin de pouvoir intervenir dans les établissements scolaires.

En marge de ces nouvelles formations (chapitre 2.3.3.1.), la structure EPS veille à la compétence de ces nouveaux professionnels ou des absents aux séances précédentes en reprenant les thèmes déjà traités.

Elle a aussi effectué en 2003 la formation (théorie et ateliers interactifs) du personnel médico-social des villes de Luxembourg et Dudelange en traitant les thèmes suivants :

- Introduction à la promotion de la santé
- Hygiène corporelle
- Hygiène dentaire
- L'alimentation
- Le soleil
- Le sommeil
- Le tabac

Enfin, elle a participé à la formation sur la maltraitance du personnel du "SAMU social" de Dudelange

4.1.4. Interventions d'E.P.S. dans le cadre de la MS en 2002-2003

Se reporter au chapitre correspondant 2.3.3.

4.2. Activités diverses

En matière de prévention des risques et de promotion de comportements plus favorables pour la santé les adultes font partie des communautés ciblées.

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

Il 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 de plus en plus précoce pour de nombreux adolescents.

Le tabagisme passif est lui aussi nocif notamment pour les plus jeunes et les enfants.

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.

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

Pour aider les fumeurs à se libérer de la dépendance tabagique, des équipes compétentes animent une consultation spécialisée à Luxembourg et à Dudelange. Celle-ci comporte un bilan tabacologique complet et propose des méthodes de sevrage, un suivi ainsi qu'un soutien psychologique ou diététique si nécessaire.

A Luxembourg-Ville, 43 séances de consultations pour fumeurs se sont déroulées en 2003. Elles ont attiré 53 personnes. Celles-ci ont bénéficié d'entretiens approfondis initiaux (43) ou d'entretiens de suivi personnalisé avec l'infirmière, d'aides, de conseils ou de thérapeutiques spécifiques.

A Dudelange, la fréquentation est très faible.

Au total, les efforts de sensibilisation de la population sur les problèmes du tabagisme et d'information des médecins sur les services proposés par la Ligue sont à poursuivre.

4.2.1.2. Les consultations diététiques

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

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.

En 2003, ce service a accueilli 293 nouveaux inscrits dont 263 (près de 90%) étaient des enfants obèses (plus de 20% de surcharge pondérale) dépistés lors des contrôles médicaux scolaires.

Parmi ces enfants, l'on dénombre 52, 5% de filles et 47,5% de garçons. Au total 753 consultations spécialisées leur ont été délivrées avec une moyenne 2,86 consultations par enfants. Les enfants de 9 à 12 ans sont les classes d'âge qui recouvrent la majorité de ces examens spécialisés (63%).

Le degré d'obésité des enfants qui fréquentent les consultations est dans la grande majorité des cas important. L'excès pondéral moyen, toutes classes d'âge confondues, est plus élevé pour les garçons (28,8%) que pour les filles (24,4%).

Parmi les 30 nouveaux adultes consultants qui ont bénéficié de 87 consultations spécialisées il y a une très grande majorité de femmes (83%).

Dans le cadre de l'EPS à l'école, les diététiciennes ont en outre effectué de très nombreuses interventions dans les établissements scolaires du pays, sur tout ce qui concerne l'hygiène alimentaire, à l'attention des élèves mais aussi de l'ensemble de la communauté scolaire, parents inclus.

Les besoins 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 l'obésité et le tabagisme sont en expansion chez les jeunes dans tous les pays industrialisés.

Ainsi, en ce qui concerne la lutte contre le tabagisme, la Ligue propose à l'ensemble de 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 de santé (maternités, étudiants, etc.)
- Réunions d'information des employés des entreprises et des collectivités qui le désirent. Tous les aspects du tabagisme sont abordés lors de ces interventions suivies de discussion - débat.
- Information et intervention auprès du grand public

En 2003, les actions suivantes ont été réalisées :

- Parmi les interventions sur le tabagisme l'on peut énumérer :
 - 2 interventions en faveur des étudiants des LTPS de Luxembourg et Warken
 - atelier « autour de la cigarette » développé pour les 8^è du Lycée technique AM
 - journée de prévention de la commune de Steinsel (3 classes)
- Intervention Sida : 6 interventions pour les 8^è du Lycée technique AM
- Participation à la journée mondiale de l'enfant à Esch / Alzette.
- La Journée Mondiale sans Tabac du 31 mai 2003 a été l'occasion pour la Ligue de soutenir le slogan de l'OMS « Cinéma et mode sans tabac » et de sensibiliser la population sur les pratiques dangereuses de la publicité indirecte.
- Informations par les médias radiophoniques sur 100.7Mhz : “la santé du jeune enfant”, “consultations nourrissons” et “médecine scolaire”.
- Enfin, l'on notera le succès populaire du stand, tenu conjointement par le Ministère de la Santé et la Ligue pendant le salon de l'enfant, qui proposait des animations par des clowns et par des jeux interactifs sur les thèmes des “accidents domestiques”, de “l'hygiène dentaire” et de “l'hygiène alimentaire”.

En conclusion, 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 étendues. Afin d'accroître son action dans ce domaine la Ligue requiert du personnel qualifié supplémentaire à la hauteur des objectifs qu'elle souhaiterait réaliser.

5. Information du public et représentation

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

Différents domaines sont régulièrement développés sur les ondes nationales radiophoniques comme nous l'avons précédemment cité.

Par ailleurs, à l'occasion de la journée mondiale de la tuberculose, organisée par les instances internationales et dont le slogan était « Le traitement DOTS m'a guéri, il te guérira aussi ! », la Ligue a organisé en mars 2003 conjointement avec Caritas, MSF et la Fondation Raoul Follereau plusieurs activités médiatiques qui ont été dominées par la tenue au CHL d'une conférence publique intitulée « La tuberculose nous concerne tous ».

Enfin, les spécialistes de la Ligue ont participé à Paris au XXXIV^{me} congrès mondial de l'Union (IUATLD) sur la santé pulmonaire.

6. Conclusions générales

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 populations défavorisées et vulnérables.

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

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

Le haut niveau d'activité dans la majorité des secteurs, l'accroissement prévu des flux migratoires et la détérioration des conditions de vie, couplés à l'exigence de réduction des risques et à l'éducation de la population vis à vis des dangers pour la santé supposent un renforcement des moyens actuels.

RAPPORT SUR LES SERVICES SOCIAUX

1. Le Service d'Accompagnement Social

L'impuissance apprise ou le désespoir acquis concernent les conséquences négatives d'une absence de possibilités de contrôle de l'environnement. Ces conséquences se concrétisent à trois niveaux: motivationnel (la personne ne manifeste aucune motivation à contrôler la situation ce qui entraîne une chute de ses performances), cognitif (la personne n'établit pas de lien entre ses actions et ses résultats), émotionnel (la personne est dans un état de dépression et de désespoir).¹

1.1. Introduction

Le Service d'Accompagnement Social (SAS) s'inscrit avant tout dans une logique de *changement* de situations sociales, cela dans un esprit de développement durable. En effet, aux notions de charité, de contrôle social ou de normalisation en travail social a succédé la notion de changement. Les travailleurs sociaux préfèrent de loin cet objectif de changement aux concepts précédents, mais leur pratique, complexité et paradoxe obligent, ne saurait entièrement les contourner. Il ne faut pas par ailleurs exclure au premier abord ces approches: La charité p.ex. peut être momentanément nécessaire dans des situations de grande détresse.

Participant résolument à la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, l'accompagnement repose sur une éthique d'engagement réciproque entre personnes (notion de cheminement avec les personnes) et se lie à quelques mots clés: La cohésion sociale, l'intégration et l'insertion sociale, les droits fondamentaux et les droits de l'homme ainsi que les besoins sociaux de l'homme, pour ne citer que les plus importants.

La Ligue Médico-Sociale gère et organise le Service d'Accompagnement Social depuis le 1^{er} septembre 2001. Deux ans et demi de fonctionnement permettent aujourd'hui d'établir un bilan intéressant et de mesurer ce qui reste à faire.

A côté du développement impressionnant que connaît en France l'accompagnement social en tant que concept de travail social depuis une vingtaine d'années, les chiffres qui suivront permettent de passer outre à une argumentation sur la nécessité de ce jeune service dans le domaine social luxembourgeois. Une autre question est sûrement plus pertinente: Celle de savoir en quoi l'accompagnement social propose une approche vraiment différente?

Le SAS prend en charge des personnes/familles dont la nature des besoins et des problèmes sociaux nécessite une aide sociale à *long terme* et qui manifestent un minimum de *motivations* pour changer leur propre situation. L'installation dans le temps, l'attitude compréhensive, la disponibilité et l'écoute, l'approche globale, la construction d'un projet personnalisé et sur mesure, la pédagogie du "faire avec" ou la dynamique de "co-production" de l'action par l'assistant social et la personne, la recherche d'un changement de 2^e ordre² ..., bref, l'ensemble des éléments identifiés et cités, ainsi que surtout, leur intégration réciproque lors du processus d'aide, distingue l'accompagnement social des modes classiques de procéder.

L'accompagnement social s'inscrit aussi et toujours dans une relation contractuelle, formalisée par écrit ou non. Mais, l'accompagnement social ne se focalise pas uniquement sur la personne. Il inclut nécessairement le travail d'articulation avec l'offre, la recherche de réponses, leur adaptation à la situation de chaque usager, la préparation d'une disponibilité à les recevoir. L'obligation née de cette logique contractuelle entre l'usager et la collectivité publique (représentée par le travailleur social)

¹ Desrumaux-Zagrodnicki Pascale; Manuel pratique en travail social Gaëtan morin éditeur 1998

² Watzlawick (Changements / Edition Seuil 1981) distingue le changement qui s'opère à l'intérieur d'un système du changement de 2^e ordre qui change le système. Appliquée sur le travail social, un changement de premier ordre revient à un traitement "symptomatique" (manque d'argent pour le loyer → secours financier), tandis qu'un changement de deuxième ordre aboutirait à une augmentation durable du revenu, à un logement à coût modéré ou à un apprentissage de la gestion du budget ménager pour payer régulièrement le loyer.

élargit l'acte social à une responsabilité sur l'offre, c'est à dire à l'accès et à la fourniture de biens non disponibles ou non accessibles sur le marché. Il faut construire une offre qui n'existe pas permettant au droit de fonctionner.

La création de l'offre et l'accompagnement doivent être indissociables. L'insertion s'enracine alors dans un système d'échanges et de réciprocité réalisant la justice sociale. Alors seulement, l'accompagnement social sera une réponse forte à l'inadaptation sociale, à l'exclusion et à la pauvreté.

1.2. L'activité du service

Actuellement, le SAS fonctionne avec une équipe composée d'une quinzaine d'assistants (d'hygiène) sociale/sociaux à partir du réseau des centres médico-sociaux de la Ligue Médico-Sociale et couvre tout le pays.

Le tableau suivant dénombre les **demandes** reçues et reprend une catégorisation des **dossiers** en fonction de leur lien, plus ou moins intensif, à un cadre légal donné. L'exécution des différents articles de loi détermine en partie les modalités de prise en charge des demandes. Si ce lien n'existe pas directement, la demande est traitée sur base d'un engagement réciproque, donc sur base conventionnelle (convention/contrat formalisé ou non).

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
Demandes introduites en 2003 (12 mois)	101	63	82	246
Total des demandes introduites	315	273	278	866
dont réadmissions ³	6	25	9	40
Total des dossiers	309	248	269	826
dont total dossiers clôturés	107	69	101	277
dont sur base conventionnelle	45	42	52	139
dont GFV	0	0	0	0
dont art. 16 (Loi RMG)	55	25	37	117
dont GFV	0	0	0	0
dont art. 5 (Loi / surendettement)	0	0	4	4
dont art.14 (Loi / surendettement)	0	0	1	1
dont tutelles aux prest. sociales	0	0	0	0
dont sauvegardes de justice	0	0	0	0
dont curatelles	0	0	0	0
dont tutelles	2	1	1	4
dont art. 1 (protection de la jeunesse ⁴)	11	2	6	19
dont total dossiers actifs	202	179	168	549
dont sur base conventionnelle	79	105	61	245
dont GFV	2	1	1	4
dont art. 16 (Loi RMG)	101	53	87	241
dont GFV	7	3	10	20
dont art. 5 (Loi / surendettement)	5	3	9	17
dont art.14 (Loi / surendettement)	1	1	2	4
dont tutelles aux prest. Sociales	0	1	0	1
dont sauvegardes de justice	1	0	0	1
dont curatelles	2	3	2	7
dont tutelles	2	8	2	12
dont art. 1 (protection de la jeunesse)	12	9	13	34

Le nombre de dossiers actifs (N=549) a légèrement augmenté en 2003. Il faut considérer ce nombre comme plafond de la capacité de prise en charge du service. En effet, le temps *moyen* de traitement d'un dossier (toutes catégories d'activités sur dossier confondues: visites à domicile, entretiens, travail administratif, ...) est tombé en dessous d'une heure par semaine, mettant ainsi en péril un accompagnement valable des personnes en détresse. Il est intéressant de noter les deux grands

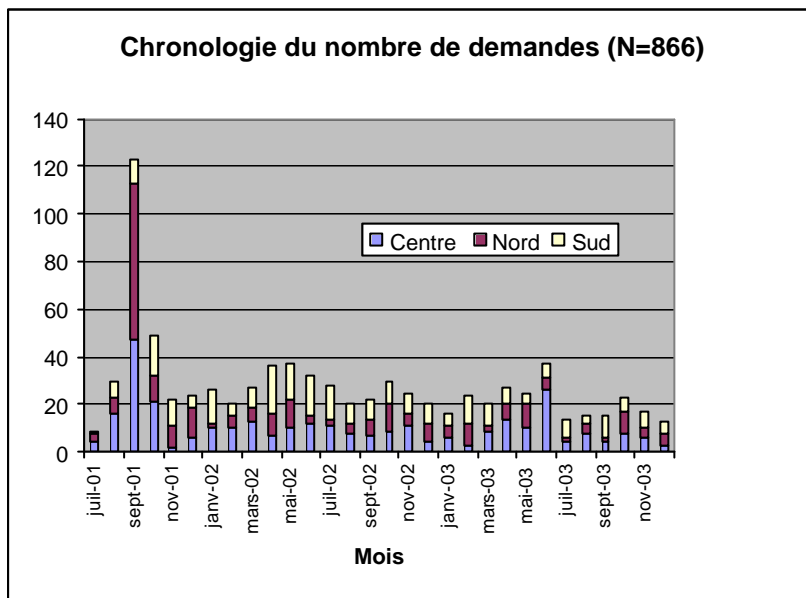
³ Catégorie hétérogène: Il s'agit des personnes qui ont été "réadmissées" pour des raisons variables. En retranchant ces demandes nouvelles ou renouvelées des *mêmes* personnes de l'ensemble des demandes, on obtient le nombre de dossiers c.à.d. le nombre de personnes ou ménages distincts qui sont ou qui ont été pris en charge.

⁴ Nombre de situations où le SAS est mentionné dans le jugement du tribunal de la jeunesse, ainsi que les dossiers en charge en collaboration avec le SCAS. Le nombre de dossiers relatif à des enfants en difficultés dans leur famille excède cependant largement ce nombre pour atteindre au moins un tiers de tous les dossiers actifs.

groupes de demandes: 44,6% des dossiers actifs correspondent à des demandes introduites sur base conventionnelle, tandis que 43,9% correspondent à celles des personnes faisant valoir leur droit à l'accompagnement social sur base de l'article 16 de la loi sur le revenu minimum garanti (RMG).

Au cours de l'année 2003, en collaboration étroite avec le service tutelles (**Service des Mineurs et Majeurs Protégés**) de la Ligue médico-sociale, le nombre de **gestions financières** des revenus des clients (cadrés légalement ou sur base volontaire) a connu un accroissement considérable en passant de quasi 0% à **12% des dossiers actifs**. Cette croissance est en train de se poursuivre. On estime que la limite des gestions financières (indépendamment de leur cadre légal) pouvant être prises en charge conjointement par le SAS et le service tutelles, sera atteinte avec 20% des dossiers actifs.

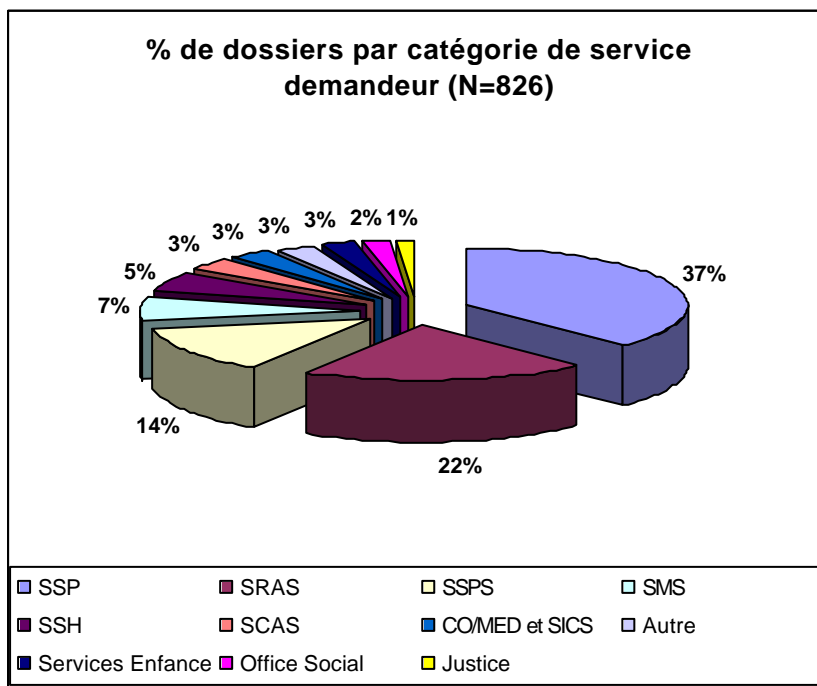
En analysant l'ensemble des demandes adressées au service depuis 2001, deux constatations principales s'imposent. Lors des premiers mois de fonctionnement, la très grande majorité des dossiers traités sont des dossiers repris du Service Social Polyvalent de Secteur (SSPS), dont l'activité, rappelons-le, a cessé avec la mise en place du service d'accompagnement social en septembre 2001.



Ces chiffres sont donc atypiques par rapport aux deux années suivantes qui présentent un profil similaire de l'afflux des demandes avec une intensité moindre en 2003 cependant. Cette baisse est liée à la **saturation du service** et à l'apparition d'une liste d'attente.

Ces chiffres sont donc atypiques par rapport aux deux années suivantes qui présentent un profil similaire de l'afflux des demandes avec une intensité moindre en 2003 cependant. Cette baisse est liée à la **saturation du service** et à l'apparition d'une liste d'attente.

Le graphique suivant souligne l'hétérogénéité des **partenaires du SAS** dont le nombre total s'élève à plus de **40 services**. La plupart des demandes d'accompagnement viennent du Service Social de Proximité (SSP), complémentaire au SAS.



Rappelons que la prise en charge du SSP se termine avec l'admission du client au SAS. Pour les autres services le SAS s'efforce à installer une collaboration simultanée dans le respect des rôles de chacun. La **recherche d'une collaboration de qualité professionnelle** et d'une coordination institutionnelle constitue un effort permanent et détermine largement la réussite d'un processus d'aide.

Les services partenaires du SAS fournissent des demandes nécessitant plusieurs types d'accompagnement social:

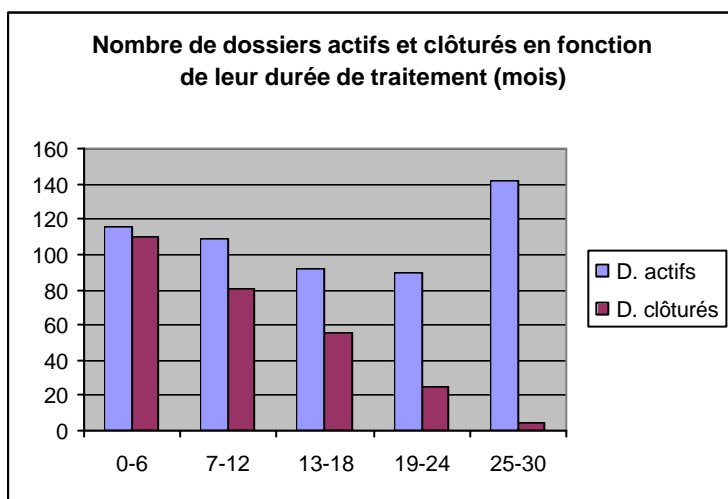
- **L'accompagnement familial** avec une composante de protection de l'enfance et de la jeunesse plus ou moins importante
- **L'accompagnement en cas d'inadaptation sociale** est lié à des problèmes de maladie et d'handicap physique ou mental ainsi qu'à la perte ou l'absence d'emploi voire de logement.

- **L'accompagnement financier:** Les problèmes d'argent sont la plupart du temps signe d'un dysfonctionnement psycho-social profond qu'il s'agit de traiter tout en redressant la situation financière.

Les catégories mentionnées n'ont pas de limites strictes, mais représentent des ensembles de ménages avec une problématique saillante et prioritaire, déterminant l'ensemble des autres conditions d'existence. Pour des situations particulièrement lourdes, on retrouve un cumul de problèmes rendant nécessaire les trois types d'accompagnement.

Le graphique ci-dessous, représentant le nombre de dossiers actifs et clôturés en fonction de leur durée de traitement, permet de faire quelques remarques importantes. Parmi les "vieux" dossiers (25-30 mois de traitement) très peu sont clôturés. On peut en déduire que lors de la mise en place du SAS, **les bons dossiers ont été repris du service précédent.** Il s'agit de clients qui vivent **des problèmes "long terme" et qui ont une motivation suffisante de collaboration.**

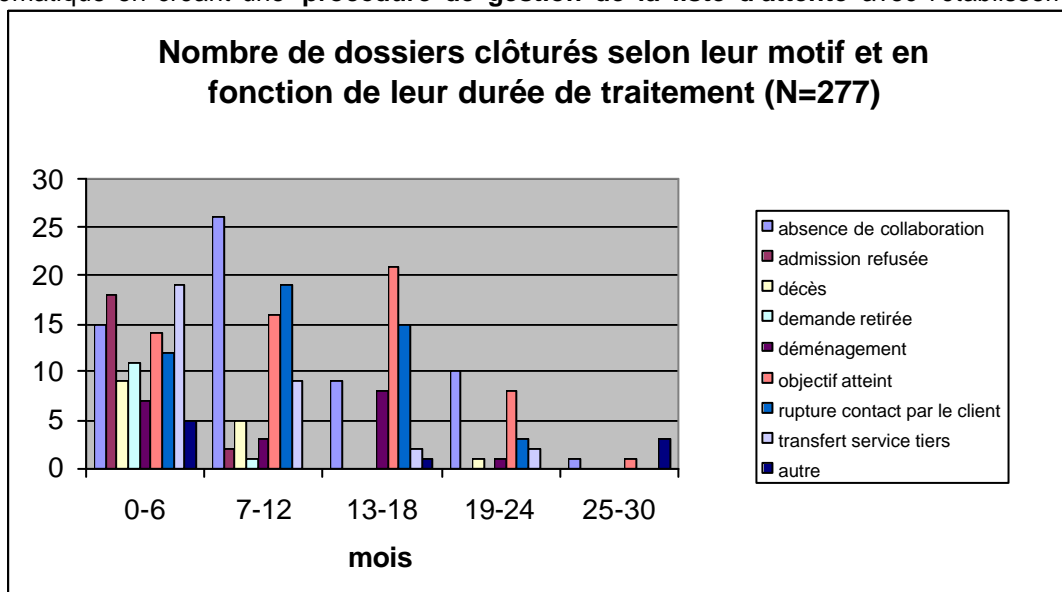
Le nombre de dossiers clôturés diminue régulièrement avec leur âge, en d'autres termes beaucoup de jeunes dossiers sont clôturés, signe d'une problématique qu'on analysera avec le graphique suivant.



Une prudence certaine est de mise dans l'interprétation de ce graphique, car les différents items ne renseignent pas sur l'avancement qualitatif du processus d'aide, sauf pour l'item objectif atteint.

Le graphique permet néanmoins d'élucider la **problématique des nombreux "jeunes dossiers clôturés"** (0-6mois). Les items "absence de collaboration", "admission refusée", "demande retirée" et "rupture contact par le client" renvoient pour une large part à des problèmes d'analyse insuffisante de la motivation ou de la situation du client lors de l'établissement de la demande, de préparation insuffisante du client à l'admission au SAS ainsi qu'à une attente trop importante (liste d'attente) avant l'admission.

Les items "objectif atteint" et "transfert à service tiers" posent aussi une question d'analyse de la situation dans le sens où il s'agit plutôt de dossiers "court terme". Le SAS a réagi à cette problématique en créant une **procédure de gestion de la liste d'attente** avec l'établissement de



critères de priorité et en créant une **phase de clarification** de la demande d'aide et de la motivation. Clarifier le cadre de la mise en oeuvre des accompagnements, c'est pouvoir répondre aux questions, qui fait quoi comment, avec qui et où ?

Les items saillants des dossiers qui se situent entre 7 et 12 mois sont "l'absence de collaboration" et "rupture de contact par le client". L'explication est liée ici au processus d'aide lui-même. En effet, après 6 mois, le projet d'accompagnement et de changement est en général très clair; il s'agit maintenant de le mettre en oeuvre. A ce moment, différents facteurs peuvent influencer négativement l'accompagnement. Le client amené à un point où cela lui coûtera de changer peut se décourager ou désespérer face à l'effort qu'on lui demande, mais aussi face à des moyens insuffisants pour résoudre ses problèmes. **Un logement décent p.ex. à un prix abordable pour un budget restreint est souvent du domaine du rêve.**

Une part considérable de dossiers peut cependant être clôturée avec succès. Cette part s'accroît encore pour les dossiers traités entre 1 an et 1 an et demi pour diminuer par après de manière très significative, suggérant que les problèmes qui ne savent être résolus endéans une vingtaine de mois ne trouveront pas de solution. Le travail dans ces dossiers revient alors à viser une stabilisation de la situation en apportant les services nécessaires pour combler des manques chroniques présents.

Il s'agira dans le futur de **cibler encore davantage l'intervention du SAS** autour de clients auxquels le service, à partir des moyens à sa disposition, pourra apporter une aide valable.

A côté du travail direct avec le client, l'activité du service en 2003 peut se résumer par les points suivants:

- Poursuite, clôture (en juin 2003) et évaluation de la **formation longue** pour le personnel du SAS ayant débuté en 2002. En relation avec la méthodologie instaurée des "Projets individualisés d'accompagnement social", cette formation a permis de créer les bases pour une approche plus homogène et plus spécifique des agents du service.
- **Participation au PANincl.:** Le Plan National de Lutte contre la Pauvreté et l'Exclusion Sociale (PANincl. 2001-2003) prévoyait l'extension des activités du service "sur le plan des tutelles, des gestions de budgets familiaux et de guidance éducative" (mesure 48). Cette extension est réalisée aujourd'hui.
- **Réorganisation de l'équipe** à deux reprises suite à des changements de personnel.
- Mise en place de **procédures** internes en relation avec la gestion de la liste d'attente, la clarification des demandes, puis le traitement et l'évaluation des situations.
- Organisation d'une **conférence** sur les causes individuelles et sociales du surendettement
- Organisation de **réunions** de service et de travail.

1.3. L'accompagnement social : un chantier ouvert

Il est possible de tracer un parallèle entre le développement des services d'aide et de soins à domicile et le SAS, qui lui aussi vise à offrir une **réelle alternative aux solutions institutionnelles onéreuses** (placements, hospitalisations, ...), par une prise en charge sociale suffisamment intensive *en milieu ouvert*.

Bien entendu le développement de l'accompagnement social n'est qu'à ses débuts, mais l'expérience de 2003 mène à plusieurs constatations et permet d'esquisser les conditions pour le **développement du service**.

- **Accroissement du personnel:** La prise en charge de tutelles et de gestions financières revient à admettre des situations relativement plus lourdes et complexes. Par conséquent, avec l'accroissement de la part de ces dossiers, le nombre total de dossiers qui pourront être traités au sein du service diminuera.
- **Gain d'efficience:** En 2004, le SAS apportera un soin particulier à la structuration de sa collaboration avec les services partenaires; c'est un des éléments importants pour continuer à améliorer la prise en charge des clients.
- **Ensemble cohérent de moyens:** L'exclusion sociale n'est pas une maladie individuelle, mais il y a des conditions sociétales liées à son émergence. Il s'agit notamment des problèmes liés à la gestion de la vie quotidienne, à l'accès aux droits et aux prestations sociales, à l'accès au logement ... L'étoffement des moyens à disposition du SAS, rejoint plusieurs propositions et

mesures formulées dans le PANincl. 2003-2005: la création d'une immobilière sociale, la création d'une entité "Cellule d'Aide à la Vie Quotidienne" (composée d'aides familiales, d'éducateurs, ...) et fonctionnant au sein du service d'accompagnement social, création d'un service tutelle.

- o **Meilleure connaissance des besoins en aide de la population SAS:** La réalisation d'une étude est prévue pour atteindre cet objectif.

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 (RMG). Une équipe de travailleurs sociaux (13,5 postes plein-temps) 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.

En 2003, les montants du revenu minimum garanti (allocation complémentaire) étaient les suivants:

Communauté domestique		RMG brut	
		01/01/03	01/08/03
	Nb Indice	605,61	620,75
premier adulte	160,99 €	974,98 €	999,35 €
deuxième adulte	80,50 €	487,52 €	499,71 €
adulte subséquent	46,06 €	278,95 €	285,92 €
supplément pour enfant	14,65 €	88,73 €	90,94 €

Le nombre total de bénéficiaires d'une des prestations du RMG s'élevait à 11 963 personnes (6 343 femmes et 5 620 hommes) vivant dans 6 844 ménages. Au 31 décembre 2003, sur 11 963 bénéficiaires du RMG, 2 151 (= 17,98 %) devaient se soumettre aux activités d'insertion professionnelle organisées par les Services Régionaux d'Action Sociale.

L'activité de l'année statistique 2003 des SRAS 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. Remarquons qu'à côté des postes SRAS gérés par la Ligue médico-sociale, il existe 11,5 postes SRAS attachés à d'autres institutions ce qui porte leur nombre total au niveau national à 25 postes.

Les chiffres suivants (tableau 1) donnent un aperçu sommaire sur le nombre de personnes prises en charge par l'équipe de la Ligue médico-sociale. Précisons encore que le SRAS ne s'adresse pas aux bénéficiaires d'une allocation complémentaire, mais à tous ceux qui relèvent de l'art. 10 de la loi RMG visant l'insertion professionnelle.

Parmi les personnes qui relèvent de l'art. 10 de la loi RMG, il existe une catégorie de *bénéficiaires qui sont dispensés temporairement* de l'obligation de travailler pour des raisons prévues par la loi: charge d'enfants p.ex. Les *bénéficiaires non dispensés* doivent respecter les conditions de l'art. 10 de la loi visant leur insertion professionnelle. Parmi ces derniers, on peut encore distinguer à un moment donné (le 31.12.03 pour ce rapport) ceux qui participent réellement à une activité d'insertion et ceux qui ne le font pas, c.à.d. ceux, pour lesquelles les SRAS sont en train de rechercher un travail adéquat. Remarquons qu'il s'agit d'une vingtaine de personnes *en permanence* pour chaque agent SRAS plein-temps de la Ligue médico-sociale.

Tableau 1: Situation au 31.12 2003

Région	Postes SRAS	Bénéficiaires temporairement dispensés	Bénéficiaires non-dispensés	Bénéficiaires non-dispensés <u>avec</u> activité d'insertion	Bénéficiaires non-dispensés <u>sans</u> activité d'insertion
Centre	7	872	467	295	172
Nord	3.5	593	307	254	53
Sud	3	347	173	131	42
Total	13.5	1 812	947	680	267

Fichiers SNAS du 31.12.2003

Sur base du tableau 2 suivant, on peut calculer que chaque agent SRAS plein-temps réalise environ 82 activités ou mesures d'insertion par an en moyenne. Les variations régionales sont dues à des causes multiples et notamment relatives à l'offre de lieux d'affectation et aux problématiques médico-psycho-sociales des bénéficiaires.

Tableau 2 : Total des activités temporaires d'insertion professionnelle réalisées en cours de l'année 2003

Région	Postes SRAS	Total des activités d'insertion réalisées en 2003
Centre	7	511
Nord	3.5	404
Sud	3	200
Total	13.5	1 115

Il est intéressant de noter quelques caractéristiques de la population totale prise en charge par l'ensemble des SRAS. Les tableaux 3, 4 et 5 qui suivent sont repris du rapport annuel du Service National d'Action Sociale (SNAS). Comme les années passées, une nette prépondérance des ménages à une personne seule est constatée. En deuxième position, bien que nettement moins nombreuses, suivent les familles monoparentales. Parmi ces dernières, l'adulte est normalement du sexe féminin (95,92 %).

Tableau 3 : Composition des ménages

Composition des ménages	Attributaire		TOTAL	
	féminin	masculin	TOTAL	%
1 adulte sans enfant	2171	2097	4268	63,31%
1 adulte avec 1 ou plusieurs enfants	828	36	864	12,82%
2 adultes sans enfant	137	394	531	7,88%
2 adultes avec 1 ou plusieurs enfants	165	439	604	8,96%
3 adultes et plus sans enfant	7	13	20	0,30%
3 adultes et plus avec enfants	9	11	20	0,30%
Autres	255	179	434	6,44%
Total	3572	3169	6741	100,00%

Fichiers SNAS du 31.12.2003

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

Nombre d'enfants	Nombre	%
sans enfant	5066	74,02%
1 enfant	725	10,59%
2 enfants	595	8,69%
3 enfants	288	4,21%
4 enfants	116	1,69%
5 enfants et plus	46	0,67%
Autres	8	0,12%
Total	6844	100,00%

Fichiers SNAS du 31.12.2003

Parmi les membres des ménages bénéficiaires de l'une des prestations ci-dessus, il est utile, de distinguer entre les différentes catégories d'âge des membres.

Les proportions entre les groupes d'âges n'ont guère changé. La tendance à diminuer, déjà constatée l'année passée, du groupe des bénéficiaires du sexe féminin âgés de 60 ans et plus continue.

Tableau 5 : Âge des membres

Âge	FEMMES		HOMMES		TOTAL	%
<18 ans	1315	20,73%	1522	27,08%	2837	23,71%
18-24 ans	455	7,17%	479	8,52%	934	7,81%
25-29 ans	383	6,04%	294	5,23%	677	5,66%
30-34 ans	472	7,44%	354	6,30%	826	6,90%
35-39 ans	580	9,14%	492	8,75%	1072	8,96%
40-44 ans	556	8,77%	519	9,23%	1075	8,99%
45-49 ans	499	7,87%	501	8,91%	1000	8,36%
50-54 ans	409	6,45%	427	7,60%	836	6,99%
55-59 ans	366	5,77%	335	5,96%	701	5,86%
>=60 ans	1308	20,62%	697	12,40%	2005	16,76%
TOTAUX	6343	100,00%	5620	100,00%	11963	100,00%

Fichiers SNAS du 31.12.2003

Précisons finalement un peu plus le travail réalisé au sein des SRAS en 2003. Les activités d'insertion, organisées par le SNAS, ensemble avec tous les SRAS conventionnés, ont été les suivantes:

Tableau 6 : Activités en cours

	FEMMES		HOMMES		TOTAL	
Activités de formation	3	0,19%	10	0,63%	13	0,82%
Préparation et recherche assistée	11	0,69%	10	0,63%	21	1,33%
Cures	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Affectations temporaires indemnisées	661	41,73%	834	41,73%	1495	94,38%
Stages en entreprise	20	1,26%	35	2,21%	55	3,47%
TOTAUX	695	43,88%	889	56,12%	1584	100,00%

Fichiers SNAS du 31.12.2003

Les durées moyennes des activités en cours étaient les suivantes:

Tableau 7 : Durée moyenne des activités en cours

Activités de formation	9,59 mois
Préparation et recherche assistée	3,06 mois
Affectations temporaires indemnisées	26,78 mois
Stages en entreprise	4,78 mois

Fichiers SNAS du 31.12.2003

La durée moyenne des affectations temporaires indemnisées est passée de 16 (en 2000), 19,7 (en 2001), 22,80 (en 2002) à 26,78 mois en 2003 (tendance croissante)!

3. Le Service Social à l'Hôpital

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.

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 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

3.1. RAPPORT 2003

En 2003, le service social à la Clinique d'Eich, hôpital à 152 lits, était assuré par une assistante d'hygiène sociale de la Ligue médico-sociale, employée à mi-temps.

Le **nombre de demandes** adressées au Service Social à l'Hôpital pendant cette année s'est élevé à **237**. Cela correspond à une augmentation par rapport à l'année précédente de 39 clients ou bénéficiaires de soins.

Le nombre de bénéficiaires de soins pris en charge par le service est moins important que le nombre de demandes. Le service social est intervenu pour **225 patients (187 en 2002)**. **La différence s'explique par le fait que** 225 patients ont sollicité l'aide du travailleur social pendant 1 hospitalisation; 10 patients l'ont fait lors d'un deuxième 2^e voire 3^e séjour à la clinique.

Les tranches d'âge concernées pour 2003 :

<u>15-19 ans</u>	<u>03</u>
<u>20-29 ans</u>	<u>15</u>
<u>30-39 ans</u>	<u>21</u>
<u>40-49 ans</u>	<u>22</u>
<u>50-59 ans</u>	<u>14</u>
<u>60-69 ans</u>	<u>22</u>
<u>70-79 ans</u>	<u>46</u>
<u>80-89 ans</u>	<u>70</u>
<u>90-97 ans</u>	<u>12</u>
total	225

Les personnes âgées constituent toujours la majorité des clients du Service Social à l'Hôpital: **71% des clients du service social appartiennent à la tranche d'âge de 60 à 97 ans.**

RAPPORT SUR LES SERVICES DE CONSEIL

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

1.1. INTRODUCTION

En cette 10^{ième} année de son existence, le nombre de demandes de conseil adressées au service a été particulièrement élevé vu la persistance de la crise économique entraînant une hausse importante du chômage et augmentant ainsi la « vulnérabilité financière » des familles concernées.

Depuis sa création en 1993, 2942 demandes de conseil ont été adressées au service dont 2162 personnes sont venues en consultation.

Rien que pour l'année 2003, le service a pu enregistrer 287 nouvelles demandes de conseil dont 219 personnes se sont effectivement présentées au 1^{er} rendez-vous.

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

Au cours de l'exercice 2003, 1 dossier a 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.

Parallèlement à son activité d'information et de conseil, le service a su s'investir dans différentes actions de prévention.

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 service a de plus été invité par l'ASB-Schuldnerberatungen GmbH (Linz/Autriche) à participer à une réunion d'experts qui s'est tenue du 13 au 14.11.03 à Leibnitz/Autriche.

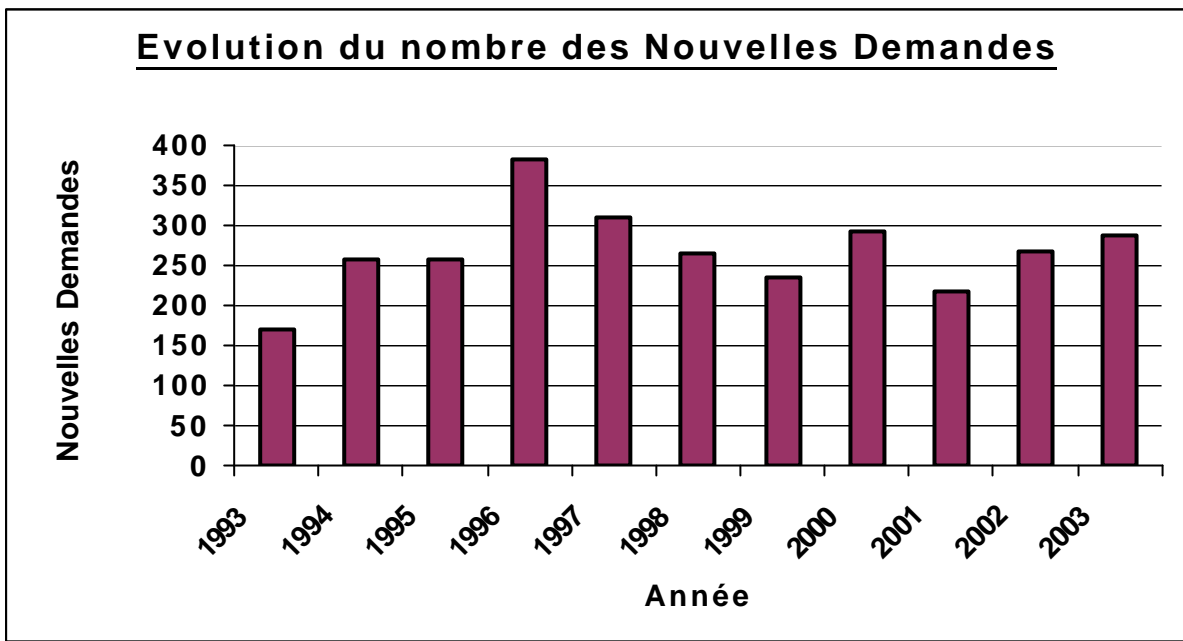
Le Ministère de la Famille a été informé de l'activité du service au cours des réunions qui ont eu lieu à plusieurs reprises au ministère.

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

A. Les données statistiques générales

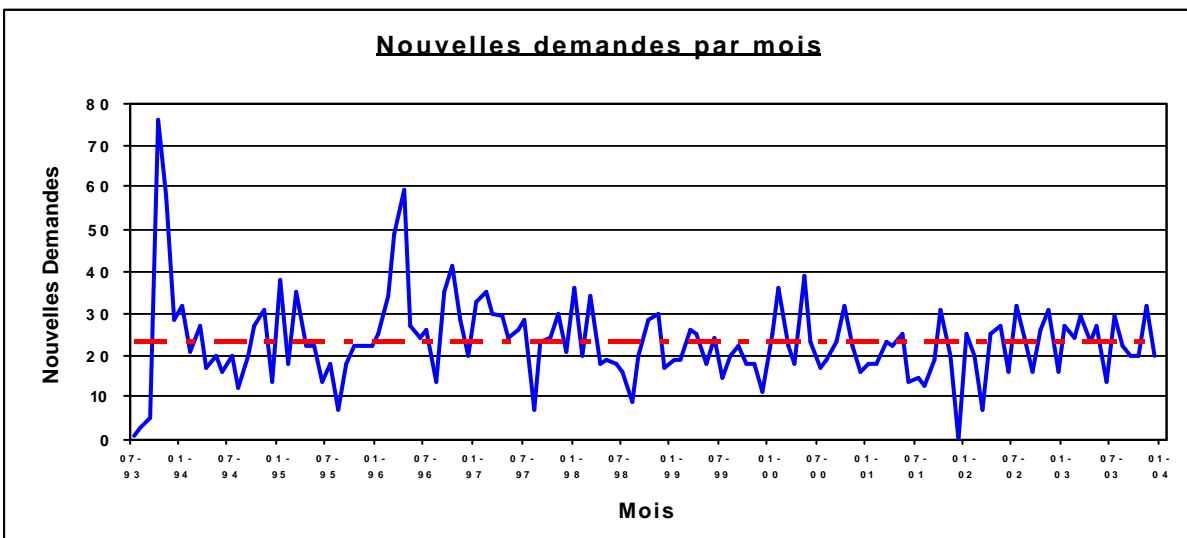
Au cours de l'exercice 2003, 287 nouvelles demandes de conseil ont été enregistrées portant le nombre total de demandeurs à 2 942 depuis la création du Service.



Demandes / Année	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	Total
Nombre de demandes	171	257	258	382	310	265	235	292	218	267	287	2.942
Pourcentage / Total	5%	9%	9%	13%	11%	9%	8%	10%	7%	9%	10%	100%
Moyenne mensuelle	28	21	21	32	26	22	20	24	18	22	24	23

Il ressort des chiffres ci-dessus que le nombre moyen annuel sur la période considérée est de 280 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.

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

Au cours de l'exercice 2003, 1 dossier a 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.

Ce projet de plan de règlement conventionnel a pu trouver l'accord de la Commission de médiation et des parties concernées.

C. 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 2003 :

L'ANNEE 2003 EN CHIFFRES	
Nouveaux clients reçus ou DOSSIERS :	219
+ Nouveaux clients non-présents au 1 ^{er} rendez-vous :	68
TOTAL Nouvelles demandes de conseil :	287
+ Demandes d'informations :	183
TOTAL Nouvelles demandes de conseil et d'informations :	470
+ Anciens dossiers traités en 2003 :	150
TOTAL :	620

En 2003, 620 personnes se sont adressées au service afin de recevoir de l'information et du conseil en matière financière. 369 dossiers ont été traités dont 219 nouveaux et 150 anciens. 68 personnes ayant pris un 1^{er} rendez-vous en 2003 ne se sont pas présentées et 183 demandes d'informations ont été adressées au service.

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

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

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

D. Les moyens d'action

a) Les moyens d'action propres

Le Service est d'abord un interlocuteur, car bien souvent l'intéressé ne veut ou ne peut pas parler de son problème à un proche ou un 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 essaie de rééchelonner certaines de ses dettes, d'obtenir des sursis de paiement ou de demander, le cas échéant, des remises de dettes ou d'intérêts. Néanmoins, en cas de refus de collaboration du créancier, certaines situations demeurent sans issue.

b) La loi du 8 décembre 2000 sur le surendettement

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

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

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

c) La coopération avec le réseau social

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

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

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

e) La coopération avec le service "EUROGUICHET" de l'Union Luxembourgeoise des Consommateurs

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

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

f) La coopération avec les tiers

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

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

1.3. LA PREVENTION

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

A. 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 2003 » au début de l'année.

Le Service a eu l'occasion de tenir des exposés sur le phénomène du surendettement au Centre National de Formation Professionnelle Continue d'Esch/Alzette le 02.04.03 et le 20.10.03 ainsi qu'auprès du Forum pour l'Emploi en date du 15.01.03.

En date du 27.11.03, le service a été invité à présenter la problématique du surendettement aux éducateurs et assistants sociaux de la fondation Jugend- an Drogenhëllef.

Une entrevue avec les responsables du service social des différentes institutions européennes situées au Luxembourg au sujet de l'application de la loi du 8 décembre 2000 sur le surendettement a eu lieu le 10.01.03.

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 28.11.03 sur invitation du « Soziokulturelle Radio 100,7 » lors d'émissions radiodiffusées ayant eu comme thème le surendettement des particuliers en période de chômage croissant.

B. 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.

Le service a de plus été invité par l'ASB-Schuldnerberatungen GmbH (Linz/Autriche) à intervenir lors de la réunion d'experts qui s'est tenue du 13 au 14.11.03 à Leibnitz/Autriche. Le thème central de cette conférence a été « Schulden als Arbeitsmarkthindernis » abordé dans le cadre du projet « Schulden-Shredder » relatif à l'initiative européenne « EQUAL » en vu de la lutte contre la discrimination et les inégalités du marché de l'emploi.

Dans le cadre d'une étude sur les différents aspects légaux en matière de surendettement dans les pays membres de l'Union Européenne réalisée par l'IFF de Hambourg, l'Université Erasmus de Rotterdam et l'Université de Helsinki, le service a été appelé à présenter la situation luxembourgeoise.

PROFIL 2003	CLIENTS		DOSSIERS	
	Total demandes	%	Clients reçus	%
ETAT CIVIL				
CELIBATAIRE	91	32	66	30
DIVORCE	58	20	50	23
MARIE	101	35	75	34
SEPRE	35	12	26	12
VEUF	2	1	2	1
TOTAL	287	100	219	100
AGE				
<18	0	0	0	0
18-25	34	12	22	10
26-35	100	35	75	34
36-45	93	32	69	32
>45	60	21	53	24
TOTAL	287	100	219	100
NOMBRE D'ENFANTS A CHARGE				
AUCUN	123	43	97	44
UN	66	23	44	20
DEUX	47	16	38	17
TROIS	34	12	30	14
PLUS DE TROIS	17	6	10	5
TOTAL	287	100	219	100
STATUT PROFESSIONNEL				
BENEFICIAIRE RMG	42	15	34	4
BENEFICIAIRE PENSION/RENTE	12	4	8	15
CHOMEUR	26	9	22	10
EMPLOYE PRIVE	42	15	33	15
FONCTIONNAIRE PUBLIC	8	3	6	3
INDEPENDANT	10	3	8	4
OUVRIER	104	36	77	35
SANS	43	15	31	14
TOTAL	287	100	219	100

NATIONALITE

LUXEMBOURGEOISE	165	58	120	55
UNION EUROPEENE	104	36	85	39
AUTRES PAYS	18	6	14	6
TOTAL	287	100	219	100

INITIATIVE

PROPRE INITIATIVE	83	29	53	24
ORIENTE	204	71	166	76
TOTAL	287	100	219	100

CONTACT AVEC UN AUTRE SERVICE SOCIAL

NON	181	63	133	61
OUI	106	37	86	39
TOTAL	287	100	219	100

REGION

CENTRE	172	60	133	61
NORD	73	25	55	25
SUD	42	15	31	14
TOTAL	287	100	219	100

FREQUENTATION 2003	2003	2002	2001	2000	1999	1998	1997	1996	1995	1994	1993	TOTAL
1. Dossiers actifs :	219	51	21	18	14	9	13	14	5	2	3	369
- En cours	31	8	4	2	2	1	3	0	1	0	2	54
- Réglés	129	29	15	15	8	4	8	11	0	0	1	220
- Classés sans suite	59	14	2	1	4	4	2	3	4	2	0	95
2. Dossiers archivés :	0	134	156	197	178	214	218	245	163	179	108	1 793
3. DOSSIERS (1 + 2) :	219	185	177	215	192	223	231	260	168	181	111	2 162
4. Clients conseillés sans entrevue :	0	0	0	0	0	3	7	30	22	30	24	116
5. Clients non présents au rendez-vous :	68	82	41	77	43	39	72	92	68	46	36	664
6. DEMANDES DE CONSEIL (3 + 4 + 5) :	287	267	218	292	235	265	310	382	258	257	171	2 942
7. DEMANDES D'INFORMATIONS :	183	176	191	167	183	170	*	*	*	*	*	*
8. CLIENTS (6 + 7) :	470	443	409	459	418	435	*	*	*	*	*	*

2. Gesond Liewen & Centre de Consultations

2.1. Centre de Consultations

En 2003, le **Centre de Consultations**, centralisé à Luxembourg dans le nouveau bâtiment du Centre Médico-Social, continue à offrir aux habitants des régions centre, sud, est et ouest de notre pays une consultation psychologique et psychothérapeutique sur rendez-vous. Les motifs pour lesquels les consultants ont pris contact avec le centre étaient les suivants :

- difficultés relationnelles, conjugales et familiales
- problèmes liés à l'éducation des enfants et des adolescents
- troubles psychiques, psychosomatiques et psychopathologiques
- problèmes liés à la dépendance et à la communication humaine
- problèmes sexuels

Les problèmes adressés au centre étaient d'ordre individuel, relationnel, conjugal, éducatif, sexuel ou familial. Le travail majeur du centre consistait à assurer les thérapies individuelles et de couple, ainsi qu'un certain nombre de thérapies familiales. Un nombre très considérable d'appels téléphoniques pour des motifs les plus divers ont complété le travail de consultation psychologique.

Au cours de **l'année 2003**, le centre a fonctionné pendant 45 semaines. **201** personnes ont consulté le Centre de Consultations, dont 114 (**57%**) de **sex féminin** et 87 (**43%**) de **sex masculin**, avec un total de 18 (**9%**) de **mineurs**. Pour **183 adultes** (108 femmes et 75 hommes) il y a eu **18 enfants**, 6 filles et 12 garçons.

Les **nouvelles demandes** (160) ont totalisé **79,6 %** de toutes les demandes. D'après le sexe cela nous donne : féminin – 91 ou 57% et 69 ou 43% pour le sexe masculin. Pour un total de **124 dossiers** pour l'année 2003 il y avait 92 dossiers **nouveaux (74%)**. **77 dossiers (62%)** avec un total de 130 personnes (65%) ont pu être **terminés** durant l'année. En tout il y eu 71 dossiers individuels (57%), 42 dossiers de couple (34%) et 11 dossiers familiaux (9%).

Sur toute l'année il y a eu **1034 consultations** dont 630 individuelles (61%), 348 consultations de couple (34%) et 56 consultations familiales (5%). Le nombre de séances par personne a varié de 1 à 25. Les consultants se retrouvent parmi toutes les couches de la population avec une prédominance (33%) d'employés et de fonctionnaires. **74% des clients** s'adressent au centre de leur **propre initiative** ou pour avoir été référés par d'anciens consultants. 12% sont référés de façon interne. **La tranche d'âge de 31 – 50 ans représente 52%** de l'ensemble des clients. Très rares sont les personnes qui n'ont pas encore consulté avant ailleurs. **21% des rendez-vous** fixés ont été **déplacés ou annulés**.

A côté de cette activité thérapeutique proprement dite, le nombre d'appels téléphoniques réclamant des interventions ponctuelles et rapides augmente. Des contacts avec d'autres professionnels, spécialistes, services ou institutions ont été établis chaque fois qu'une prise en charge globale en réclamait la nécessité. Un certain nombre de demandes professionnelles ponctuelles ont été adressées au centre qui y a répondu de la meilleure façon possible. Le nombre d'échanges professionnels internes est aussi croissant.

2.1.1. Données statistiques de l'année 2003

Nombre de consultants	201	F(éminin)	114	57%		
		M(asculin)	87	43%		
		M(ajeurs)	183	91%	F	108
					M	75
		M(ineurs)	18	9%	F	6
					M	12
Nouvelles demandes	160	80%			F	91
					M	69
Nombre de dossiers	124	nouveaux	92	74%		
		anciens	32	26%		
		individuels	71	57%		
		de couple	42	34%		
		de famille	11	9%		
Nombre de dossiers terminés en 2003			77	62%		
			130 personnes	65%		
Nombre de consultations	1 034	individuelles	630	61%		
		de couple	348	34%		
		de famille	56	5%		

Nombre de séances (en%)	unique	10%
	< 5	15%
	<10	19%
	<15	34%
	<20	15%
	>20	7%
Situation professionnelle	au foyer 7%	élève/étudiant 8%
	indép. 15%	fonct./employé 33%
	chômage10%	ouvrier 11%
		retraité 7%
		RMG 9%
Etat civil	célibataire 28%	(re)marié 32%
	séparé 9%	divorcé 21%
		veuf 2%
		vie commune 8%

2.2. Centre de Consultations Nord

2.2.1. Consultations à Ettelbruck

Les clients prennent contact eux-mêmes par téléphone et présentent leur demande. Un rendez-vous est fixé pour une personne individuelle, un couple ou une famille, s'il s'agit de difficultés avec un enfant ou un adolescent. Ce dernier type de demande est en augmentation depuis la publication par le Centre de Prévention des Toxicomanies et le Kanner- a Jugendtelefon de la brochure sur les services de consultation pour enfants, jeunes et leurs parents (18,7% de familles et 12,1% de demandes individuelles d'adolescents avec une distribution égale pour le sexe (14 filles et 14 garçons)).

Le service est gratuit, mais nous acceptons les dons.

La plupart des clients ont besoin d'un soutien à court terme (72,5%), inférieur à 10 séances.

La souffrance psychique se manifeste au niveau individuel surtout par des états dépressifs, des angoisses et des insomnies. Les difficultés relationnelles avec d'autres membres de la famille ainsi que dans le milieu du travail sont d'autres thématiques importantes.

Les changements à l'intérieur des familles (divorces, séparations, recompositions, deuils) déstabilisent l'équilibre psychique et nécessitent une prise en charge temporaire.

2.2.1.1. Petit tableau récapitulatif.

<u>Nombre de consultations</u>	587	
<u>Nombre de dossiers</u>	91	
individuels	70	76.9%
couple	4	4.4%
famille	17	18.7%
<u>Nombre de clients</u>	127	
<u>Motifs de consultation</u>		
problèmes de comportement	19	20.9%
problèmes relationnels	13	14.3%
couple / divorce	10	11.0%
dépressions	18	19.8%
angoisses	9	9.9%
autres	22	24.2%
<u>Nombre de séances</u>		
séance unique	6	6.6%
< 10	60	65.9%
< 20	18	19.8%
> 20	7	7.7%

2.2.2. Consultations à Wiltz et Ettelbruck

2.2.2.1. Nombre de consultations.

	Wiltz	Ettelbruck	Total
Nombre total	245	271	516

2.2.2.2. Nombre de dossiers.

	Wiltz	%	Ettelbruck	%	Total
Nombre total	42		49		91
Nouveaux	31	74%	31	63%	62
Anciens	11	26%	18	37%	29
Individuels	40	91%	45	92%	85
Couples	2	9%	4	8%	6

En comparant le nombre de consultations de 2003 avec celui de l'année 2002, on constate qu'il est pratiquement identique. Cette constatation s'explique par le fait que les capacités du volume de travail ont atteint leur maximum depuis 2 ans.

Les consultations individuelles prédominent.

2.2.2.3. Nombre de clients.

	Wiltz	%	Ettelbruck	%	Total
Nombre total	44		53		97
Femmes	30	68%	35	66%	65
Hommes	10	23%	12	23%	22
Adolescents	4	9%	6	11%	10

Les consultants sont des hommes et de femmes de tout âge avec toujours une majorité de femmes à raison de 68% à Wiltz et 66% à Ettelbruck. Les adolescents représentent 9 à 11% de la population consultante et ils viennent souvent en consultation individuelle.

2.2.2.4. Age des clients.

Age	Wiltz		Ettelbruck	
<10	/	/	/	/
10-19	4	9%	6	11,3%
20-29	2	4,5%	5	9,4%
30-39	10	23%	20	37,7%
40-49	18	41%	14	26,6%
50-59	8	18%	5	9,4%
60-69	2	4,5%	3	5,6%
70-79	/	/	/	/

L'âge des clients varie entre 14 et 63 ans avec > 64% entre 30 et 50 ans.

2.2.2.5. Etat civil.

Une classification selon l'état civil montre qu'une grande part des consultants sont des personnes mariées ou remariées (45,5% à Wiltz et 56,9% à Ettelbruck), suivies par les clients célibataires (16% et 30%) et les personnes divorcées (13,6% et 9,4%).

2.2.2.6. Remarque

A Wiltz, on retrouve toujours une part importante de personnes en situation matérielle précaire (presque 50%).

Les femmes au foyer représentent avec 32% à Wiltz et 21% à Ettelbruck une part non négligeable de consultants.

2.2.2.7. Envoyés par.

En comparant Wiltz par rapport à Ettelbruck, on remarque que plus de la moitié des clients de Wiltz sont envoyés par des A(H)S (52,3%), ce qui n'est le cas que pour 17% à Ettelbruck. Par contre à

Ettelbruck, les médecins et surtout les psychiatres ont orienté 47,3% du total de notre clientèle vers "Gesond Liewen".

2.2.2.8. Motifs de consultation.

La plupart des consultants sont très motivés pour s'engager dans un travail personnel, et leurs motifs de consultation sont très variés. Il faut remarquer que ce volet des statistiques est moins précis que les autres, car souvent un client présente plusieurs motifs ou le motif change au cours de la relation client-professionnel.

Motif	Wiltz		Ettelbruck	
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
abus sexuel	1	2,3%	3	5,7%
accompagnement	6	13,7%	8	15%
angoisses	1	2,3%	2	3,7%
anorexie/boulimie	/	/	/	/
dépressions	4	9%	7	13,2%
divorce	5	11,4%	5	9,4%
état de dépendance	4	9%	4	7,5%
problèmes de couple	7	16%	11	21%
problèmes de famille	8	18,2%	9	17,1%
problèmes de travail	3	6,8%	2	3,7%
relation mère-enfant	4	9%	2	3,7%
troubles psychosomatiques	1	2,3%	/	/

Le tableau montre une situation analogue pour Wiltz et Ettelbruck avec en premier lieu les problèmes de famille (18,2% à Ettelbruck et 17,1% à Wiltz) suivis par les situations d'accompagnement (13,7% et 15%), par les problèmes liés à une situation de divorce ou de séparation (11,4% et 9,4%) et les problèmes liés à une dépression (9% et 13,2%).

2.2.2.9. Nombre de séances.

Le nombre de séances par client varie entre 1 à 18 à Wiltz et entre 1 à 23 à Ettelbruck. La majorité des clients voient leur problématique améliorée après un nombre limité de séances (<10) (68,2% à Wiltz et 69,8% à Ettelbruck). Environ 20% sont des demandeurs à long terme, à problématique lourde et attachés par un engagement solide.

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



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

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

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

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

Le service Info-Social est accessible depuis juin 2000, du lundi au vendredi de 9h-12h et de 13h-17h. En 2003, les permanences ont été assurées par 27 travailleurs sociaux de la Ligue, des CMS de Differdange, Dudelange, Esch/Alzette, Ettelbruck, Grevenmacher et Luxembourg.

Outre les consultations internes de la banque de données, le service a reçu près de 1300 appels externes depuis sa création.

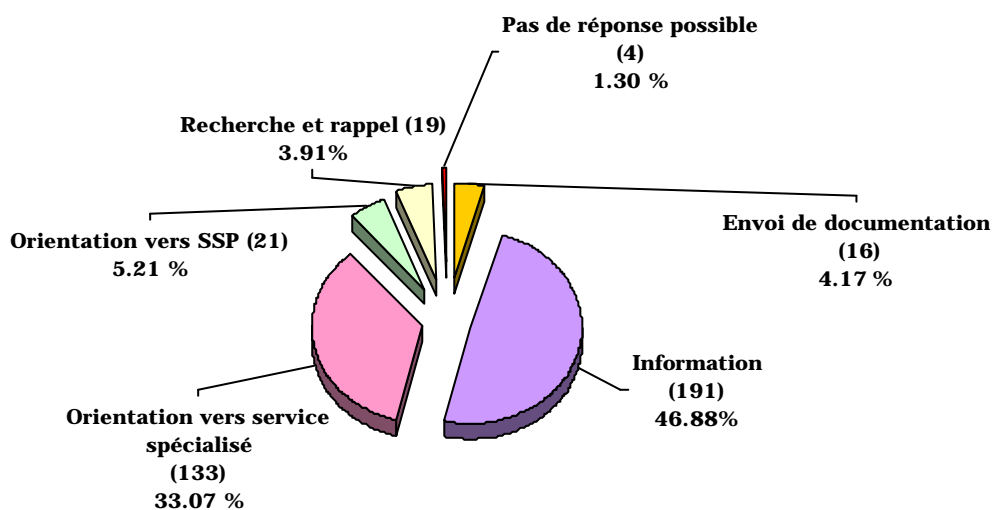
Quelques chiffres :

Le tableau ci-après reproduit, en pourcentage, les 384 appels reçus en 2003 pour chaque catégorie recensée. Nous constatons un accroissement par rapport à 2002 de 28%, preuve de l'utilité du service.

Sécurité sociale	13,54 %
Santé	12,50 %
Logement	7,29 %
Personnes âgées	3,65 %
Enfance	9,12 %
Famille	6,25 %
Justice	8,33 %
Travail	5,73 %

Indigences	12,24 %
Maternité	2,08 %
Femmes	4,69 %
Jeunesse	4,17 %
Etrangers	1,30 %
Education	5,21 %
Autres	3,91 %

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



Soulignons que près de 50 % des appels ont fait l'objet d'une simple information. Dans certains cas, les situations étaient plus complexes : près de 35 % des appels ont été orientés vers un service spécialisé et près de 5,5 % vers le Service Social de Proximité.

L'info-social préconise une réponse immédiate. Ce n'est que pour 9 % des appels qu'une recherche plus longue a été nécessaire (Recherche et rappel / Envoi de documentation).

Pour quatre appels aucune solution n'a pu être trouvée. L'analyse de ces appels permet d'orienter le développement des informations à enregistrer dans la base de données.

En guise de conclusion, il ressort des chiffres ci-dessus que les objectifs du service sont atteints. Il s'est établi comme référence et est devenu un précieux instrument tant pour les professionnels du social que pour tout citoyen qui cherche réponse à une question sociale.