

SOMMAIRE

| | |
|---|----|
| Sommaire | 1 |
| Préface | 3 |
| La Ligue Médico-Sociale | 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. Consultations pour Maladies Respiratoires | 19 |
| 2. Médecine Scolaire | 27 |
| 3. Prévention de la Santé de l'Enfant | 35 |
| 4. Prévention, Education et Promotion de la Santé | 36 |
| 5. Représentation et information du public | 39 |
| 6. Conclusions générales..... | 39 |
| Rapport sur les Services Sociaux..... | 41 |
| 1. Service d'Accompagnement Social | 41 |
| 2. Service Régional d'Action Sociale | 46 |
| 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..... | 53 |
| 3. Info-Social – Service d'information et de conseil par téléphone..... | 58 |
| Le Personnel..... | 61 |
| Annexes | 64 |
| 1. Services Médico-Sociaux..... | 65 |
| 2. Service National de Lutte contre le Surendettement..... | 67 |
| 3. Réflexions de la Ligue Médico-Sociale sur la Médecine scolaire..... | 69 |

PREFACE

Au cours de l'année 2004 nos collaborateurs médicaux, sociaux, administratifs et techniques se sont acquittés avec compétence et engagement de leurs multiples missions dans des domaines aussi divers que la santé publique, l'assistance sociale, le surendettement, la protection des mineurs et majeurs protégés, la médecine scolaire et préscolaire, les consultations pour nourrissons et jeunes enfants, l'éducation et la promotion de la santé.

La Ligue, un des premiers acteurs dans le domaine médico-social et social du pays, s'efforce à maintenir un haut niveau de qualification de son personnel et d'assurer une constante amélioration de ses structures de fonctionnement. Ainsi la Ligue a prêté une attention toute particulière à la formation continue de ses collaborateurs et a entamé un grand projet de remise à jour des procédures afin de garantir un service de qualité à ses usagers.

Devant une évolution démographique croissante et une population de plus en plus diversifiée, nous devons adapter continuellement notre travail médico-social et social aux enjeux et exigences d'aujourd'hui.

Tout en restant dans le cadre légal de nos missions, c'est avec flexibilité et professionnalisme que nous essayons de répondre au mieux à tous ces différents problèmes d'ordres médicaux, sociaux, relationnels, financiers, éducatifs et culturels auxquels nos collaborateurs se voient confrontés tous les jours.

Au nom du Conseil d'Administration je tiens à adresser mes sincères remerciements à tous nos collaborateurs des 12 centres médico-sociaux de la Ligue et de notre secrétariat général pour le travail accompli en 2004.

Mes remerciements s'adressent de même aux membres de notre Conseil d'Administration responsable 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 et de l'Intégration et à tous nos interlocuteurs des différents ministères qui nous ont apporté aide et conseil.

Merci aussi aux donateurs généreux qui au long de cette année nous ont permis d'apporter de l'aide dans de multiples situations de détresse dans notre pays.

Depuis 1908 au service de notre population, notre Ligue a pleinement saisi les nouveaux défis de la société actuelle auxquels elle s'efforce de répondre avec persévérance, transparence et motivation.

Luxembourg, le 15 avril 2005

Dr Jean GOEDERT
Président



LIGUE LUXEMBOURGEOISE DE PREVENTION ET D'ACTION MEDICO-SOCIALES

(ANC^T LIGUE CONTRE LA TUBERCULOSE)



La Ligue médico-sociale déplore la mort de Son Altesse Royale Joséphine-Charlotte qui a accordé depuis novembre 1986 Son haut patronage à notre oeuvre.

L'intérêt de la Grande-Duchesse pour nos activités et l'appui qu'Elle a bien voulu nous accorder nous a été plus que précieux.

Son soutien a encouragé tous ceux qui travaillent dans le cadre des diverses missions de la Ligue.

Nous garderons de Son Altesse Royale la Grande-Duchesse Joséphine-Charlotte un souvenir ému et inaltérable.

LA LIGUE MEDICO-SOCIALE

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 était placée sous le haut patronage de

Son Altesse Royale la Grande - Duchesse Charlotte.

De 1986 à 2005

la Ligue était placée sous le haut patronage de

**Son Altesse Royale la Grande - Duchesse Joséphine -
Charlotte.**

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 Ministre de la Santé, Luxembourg
Dr Robert MULLER, délégué des médecins, Esch/Alzette

LE CONSEIL DE SURVEILLANCE

M. Joseph LENTZ, secrétaire - trésorier de la CPFEC e.r., Niederanven
M. Albert PUNDEL, fonctionnaire e. r., Luxembourg
M. Edy BUCK, employé privé, Luxembourg

Le mandat de la première série élue pour la période de 2001-2004 est venu à échéance en date du 31 décembre 2004.

Cette série était composée comme suit:

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

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

Mme Colette FLESCHE, Dr. Nicole MAJERY et M. Guy de MUYSER ont accepté une prolongation de leur mandat pour une nouvelle période de 4 ans à partir de l'année 2005.

Dr Pierrette HUBERTY-KRAU, Dr Claude BOLLENDORFF, et Mme Christine DOERNER n'ont plus demandé un renouvellement de leur mandat.

Il appartiendra à l'assemblée générale ordinaire 2005 de procéder au renouvellement partiel du conseil d'administration pour la période de 2005 à 2008. L'élection des membres du conseil, des délégués et des suppléants peut se faire par acclamation, s'il ne s'élève pas d'opposition au sein de l'assemblée. Dans le cas contraire, l'élection aura lieu par scrutin secret et à la majorité relative des bulletins valables. En cas de partage, le plus âgé l'emporte.

La fonction d'administrateur au sein du conseil d'administration de la Ligue est incompatible avec celle de salarié de la Ligue.



Hommage à **Marc ZANUSSI**
Membre du conseil d'administration depuis 1991.

Cher Marc,

Tu nous as quittés le 24 juin 2004.

Nous te remercions pour ton engagement au sein de notre conseil d'administration.

Nous tenons en mémoire ton engagement assidu dans les domaines du surendettement et de la dyslexie.

Tu n'as pas hésité en tant qu'homme politique à prêter main forte et à porter nos messages dans ta commune et dans la Chambre des Députés.

Nous garderons de toi un souvenir reconnaissant et inaltérable.

RAPPORT D'ACTIVITE

RAPPORT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

La dernière assemblée générale s'est tenue le vendredi 26 mars 2004 à Grevenmacher.

Au cours de l'exercice écoulé le conseil d'administration a siégé à 7 reprises (14 janvier, 18 mars, 11 mai, 13 juin, 13 septembre, 24 novembre et 6 décembre) et en date du 14 décembre 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 2004 la Ligue comptait un effectif de 130 collaborateurs salariés.

DOSSIERS TRAITÉS

Contrats types pour vacataires et pour la mise à disposition de localités dans les centres médico-sociaux de la Ligue

Dans le cadre de ses nombreuses missions la Ligue a recours à des spécialistes externes (médecin, psychologue, assistant sociale, diététicienne, ...) qui viennent parfaire les équipes de la Ligue pour assurer les différentes activités de la Ligue (consultations pour nourrissons et jeunes enfants, médecine scolaire, éducation et promotion de la santé, consultations pour maladies respiratoires, Gesond Liewen, ...)

Afin de formaliser de façon contractuelle la relation de ces collaborateurs vacataires avec la Ligue le conseil a validé un contrat type uniforme qui règle cette coopération.

Ce contrat précise notamment qu'il n'existe aucun lien de subordination, que la mission que le collaborateur a accepté s'exécute selon le cadre et les procédures prescrites par la Ligue et clarifie la situation en matière de responsabilité professionnelle.

Dans le même ordre d'idées un contrat type a été élaboré pour la mise à disposition de localités dans les Centres Médico-Sociaux (CMS) de la Ligue dont profitent de nombreuses autres associations.

Le conseil a examiné l'avant-projet d'un « **Centre d'éducation respiratoire** » offrant éducation respiratoire et conseils d'apprentissage pour les asthmatiques et insuffisants respiratoires. Le service s'adresserait à des personnes atteintes de maladies chroniques respiratoires et de leurs séquelles asthme, emphysème, bronchite chronique, sarcoïdose, silicose etc. Le conseil a demandé de revoir cet avant-projet pour qu'il s'inscrive mieux dans le cadre des missions de la Ligue, à savoir "prendre des mesures appropriées dans l'intérêt de la prévention, du dépistage et de la surveillance des maladies invalidantes chroniques ..." et mettre l'accent sur la complémentarité avec la médecine libérale.

Vaccination d'urgence en cas de catastrophe

La Ligue a continué sa collaboration à la mise en place d'un dispositif d'urgence pour la population de notre pays pour le cas où une opération de vaccination urgente et massive devenait nécessaire.

Application informatique

La nouvelle application informatique pour les consultations pour maladies respiratoires a pris un nouveau retard en raison de difficultés conceptuelles rencontrées par le développeur.

Remplacement progressif des installations radiologiques en place à Esch/Alzette, Luxembourg et Ettelbruck

La Ligue a 3 installations radiologiques en activité dans le cadre de ses consultations pour maladies respiratoires. L'autorisation d'exploitation pour ces appareils venant à échéance en quelques années la Ligue a procédé à un audit de ces installations en vue d'une extension de l'agrément d'exploitation en attendant leur remplacement.

A la date du 14 décembre la Ligue a rencontré son ministre de tutelle pour un échange de vues sur ses activités. A cette occasion les points suivants ont été abordés plus particulièrement:

- ◆ régularisation de certains postes promis depuis 1999
- ◆ renforcement du personnel en agents de la qualité d'infirmière en pédiatrie pour tenir compte de la disparition de la formation de l'assistante d'hygiène sociale
- ◆ extension des moyens financiers mis à disposition de la Ligue pour ses activités de promotion et d'éducation à la santé:
 - consultations pour nourrissons et jeunes enfants
 - actions dans les écoles et entreprises
- ◆ participation plus substantielle aux frais de fonctionnement;
- ◆ formation de l'infirmière en santé communautaire
- ◆ agrément de la Ligue comme Centre de formation en matière de promotion de la santé

La médecine scolaire

La médecine scolaire est un important terrain d'action pour la Ligue. Elle assure cette activité depuis longue date dans la plupart des communes de notre pays (114) et examine chaque année près de 32 000 élèves. Ce chiffre reflète l'envergure de cette intervention et positionne la Ligue comme premier acteur dans ce domaine préventif important. Le cadre de mission du personnel de la Ligue est défini par la loi sur la médecine scolaire. Le conseil d'administration de la Ligue a salué l'initiative récente du ministre de la santé d'instaurer un groupe de concertation pour examiner le fonctionnement et les objectifs de la médecine scolaire. En préparation des travaux de ce groupe de travail la Ligue a jugé utile de développer ses réflexions sur le sujet de la médecine scolaire dans un document et de les remettre au ministre de la santé avant le début des travaux du groupe. (Annexe)

Dans l'intérêt d'une normalisation et pour apporter plus de transparence dans son volet d'activité service social en médecine scolaire le conseil a validé un recueil de procédures portant sur :

- l'admission et l'établissement du dossier social
- la procédure statistique
- la procédure de signalement d'enfants en danger à la justice

Relevons enfin l'accord de la Ligue pour la réalisation par son personnel, en dehors du cadre d'activités normal, en collaboration avec le ministère de la santé, des tests biométriques dans l'intérêt d'une enquête sur la motricité organisée par le Script.

Médecine scolaire dans les écoles privées Ville de Luxembourg

Le projet de collaboration avec la Ville de Luxembourg pour l'organisation de la médecine scolaire dans les écoles privées implantées sur le territoire de la Ville de Luxembourg entamé en 2003 avance à la grande satisfaction des deux partenaires.

Ce projet a permis à la Ligue de mettre en application ses vues en matière de qualité dans le domaine de la médecine scolaire.

Avec le concours de 4 médecins la Ligue organise une médecine scolaire qui met l'accent sur une disponibilité plus grande des différents intervenants (médecin, infirmière en pédiatrie, assistante sociale) tant lors des examens que par après pour être à l'écoute et dans le dialogue avec les parents et les enseignants.

Protection des personnes à l'égard du traitement des données à caractère personnel

La Ligue est soucieuse de respecter la confiance que les personnes suivies par ses services lui témoignent.

La Ligue s'est vue confrontée à une demande d'information au sujet de personnes qui sont suivies par un de ses services.

Cette demande soulevait une question de principe, à savoir la licéité d'une demande de communication de renseignements au regard des conditions stipulées à l'article 5 de la loi du 2 août 2002.

Le conseil a décidé que même en admettant qu'une demande entre dans l'un des cas de figure énoncés à l'article 5 de cette loi, il y a lieu néanmoins d'examiner si une communication de renseignement qui constitue une ingérence dans la vie privée des personnes suivies est justifiée au regard de l'article 8 §2 de la Convention européenne des droits de l'homme.

Renforcement en Médecine scolaire

Vu les difficultés rencontrées dans l'organisation de la médecine scolaire en raison du défaut d'agents de la qualification d'assistant d'hygiène sociale le conseil d'administration a décidé d'examiner les possibilités à quel degré il serait possible d'impliquer les assistants sociaux dans la réalisation du volet actuellement assuré par les assistants d'hygiène sociale et les infirmières dans les examens systématiques de la médecine scolaire.

Service des Mineurs et Majeurs Protégés

Au cours de 2004 la Ligue a consacré beaucoup d'énergie dans le développement de son service pour mineurs et majeurs protégés.

Ainsi la commission consultative pour mineurs et majeurs protégés instaurée au sein du conseil d'administration pour décider de l'acceptation d'une mesure à caractère de gestion (gestion volontaire, curatelle, tutelle, ...) par la Ligue a admis en 2004 une centaine de personnes dans son dispositif de gestion financière. Gérer au quotidien, en milieu ouvert un tel lot de dossiers avec une équipe très réduite demande un engagement important tant du personnel en charge de la gestion quotidienne que du conseil en ce qui concerne les aspects légaux des démarches.

Création d'une agence immobilière sociale

Le conseil a examiné la question de principe s'il était intéressant pour la Ligue de se lancer activement, à elle seule, dans la création d'une agence immobilière sociale à l'instar d'une initiative qui est en place chez nos voisins belges à Arlon. Cette démarche permettrait aux travailleurs sociaux de la Ligue de disposer plus facilement d'un logement pour leurs clients et d'avoir ainsi un instrument supplémentaire pour les stabiliser dans le cadre d'un accompagnement social.

Le conseil est arrivé à la conclusion qu'une telle initiative est excellente mais ne fait sens que si elle est réalisée de façon très conséquente avec des moyens et des ressources adéquates. Ainsi il a été décidé de continuer à participer à une plate-forme comprenant plusieurs associations travaillant dans le domaine social en vue de la création d'une telle structure au niveau national.

Horaire mobile

En collaboration avec la délégation du personnel les modalités en matière d'horaire mobile ont été finalisées.

Le conseil estime que dans ce domaine il doit soutenir les solutions qui permettent à ses employés de concilier vie de famille et activité professionnelle sans pour autant mettre en péril le bon fonctionnement du service. Il désire rester un précurseur dans ce domaine.

Frais de route

Vu les grandes exigences en matière de mobilité de son personnel le poste frais de route est une dépense importante pour la Ligue. Seulement une partie de ces coûts peuvent être récupérés par le biais des conventions.

Toutefois, afin d'appliquer des modalités uniformes et de se conformer aux instructions des ministères la Ligue a décidé de mettre en application la note du 18 décembre 2003 du ministre d'Etat pour le personnel en mission auprès de l'Etat.

Dans ce contexte il faut relever les difficultés que rencontre notre personnel dans l'exercice de ses fonctions suite à l'introduction du parking payant qui génère une dépense supplémentaire. Une solution satisfaisante n'a pas encore été trouvée.

Donateurs

Le conseil décide de mettre en place un tableau d'honneur pour remercier les personnes qui ont fait un don important à la Ligue.

ORGANISATION

Remplacement du poste de l'assistant social de circonscription Nord

Madame Marianne BEGUE-POECKES a été désignée à la succession de M. Jean-Paul SCHAAF. Elle est entrée en fonction le 1^{er} octobre 2004.

Réorganisation des secteurs dans le cadre du service médico-social

Suite à différents changements au sein du personnel, à des changements démographiques et dans l'intérêt d'une meilleure organisation de la médecine scolaire une réorganisation des secteurs était devenue nécessaire.

Ce réagencement a permis un bon encadrement des nouveaux collaborateurs, une mise à profit de l'expérience sur des terrains difficiles et une réduction du temps et des frais de déplacement.

Renforcement du Secrétariat Général

La Ligue est à l'heure actuelle le premier employeur du pays dans le domaine social et médico-social.

Pour souligner le développement impressionnant de la Ligue au cours des 25 dernières années relevons :

En 1986 la Ligue comptait un effectif de 78 collaborateurs, dont 27 salariés

En 2004 la Ligue compte près de 150 collaborateurs, dont 130 salariés

En 1986 la Ligue était propriétaire de 4 bâtiments

En 2004 elle gère 14 bâtiments dont 8 où elle est le propriétaire

A cet effet le conseil d'administration a décidé de renforcer le secrétariat général par l'engagement à temps plein de Mme Monique LESCH-RODESCH.

En outre un agent technique a été engagé pour s'occuper plus particulièrement des travaux d'entretien des bâtiments et des installations techniques.

Personnel

La Ligue déplore le décès de son employée Nicole HEINRICY, infirmière au Centre médico-social Ettelbruck, décédée le 10 février 2004 à l'âge de 55 ans.

LES CENTRES MEDICO-SOCIAUX

Travaux

Le conseil a approuvé un certain nombre d'investissements

- installation de climatisation au siège pour le local serveur;
- remise en état d'appartements aux CMS de Wiltz et Echternach;
- informatisation des CMS de Differdange et de Redange ;
- travaux de mise en sécurité du réseau informatique ;

- acquisition d'une petite parcelle de la copropriété « Résidence EMPEREUR » permettant ainsi de relier les deux surfaces de bureau au siège de la Ligue ;
- actualisation partielle du parc informatique ;
- aménagement de la cour intérieure et rénovation du 3^e étage au CMS Luxembourg ;
- remplacement de l'ascenseur, remise en peinture, mise à niveau de tout le réseau électrique haute tension et basse tension et installation d'une climatisation dans le local informatique au CMS Ettelbruck ;
- réparations importantes au chauffage du CMS Grevenmacher
- mise en sécurité des bâtiments.

MANIFESTATIONS

Collecte Fleur Prince Jean 2004

La campagne de vente s'est déroulée du 7 au 28 juin 2004. La fleurette était mise en vente avec un dépliant énumérant les multiples champs d'intervention de la Ligue. Cette initiative a trouvé une très bonne réaction de la part du public et a permis de recueillir la somme de 39 275,66 Euros en dons.

Journée EUROMELANOME

En 2004, la Ligue a contribué à la date du 10 mai 2004 à la Journée EUROMELANOME par la mise à disposition de 5 salles d'examen dans les centres de Luxembourg, Esch/Alzette et Ettelbruck 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^e du Lycée Technique des Arts et Métiers.

Salon de l'Enfant 2004

Du 18 au 26 octobre, dans le cadre de 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 le bien-être des enfants et plus particulièrement l'alimentation équilibrée. 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. A cette occasion le ministère de la santé a publié avec notre concours une brochure portant sur le sujet. Le conseil tient à remercier ses collaborateurs pour leur disponibilité.

95 dessins d'enfants ont été primés à l'occasion du concours dessin portant le sujet « Un petit déjeuner équilibré ».

Participation à la **journée mondiale contre la tuberculose** le 24 mars 2004.

Participation à l'assemblée générale de l'UICTMR (Union internationale contre la tuberculose et les maladies respiratoires) à Paris en novembre 2004.

Banque Alimentaire

En 2004 la Ligue a pu distribuer 1249 colis alimentaires à des familles nécessiteuses qui sont suivies par un travailleur social de la Ligue. Nous tenons à remercier la banque alimentaire et les volontaires de l'Amiperas section « Lëtzebuerg-Stad » qui par leur engagement désintéressé rendent possible cette initiative en faveur des plus démunis.

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 2004.

Conformément aux dispositions de l'article 16 du statut modifié de la Ligue, le conseil de surveillance confirmé par l'assemblée générale ordinaire du 26 mars 2004 a procédé le 11 avril 2005 au contrôle des opérations comptables effectuées par le trésorier de la Ligue pendant l'exercice 2004 au contrôle du bilan de la Ligue arrêté au 31 décembre 2004.

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

Ont participé au contrôle dont question:

- Monsieur Joseph LENTZ, secrétaire - trésorier de la caisse de prévoyance des fonctionnaires et employés communaux e.r., Niederanven ;
- Monsieur 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 2004 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 2005 d'approuver le bilan 2004 de la Ligue luxembourgeoise de Prévention et d'Action médico-sociales.

Luxembourg, le 11 avril 2005

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 modifiée du 19 mars 1910.

Par le biais de son Service Médico-Social (SMS) la Ligue assume différentes missions, à savoir la lutte contre la tuberculose (TB) et les consultations pour maladies respiratoires, la médecine scolaire (MS), la prévention de la santé de l'enfant (CN) et l'éducation et la promotion de la santé (EPS).

L'année 2004 a été marquée par une réorganisation des services pour maladies respiratoires au niveau national, par la progression des interventions d'éducation et de promotion de la santé dans le cadre de la médecine scolaire dans les écoles primaires et préscolaires et par la concrétisation des visites en maternité dans le cadre de la prévention de la santé de l'enfant.

1. 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'examens systématiques et/ou légaux (embauche dans la fonction publique ou les collectivités, médecine du travail, examen prénuptial, 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 et ainsi d'interrompre la chaîne de transmission de la maladie.

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

1.1.1.1. Examens de dépistage de la TB

La Ligue exerce cette activité sous le contrôle de la Direction de la Santé et en collaboration avec d'autres institutions concernées. Les objectifs prioritaires sont le dépistage et la prévention de la TB parmi les populations exposées ou 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 évolutifs réguliers auprès des anciens malades.

L'objectif est dans ce cas de dépister la survenue d'éventuelles rechutes ou récurrences, de contrôler l'apparition d'éventuelles séquelles 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 dans les locaux d'une collectivité. Ainsi une équipe compétente peut être amenée, par exemple, à se déplacer dans une école ou une entreprise.

Cette pratique permet d'une part d'éviter l'engorgement des séances de consultations dans les Centres médico-sociaux (CMS) et d'autre part de ne pas perturber le fonctionnement normal de ces collectivités.

Par contre, elle demande une organisation plus stricte, 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.).

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 qu'on lui notifie et auxquelles elle attribue un code spécifique.

Les primo-infections latentes (A/1) 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 (A/2) 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 (A/III) ou respiratoires (A/IV) qui sont habituellement les plus contagieuses, les atteintes pleurales (A/II), les formes extra thoraciques (B) osseuse, urinaire, cutanée, méningée ou ganglionnaire faiblement contagieuses, et les formes généralisées (C) qui sont très rares.

Le rôle spécifique de la Ligue dans la lutte antituberculeuse réside dans le dépistage des infections et primo-infections latentes (A/1) qui ne font pas l'objet d'une obligation de déclaration de maladie transmissible auprès du Ministère. Ce rôle préventif primordial vient aussi 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 assure ainsi à la surveillance de la tuberculose sur le territoire national.

Il faut donc insister sur la mise en évidence par la Ligue en 2004 de 94 "virages" tuberculoniques documentés ou d'infections tuberculeuses latentes.

Les personnes récemment infectées sont alors dirigées vers le médecin de leur choix pour la mise en route d'un traitement préventif afin d'éviter le passage à 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 en 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 les consultants font l'objet d'une attention particulière quant au dépistage et à la prévention des maladies respiratoires chroniques.

De plus notre institution 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 broncho-pulmonaire, 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 de proximité gratuit.

Au terme de la consultation pour maladies respiratoires un diagnostic est notifié. Ainsi les pathologies d'origine tuberculeuse et les affections non tuberculeuses sont bien différenciées et peuvent faire l'objet d'évaluations statistiques et épidémiologiques. (Se reporter au chapitre 1.4.).

1.2. Les données générales

1.2.1. Organisation des consultations pour maladies respiratoires

1.2.1.1. Sites et équipes médicales

Début 2004 les appareillages radiologiques d'Echternach, Dudelange, Wiltz et Redange ont été supprimés et dorénavant il n'existe plus qu'un seul site de consultations par circonscription. Ainsi, les équipes professionnelles de la Ligue effectuent gratuitement des tests tuberculiques, des radiographies thoraciques et prodiguent des conseils dans les 3 CMS suivants:

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

1.2.1.2. Déroulement des consultations

Les modalités et le déroulement de la consultation sont 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. Si l'ATM de radiologie est sollicité, il 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. Puis dans la majorité des cas le médecin 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.

En dernier lieu un rapport médical des actes effectués est adressé au médecin prescripteur ou correspondant par les secrétaires.

1.2.2. La population cible

La population du Grand-Duché, au 1^{er} janvier 2004 était estimée à 451 600 habitants. Elle est en constante augmentation. La population s'accroît d'environ 1% par an. Enfin, la proportion de résidents étrangers a progressé, passant successivement de 26,3% en 1981 à 29,4% en 1991 puis à 38,6% en 2004 de la population totale.

Il s'agit, dans la grande majorité des cas, de ressortissants des pays de l'U.E. La plus forte communauté est portugaise et représente, à ce jour, plus de 36% des étrangers résidant sur le territoire national soit 14% de la population totale (8% en 1981).

Les résidents originaires de pays n'appartenant pas à l'U.E. représente 14,6% des étrangers résidants sur le territoire et leur proportion est actuellement stable.

Enfin, la Ligue constate que le nombre de réfugiés accueillis en 2004 sur le territoire national est resté élevé. Sur le seul CMS de Luxembourg l'on a dénombré 851 réfugiés (contre 1035 en 2003) ayant bénéficié d'un examen de dépistage à l'occasion de leur entrée sur le territoire.

Fait remarquable plus de la moitié de ceux-ci sont en provenance de pays d'Afrique noire.

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

1.3. Activité des consultations pour TB et maladies respiratoires

Au niveau national les principaux chiffres enregistrés en 2004 sont:

| | |
|---------------|--|
| 17 808 | consultants |
| 783 | séances de consultations assurées |
| 6 004 | examens radiologiques réalisés |
| 9 854 | tests tuberculiques effectués |
| 15 009 | rapports médicaux rédigés |
| 71 | démarches pour dossiers TB ont été effectuées par les professionnels |

L'activité globale de la Ligue, au cours de l'exercice 2004, reste à un niveau élevé.

La fréquentation des consultations et le nombre de radiographies effectuées sont en légère progression et les autres critères d'activité n'ont pas connu de modification significative dans leur évolution comme nous allons le détailler ci-après.

1.3.1. Evolution de l'activité nationale

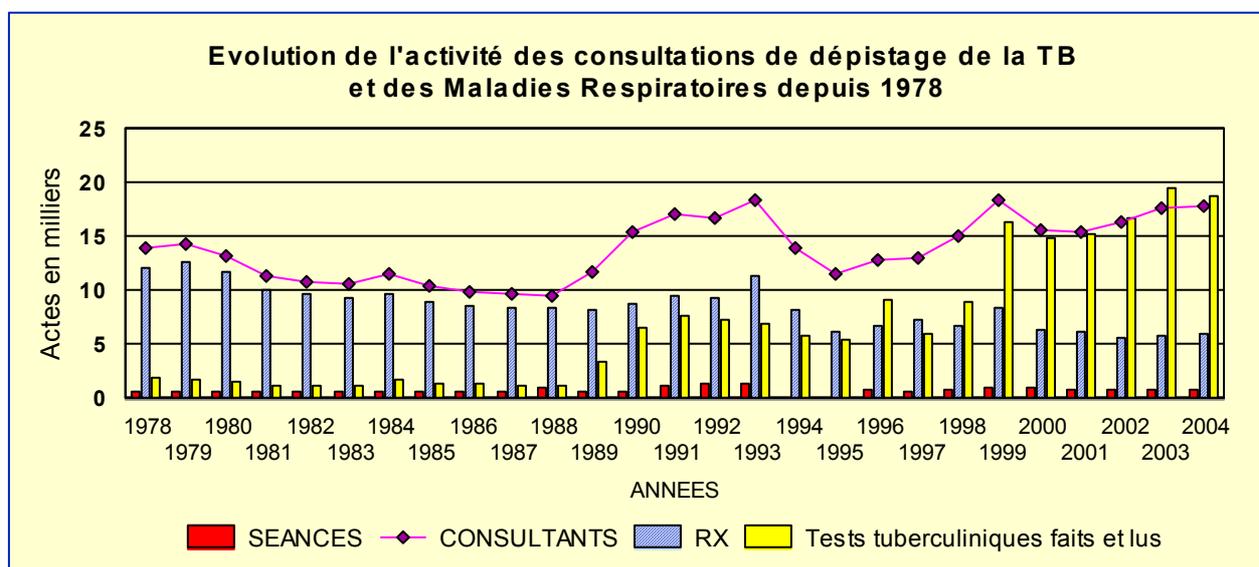
Le principal moteur de l'activité est la fréquentation des CMS par la population. Elle conditionne directement le nombre d'actes, de tout ordre, effectués.

Le nombre de consultants a légèrement augmenté (+ 0,72%) par rapport à 2003.

Au total **18735 tests tuberculiques** ont été faits ou lus par le personnel, ce qui représente une régression modérée de **- 4,45%** par rapport à 2003.

Le nombre d'examen radiologiques pratiqués est en légère progression (+ 5,11%) par rapport à l'an dernier.

Le graphique présenté ci-après regroupe les principaux critères d'activité enregistrés ces 25 dernières années.



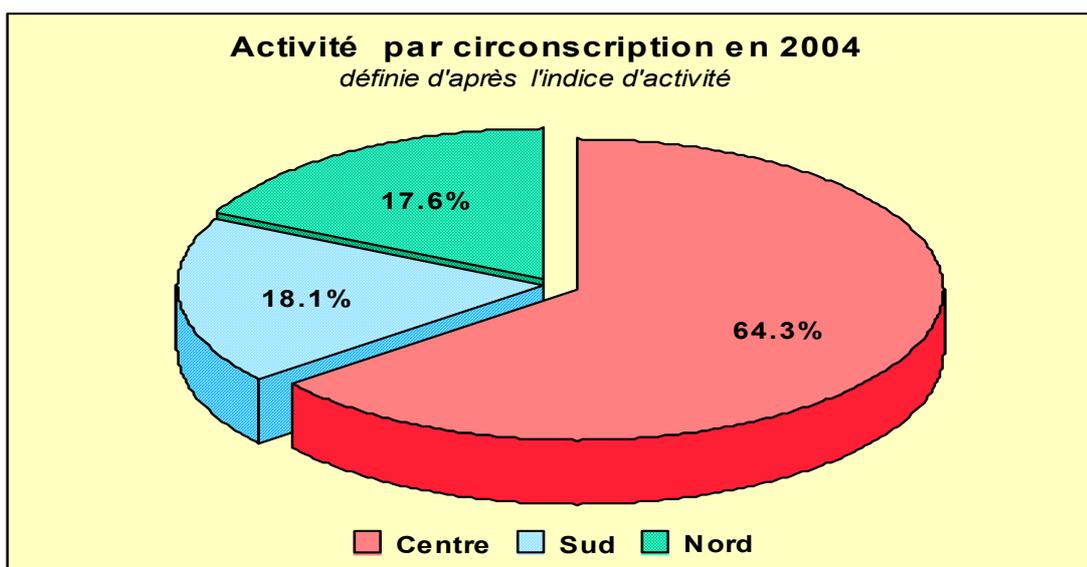
L'évolution démographique et les flux migratoires, influent sur la fréquentation des centres et sur leur activité et maintiennent une forte activité depuis plusieurs années.

De plus en 2004, deux faits conjoncturels sont venus gonfler la fréquentation de nos services. Il s'agit d'une part de l'entrée des dix nouveaux pays membres dans l'U.E. et d'autre part de la présidence à la C.E. du Luxembourg au 1^{er} janvier 2005 qui ont influé sur le nombre des embauches institutionnelles.

1.3.2. Répartition de l'activité

L'activité nationale se répartit sur les 3 sites de circonscription.

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



Le CMS de Luxembourg-ville (pour le Centre) réalise l'essentiel de l'activité totale de la Ligue (64,3%). Les CMS d'Esch (pour le Sud) et d'Ettelbruck (pour le Nord) ont un volume d'activité très voisin et réalisent à eux deux plus du tiers de l'activité nationale.

1.3.3. Evolution de l'activité nationale et par circonscription

Globalement l'activité nationale a discrètement diminué (- 0,17%). L'on observe un léger tassement au Nord (-0,65%), probablement imputable à la fermeture de 3 sites (Wiltz, Redange, Echternach), ainsi qu'au Centre (-1%) alors que l'on enregistre une progression sensible dans le Sud (+ 3,3%).

1.3.3.1. Nord: CMS d'Ettelbruck

Depuis janvier 2004, suite à la fermeture des trois centres cités plus haut, l'activité de la circonscription Nord s'évalue par celle du CMS d'Ettelbruck. En contrepartie des clôtures citées plus haut une séance de consultations a été créée à Ettelbruck le mercredi matin.

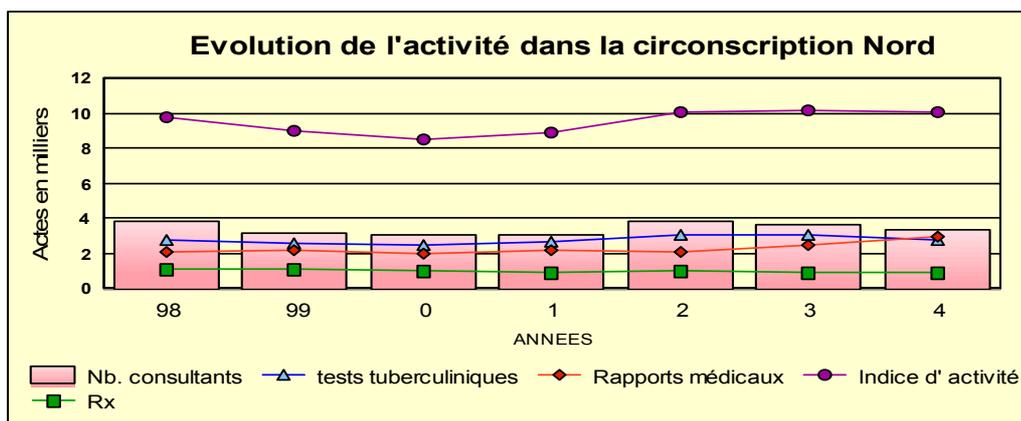
Nous avons comptabilisé en 2004 au CMS d'Ettelbruck et pour la circonscription Nord:

| | |
|-------|---|
| 128 | séances |
| 3 405 | consultants |
| 957 | radiographies |
| 1 611 | tests effectués |
| 1 140 | tests lus |
| 2 997 | rapports rédigés |
| 43 | nouveaux cas d'infection tuberculeuse latente (A11) |

La fréquentation dans cette région est encore en léger retrait (-6,45%) ainsi que le nombre de radiographies pratiquées (-10%) alors que les rapports médicaux rédigés sont en augmentation (+19%). Cela est dû essentiellement à l'éloignement des visiteurs du site des consultations.

L'on remarque en exemple significatif que cette circonscription enregistre le plus faible taux de lecture des tests tuberculiques (70%). En effet 30% des personnes testées font lire le test tuberculique par leur médecin traitant contre seulement 9% dans les autres régions.

Globalement dans le Nord l'indice d'activité a discrètement régressé (-0,65%) et les différents paramètres sont résumés dans le schéma ci-dessous



1.3.3.2. Centre: CMS de Luxembourg

Luxembourg est la plus grande agglomération urbaine du pays.

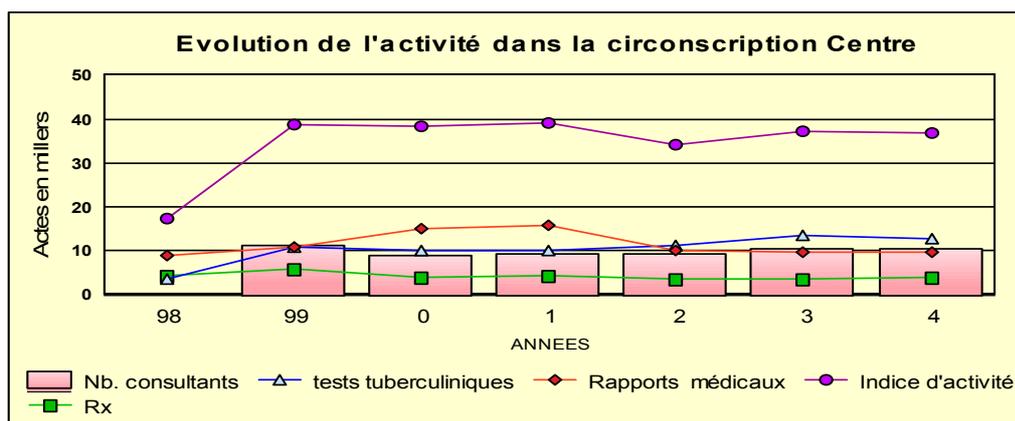
Le CMS de Luxembourg offre une large disponibilité avec 6 consultations radiologiques accessibles 5 jours / 7. Il s'agit là d'un attrait primordial pour les usagers. Tous ces éléments favorisent une fréquentation importante de ce CMS qui est le seul site opérationnel de la circonscription Centre.

En 2004 la séance de consultations du mercredi matin a été transférée sur le lundi matin et 3 séances de l'après-midi ont été prolongées d'une demi-heure.

Les données recueillies en 2004 pour cette circonscription sont les suivantes:

| | |
|--------|---|
| 298 | séances radiologiques |
| 10 478 | consultants |
| 3 864 | radiographies |
| 6 614 | tests effectués |
| 6 245 | tests lus |
| 9 805 | rapports rédigés |
| 9 | nouveaux cas d'infection tuberculeuse latente (A11) |

Le nombre de tests tuberculiques est le seul critère à avoir régressé (- 5,7%) ce qui entraîne une très légère diminution de l'indice d'activité (- 1%) de cette région. La charge de travail de l'ensemble du personnel de la consultation TB y reste élevée et est quasi stable par rapport à 2003 comme nous l'avons vu.



1.3.3.3. Sud: CMS d'Esch / Alzette

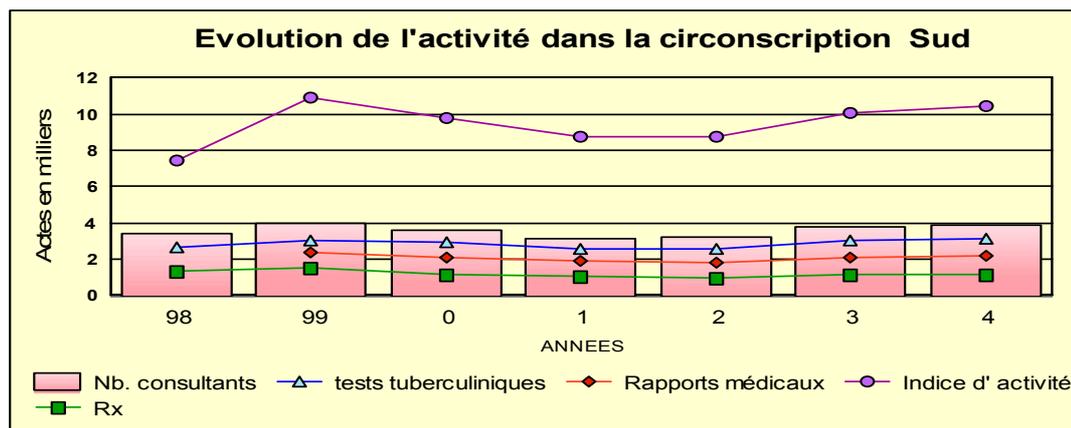
L'activité TB du CMS de Dudelange a cessé début 2004. En contre partie une nouvelle consultation a été ouverte à Esch le jeudi, portant à 4 le nombre de séances hebdomadaires pour ce site.

De la même manière, l'activité à Esch en 2004 s'évalue ainsi:

| | |
|-------|---|
| 199 | séances |
| 3 925 | consultants |
| 1 183 | radiographies |
| 1 629 | tests effectués |
| 1 496 | tests lus |
| 2 207 | rapports rédigés |
| 42 | nouveaux cas d'infection tuberculeuse latente (A11) |

Depuis l'an dernier l'indice d'activité de cette région a encore progressé (+ 3,3%) notamment en raison de l'accroissement de la fréquentation.

Les critères d'activité sont regroupés dans le schéma ci-dessous.



1.4. Bilan épidémiologique et interprétation des résultats

En terme de prévalence (anciens et nouveaux cas), en 2004, **parmi les 6004 radiographies effectuées, 1 132 clichés (18,9%) présentaient une anomalie.**

En terme d'incidence (nouveaux cas), **468 anomalies radiologiques ont été "nouvellement" notifiées en 2004, soit 7,8% de l'ensemble des clichés effectués.**

1.4.1. Affections non tuberculeuses

Parmi ces 468 nouveaux cas, l'on dénombre **369 anomalies radiologiques qui ne sont pas en rapport avec une affection tuberculeuse** soit 6,1% des clichés réalisés et interprétés **dont 143 situations** (2,4%) nécessitent soit un contrôle soit un complément de bilan par l'intermédiaire du médecin traitant ou prescripteur.

Toutefois, signalons que beaucoup d'affections respiratoires courantes, bénignes ou sans retentissement médical ou fonctionnel ne sont pas systématiquement encodées par le médecin. Elles font l'objet le plus souvent d'une simple information auprès du patient. Cette sous-notification est, par exemple, manifeste pour les pathologies broncho-pulmonaires chroniques (BPCO) alors qu'il s'agit dans la pratique d'affections fréquentes. Ceci est préjudiciable dans le cas présent à l'évaluation des méfaits du tabac sur la population.

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.

Un gros effort de notification est à faire par les médecins intervenants lors des consultations.

1.4.2. Affections en rapport avec une tuberculose

Au cours de l'année 2004, parmi les anomalies radio-cliniques diagnostiquées 193 étaient en rapport avec une affection tuberculeuse.

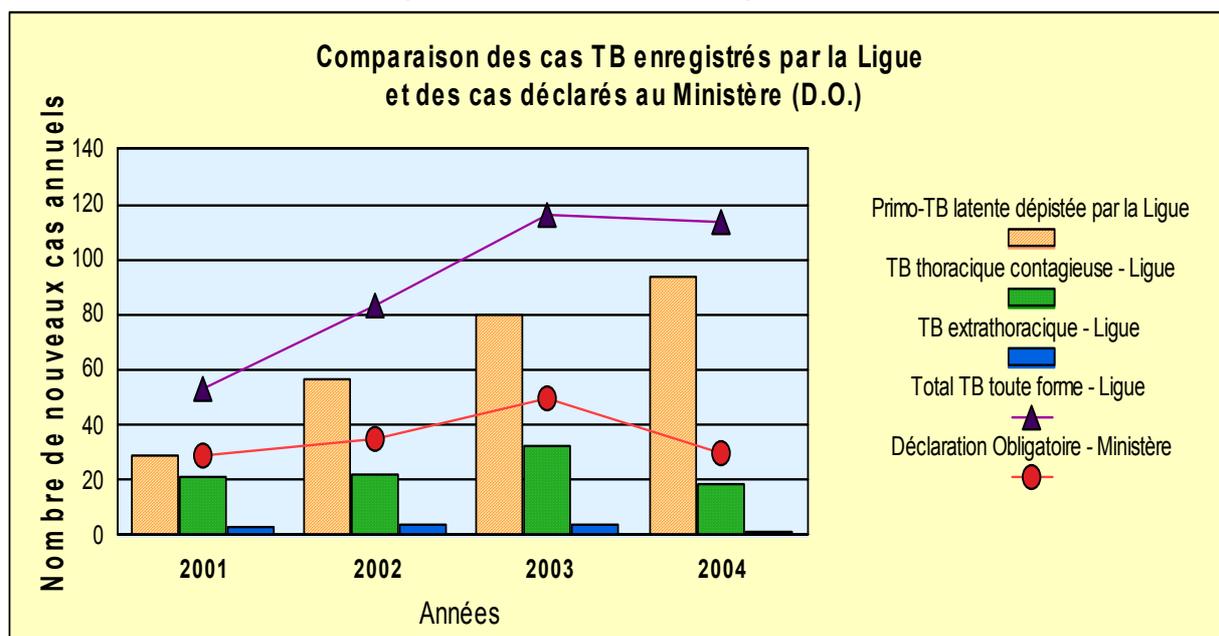
En 2004, la Ligue a relevé **114 nouveaux cas d'affection tuberculeuse, toutes formes confondues** (se reporter au chapitre 1.1.1.3.).

Le nombre d'**infections tuberculeuses latentes dépistées par la Ligue**, avec **94 nouveaux cas** enregistrés en 2004, **continue de progresser** (80 en 2003 et 60 en 2002).

Enfin, l'on comptabilise 19 tuberculoses potentiellement contagieuses (contre 37 en 2003).

Parallèlement, en 2004, le Ministère de la Santé et l'inspection sanitaire ont recensé 30 cas déclarés de TB (toutes formes confondues) dont 24 formes pulmonaires exclusives.

L'ensemble de ces données comparatives et évolutives est représenté dans le schéma ci-dessous.



Ce graphique corrobore les remarques faites au chapitre 1.1.1.3. quant à la complémentarité des données de la Ligue et du Ministère de la Santé et quant au rôle de la Ligue.

Ainsi 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 trois facteurs essentiels:

- L'accent mis sur le dépistage des infections tuberculeuses latentes conformément aux recommandations du Conseil Supérieur d'Hygiène.
- La recherche rigoureuse, lors de tout contact TB, d'une éventuelle infection tuberculeuse par la systématisation du test tuberculinique
- L'augmentation de la fréquentation des consultations TB notamment par l'afflux de migrants (voir chapitre 1.2.2.)

Le taux d'incidence de la TB au Luxembourg (6,6 cas pour 100 000 habitants en 2004) est inférieur à la moyenne de l'Europe de l'Ouest (12,4 cas pour 100 000 habitants en 2001) et fait apparaître une forte proportion de cas de tuberculose dite « importée » comme dans le reste de l'Europe de l'Ouest (35,3% en 2001).

En effet, sur le territoire national l'on constate (sources: Direction de la Santé) une prépondérance de cas de TB survenant chez des étrangers (73% des cas) par rapport aux nationaux (24% des cas). Ce sont pour plus des ¾ des malades jeunes âgés de 18 à 45 ans.

Il faut intégrer ces notions dans les pratiques et modalités du dépistage et essayer de prévenir la maladie dans ces groupes à risque en agissant aussi sur leurs conditions de vie.

Il faut tenir compte de ces paramètres pour la prévision de l'évolution de la TB dans notre pays.

1.5. Conclusion

Au Luxembourg la tuberculose n'est pas éradiquée mais son incidence est relativement stable et faible. Les difficultés socio-économiques, les inégalités, les modifications des modes de vie (échanges internationaux, etc.), l'augmentation des flux migratoires et l'accroissement des populations à risque sont les principales causes de la persistance de la maladie.

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, des structures centralisées et une constante vigilance.

La Ligue a recentré ses ressources pour faire face à cette situation et pour répondre aux demandes et aux croissantes exigences de qualité.

2. Médecine Scolaire

La médecine scolaire au sein des écoles primaires et préscolaires est l'autre volet important du domaine d'activité de la Ligue Médico-Sociale qui offre actuellement ses services en la matière. Conformément à la loi du 2 décembre 1987 sur la médecine scolaire elle assure dans la plupart des communes du pays la médecine scolaire (MS) (31 853 élèves).

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 médecine scolaire, la mission du travailleur social revient à prendre en charge les "*problèmes sociaux*" des enfants scolarisés. En cela, il réalise la vision holistique de l'Organisation Mondiale de la Santé, qui définit la santé comme un bien-être complet, physique, psychique et social. Le travail social fait sien cette vision globale de l'OMS et définit son domaine d'intervention comme suit:

Il s'agit de personnes, d'individus faisant partie de systèmes sociaux (l'enfant scolarisé p.ex.), ou bien de systèmes sociaux composés d'individus (la famille, la communauté scolaire, ...), présentant de manière potentielle ou réelle des problèmes d'ordre social et/ou individuel.

Ces problèmes se manifestent simultanément et à plus ou moins long terme aux niveaux:

- biologique (par ex.: handicap physique, maladie);
- psychique (par ex.: maladies psychiques, déficience des compétences cognitives, comportement incompatible avec le rôle de l'individu);
- socio-écologique (par ex.: nuisances dans le logement, sur le lieu de travail, manque d'infrastructure sanitaire et de formation);
- social et économique (par ex.: manque d'argent, de logement, de formation reconnue, chômage, problèmes relationnels, dépendances illégales) et;
- culturel (par ex.: ignorance des valeurs et normes sociales, méconnaissance d'une langue étrangère, analphabétisme structurel, religion);

Les personnes concernées ne disposent pas des ressources nécessaires pour atténuer ou résoudre seuls les problèmes existants et pour éviter de nouveaux problèmes.

Partant de cette définition, la Ligue médico-sociale a élaboré un concept spécifique de service social en médecine scolaire (cf. rapport d'activité de 2002/2003).

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

Les tests biométriques annuels (*ts*) sont effectués par l'AHS ou l'infirmier(ère) de la Ligue.

Ce même personnel assiste le médecin scolaire lors des examens médicaux systématiques (*ems*) de 3^e et 5^e primaire et lors des bilans de santé (*bs*) de 1^{re} préscolaire et des 1^{re} et 6^e primaire.

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

En parallèle de ces examens légaux, et conformément à ses objectifs, la Ligue a poursuivi en 2004 son programme d'éducation et de promotion de la santé dans le cadre de la MS.

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 2003/2004 **31 853** élèves inscrits (+13,05%) pour **2002** classes (+8,98%).

2.3. L'activité de la Médecine Scolaire

2.3.1. La Médecine Scolaire (MS)

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

Au cours de l'année scolaire 2003/2004 les chiffres suivants ont été comptabilisés (avec entre parenthèses l'évolution par rapport à l'exercice précédent):

29 570 tests biométriques (*ts*) annuels effectués (+7,58%)

8 220 examens médicaux systématiques (*ems*) effectués (+12,75%)

11 443 bilans de santé (*bs*) effectués (+9,57%)

30 321 examens d'urine de dépistage ont été pratiqués (+12,43%)

Au total 4,37% de ces prélèvements révèlent une anomalie. Ils objectivent la présence d'albumine dans 0,88% des cas, de glucose dans 1,84% des cas et enfin de sang pour 1,65% des tests.

16 569 avis médicaux ont été envoyés aux parents (+ 21,94%)

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 7,8 par classe examinée.

Les constatations médicales les plus fréquentes ont concerné:

- l'appareil locomoteur (rachis, déformations plantaires, etc.) avec 23,43% des *ems* + *bs*,
- les recommandations vaccinales pour 16,47% des élèves examinés (*ems* + *bs*),
- les affections ORL (9,45% des *ems* + *bs*),
- l'obésité (7,68% des *ts*),
- les dermatoses dont les pédiculoses avec 9,1% des *ems* et *bs*,
- la baisse de l'acuité visuelle (7,35% des *ts*),
- les anomalies génitales masculines (9,84% des garçons examinés)
- et les problèmes dentaires (caries et orthodontie) pour 4,84% des enfants examinés

Toutefois, signalons qu'une anomalie constatée lors d'un examen ne fait pas systématiquement l'objet de la part du médecin scolaire d'un avis auprès des parents notamment si elle a déjà été notée à

plusieurs reprises. Cela est particulièrement observé pour les « pathologies chroniques » comme l'obésité, l'asthme et les allergies ou 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, inspectorat, associations de parents d'élèves, CMPP, etc.) représentent en Médecine Scolaire une charge de travail considérable.

2.3.2. Le volet social de la Médecine Scolaire

2.3.2.1. Introduction

Pour mieux pouvoir cerner l'intervention sociale dans le domaine de la médecine scolaire il a paru utile d'analyser la nature des problématiques sociales constatées. Pendant l'année scolaire 2003/2004 un effort particulier a été réalisé dans le domaine de la documentation des interventions sociales des assistantes (d'hygiène) sociales.

Plusieurs formulaires et documents ont été créés pour la collecte des informations pertinentes d'une *demande* d'intervention sociale, son *analyse* et le *suivi* des situations médico-sociales prises en charge et l'*appréciation de l'intervention* du service.

Le formulaire appelé "*fiche sociale*", exploité statistiquement, fournit la base de l'analyse ci-après. Cette fiche sert à documenter la demande en décrivant notamment la problématique rencontrée.

2.3.2.2. Classification des problèmes sociaux en médecine scolaire

Les problèmes d'ordre physique, psychique et social s'influencent mutuellement, souvent de manière circulaire et chevauchante, de sorte qu'une classification est toujours une affaire de choix. Dans le contexte de la médecine scolaire, il importe néanmoins que ces choix soient opérationnels et que les critères à leur base soient clairs.

En général, un problème est une *déviance continue* d'une valeur/norme. Un problème est du ressort du travail social à partir du moment où le problème est social et que le système familial/social est incapable de le résoudre lui-même.

Un problème est un problème social s'il s'agit soit d'un problème de *position* sociale (statut socio-économique, formation insuffisante, manques de ressources, pauvreté, ..) soit d'un problème d'*interaction* sociale (isolement, exclusion, conflits, exploitation, manque d'éducation ou de soins, difficultés d'accès aux ressources de la société/Etat *et notamment aux soins de santé et aux services d'aides médico-psycho-sociaux et pédagogiques*, discrimination, ..).

En médecine scolaire, l'intervention de l'*assistante sociale* est déclenchée par la présence effective d'un problème social.

La définition d'un problème social ci-avant opte pour une classification des problèmes selon leur origine. Un problème est social si son origine est sociale (position ou interaction sociale). Les catégories de problèmes sociaux qui ont été retenus ont une répercussion directe sur l'enfant scolarisé.

2.3.2.3. Chiffres de l'activité du volet social

L'activité du volet social au cours de l'année scolaire 2003/2004 se résume comme suit:

| | | |
|--|-----|------|
| Nombre total d'interventions sociales | | 1108 |
| Suivi social (anciens dossiers) | 324 | |
| Nouvelles interventions (nouveaux dossiers) | | 784 |
| Nombre de bilans sociaux effectués (dont CMPP) | | 517 |
| Nombre total de fiches sociales ouvertes | | 711 |
| Permanences sociales assurées au CMS | | 199 |
| Permanences sociales assurées à l'école | | 485 |
| Participation aux CMPP | 227 | |
| Signalements au juge de la jeunesse | | 22 |

Sur 31 853 élèves de l'enseignement préscolaire et primaire, 1 108 ont bénéficié d'une ou plusieurs interventions sociales de la Ligue médico-sociale. Il s'agit aussi bien d'interventions courtes que d'interventions longues et difficiles dans des familles dont la situation sociale était connue ou non.

Tableau 1

| SMS-Social 2003/2004 | Centre | % | Nord | % | Sud | % | Total | % |
|--------------------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|-------------|------------|
| Interventions sur situations connues | 140 | 29 | 77 | 22 | 107 | 39 | 324 | 29 |
| Interventions nouvelles | 337 | 71 | 278 | 78 | 169 | 61 | 784 | 71 |
| Nombre total d'interventions | 477 | 100 | 355 | 100 | 276 | 100 | 1108 | 100 |

Par rapport au total des demandes d'intervention, environ la moitié (47%) a conduit à des investigations sociales plus exhaustives, cela sous forme de bilans sociaux (N=517) et notamment en tant que contribution aux Commissions médico-psycho-pédagogiques (CMPP).

Tableau 2

| SMS-Social 2003/2004 | Centre | % | Nord | % | Sud | % | Total | % |
|---------------------------------------|------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|
| Nombre total d'interventions | 477 | 100 | 355 | 100 | 276 | 100 | 1108 | 100 |
| - dont --> bilan social (bs) | 121 | 25 | 7 | 2 | 56 | 20 | 184 | 17 |
| - dont --> CMPP (bs inclus) | 137 | 29 | 108 | 30 | 88 | 32 | 333 | 30 |
| Nombre total de bilans sociaux | 258 | 54 | 115 | 32 | 144 | 52 | 517 | 47 |

L'intervention sociale en médecine scolaire consiste essentiellement à conseiller, à aider les parents et à coordonner des aides médico-psycho-sociales existantes au bénéfice de l'enfant (famille) rencontrant un certain nombre de problèmes. Le tableau 3 donne une idée des proportions des 3 grandes catégories de problèmes. En gros, on dira que 2/3 (63%) des problèmes pour lesquelles le travailleur social intervient sont du domaine social, 1/3 (33%) du domaine physique ou psychique, *cela au moment de la demande.*

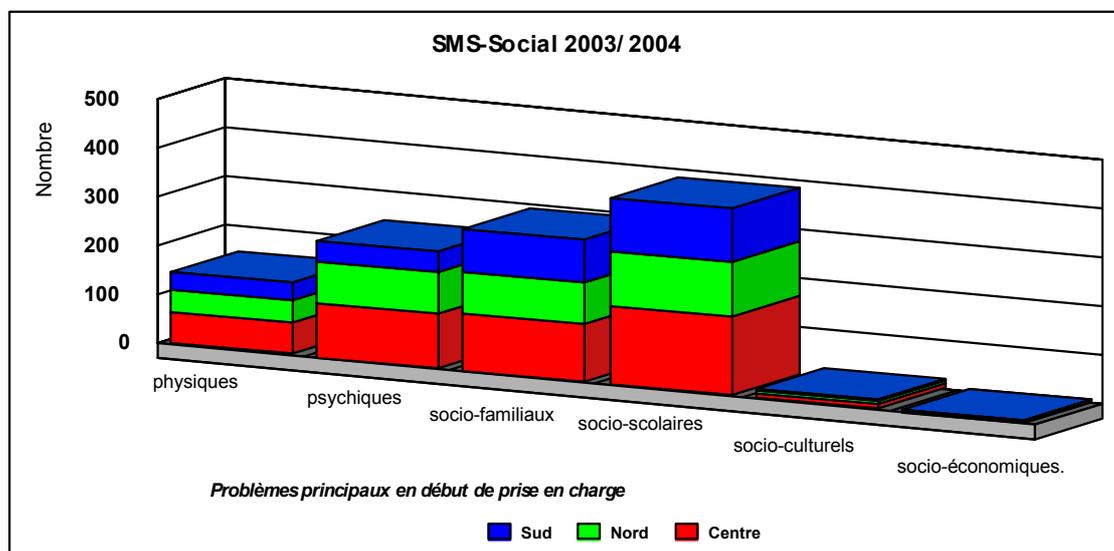
Tableau 3

| SMS-Social 2003/2004 | Centre | % | Nord | % | Sud | % | Total | % |
|--|------------|------------|------------|------------|------------|------------|-------------|------------|
| Nombre total de d'interventions | 477 | 100 | 355 | 100 | 276 | 100 | 1108 | 100 |
| - dont problème physique | 66 | 14 | 46 | 13 | 35 | 13 | 147 | 13 |
| - dont problème psychique | 114 | 24 | 84 | 24 | 42 | 15 | 240 | 22 |
| - dont problème social | 297 | 62 | 207 | 58 | 199 | 72 | 703 | 63 |
| - dont demandes non documentées | 0 | 0 | 18 | 5 | 0 | 0 | 18 | 2 |

2.3.2.4. Analyse

Une analyse plus fine des chiffres permet de dessiner le graphique suivant:

Graphique 1



Le tableau ci-après permet de saisir le détail des deux principales catégories de problèmes sociaux. La classification repose sur le principe du premier endroit de traitement du problème. Une maltraitance avérée se traite surtout dans le milieu socio-familial, tandis qu'une suspicion de maltraitement est d'abord un problème dans le milieu socio-scolaire et doit être résolu du côté des professionnels. Il en est de même des problèmes comportementaux dans le contexte socio-scolaire.

| Problème socio-familial | Problème socio-scolaire |
|-------------------------|--------------------------------|
| ▪ dont conflits couple | ▪ probl. socio-comportementaux |
| ▪ dont négligence | - absentéisme |
| ▪ dont maltraitance | - agressivité |
| ▪ dont abus sexuel | - autre ou non défini |
| ▪ dont autre | ▪ suspicion maltraitance |
| | ▪ suspicion abus sexuel |
| | ▪ autre |

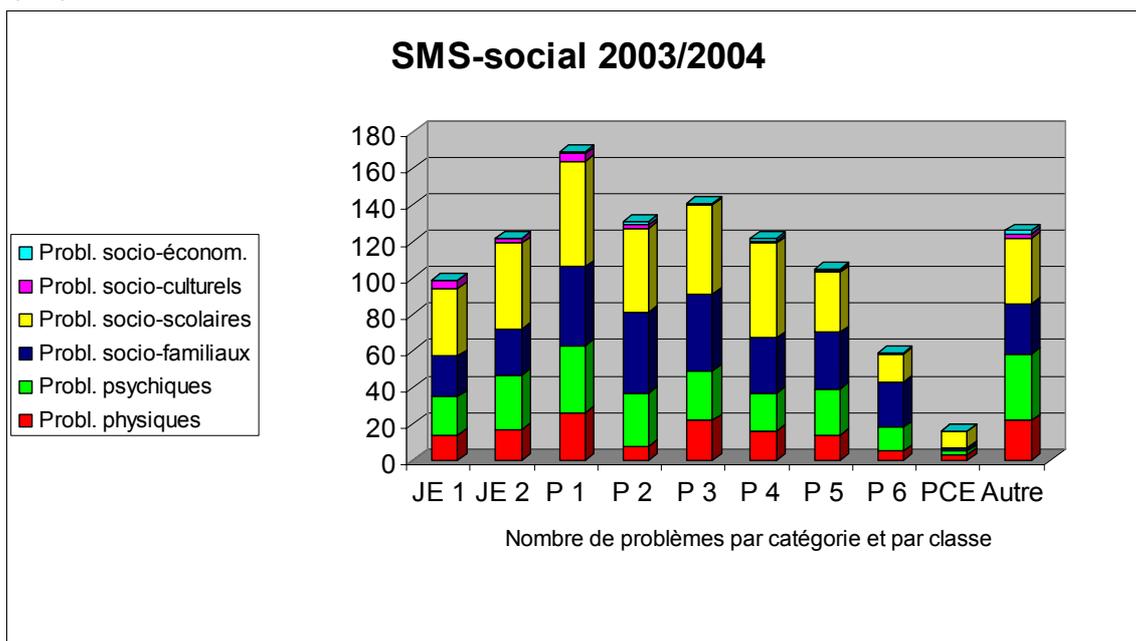
Les 6 problèmes les plus importants rencontrés chez les enfants sont par ordre décroissant:

1. les problèmes comportementaux d'origine psychique ou sociale de l'enfant à l'école (agressivité e.a.)
2. les problèmes du contexte familial en général
3. l'absentéisme scolaire
4. la négligence
5. les problèmes d'apprentissage scolaire
6. les conflits des parents.

Le taux de problèmes par année scolaire et par catégorie est présenté par le graphique suivant (graphique 2). On remarque une répartition assez égale pour le préscolaire et le primaire avec deux exceptions: la première année primaire avec un nombre plus important de problèmes dans quasi tous les domaines et la sixième année primaire affichant une réduction de la problématique de presque deux tiers par rapport au début de la scolarisation dans l'enseignement primaire. Pris dans son ensemble, le jardin d'enfant regroupe la plupart des problématiques.

Soulignons que l'équipe médico-sociale de la Ligue prend également en charge les problèmes de l'enseignement précoce (PCE), l'enseignement primaire des écoles privées, des classes d'intégration, des classes d'accueil, etc. et de l'éducation différenciée qui sont regroupées dans la catégorie «autre». Cette catégorie représente 13% de toutes les demandes d'interventions

Graphique 2



2.3.2.5. Conclusions pour le volet social

En guise de conclusion, retenons 3 constatations.

- Les chiffres précédents ne reflètent qu'en partie la nature du travail social en médecine scolaire puisque le moment de recueil des données se limite au moment de la demande. Face aux problématiques rencontrées, il est clair que l'activité de l'assistante (d'hygiène) sociale ne consiste pas uniquement en un travail de mise à disposition et de coordination d'un ensemble adapté d'aides médico-psycho-sociales (Case-management), mais que son rôle comporte également la fonction de conseillère auprès du personnel enseignant ainsi qu'auprès des parents. Il s'ensuit qu'à l'avenir des activités préventives à l'adresse de la communauté scolaire devront être développées.
- Un tiers de ces situations (30%) font l'objet d'une approche pluridisciplinaire dans le cadre des Commissions Médico-Psycho-Pédagogiques prévues par la loi. Malheureusement dans bien de ces situations l'assistante sociale n'est impliquée que tardivement.
- Considérant les 6 problématiques les plus importantes (problèmes comportementaux et familiaux ; conflits, absentéisme et négligence voire maltraitements et problèmes d'apprentissage) ainsi que l'ensemble de tous les autres problèmes rencontrés par l'assistante (d'hygiène) sociale, nous pouvons mesurer les problèmes de développement de nos enfants (leur souffrance souvent) dans des milieux familiaux et/ou sociaux défavorables.

Ne pas prendre en charge ces enfants et leurs familles en difficultés de manière suffisamment précoce, rapide et intensive, revient à hypothéquer durablement leur avenir et celui de la société luxembourgeoise entière.

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

Dans le cadre de la médecine scolaire la dynamique de prévention, d'éducation et de promotion de la santé (E.P.S.) s'est confirmée au cours du dernier exercice.

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 est supervisée par la « Cellule Education et Promotion de la Santé ». Elle est destinée à multiplier les interventions de la Ligue en E.P.S. auprès des élèves du primaire (voir chapitre 4.1.1.).

En 2004, un nouvel atelier sur l'hygiène corporelle intitulé « mon corps et l'eau » a été présenté à l'ensemble des professionnels concernés.

Parallèlement tous les thèmes de PS déjà traités ont été présentés et développés pour le nouveau personnel.

2.3.3.2. Interventions 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 2003/2004, 7 thèmes d'éducation à la santé (alimentation, hygiène dentaire, hygiène corporelle, la visite médicale, le soleil, le sommeil et le tabac) étaient proposés par le personnel médico-socio-scolaire aux écoles. Cela représentait la possibilité de réaliser 17 ateliers différents à des enfants dont l'âge et le niveau s'échelonnent du préscolaire à la 6^e primaire.

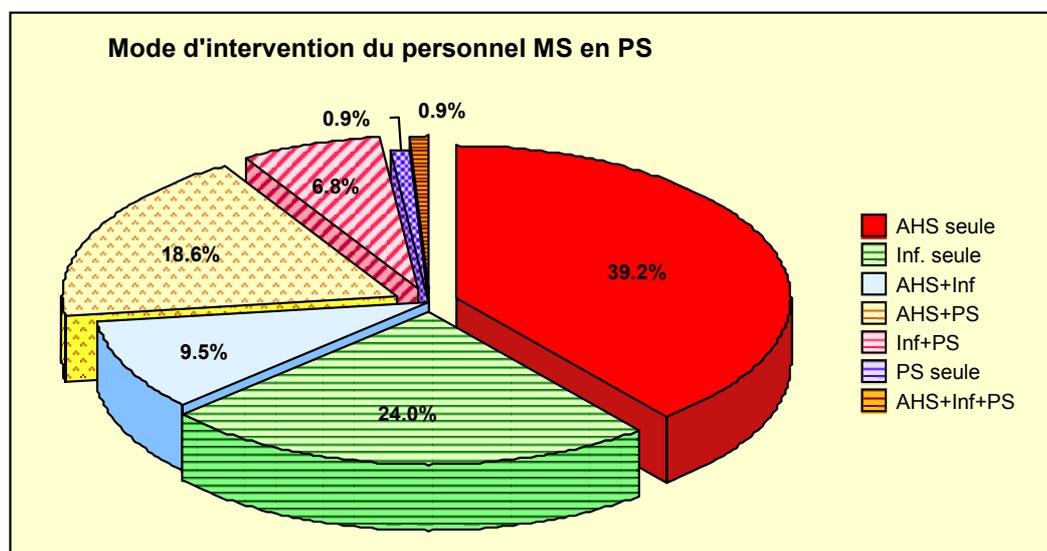
Au cours de cet exercice, le nombre d'interventions de PS effectuées dans le cadre de la MS s'est élevé à **457** actions soit une augmentation de 36%.

Au total 340 classes ont participé à une ou plusieurs actions dans 51 communes. La Ligue a ainsi effectué des activités de PS dans 44,7% des communes dont elle a la charge.

Enfin, 32 séances d'information ont été réalisées à l'intention des parents, suite à des présentations dans les écoles, soit une augmentation de près de 19% par rapport à l'année 2002/2003.

| Activités PS | National (Evolution par rapport à l'année scolaire 2002/2003) |
|------------------------------------|--|
| Séances réalisées pour les élèves | 457 (+ 35 %) |
| Nombre de classes concernées | 340 |
| Nombre de communes concernées | 51 |
| Séances réalisées pour les parents | 32 (+ 19 %) |

Relevons qu'à l'heure actuelle l'AHS est impliquée dans 68,20% des interventions alors que les infirmiers réalisent 41,20% des actions.

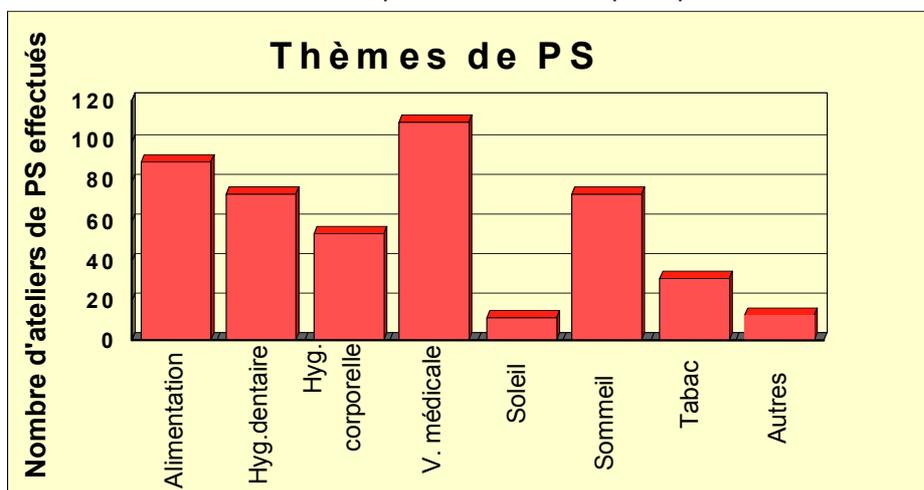


2.3.3.3. Analyse et perspective

Nous remarquons que les thèmes les plus demandés sont la visite médicale, l'alimentation, l'hygiène dentaire et le sommeil.

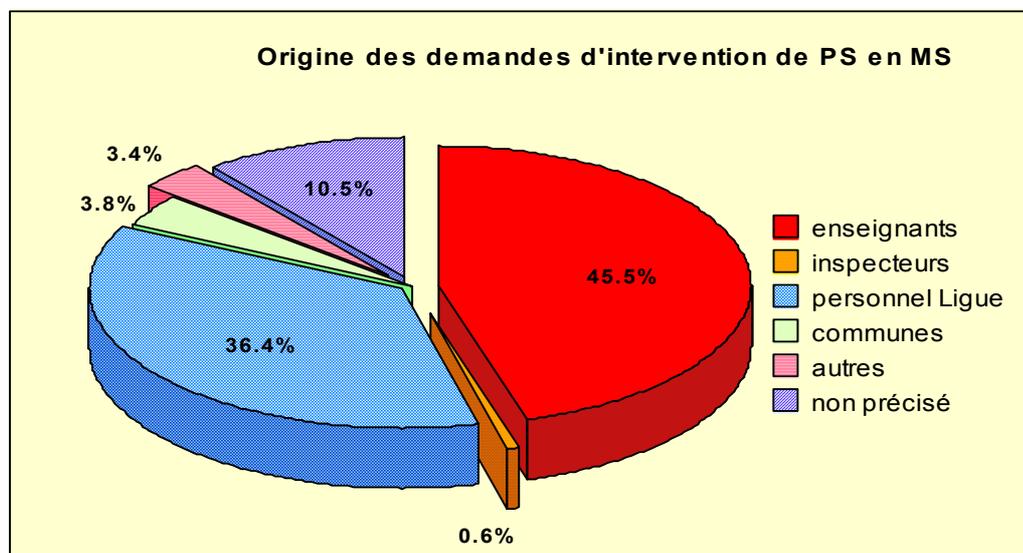
Le premier de ces sujets présente la visite médicale aux jeunes élèves, dès le préscolaire, ce qui facilite le contact avec les enfants et les enseignants et favorise une meilleure approche de la médecine scolaire.

Le second, l'alimentation saine, est un thème prioritaire de santé publique.

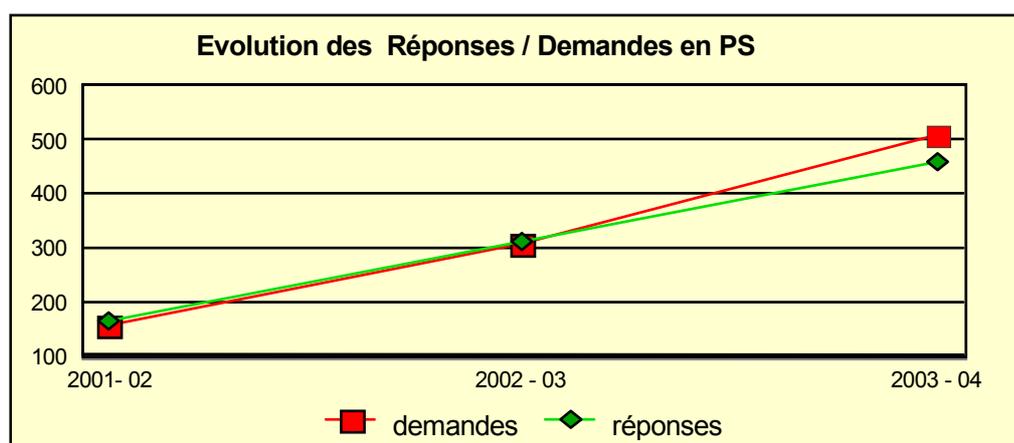


Les demandes sont formulées essentiellement par les enseignants, qui connaissent bien les besoins des enfants, et par le personnel de la Ligue médico-sociale qui met en évidence les problèmes de santé lors de la visite médicale.

A signaler enfin que ces interventions commencent à être connues des communes dont les demandes sont en nette augmentation.



Nous constatons, comme le graphique ci-après le montre, une nette augmentation des demandes par rapport à 2003 (+ 40%): 458 interventions (réponses) pour 508 demandes (90% traitées).



Malheureusement nos ressources sont limitées et malgré tout l'engagement de notre personnel, 10% des demandes n'ont pas été honorées.

2.3.4. Evolution de l'activité de la Médecine 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) que les chiffres ne reflètent pas.

Ces éléments donnent la mesure de la charge de travail en MS et posent tous les ans de lourds problèmes de gestion et de ressource. L'augmentation du nombre d'enfants (+13,05%) a épuisé d'éventuelles réserves ce qui leur est préjudiciable.

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 en particulier dans le domaine médical accaparé par la réalisation des examens systématiques et ne dispose que de trop peu de temps pour promouvoir des comportements plus sains pour la santé et œuvrer pour le bien-être.

La création fin 2004, à l'instigation du ministère de la santé, d'un groupe de réflexions sur la médecine scolaire, regroupant tous les acteurs de terrain impliqués, apporte des espoirs fondés quant à la définition d'orientations pertinentes pour la MS afin de mieux agir en faveur du bien-être des enfants et de la santé publique.

3. Prévention de la Santé de l'Enfant

3.1. Les missions

Le service de prévention de la santé de l'enfant est un **service de la Ligue médico-sociale exclusivement préventif**. Il est destiné principalement à aider les parents à répondre à toutes les questions qu'ils se posent.

Notre but est de promouvoir le développement harmonieux et le bien être des nourrissons et jeunes enfants. Nous insistons sur **l'information, l'écoute et le conseil** des parents pour tout ce qui concerne la santé et l'éducation (par exemple: le développement de l'enfant, l'alimentation, le sommeil, les pleurs, le jeu, la législation sociale...) ou toute autre préoccupation des parents pour leur jeune enfant.

Les **consultations pour nourrissons et jeunes enfants** sont des lieux de rencontre, d'échange et de soutien pour les parents dès la sortie de leur enfant de la maternité et ceci jusqu'à l'âge de 4 ans.

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



3.2. Population de jeunes enfants de 0 à 4 ans

La population des enfants de 0 à 4 ans concernés par la prestation est estimée en 2004 par la Statec à 27 880 individus.

3.3. Activités et évolution

Ce service comporte en fait 3 activités distinctes mais complémentaires.

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

Les Consultations pour Nourrissons, organisées de longue date dans 27 sites du territoire national, sont accessibles dorénavant aux enfants de 0 à 4 ans et permettent de proposer des interventions préventives lors de toute 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.

L'activité de ces consultations 2004 est synthétisée dans le tableau ci-dessous

| Circonscription | Nombre d'enfants examinés | Nombre de nouveaux inscrits | Nombre d'anciens consultants |
|-----------------|---------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| Centre | 2 201 | 489 | 1 712 |
| Nord | 1 039 | 182 | 857 |
| Sud | 1 050 | 254 | 796 |
| National | 4 290 | 925 | 3 365 |

3.3.2. Les visites en maternité (VM)

Cette intervention réalisée pour l'instant exclusivement à la maternité du CHL a pris son essor en 2004. 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.

La collaboration avec le personnel soignant de cet établissement est très positive. Au cours de 48 déplacements, à raison d'une fois par semaine environ, l'infirmière puéricultrice de la Ligue a rencontré 827 mères à la maternité du CHL, soit une moyenne de 17 personnes par séance.

3.3.3. Les visites à domicile (VD)

Ces visites ne sont proposées qu'aux parents d'enfants résidant dans la ville de Luxembourg. 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 LMS lors d'une visite en maternité (VM)
- à la suite d'une demande des parents à l'issue de l'information faite en maternité

En 2004, le personnel a effectué 31 visites à domicile.

Toute demande d'intervention à domicile fait l'objet d'une évaluation préalable. Dans la mesure du possible, le recours aux consultations sur site (CN) est toujours privilégié.

Ainsi la visite à domicile (VD) ne s'effectue que si elle est réellement justifiée.

4. Prévention, Education et Promotion de la Santé

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

4.1. Dans le cadre de la médecine scolaire (MS)

Pour plus de détails se reporter aussi au chapitre 2.3.3.

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 vouée à la MS, s'emploie 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. La structure EPS est centralisée à Luxembourg. Chaque circonscription possède un site pour le stockage du matériel de base et des outils pédagogiques (support papier, vidéo, films, etc.).

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'EPS cohérente, tout au long du cycle des études primaires, au sein des établissements.

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.

Cette démarche éducative et promotionnelle de la santé nous impose de poursuivre une politique de formation continue de nos professionnels toujours plus adaptée à leurs demandes et aux besoins des enfants.

4.1.2. Formation des professionnels

Le personnel a bénéficié en 2004 de formations nouvelles (chapitre 2.3.3.1.) afin de pouvoir intervenir dans les établissements scolaires sur des thèmes toujours plus nombreux et actualisés.

La structure EPS assure la formation et veille à la compétence des nouveaux professionnels de terrain en leur développant les thèmes qu'elle propose.

Les thèmes actuels sont les suivants :

- Alimentation
- Hygiène corporelle
- Hygiène dentaire
- Prévention de la maltraitance
- Soleil et ses dangers
- Sommeil
- Tabac et ses dangers
- Visite médicale

4.1.3. Interventions d'EPS dans le cadre de la MS en 2003/2004

Se reporter au chapitre correspondant 2.3.3.2. et 2.3.3.3.

4.2. Dans le cadre élargi au grand public

En matière de prévention des risques et de promotion de comportements plus favorables pour la santé plusieurs populations sont visées par des actions spécifiques de la Ligue.

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

Des 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.

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 particulièrement pour les plus jeunes et les enfants. Mais il est maintenant scientifiquement prouvé que les individus exposés de façon chronique aux fumées de tabac sont plus exposés au risque de bronchite chronique et même de cancer.

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

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, 38 séances de consultations pour fumeurs se sont déroulées en 2004. Elles ont attiré 82 personnes.

L'afflux à la consultation de Dudelange reste modeste. Cette consultation souffre de l'impossibilité de prescrire des thérapeutiques de sevrage car le médecin appartient au secteur préventif exclusif.

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

Au total, les efforts de sensibilisation de la population et des médecins sur les services proposés par la Ligue en la matière 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.

Elles sont presque exclusivement (90% des consultations) destinées aux enfants obèses (plus de 20% de surcharge pondérale) repérés lors des contrôles médicaux scolaires.

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

Les visites de contrôle sont indispensables à l'évaluation de la perte de poids et au contrôle du régime diététique.

En 2004, l'ensemble des sites a enregistré 821 consultations d'enfants dont 209 étaient vus pour la « première fois » ce qui représente 1/4 de nouveaux inscrits. Parmi ces derniers l'on dénombre 64% de filles et 36 % de garçons dont l'obésité est toutefois en moyenne plus sévère (en moyenne 30% de surcharge pondérale contre 25% pour les filles). Les enfants de 9 à 12 ans sont les classes d'âge qui recouvrent l'essentiel de ces examens spécialisés (60% des consultations).

Au total chacun des 305 enfants ayant fréquenté les sites en 2004 a été vu en moyenne 2,7 fois par une diététicienne.

Enfin, 92 consultations spécialisées ont été comptabilisées en faveur des adultes dont 20 étaient des nouveaux consultants avec une prépondérance de femmes (60%).

Par ailleurs dans le cadre de l'EPS à l'école, les diététiciennes ont en outre effectué de nombreuses interventions, à l'attention des élèves (ateliers) mais aussi de l'ensemble de la communauté scolaire, parents inclus (conférences), dans les établissements scolaires primaires du pays et même les lycées sur tout ce qui concerne l'hygiène alimentaire.

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

4.2.2. Interventions ponctuelles, à la demande

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 d'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 y sont abordés, discutés et débattus.
- Information et intervention auprès du grand public

En outre citons tout particulièrement les actions suivantes réalisées en 2004:

- Parmi les interventions sur le tabagisme l'on peut énumérer:
 - Interventions en faveur des étudiants des LTPS de Warken
 - 6 séances « tabac » (projet O-Limp) pour les 8^{es} du LTAM
 - 3 séances « tabac » lors de la journée de prévention de la commune de Steinsel
 - 8 séances lors d'un programme de « sevrage tabagique » dans une grande banque du pays
- La Journée Mondiale sans Tabac du 31 mai 2004 a été l'occasion pour la Ligue de soutenir le slogan de l'OMS « tabac et pauvreté: un cercle vicieux » et de dénoncer l'exploitation et la manipulation de la majorité des producteurs mais aussi des états par les grandes firmes du tabac.
- Sensibilisation des baby-sitters de la commune de Sanem sur « soins et hygiène »
- Informations sur les ondes radiophoniques (100.7Mhz) et Télécran sur le sujet "les poux".

- Conférence - débat sur la « prévention des maladies respiratoires transmissibles » pour les professionnels de terrain de la Police grand-ducale.
- Enfin, au salon de l'enfant l'on notera le succès populaire du stand, tenu conjointement par le Ministère de la Santé et la Ligue, qui proposait des animations avec des clowns et des jeux interactifs dont le thème principal était cette année "l'hygiène alimentaire".

4.2.3. Perspectives

Un des projets de la Ligue serait notamment, dans le cadre de "l'éducation des malades", de concevoir une structure pour les asthmatiques. Ce type de concept, en plein essor, peut s'appliquer à beaucoup de pathologies chroniques. Il est destiné à réduire l'impact de la maladie, à renforcer le contrôle du malade sur sa pathologie et à améliorer le bien-être du malade. Les bénéfices attendus pour le malade, en particulier dans l'asthme, sont importants.

5. Représentation et information du public

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

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

Par ailleurs, à l'occasion de la journée mondiale de la tuberculose dont le slogan était « Chaque souffle compte. Arrêtons la TB maintenant », la Ligue a une nouvelle fois sensibilisé le public sur la TB en publiant un article dans la presse écrite.

Enfin, deux professionnels de la Ligue ont participé en 2004 au XXXV^e congrès mondial de l'Union (IUATLD) sur la santé pulmonaire.

6. Conclusions générales

Le haut niveau d'activité dans les consultations pour maladies respiratoires, la médecine scolaire et la prévention de la santé de l'enfant, la croissance démographique couplés à l'exigence de réduction des risques, à l'éducation de la population vis à vis des risques et dangers pour la santé ou à l'éducation des malades supposent de renforcer les moyens actuels.

En effet la Ligue doit préserver les activités médico-sociales classiques de dépistage et de prévention tout en s'investissant dans des programmes d'éducation et de promotion de la santé, destinés en particulier aux populations défavorisées et vulnérables.

RAPPORT SUR LES SERVICES SOCIAUX

1. Service d'Accompagnement Social

1.1. Mission

Le rapport d'activité 2004 du Service d'Accompagnement Social (SAS) de la Ligue médico-sociale, met l'accent sur la **mission de gestion des revenus et du patrimoine des personnes en difficultés** qui s'adressent ou sont adressés à cette fin à la Ligue.

Au 31 décembre 2004, le nombre de **mesures de gestion financière*** se portait à 129 mesures, soit **20% de l'ensemble des dossiers sociaux actifs** (N=654) gérés par le service.

Avant de détailler les chiffres, quelques explications s'imposent. Les mesures de gestion financière s'organisent dans des **cadres légaux différents**, soit sur injonction judiciaire (juge des tutelles ou juge de paix) ou administrative (Commission de médiation / Surendettement), soit sur base volontaire (mandat du client).

On distingue ainsi parmi les régimes de protection pour mineurs et majeurs:

- La sauvegarde de justice
- La curatelle simple ou renforcée
- La tutelle
- La tutelle aux prestations sociales
- La gestion financière volontaire (GFV)

S'y ajoute la guidance financière, qui est une activité de conseil et d'aide et qui se réalise d'un commun accord entre client et travailleur social. Il existe ainsi un ensemble cohérent et progressif de mesures adaptables aux besoins des clients et à leur environnement social. Des explications juridiques très fournies relatives à ces mesures ont été publiées par la Ligue: Thill André; Régimes légaux des mineurs et majeurs protégés. Luxembourg 2002.

Gérer l'argent de personnes en difficulté revient à relever le défi d'une prise en charge complexe nécessitant des interventions sociales et financières efficaces et efficientes, neutres et transparentes. La **relation de l'homme à l'argent** et aux biens est une relation très intense, même intime et cela indépendamment du fait qu'il est capable de les gérer ou non. Il y va de la propriété, mais aussi de liberté, de l'accès et de la participation à la vie sociale, de ses habitudes de consommation, etc.

Pour comprendre les **nécessités organisationnelles d'une tutelle**, il faut garder à l'esprit, au-delà de l'aspect juridique, la complexité de cette relation entre l'homme et l'argent. Une personne incapable de gérer ses biens et revenus à bon escient, garde néanmoins la plupart du temps la volonté d'en disposer librement. Le retrait de cette liberté est souvent vécu comme une contrainte. Du côté de l'incapable majeur entrent en jeu ses besoins, ses désirs, sa volonté, sa motivation et ses capacités résiduelles en matière de décisions et de gestion financières. Le service d'accompagnement social recourt dans ces situations aux méthodes d'un travail social sous contrainte, tout en s'orientant à la **recommandation européenne N° R(99)4** sur les principes concernant la protection juridique des majeurs incapables. Cette recommandation vise le respect des droits de l'homme en général et l'inclusion optimale de la personne dans les processus décisionnels en particulier.

C'est ici que la **structuration binomiale** du service de la Ligue en matière d'exécution des mesures de gestion financière fait ses preuves. D'une part le **Service d'Accompagnement Social** qui s'adresse à la personne et d'autre part le **Service pour Mineurs et Majeurs Protégés** en charge du volet financier et patrimonial. D'une part la confrontation avec les besoins et désirs, la motivation et la capacité, d'autre part la réalité financière. Il va sans dire qu'entre ces pôles nous assistons à des dynamiques relationnelles importantes, à des rapports de force inégaux, à des luttes pour le pouvoir et la liberté, bref à un ensemble de tensions, c.-à-d. de problèmes relationnels, qu'il s'agit de gérer

* Le terme de « mesure de gestion financière » (MGF) est utilisé dans ce texte pour désigner l'ensemble des différentes sortes de gestions financières, c.-à-d. la tutelle, la curatelle, la gestion financière *volontaire*.

avec la même efficacité que l'argent, mais aussi avec la bienveillance propre au travail social. Ainsi, une collaboration parfaite et rapide entre ces deux services est de mise.

Dans ce **champ relationnel et interactionnel**, quatre cas de figures se présentent pour l'accompagnement social en matière de gestion financière:

1. client peu collaborant avec peu de capacités de gestion
2. client collaborant avec peu de capacités de gestion
3. client peu collaborant avec certaines capacités de gestion
4. client collaborant avec certaines capacités de gestion

Cette catégorisation simplifiée permet néanmoins de conceptualiser les **différents modes d'accompagnement** adaptés aux champs relationnels et interactionnels respectifs:

1. accompagnement directif
2. accompagnement pédagogique
3. accompagnement motivant
4. accompagnement délégué / responsabilisant

En adaptant ainsi la pratique professionnelle aux exigences des situations sociales prises en charge, **l'équilibre difficile entre protection de la personne** (le cas échéant par la contrainte) **et respect de la personne** est maintenu.

Les procédures de la Ligue et les méthodes de travail essayent de répondre aussi bien aux besoins de la personne protégée qu'aux instructions du juge. La **méthode des projets individualisés d'accompagnement social** avec ses étapes définies et évaluées régulièrement s'est montrée opérationnelle et très valable pour assurer la continuité et la cohérence des aides. On distingue:

- La phase d'admission et de clarification du service attendu
 - Demande dûment motivée
 - Analyse de la situation médico-psycho-sociale et financière
 - Avis de la Commission pour mineurs et majeurs protégés de la Ligue et décision d'admission ou de refus par le Conseil d'Administration
 - Mise en place du dispositif imposé par jugement ou injonction administrative
 - Analyse des problèmes et ressources du client ainsi que de ses besoins et demandes
 - Négociation d'objectifs communs et fixation des priorités avec établissement d'un projet d'accompagnement social incluant le volet financier
 - Convention écrite avec le client, le cas échéant
- La phase d'accompagnement
 - Accompagnement social de la personne
 - Gestion comptable des revenus, dépenses et dettes
 - Gestion du patrimoine
 - Evaluations financières et sociales régulières
 - Recours au juge/Commission de médiation pour les décisions dépassant le cadre fixé
 - Rapport et décompte au juge au moins une fois par an
- La phase finale
 - Clôture des comptes
 - Rapport d'évaluation final
 - Rapport aux instances concernées

Les chiffres suivants permettront d'esquisser les missions du Service d'Accompagnement Social derrière lesquels se cache l'effort journalier des agents de la Ligue médico-sociale pour venir en aide aux personnes en détresses multiples.

1.2. L'activité du service

Actuellement, le Service d'Accompagnement Social (SAS) fonctionne avec une équipe composée d'une quinzaine d'assistant(e)s (d'hygiène) sociale/sociaux à partir du réseau des centres médico-sociaux (CMS) de la Ligue Médico-Sociale et couvre tout le pays. Pour l'exécution des mesures de gestion financière, les agents du SAS recourent au Service pour Mineurs et Majeurs Protégés. Le tableau suivant dénombre les **demandes** reçues depuis la création du service

tableau n°1

| Demandes reçues | 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 |
| Demandes introduites en 2004 (12 mois) | 107 | 108 | 120 | 335 |
| Total des demandes introduites | 422 | 381 | 398 | 1201 |
| dont réadmissions ou transferts internes | 33 | 20 | 24 | 77 |
| Total des dossiers sociaux | 389 | 361 | 374 | 1124 |
| dont total dossiers clôturés au 31.12. 2004 | 167 | 107 | 196 | 470 |
| dont total dossiers actifs au 31.12.2004 | 222 | 254 | 178 | 654 |

Le **nombre de dossiers actifs a augmenté considérablement** en comparaison à l'année dernière (N=549 en 2003). Cela n'est pas sans poser problème. En effet, le travail d'accompagnement social nécessite en moyenne une heure de temps de travail par dossier et par semaine (toutes sortes d'activités confondues). Or, avec 654 dossiers on est loin de cette norme et donc dans une **problématique de qualité de prise en charge**, même si le nombre total de dossiers actifs contient également les dossiers en attente et les dossiers avec mesure de gestion financière en cours d'admission.

Les tableaux n°2 et n°3 reprennent une **catégorisation des dossiers** en fonction du **cadre légal**. L'exécution des différents articles de loi détermine en partie les modalités de prise en charge des demandes. En dehors d'une injonction judiciaire ou administrative, la demande est traitée sur base d'un engagement réciproque, donc sur base conventionnelle (convention formalisé ou non / mandat du client pour les gestions financières).

tableau n°2

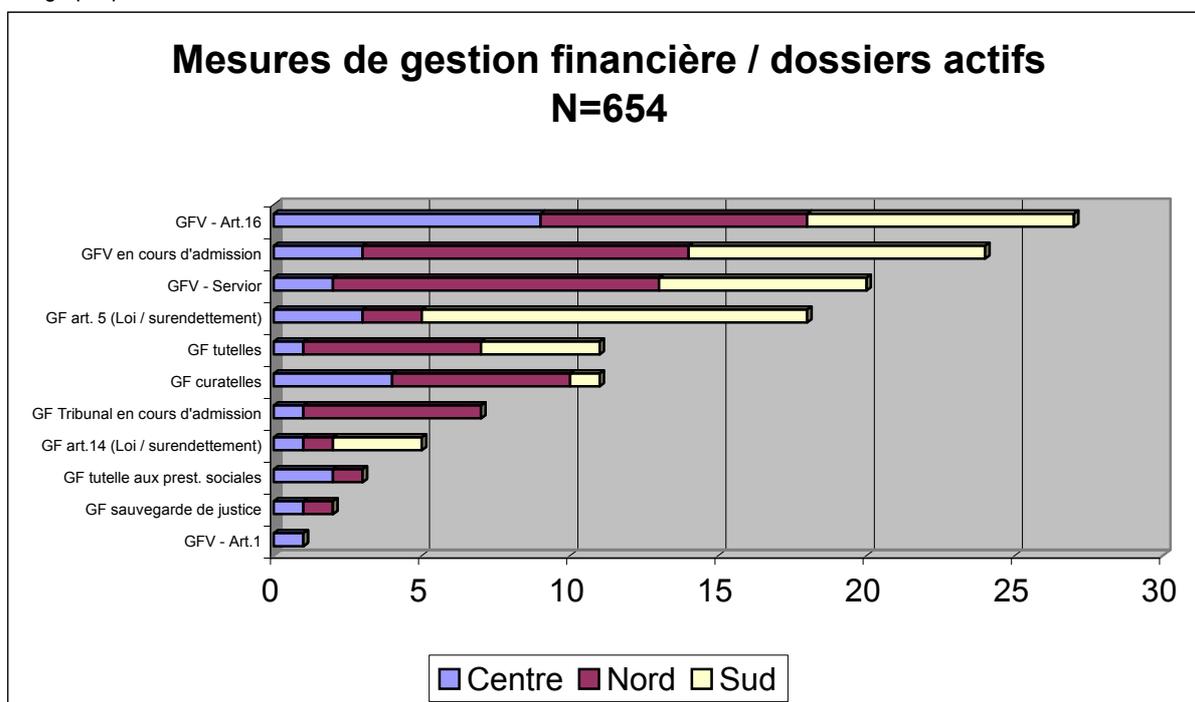
| Dossiers clôturés | Centre | Nord | Sud | TOTAL |
|---|---------------|-------------|------------|--------------|
| Total au 31/12/2004 | 167 | 107 | 196 | 470 |
| Demandes volontaires (conventions): | 163 | 98 | 184 | 445 |
| dont conventions simples | 56 | 53 | 80 | 189 |
| dont art. 1 (protection de la jeunesse) | 15 | 3 | 11 | 29 |
| dont art. 16 (Loi RMG) | 89 | 40 | 89 | 218 |
| dont GFV (Gestions Financières Volontaires) total | 3 | 2 | 4 | 9 |
| dont demandes GFV refusées | 1 | 0 | 1 | 2 |
| dont GFV - Art.1 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| dont GFV - Art.16 | 2 | 2 | 1 | 5 |
| dont GFV – Servior | 0 | 0 | 0 | 0 |
| dont GFV – autre | 0 | 0 | 1 | 1 |
| "Demandes" sous contrainte | 4 | 9 | 12 | 25 |
| dont demandes tut./curatelle refusées | 2 | 1 | 0 | 3 |
| dont art. 5 (Loi / surendettement) | 1 | 1 | 5 | 7 |
| dont art.14 (Loi / surendettement) | 0 | 0 | 2 | 2 |
| dont tutelle aux prest. Sociales | 0 | 0 | 0 | 0 |
| dont sauvegarde de justice | 0 | 0 | 0 | 0 |
| dont curatelles | 0 | 1 | 1 | 2 |
| dont tutelles | 1 | 6 | 4 | 11 |

tableau n°3

| Dossiers actifs | Centre | Nord | Sud | TOTAL |
|---|------------|------------|------------|------------|
| Total au 31/12/2004 | 222 | 254 | 178 | 654 |
| Demandes volontaires (conventions): | 209 | 231 | 157 | 597 |
| dont conventions simples | 73 | 93 | 40 | 206 |
| dont art. 1 (protection de la jeunesse) | 14 | 15 | 15 | 44 |
| dont art. 16 (Loi RMG) | 107 | 92 | 76 | 275 |
| dont GFV (Gestions Financières Volontaires) total | 15 | 31 | 26 | 72 |
| dont demandes GFV en cours d'admission | 3 | 11 | 10 | 24 |
| dont GFV - Art.1 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| dont GFV - Art.16 | 9 | 9 | 9 | 27 |
| dont GFV – Servior | 2 | 11 | 7 | 20 |
| "Demandes" sous contrainte | 13 | 23 | 21 | 57 |
| dont demandes en cours d'admission | 1 | 6 | 0 | 7 |
| dont art. 5 (Loi / surendettement) | 3 | 2 | 13 | 18 |
| dont art.14 (Loi / surendettement) | 1 | 1 | 3 | 5 |
| dont tutelle aux prest. Sociales | 2 | 1 | 0 | 3 |
| dont sauvegarde de justice | 1 | 1 | 0 | 2 |
| dont curatelles | 4 | 6 | 1 | 11 |
| dont tutelles | 1 | 6 | 4 | 11 |

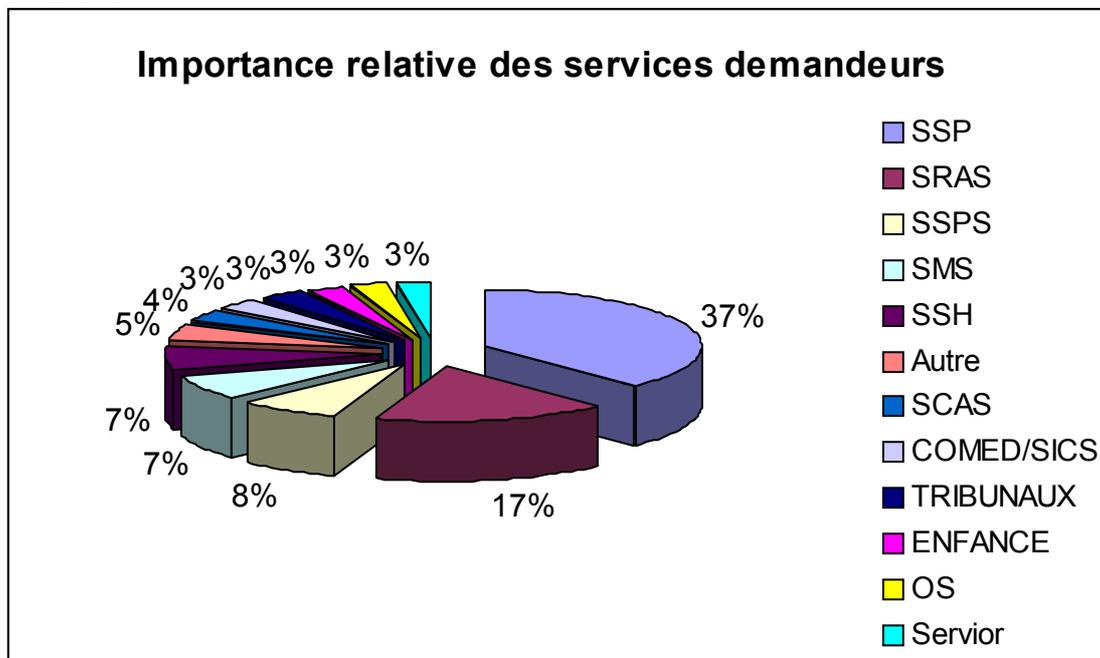
Le nombre de mesures de Gestions Financières actives (GFV et "demandes" sous contrainte) s'élève à 129. Avec les dossiers clôturés dans ce domaine, il en résulte un chiffre de **163 mesures de gestion financière réalisées au cours des deux dernières années**. Notons la prépondérance de mesures de gestion volontaire. Il faut interpréter ce fait positivement, car la gestion sur base d'un mandat volontaire évite souvent le recours à des mesures législatives plus lourdes et coûteuses.

graphique n°1



Le graphique n°2 souligne l'hétérogénéité des **partenaires du SAS** dont le nombre total s'élève à plus de **40 services**. Comme pour les années précédentes, la plupart des demandes d'accompagnement viennent du Service Social de Proximité (SSP), complémentaire au Service d'Accompagnement Social. Le pourcentage du SSP est resté stable mais l'importance relative du Service Régional d'Action Sociale (SRAS) a diminuée de 5%. Tandis que les anciens dossiers repris du Service Social Polyvalent de Secteur (SSPS) sont passés de 14% à 8%, la valeur relative des demandes provenant des Services Sociaux des Hôpitaux a augmenté de 5% à 7%.

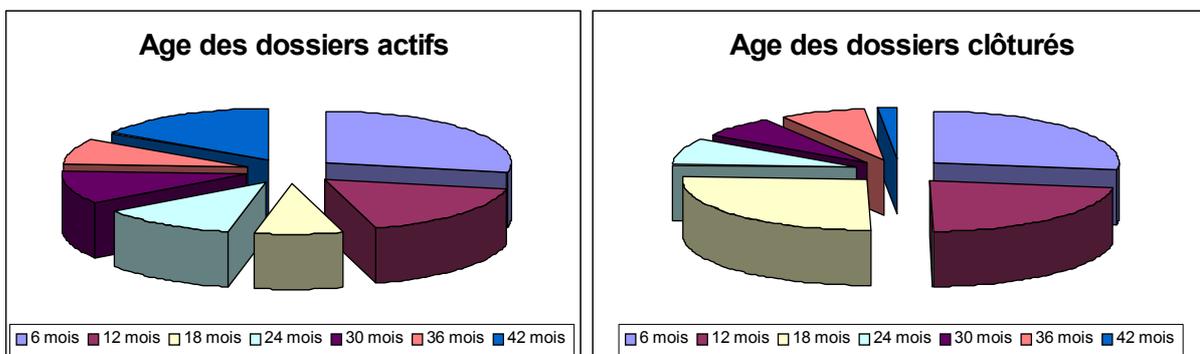
graphique n°2



Le graphique n°3, représentant le nombre de dossiers actifs et clôturés en fonction de leur durée de traitement, permet de faire quelques remarques supplémentaires.

Les "vieux" dossiers (>12 mois de traitement) représentent plus de la moitié (54,6%) des dossiers *actifs*. Trois quart des dossiers sont *clôturés* avant 18 mois et nous voyons une répartition égale autour de 25% pour les tranches d'âges suivantes 6,12,18 et 18-42. La question persiste s'il est possible de **cibler encore davantage l'intervention du Service d'Accompagnement Social** pour réduire le nombre de dossiers ne courant que 6 mois, tout en sachant que la sélection de clients motivés se réalise souvent ex post. D'un autre côté, il est clair que l'augmentation du nombre de tutelles et curatelles va également augmenter le nombre de dossiers dépassant 12 ou 18 mois de traitement. Cette évolution va engendrer cependant le problème de la **diminution du temps de réponse aux nouvelles demandes d'accompagnement social**.

graphique n°3



A côté du travail direct avec le client, l'activité du service en 2004 peut se résumer par les points suivants:

- **Participation au PANincl. 2001-2003:** Le Plan d'Action National pour l'Inclusion Sociale 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). La mouture de 2003-2005 de ce plan recommande au SAS d'augmenter encore le nombre de mesures. Ces **objectifs sont atteints**.
- **La mouture 2003-2005 du PANincl.** (mesure 50) prévoit également: «En application de la mesure n°48 du plan inclusion sociale (2001-2003), le service d'accompagnement social a été étendu en 2002. Une des fonctions dudit service est d'orienter les personnes qui font recours à ce service et qui éprouvent pour la plupart des difficultés d'insertion particulières, vers les services pouvant leur accorder une aide répondant à leurs besoins. Afin d'orienter le renforcement et la mise en place de services adaptés aux besoins formulés, la Ligue médico-sociale et le SNAS (Service National d'Action Sociale) développeront conjointement une banque de données permettant la **saisie détaillée de ces besoins**».
- Participation à un groupe de travail interinstitutionnel sur la **création d'une agence immobilière sociale**, cela dans le cadre de la mesure ad hoc du PANincl.
- **Réorganisation de l'équipe** à plusieurs reprises suites à des changements de personnel et tout en assurant la continuité des accompagnements sociaux entamés.
- Organisation de **réunions** de service et de travail.

2. 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). La loi distingue entre deux types de prestations financières: l'indemnité d'insertion, équivalente au taux du salaire social minimum et payée en contrepartie d'un travail fourni, ainsi que l'allocation complémentaire, attribuée aux personnes dispensées des mesures d'insertion professionnelle. Une équipe de travailleurs sociaux de la Ligue médico-sociale (13,5 postes plein-temps) assure dans 113 communes du pays l'intégration professionnelle des personnes bénéficiaires d'une indemnité d'insertion. La Ligue médico-sociale gère la moitié des postes SRAS pour tout le pays.

En 2004, les montants du revenu minimum garanti (allocation complémentaire) étaient les suivants:

Tableau 1:

| 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 € |

L'activité de l'année statistique 2004 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. Le nombre total de bénéficiaires d'une des prestations du RMG s'élevait à 12 753 en 2004 (11 963 personnes en 2003), dont 6 832 femmes et 5 921 hommes vivant dans 6 945 ménages.

Au 31 décembre 2004, sur 12 753 bénéficiaires du RMG, 4 647 devaient se soumettre théoriquement aux activités d'insertion professionnelle organisées par les Services Régionaux d'Action Sociale.

Les chiffres suivants (tableau 2) donnent un aperçu sommaire sur le nombre de personnes prises en charge par l'équipe de la Ligue médico-sociale. Répétons 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 (3692 = 29 %) pour des raisons prévues par la loi: charge d'enfants p.ex. Les *bénéficiaires non dispensés* (955=7,5 %) constituent la clientèle

principale des SRAS et 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 31.12.04 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 en moyenne d'une vingtaine de personnes *en permanence* pour chaque agent SRAS plein-temps de la Ligue médico-sociale.

Tableau 2:

| Région | Postes SRAS | Bénéficiaires temporairement dispensés | Bénéficiaires non-dispensés | Bénéficiaires non-dispensés avec activité d'insertion | Bénéficiaires non-dispensés sans activité d'insertion |
|-----------------------|-------------|--|-----------------------------|---|---|
| Centre | 6 | 1 792 | 482 | 304 | 178 |
| Nord | 4 | 1 151 | 302 | 253 | 49 |
| Sud | 2.5 | 749 | 171 | 121 | 50 |
| Total Ligue | 12.5 | 3 692 | 955 | 678 | 277 |
| Total National | 25 | 10 834 | 1 919 | 1 336 | 583 |

Fichiers SNAS du 31.12.2004

Il est intéressant de noter quelques caractéristiques de la population prise en charge par le SRAS de la Ligue. Les tableaux 3 et 4 qui suivent, se basent sur des données extraites de la base de données 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.

Tableau 3 : Composition des ménages

| Composition des ménages | Attributaire | | TOTAL | |
|---------------------------------------|--------------|-------------|-------------|----------------|
| | féminin | masculin | TOTAL | % |
| 1 adulte sans enfant | 530 | 750 | 1280 | 59,53% |
| 1 adulte avec 1 ou plusieurs enfants | 250 | 97 | 347 | 16,14% |
| 2 adultes sans enfant | 203 | 87 | 290 | 13,49% |
| 2 adultes avec 1 ou plusieurs enfants | 76 | 65 | 141 | 6,56% |
| 3 adultes et plus sans enfant | 32 | 25 | 57 | 2,65% |
| 3 adultes et plus avec enfants | 18 | 11 | 29 | 1,35% |
| Autres | 1 | 5 | 6 | 0,28% |
| Total | 1110 | 1040 | 2150 | 100,00% |

BD SNAS du 31.12.2004

Dans le tableau précédent, le nombre de ménages n'atteint que 2 150 au lieu de 2 194 pour des raisons de traitement informatique (code ménage erroné pour les 44 ménages manquants d'où impossibilité de catégoriser ces ménages), sans que cela se répercute sur la proportion des différents pourcentages.

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

| Nombre d'enfants | Nombre | % |
|-------------------|-------------|----------------|
| sans enfant | 1291 | 58,84% |
| 1 enfant | 356 | 16,23% |
| 2 enfants | 305 | 13,90% |
| 3 enfants | 145 | 6,61% |
| 4 enfants | 61 | 2,78% |
| 5 enfants et plus | 30 | 1,37% |
| Autres | 6 | 0,27% |
| Total | 2194 | 100,00% |

BD SNAS du 31.12.2004

Précisons finalement un peu plus le travail réalisé au sein des SRAS en 2004. Les activités d'insertion, organisées par le SNAS, ensemble avec les SRAS de la Ligue médico-sociale, ont été les suivantes:

Tableau 6 : Activités en cours

| Activités en cours | FEMMES | | HOMMES | | TOTAL | |
|--------------------------------------|------------|----------------|------------|----------------|------------|----------------|
| Activités de formation | 1 | 0,31% | 0 | 0,00% | 1 | 0,15% |
| Préparation et recherche assistée | 6 | 1,84% | 4 | 1,14% | 10 | 1,47% |
| Cures | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% |
| Affectations temporaires indemnisées | 287 | 88,04% | 317 | 90,06% | 604 | 89,09% |
| Stages en entreprise | 32 | 9,82% | 31 | 8,81% | 63 | 9,29% |
| TOTAUX | 326 | 100,00% | 352 | 100,00% | 678 | 100,00% |

Fichiers SNAS du 31.12.2004

Les durées moyennes des activités en cours étaient les suivantes:

Tableau 7 : Durée moyenne des activités en cours

| Durée moyenne des activités en cours | 2003 | 2004 |
|--------------------------------------|-----------|---------|
| Activités de formation | 9.6 mois | 12 mois |
| Préparation et recherche assistée | 3.1 mois | 2 mois |
| Affectations temporaires indemnisées | 26.8 mois | 24 mois |
| Stages en entreprise | 4.8 mois | 4 mois |

Fichiers SNAS du 31.12.2004

La durée moyenne des affectations temporaires indemnisées est passée de 16 (en 2000), 19,7 (en 2001), 22,80 (en 2002) à 26,8 mois en 2003 (tendance croissante jusque là), puis à 24 mois en 2004.

Le nombre total national des affectations temporaires indemnisées effectuées en cours d'année avait diminué de 2 605 en 2002 à 2 582 en 2003, mais est remonté à 2 651 en 2004, malgré la désaffectation de personnes handicapées reprises par les ateliers protégés dans le cadre de la loi pour personnes handicapées.

RAPPORT SUR LES SERVICES DE CONSEIL

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

1.1. INTRODUCTION

En cette 11^e année de son existence, le nombre de demandes de conseil adressées au service a légèrement fléchi vu un ralentissement de l'activité du service durant l'été.

Depuis sa création en 1993, 3 170 demandes de conseil ont été adressées au service dont 2 295 personnes sont venues en consultation.

Rien que pour l'année 2004, le service a pu enregistrer 228 nouvelles demandes de conseil dont 122 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 2004, 2 dossiers ont été ouverts dans le cadre de la loi du 8 décembre 2000 sur le surendettement. Un de ces deux dossiers est toujours en cours de traitement.

Parallèlement à son activité d'information et de conseil, le service a su s'investir dans différentes actions de prévention plus amplement exposées sub. 1.3.

Au niveau international, le service a maintenu un échange d'informations régulier avec les membres du Consumer Debt Net ainsi qu'avec les organisations similaires situées à l'étranger.

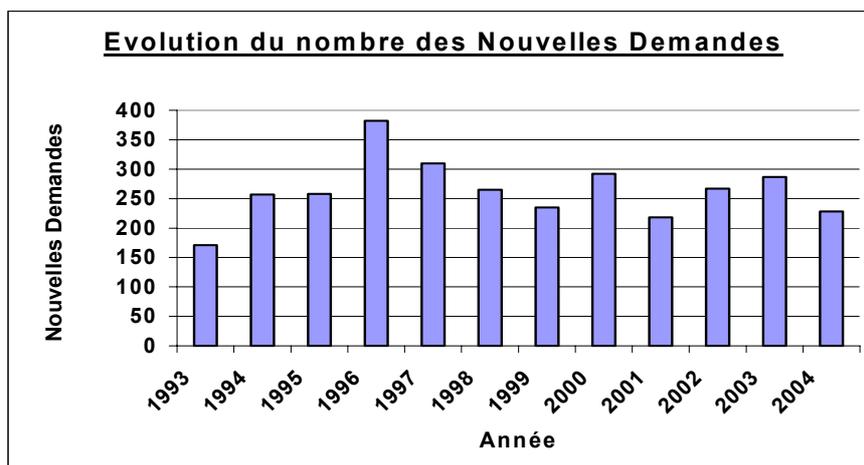
Le Ministère de la Famille a été informé de l'activité du service au cours des entrevues qui ont eu lieu au ministère.

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

1.2.1. Les données statistiques générales

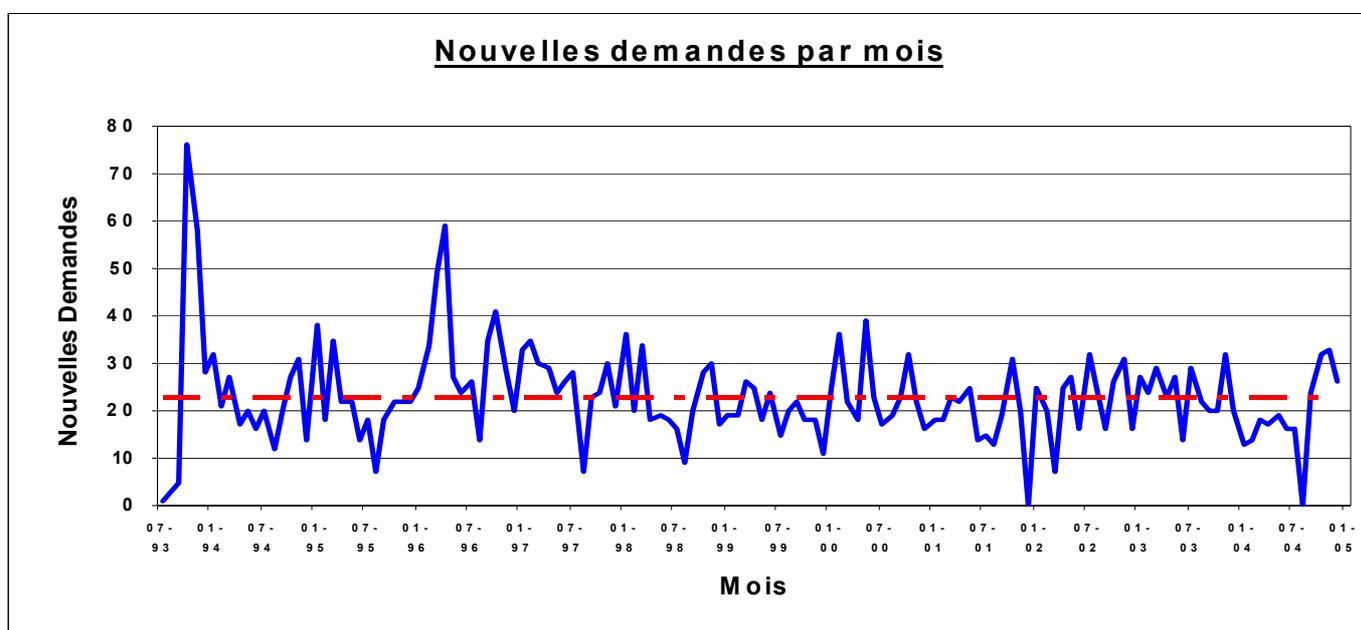
Au cours de l'exercice 2004, 228 nouvelles demandes de conseil ont été enregistrées portant le nombre total de demandeurs à 3 170 depuis la création du Service.



| Demandes / Année | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | Total |
|---------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|
| Nombre de demandes | 171 | 257 | 258 | 382 | 310 | 265 | 235 | 292 | 218 | 267 | 287 | 228 | 3 170 |
| Pourcentage / Total | 5% | 8% | 8% | 12% | 10% | 8% | 8% | 10% | 7% | 8% | 9% | 7% | 100% |
| Moyenne mensuelle | 28 | 21 | 21 | 32 | 26 | 22 | 20 | 24 | 18 | 22 | 24 | 19 | 23 |

Il ressort des chiffres ci-dessus que le nombre moyen annuel sur la période considérée est de 276 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.

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

Au cours de l'exercice 2004, 2 dossiers ont été ouverts dans le cadre de la loi du 8 décembre 2000 sur le surendettement. Un de ces deux dossiers est toujours en cours de traitement.

1.2.3. Le profil de la clientèle

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

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

Il en découle la situation suivante pour 2004:

| L'ANNEE 2004 EN CHIFFRES | |
|---|------------|
| Nouveaux clients reçus ou DOSSIERS : | 122 |
| + Nouveaux clients non-présents au 1 ^{er} rendez-vous: | 106 |
| TOTAL Nouvelles demandes de conseil: | 228 |
| + Demandes d'informations: | 161 |
| TOTAL Nouvelles demandes de conseil et d'informations: | 389 |
| + Anciens dossiers traités en 2004: | 199 |
| TOTAL: | 588 |

En 2004, 588 personnes se sont adressées au service afin de recevoir de l'information et du conseil en matière financière. 321 dossiers ont été traités dont 122 nouveaux et 199 anciens. 106 personnes ayant pris un 1^{er} rendez-vous en 2003 ne se sont pas présentés et 161 demandes d'informations ont été adressées au service.

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

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

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

1.2.4. Les moyens d'action

a) Les moyens d'action propres

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

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

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

1.3.1. Le volet national

La campagne déjà classique incitant le grand public à être prudent lors de l'achat à crédit d'une voiture neuve ou d'occasion a été réitérée à l'occasion du « Salon de l'automobile 2004 » au début de l'année.

Parallèlement à son activité d'information et de conseil, le service a su s'investir dans différentes actions de prévention, par exemple en tenant des cours ayant comme sujet « Planification de vie et budget » auprès du « Forum pour l'Emploi » à Erpeldange (14.01.04).

En date du 29.01.04, le service a eu l'occasion de présenter à nouveau la problématique du surendettement aux éducateurs et assistants sociaux de la fondation Jugend- an Drogenhëllef, initiative qui a débutée en 2003.

Comme par le passé, le service a sensibilisé le public à la problématique du surendettement par le biais des médias. Ainsi, il a participé périodiquement à des émissions radio- (17.01.04 et 19.11.04) et télédiffusées (mars 2004) et a régulièrement fourni des informations à la presse écrite.

1.3.2. Le volet international

Au niveau international, le Service a maintenu un échange d'informations régulier avec les membres du Consumer Debt Net ainsi qu'avec les organisations similaires situées à l'étranger.

2. Gesond Liewen & Centre de Consultations

2.1. Centre de Consultations

2.1.1. Rapport d'activité de l'année 2004

En 2004, le Centre de Consultations a pu fêter son dixième anniversaire. Centralisé à Luxembourg dans le nouveau bâtiment du Centre Médico-Social, il offre aux habitants de la région centre, sud, est et ouest de notre pays une consultation psychologique et psychothérapeutique sur rendez-vous. Les motifs pour lesquels les consultants prennent contact avec le centre sont 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 sont d'ordre individuel, relationnel, conjugal, éducatif, sexuel ou familial. Le travail majeur du centre a consisté à assurer les thérapies individuelles et de couple, ainsi qu'un certain nombre de thérapies familiales. Le nombre d'appels téléphoniques pour des motifs les plus divers est croissant d'année en année et complète le travail de consultation psychologique.

Au cours de **l'année 2004**, **194** personnes ont consulté le Centre de Consultations, dont **116 (60%) de sexe féminin** et **78 (40%) de sexe masculin**, avec un total de **16 (8%) de mineurs**. Pour **178 adultes** (109 femmes et 69 hommes) il y a eu **16 enfants**, 7 filles et 9 garçons.

Les **nouvelles demandes** (137) ont totalisé **70,6 %** de toutes les demandes. D'après le sexe cela nous donne: féminin – 84 ou 61% et 53 ou 39% pour le sexe masculin. Pour un total de **114 dossiers** pour l'année 2004 il y avait 81 dossiers **nouveaux (71%)**. **73 dossiers (64%)** avec un total de 128 personnes (66%) ont pu être **terminés** durant l'année 2004. En tout il y a eu 69 dossiers individuels (60%), 38 dossiers de couple (33%) et 7 dossiers familiaux (6%).

Sur toute l'année il y a eu **994 consultations** dont 636 individuelles (64%), 313 consultations de couple (31,5%) et 45 consultations familiales (4,5%). Le nombre de séances par personne a varié de 1 à 23. Pour **16 nationalités différentes** il y avait **37% d'étrangers**. Les consultants se retrouvent parmi toutes les couches de la population avec une prédominance (31%) d'employés et de fonctionnaires. Les consultants proviennent de **29 communes différentes** de notre pays auxquelles il faut ajouter **4 communes à l'étranger**. **71% des clients** s'adressent au centre de leur **propre initiative** ou pour avoir été référés par d'anciens consultants ; 10% sont référés de façon interne. **La tranche d'âge de 31 – 50 ans représente 54%** de l'ensemble des clients. Les personnes qui n'ont pas encore consulté avant ailleurs restent largement minoritaires. **24% 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 (p.ex. hospitalisation). 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 (foyers pour enfants, adolescents ou adultes) ont été adressées au centre qui y a répondu de la meilleure façon possible. Le nombre d'échanges professionnels internes reste stable.

2.1.2. 10 ans de Centre de Consultations

En novembre 2004 le Centre de Consultations a fêté son 10^e anniversaire et ce sans grand bruit, mais avec la joie d'avoir servi pendant 10 ans au mieux et dans la mesure de ses moyens tous les patients qui l'auront consulté au fil des années. L'année 2004 s'inscrit en continuation directe des activités du centre réalisées les années précédentes et à réaliser pendant les années à venir: Offrir une consultation psychologique de qualité, rapide et efficace par la réalisation de psychothérapies adaptées et centrées sur la problématique de la ou des personnes qui consultent.

Quelques chiffres

En 10 ans le Centre de Consultations a cumulé:

| | |
|---|---------------------|
| 1 806 consultants | 1 058 femmes (59%) |
| | 748 hommes (41%) |
| | 1 568 majeurs (87%) |
| | 238 mineurs (13%) |
| 1 106 dossiers dont 705 terminés en cours d'année | |

9 735 consultations auxquels il faut rajouter un nombre difficilement chiffrable de consultations téléphoniques

| | |
|-----------------------------|-----|
| consultations individuelles | 58% |
| de couple | 34% |
| familiales | 8% |

CONSTATATIONS

- Les consultants se recrutent parmi toutes les couches sociales de la population
- Dans les cas de renvoi de patients au centre par d'autres professionnels, les contacts d'information, d'échange et de concertation ont été aisés et non problématiques
- Certaines nouvelles institutions à Luxembourg renvoient facilement pour un traitement ambulatoire au Centre de Consultation après avoir vu concrétiser le travail qui s'y réalise
- Dans un cas une hospitalisation à l'étranger s'est avérée être indispensable
- Certains centres de l'étranger ont recours, après une hospitalisation de plus longue durée, au Centre de Consultations pour un suivi post-hospitalier ambulatoire. Le contact avec les thérapeutes concernés s'avère être sans problèmes et assez fructueux
- Certaines problématiques n'ont pu être accueillies au Centre de Consultations à défaut d'outillage et d'équipement adéquat
- Les demandes ponctuelles d'aide professionnelle adressées au psychologue par d'autres professionnels de la Ligue Médico-sociale ou d'autres services ou institutions professionnelles ont trouvé un apport à la résolution de situations complexes et difficiles. Les échos ont été positifs puisque les nouvelles demandes émanant des mêmes personnes en témoignent.

- Faire face tout seul à toutes les demandes qui sont adressées au centre, de quelque nature qu'elles soient, s'avère être une tâche très délicate, assez lourde et parfois écrasante. Un apport substantiel professionnel serait le bienvenu.

TABLEAUX CLINIQUES

Filtrer en résumé les problèmes majeurs et dominants de 194 consultants s'avère être toujours une tâche délicate et difficile. Voilà pourquoi je propose de dégager les thèmes principaux tout en soulignant que toute situation est bien unique et revêt souvent un drame de vie difficilement traduisible en étiquettes officielles.

C'est la solitude affective, vécue seule ou en couple, en adolescent, enfant ou adulte qui prend la première place dans les problématiques des gens qui consultent le centre. Souffrir sur le plan psychologique, du fait que je ne vis pas ou plus de chaleur humaine dans la communication avec mon entourage, et être confronté à une multitude de symptômes qui en découlent, voilà un des noeuds principaux des consultants. Dans des cas plus graves, ce sont des dépressions qu'il faut soigner, dans des situations moins difficiles c'est donner une aide à la restructuration du cadre de vie et de fonctionnement de la personne concernée.

D'autres thèmes ou problèmes rencontrés au cours de l'année 2004 étaient les suivants:

- états d'angoisse, de peur et de crainte
- dépendances diverses, l'alcool prenant cependant de loin la première place
- problèmes liés à la solitude et à l'isolement
- écroulement intérieur suite à une surcharge de problèmes en apparence anodins, mais provoquant un état d'épuisement généralisé
- difficultés de communication avec autrui
- disputes à propos de la structuration de la famille et notamment l'éducation des enfants
- difficultés dans la communication et l'explication réciproque
- problèmes déclarés ou cachés liés à la sexualité
- gestion familiales difficiles suite à l'annonce d'événements ou de faits négatifs pour un ou plusieurs membres de la famille
- troubles psychosomatiques les plus variés à des situations de vie difficiles (examens, mobbing, perte de membre de famille, perte de l'emploi)
- divorces très lourds et longs à porter par l'un des partenaires ou tous les deux
- adultes violés pendant leur enfance ou adolescence
- difficultés liés à la non-acceptation de la famille du partenaire
- problèmes de perte d'équilibre psychique suite à la perte ou la séparation avec le partenaire de vie, respectivement suite à l'annonce d'une maladie grave ou d'une opération difficile et indispensable
- difficultés d'entrer en contact avec autrui pour réussir une communication pleine et enrichissante
- querelles interminables à propos de la garde de ou des enfants en cas de rupture ou de séparation

2.1.3. CONCLUSIONS

La plupart des consultants présentent un passé problématique et ils n'en sont pas à leur première démarche thérapeutique. Il est vrai que les patients contents et satisfaits restent le meilleur porte-parole des activités du centre, ceci vaut d'ailleurs aussi bien pour les professionnels qui renvoient au centre que pour les institutions avec lesquelles le centre a établi des relations de collaboration au fil des années.

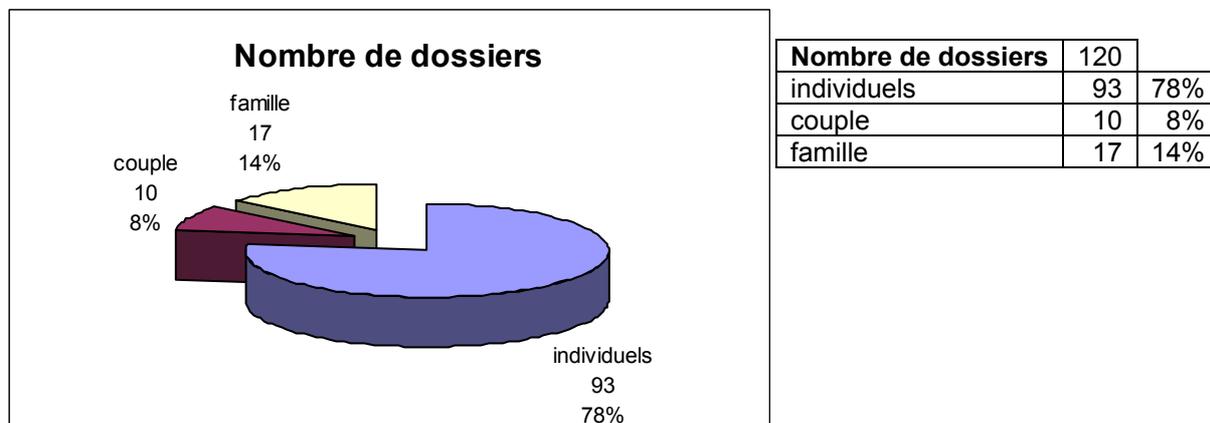
L'objectif de répondre à tout appel téléphonique dans les 24 heures et d'assurer, dans la mesure du possible, un premier rendez-vous dans les trois semaines à venir fait partie désormais de l'image de marque du Centre de Consultations.

L'échange professionnel avec d'autres spécialistes et professionnels est devenu courant dans tous les cas où une situation concrète l'exige. Ces échanges sont enrichissants pour tous les concernés et contribuent à raccourcir favorablement le chemin de la résolution des problèmes abordés.

2.2. Gesond Liewen

2.2.1. Conseil psychologique

L'année 2004 confirme l'utilité du service de consultation psychologique. Le nombre effectif de consultations est stable (autour de 600 heures) ; il faut néanmoins dire qu'à peu près 1/6 (100) des rendez-vous est annulé pour diverses raisons. Ces places libérées sont dans la mesure du possible réoccupées par de nouveaux rendez-vous qui se présentent à court terme.



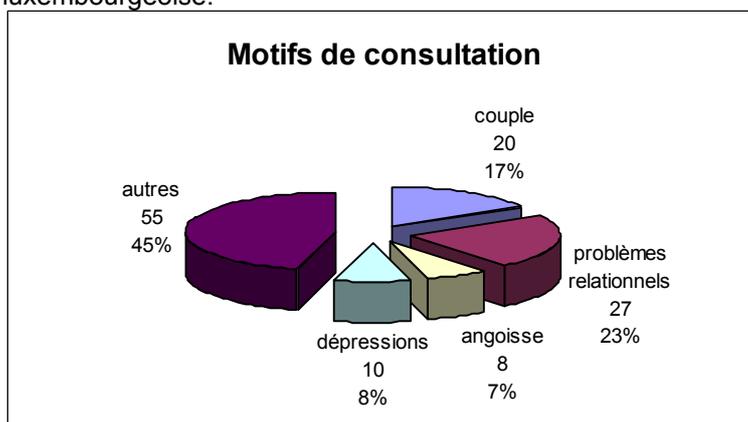
Il y a en général un grand « turn-over », dû au fait que beaucoup de clients ne consultent pas pour des temps très longs (>10 séances). De cette façon, il n'y a pratiquement pas de liste d'attente.

| Nombre de séances | | |
|-------------------|----|-----|
| séance unique | 25 | 21% |
| < 10 | 76 | 63% |
| < 20 | 12 | 10% |
| > 20 | 7 | 6% |

Cette année, nous sommes pour la première fois entrés en contact avec des femmes africaines réfugiées par l'intermédiaire de la Caritas. Au niveau interne de la Ligue, nous collaborons avec le service SAS et le SRAS. Certaines situations en rapport avec des enfants / adolescents rendent nécessaire une collaboration externe (situation de placement, contacts avec le foyer).

| envoyés par | | |
|---|----|-----|
| assistante sociale | 30 | 25% |
| médecins, collègues | 17 | 14% |
| autres services et institutions | 33 | 28% |
| relation personnelle (amis, famille, anciens clients) | 39 | 33% |
| journal | 1 | 1% |

1/5 de la population se trouve en situation RMG ou de rente d'invalidité. La grande majorité des clients sont de nationalité luxembourgeoise.



Parmi les motifs « autres », nous trouvons des situations de stress psychologique comme: hospitalisation, négligence, placement, divorce, perte, familles recomposées.

Au niveau individuel, on rencontre des problèmes psychosomatiques, l'alcool, l'instabilité, la violence, les syndromes de stress post-traumatique.

Quelques clients nécessitent un suivi intermittent, après avoir consulté de manière intense pendant une certaine période. Ce qui importe alors, c'est la possibilité de contact; le service constitue alors une référence stable.

2.2.2. Consultations conjugales et familiales

Nombre de dossiers

| | |
|--------------|----|
| Nombre total | 99 |
| Individuels | 93 |
| Couples | 6 |

Nombre de clients

| | |
|--------------|-----|
| Nombre total | 105 |
| Femmes | 79 |
| Hommes | 22 |
| Adolescents | 4 |

Constatations

En comparant le nombre de consultations de 2004 avec celui de l'année 2003, on constate qu'il y a une augmentation du total de 6,4%, ce qui s'explique par une nette progression des consultations à Wiltz et une légère baisse à Ettelbruck. Les consultations individuelles prédominent toujours, surtout à Wiltz avec 96% et avec 84% à Ettelbruck

Une classification selon l'état civil montre qu'une grande part des consultants sont des personnes mariées ou remariées (46% à Wiltz et 43,4% à Ettelbruck), suivies par les clients divorcés à Wiltz (22%) et les personnes célibataires à Ettelbruck (20%).

Le statut professionnel relève une large part d'employés et de fonctionnaires à Ettelbruck (30%) et d'une part aussi importante de femmes au foyer (30%), suivi de 10% d'ouvriers.

En ce qui concerne Wiltz, les femmes au foyer mènent le tableau avec 31% suivies de 18,2% d'ouvriers et de 16,5% de clients touchant l'RMG. Les fonctionnaires et employés ne représentent ici que 14,5% de la population consultante.

La majorité de clients prennent contact avec notre service parce qu'ils sont envoyés par une tierce personne, à savoir:

| Envoyés par | Total | |
|--|-------|-----|
| A(H)S: SAS, SRAS, CRL, etc. | 38 | 36% |
| autres inst., services psycho-médico-sociaux | 5 | 5% |
| anc. clients, famille, amis, collègues | 21 | 20% |
| médecin gén., psychiatre | 38 | 36% |
| Psychologue | 3 | 3% |

Les consultants envoyés par les A(H)S représentent 40% à Wiltz et 32% à Ettelbruck (par rapport à 17% en 2003). Surtout à Ettelbruck, ce sont toujours les médecins et surtout les psychiatres qui orientent avec 48% la majorité de notre clientèle vers « Gesond Liewen », ce qui est seulement le cas pour 25,6% des personnes à Wiltz.

En examinant le tableau des motifs, on constate que la majorité des clients consultent toujours pour des problèmes de famille (28% et 23,6%) ou de couple (24% et 35%), suivis par les dépressions (16,5% et 22%) et les situations d'accompagnement. Le volet des statistiques reste toujours assez imprécis comme le client présente souvent plusieurs motifs ou le motif de consultation varie au cours de la relation client-professionnel.

| Motif de consultation | | |
|-----------------------|----|-----|
| abus sexuel | 1 | 1% |
| accompagnement | 13 | 12% |
| Angoisses | 3 | 3% |
| anorexie/boulimie | 1 | 1% |
| Dépressions | 20 | 19% |
| Divorce | 5 | 5% |
| état de dépendance | 2 | 2% |
| problèmes de couple | 31 | 30% |
| problèmes de famille | 27 | 26% |
| problèmes de travail | 2 | 2% |

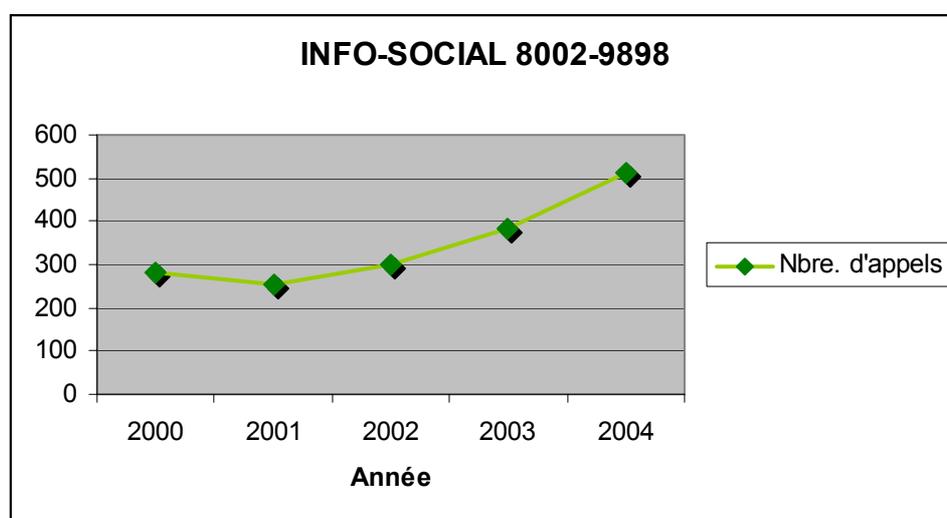
Le nombre de séances par client varie entre 1 et 16 à Wiltz et entre 1 et 26 à Ettelbruck. La majorité des clients voient leur problématique améliorée après un nombre limité de séances (<10) (69% à Wiltz et 72% à Ettelbruck). Environ 20% sont des demandeurs à long terme, à problématique lourde attachés 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 gratuitement offert à toute personne se posant des questions d'ordre social. L'objectif de ce service est de proposer une information rapide, correcte et sur mesure ainsi qu'une orientation concrète par rapport aux services et aides existants dans le domaine social luxembourgeois.

Le service rencontre un succès croissant:



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

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. Les professionnels d'autres services peuvent également profiter du service qui n'est pas limité au grand public.

Le service Info-Social est accessible depuis juin 2000, du lundi au vendredi de 9h-12h et de 13h-17h. En 2004, les permanences ont été assurées à tour de rôle par 25 travailleurs sociaux de la Ligue médico-sociale et cela à partir des CMS de Differdange, Dudelange, Esch/Alzette, Ettelbruck, Grevenmacher et Luxembourg.

Les chiffres:

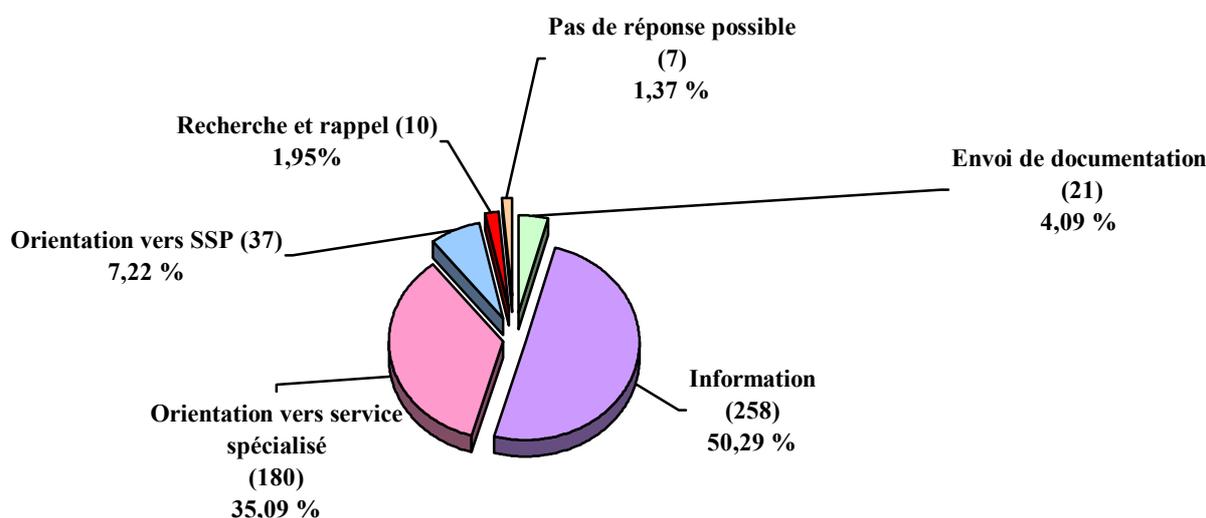
Le tableau ci-après reproduit, en pourcentage, les 513 appels reçus en 2004 pour chaque catégorie recensée. L'accroissement total du nombre d'appels par rapport à 2003 est de 33,60 %.

| | |
|-------------|---------|
| Education | 2,14 % |
| Enfance | 6,82 % |
| <i>Etat</i> | 0,39 % |
| Etrangers | 1,56 % |
| Famille | 4,88 % |
| Femmes | 3,31 % |
| Handicap | 1,17 % |
| Indigences | 15,79 % |
| Jeunesse | 2,53 % |

| | |
|------------------|---------|
| Justice | 10,72 % |
| Logement | 7,21 % |
| Maternité | 3,12 % |
| Personnes âgées | 3,51 % |
| Santé | 11,50 % |
| Sécurité sociale | 9,75 % |
| Travail | 4,68 % |
| Autres | 10,92 % |

La plupart des interrogations ont trait aux domaines de l'indigence (15,79%), de la Santé (11,50%), de la Justice (10,72%) et de la Sécurité Sociale (9,75%).

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



Nous pouvons ainsi constater que pour 50 % des appels, le service a fourni des informations sociales. Dans certains cas, les situations étaient plus complexes: 35 % des appels ont été orientés vers un service spécialisé et plus de 7 % vers le Service Social de Proximité lorsque les situations évoquées nécessitaient une analyse plus élaborée.

L'Info-Social préconise une réponse immédiate. Ainsi, l'actualisation permanente de la banque de données est réalisée avec beaucoup de soins. C'est pourquoi 2 % seulement des appels ont nécessité une recherche plus longue. Pour 4 % des appels, l'envoi d'une documentation a été demandé (fax, courrier, mail).

Pour 7 appels aucune solution n'a pu être trouvée car la demande du client ne concernait pas le domaine social.

Retenons en guise de conclusion que les chiffres témoignent de l'utilité de ce service dont les appels augmentent d'année en année. Les objectifs qualitatifs du service ont pu être atteints. D'un point de vue quantitatif un accroissement des appels est probable en 2005 puisque le service est de plus en plus connu dans le secteur social et par le grand public.

LE PERSONNEL

(Situation à la date du 15 avril 2005)

Administration centrale

CLEMANG Michèle, RODESCH Monique, Direction administrative
Dr CHAUSSADE Fabrice, Directeur médical
HOFFMANN Marco, Directeur social

Personnel administratif et technique: BISENIUS Romaine, KARIGER-ERAMO Miriam, MULLER Karin, SCHMIT Anicet

AGREBI-WATRY Jacqueline, AHS de circonscription Centre
BEGUE-POECKES Marianne, AHS de circonscription Nord
RECHTFERTIG Louise, AHS de circonscription Sud

Service de des mineurs et majeurs protégés

VILAIN Marie-Pierre, économiste, DAMME Danielle, gestionnaire

Service médico-social

Centre médico-social Luxembourg

Travailleurs sociaux: BESCH Lony (AHS), GERGES Josiane (AHS), HILT Françoise (AS), TRIERWEILER Marie-Paule (AHS), VANHILLE Christiane (AHS), WELTER-ECKER Rita (AHS)*
Personnel infirmier et technique médical: BREUSKIN Patrice (IP), FRANCK Adrienne (IP), FRLJUCKIC Ismailj (ATMRX), MAJERUS Paul (IHG), SCHLEIMER-STEINMETZ Gisèle (I), SIZAIRE Frédérique (I), SCHMIT-ZAHLEN Jacqueline (P), TANSON Françoise (I), URWALD Diane (IP)

Centre médico-social Grevenmacher

Travailleurs sociaux: AUDRY Line (AHS), KOHLL Danielle (AHS), DUMORTIER-PESSY Nathalie (AS)
Personnel infirmier et technique médical: MARX Ariane (I)

Centre médico-social Mersch

Travailleurs sociaux: SCHENNETTEN-WELTER Marion (AHS), WINANDY-RAAS Gritty (AHS)

Centre médico-social Ettelbruck

Travailleurs sociaux: KNAFF Lydia (AHS), MARQUES Sandra (AS)
Personnel infirmier et technique médical: GOMPELMANN Marianne (I), PLACHUTA Edith (ATMRX), BEMTGEN-REDING Marie-Jeanne (I), MATHIAS Madeleine (I), BOLLENDORFF Simone (I)

Centre médico-social Clervaux

Personnel infirmier et technique médical: MAJERES-THINNES Margot (IP)

Centre médico-social Diekirch

Travailleurs sociaux: KERGER-BOEVER Eliane (AHS)
Personnel infirmier et technique médical: ERNST Marianne (IP)

Centre médico-social Echternach

Travailleurs sociaux: BERSCHIED-HOFFMANN Vicky (AHS), KRANTZ Guy (AHS)

Centre médico-social Redange

Personnel infirmier et technique médical: BERNARDY-JUNGBLUT Mady (I)

Centre médico-social Wiltz

Travailleurs sociaux: SCHEECK-CLAM Renée (AHS), SCHEUER Monique (AHS)

Centre médico-social Esch/Alzette

Travailleurs sociaux: DUBOIS-WERSAND Myriam (AHS), HARTUNG-GASPAR Antoinette (AHS)
Personnel infirmier et technique médical: GENGLER André (I), MARXEN-LAHUR Michèle (IP), PALUMBO-BOSSI Véronique (ATMRX)

* AHS = assistant d'hygiène sociale, AS = assistant social, IHG = infirmier hospitalier gradué, I = infirmier, IP = infirmier en pédiatrie, P = puériculteur, ATMRX = assistant technique médical en radiologie

Centre médico-social Differdange

Centre médico-social Differdange Travailleurs sociaux: PHILIPP Michelle (AHS), WOLFF Isabel (AS)
Personnel infirmier et technique médical: JUNGERS-GOERGEN Madeleine(IP)

Centre médico-social Dudelange

Travailleurs sociaux: BINGEN Jeanne (AHS)
Personnel infirmier et technique médical: DAWIR Maryse (I)

Service d'accompagnement social

Centre médico-social Luxembourg

Travailleurs sociaux: REISER Simone (AHS), COLLIN Caroline (AS), GLESNER Jean-Marie (AS)

Centre médico-social Grevenmacher

Travailleurs sociaux: WIRTZ Malou (AHS)

Centre médico-social Mersch

Travailleurs sociaux: HOSTERT-MOLITOR Anne-Marie (AHS), NOESEN-MAMER Joëlle (AHS)

Centre médico-social Ettelbruck

Travailleurs sociaux: GILBERT Martine (AS)

Centre médico-social Clervaux

Travailleurs sociaux: MIRGAIN Antoine (AHS)

Centre médico-social Diekirch

Travailleurs sociaux: STIEFER Christiane (AHS)

Centre médico-social Echternach

Travailleurs sociaux: GONCALVES Manuela (AS)*

Centre médico-social Redange

Travailleurs sociaux: GENGLER Michel (AS)

Centre médico-social Wiltz

Travailleurs sociaux: KARIER Isabelle (AS)

Centre médico-social Esch/Alzette

Travailleurs sociaux: KOMPOSCH Josette (AHS), AREND Pascale (AHS), HANUS Céline (AS), LUDOVICI Catherine (AS), MAURICIO Sylvie (AS)

Centre médico-social Differdange

Travailleurs sociaux: ARANDA Daniela (AS)

Centre médico-social Dudelange

Travailleurs sociaux: REILAND Michèle (AS)

Service régional d'action sociale

Centre médico-social Luxembourg

Travailleurs sociaux: ADAMS Nadine (AS), BERNARD Frédéric (AS), FICHANT Marylène (AS), GUIOT Béatrice (AS), KOHL Anne (AS), MULLER Christiane (AS), SCHANDELER Renaud (AS)

Centre médico-social Ettelbruck

Travailleurs sociaux: BINET Anne (AS), LAMBERTY Caroline (AHS), JOSSE Marc (AS)

Centre médico-social Echternach

Travailleurs sociaux: SCHALK Diane (AS)

Centre médico-social Redange

Travailleurs sociaux: BINET Anne (AHS)

Centre médico-social Wiltz

Travailleurs sociaux: BILLA Régine (AS), BOS-DE DOOD Mary (AS), HEINEN Sylvie (AHS)

* AHS = assistant d'hygiène sociale, AS = assistant social, I = infirmier, IP = infirmier en pédiatrie, P = puériculteur, ATMRX = assistant technique médical en radiologie

Centre médico-social Esch/Alzette
Travailleurs sociaux: PIERRE Jean-Nico (AS)

Centre médico-social Differdange
Travailleurs sociaux: CUELENAERE Jean-Marie (AS), SERRANO Leila (AS)

Service d'information et de conseil en matière de surendettement

Chef du service: SCHUMACHER Christian, Economiste
NAU Claudine, employée, WAGENER Christian, conseiller

Gesond Liewen & Centre de consultations

Centre médico-social Luxembourg
MOLITOR Jean (Psychologue), BERNARD-KRIER Danielle (Diététicienne)

Centre médico-social Ettelbruck
Psychologue: HEYMAN-FABERT Alix, Conseillère conjugale et familiale : GOEDERT-SIMON Lucie,
Diététicienne : MEYRATH Christiane

Centre médico-social Echternach
SCHILTZ-SOETENS Martine (Diététicienne)

Centre médico-social Wiltz
Conseillère conjugale et familiale : GOEDERT-SIMON Lucie

Centre médico-social Dudelange
BERNARD-KRIER Danielle (Diététicienne), MEYRATH Christiane (Diététicienne)

Services administratifs

Centre médico-social Luxembourg
BURRE-KREMER Marie-Jeanne, DONCKEL Anne, KRYSATIS Sylvie, NORD-STEFFEN Josée,
TIMMERMANN Sylvie

Centre médico-social Grevenmacher
LUDWIG Nicole, MARQUES-MENDES Patricia

Centre médico-social Mersch
CARROLL-THEISEN Marie-Andrée, KARPEN Danielle

Centre médico-social Ettelbruck
JOURDAIN Carlo KUROWSKI Daroslaw

Centre médico-social Echternach
DECKER-CREVITS Viky, SCHEUER Juliette

Centre médico-social Redange
KRIER-KLENSCH Noëlla

Centre médico-social Wiltz
RIES-STEFFEN Nathalie, BODSON Sonja

Centre médico-social Esch/Alzette
BOHLER-SCOLASTICI Claudia, ESCHENAUER-JACOBY Sylvia, FERNANDES Christina

Centre médico-social Differdange
KRAUS-PEIFFER Danielle, MANNES-HANSEN Denise

Centre médico-social Dudelange
ANISSET-LELLIG Marie-Rose

Délégation du personnel issue des élections du 12 novembre 2003

| | |
|---|--|
| REISER Simone, Présidente | TRIERWEILER Marie-Paule, Vice-Présidente |
| NAU Claudine, Secrétaire | GENGLER Michel, Secrétaire adjoint |
| GOMPELMANN Marianne, Déléguée à la Sécurité | HEINEN Sylvie, Déléguée à l'Égalité |

ANNEXES

1. Services Médico-Sociaux

tableau 4

| SMS-Social 2003/2004 | Centre | | | | | | | | | | | Nord | | | | | | | | | | | Sud | | | | | | | | | | |
|--------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|----------|-----------|-----------|------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|----------|-----------|------------|
| CLASSES | JE1 | JE2 | P1 | P2 | P3 | P4 | P5 | P6 | PCE | EP | autre | & | JE1 | JE2 | P1 | P2 | P3 | P4 | P5 | P6 | autre | & | JE1 | JE2 | P1 | P2 | P3 | P4 | P5 | P6 | PCE | autre | & |
| Problèmes physiques | 5 | 11 | 11 | 4 | 10 | 9 | 5 | 1 | 3 | 6 | 1 | 66 | 6 | 2 | 4 | 2 | 7 | 6 | 6 | 2 | 11 | 46 | 3 | 4 | 11 | 2 | 5 | 1 | 3 | 2 | 0 | 4 | 35 |
| Affection dermato. | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Affection parasitaire | 0 | 1 | 1 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 5 | 3 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 6 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 4 |
| Handicap | 1 | 1 | 2 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 7 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 6 | 6 | 1 | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 |
| Problème hygiène | 1 | 0 | 3 | 1 | 1 | 2 | 2 | 0 | 0 | 1 | 0 | 11 | 1 | 1 | 3 | 1 | 1 | 3 | 1 | 0 | 1 | 12 | 0 | 0 | 4 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 6 |
| Maladie chronique | 1 | 3 | 1 | 0 | 1 | 3 | 1 | 0 | 0 | 2 | 1 | 13 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 | 0 | 0 | 5 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Retard psycho-moteur | 2 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 3 |
| Surcharge pondérale | 0 | 3 | 2 | 2 | 4 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 14 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 3 | 2 | 2 | 10 | 0 | 0 | 2 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 5 |
| Autre problème physique | 0 | 0 | 2 | 1 | 1 | 2 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 8 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 4 | 1 | 2 | 1 | 1 | 3 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 11 |
| Problèmes psychiques | 10 | 16 | 15 | 11 | 9 | 14 | 14 | 4 | 1 | 16 | 4 | 114 | 8 | 6 | 14 | 10 | 12 | 5 | 8 | 6 | 15 | 84 | 3 | 8 | 8 | 8 | 6 | 2 | 3 | 3 | 1 | 1 | 43 |
| Maladie mentale | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Problème affectif | 1 | 2 | 5 | 4 | 3 | 3 | 7 | 0 | 0 | 1 | 0 | 26 | 0 | 0 | 2 | 0 | 3 | 1 | 2 | 3 | 1 | 12 | 0 | 1 | 1 | 3 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 9 |
| Probl. d'apprentiss. scol. | 1 | 7 | 6 | 6 | 4 | 5 | 3 | 1 | 0 | 1 | 2 | 36 | 3 | 3 | 6 | 7 | 4 | 2 | 1 | 2 | 7 | 35 | 0 | 1 | 5 | 2 | 4 | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 15 |
| Retard psychique | 3 | 2 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 5 | 0 | 12 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 1 | 1 | 1 | 3 | 20 | 3 | 5 | 2 | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 15 |
| Trouble du langage | 3 | 1 | 2 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 0 | 10 | 2 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Trouble mental autre | 1 | 2 | 2 | 0 | 1 | 5 | 3 | 3 | 0 | 6 | 2 | 25 | 0 | 0 | 2 | 0 | 1 | 1 | 3 | 0 | 2 | 9 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 4 |
| ▪ probl. psycho-comport. | 1 | 1 | 2 | 0 | 1 | 3 | 3 | 1 | 0 | 2 | 1 | 15 | 0 | 0 | 2 | 0 | 1 | 1 | 3 | 0 | 2 | 9 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| ▪ autre probl. | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 2 | 0 | 4 | 1 | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 3 |
| Problèmes sociaux | 25 | 26 | 50 | 40 | 31 | 48 | 36 | 15 | 5 | 15 | 6 | 297 | 24 | 20 | 24 | 27 | 35 | 25 | 12 | 9 | 31 | 207 | 15 | 29 | 32 | 27 | 26 | 12 | 18 | 17 | 6 | 16 | 198 |
| Problème socio-familial | 8 | 14 | 23 | 16 | 12 | 18 | 16 | 7 | 1 | 2 | 2 | 119 | 7 | 3 | 9 | 13 | 16 | 9 | 7 | 6 | 17 | 87 | 7 | 8 | 11 | 15 | 14 | 3 | 8 | 12 | 1 | 7 | 86 |
| ▪ dont conflits couple | 3 | 2 | 4 | 1 | 1 | 4 | 4 | 1 | 1 | 0 | 0 | 21 | 1 | 0 | 1 | 6 | 4 | 4 | 3 | 3 | 4 | 26 | 2 | 1 | 0 | 3 | 0 | 0 | 4 | 4 | 0 | 1 | 15 |
| ▪ dont négligence | 2 | 4 | 6 | 6 | 5 | 6 | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 32 | 0 | 2 | 4 | 5 | 3 | 0 | 2 | 1 | 4 | 21 | 2 | 5 | 4 | 3 | 7 | 1 | 4 | 5 | 1 | 3 | 35 |
| ▪ dont maltraitance | 1 | 3 | 2 | 2 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 9 | 1 | 0 | 0 | 0 | 3 | 1 | 1 | 0 | 2 | 8 | 0 | 0 | 1 | 4 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 9 |
| ▪ dont abus sexuel | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ▪ dont autre | 2 | 5 | 11 | 7 | 6 | 7 | 11 | 4 | 0 | 2 | 2 | 57 | 5 | 1 | 4 | 2 | 5 | 4 | 1 | 2 | 7 | 31 | 3 | 2 | 6 | 5 | 5 | 2 | 0 | 3 | 0 | 1 | 27 |
| Problème socio-scolaire | 15 | 10 | 24 | 22 | 18 | 27 | 18 | 7 | 4 | 13 | 4 | 162 | 16 | 16 | 15 | 12 | 19 | 16 | 5 | 3 | 10 | 112 | 6 | 21 | 19 | 12 | 12 | 9 | 10 | 5 | 5 | 9 | 108 |
| ▪ probl. socio-comport. | 14 | 6 | 21 | 14 | 11 | 21 | 15 | 6 | 4 | 12 | 3 | 127 | 13 | 14 | 12 | 10 | 15 | 14 | 5 | 2 | 10 | 95 | 6 | 16 | 19 | 12 | 9 | 6 | 6 | 1 | 5 | 5 | 85 |
| - absentéisme | 7 | 6 | 6 | 3 | 3 | 3 | 7 | 1 | 2 | 0 | 1 | 39 | 9 | 4 | 7 | 2 | 6 | 3 | 1 | 1 | 3 | 36 | 5 | 13 | 5 | 3 | 2 | 1 | 3 | 0 | 4 | 0 | 36 |
| - agressivité | 0 | 0 | 8 | 0 | 4 | 6 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 21 | 0 | 2 | 0 | 3 | 1 | 1 | 0 | 0 | 3 | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| - autre ou non défini | 7 | 0 | 7 | 11 | 4 | 12 | 6 | 4 | 2 | 12 | 2 | 67 | 4 | 8 | 5 | 5 | 8 | 10 | 4 | 1 | 4 | 49 | 1 | 3 | 14 | 9 | 7 | 5 | 3 | 1 | 1 | 4 | 48 |
| ▪ suspicion maltraitance | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 3 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 12 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 0 | 1 | 0 | 12 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 | 3 | 0 | 3 | 10 |
| ▪ suspicion abus sexuel | 0 | 1 | 1 | 3 | 1 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 9 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ▪ autre | 0 | 1 | 1 | 3 | 4 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 14 | 1 | 0 | 1 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 | 0 | 4 | 0 | 0 | 3 | 0 | 4 | 1 | 0 | 1 | 13 |
| Problème socio-culturels | 2 | 2 | 3 | 2 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 12 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 4 | 2 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| Problème socio-économ. | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 4 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 4 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Fiches sociales incompl. | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 18 | 18 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Nbre. total de demandes | 40 | 53 | 76 | 55 | 50 | 71 | 55 | 20 | 9 | 37 | 11 | 477 | 38 | 28 | 42 | 39 | 54 | 36 | 26 | 17 | 57 | 355 | 21 | 41 | 51 | 37 | 37 | 15 | 24 | 22 | 7 | 21 | 276 |

Annexe/Tableau 5:

| SMS-Social 2003/2004 | Centre | % | Nord | % | Sud | % | Total | % |
|---------------------------------------|---------------|-----------|-------------|-----------|------------|-----------|--------------|-----------|
| Nombre total de demandes sociales | 477 | 100 | 355 | 100 | 276 | 100 | 1108 | 100 |
| - dont problème physique | 66 | 14 | 46 | 13 | 35 | 13 | 147 | 13 |
| Affection dermatologique | 3 | | 2 | | 0 | | 5 | |
| Affection parasitaire | 5 | | 6 | | 4 | | 15 | |
| Handicap | 7 | | 6 | | 5 | | 18 | |
| Problème hygiène | 11 | | 12 | | 6 | | 29 | |
| Maladie chronique | 13 | | 5 | | 1 | | 19 | |
| Retard psycho-moteur | 5 | | 1 | | 2 | | 8 | |
| Surcharge pondérale | 14 | | 10 | | 6 | | 30 | |
| Autre probl. physique | 8 | | 4 | | 11 | | 23 | |
| - dont problème psychique | 114 | 24 | 84 | 24 | 43 | 16 | 241 | 22 |
| Maladie mentale | 5 | | 3 | | 0 | | 8 | |
| Problème affectif | 26 | | 12 | | 8 | | 46 | |
| Problème d'apprentissage scolaire | 36 | | 35 | | 13 | | 84 | |
| Retard psychique | 12 | | 20 | | 15 | | 47 | |
| Trouble du langage | 10 | | 5 | | 0 | | 15 | |
| Autre trouble mental / comport. | 25 | | 9 | | 7 | | 41 | |
| ▪ dont problème psycho-comportemental | 15 | | 9 | | 2 | | 26 | |
| - dont problème social | 297 | 62 | 207 | 58 | 198 | 72 | 702 | 63 |
| Problème socio-familial | 119 | | 87 | | 86 | | 292 | |
| Problème socio-scolaire | 162 | | 112 | | 108 | | 382 | |
| ▪ dont problème socio-comportemental | 101 | | 95 | | 85 | | 281 | |
| Problème socio-culturel | 12 | | 4 | | 3 | | 19 | |
| Problème socio-économique | 4 | | 4 | | 1 | | 9 | |
| Fiches sociales incomplètes | 0 | | 18 | 5 | 0 | | 18 | 2 |

2. Service National de Lutte contre le Surendettement

| PROFIL 2004 | CLIENTS | | DOSSIERS | |
|---|----------------|------------|---------------|------------|
| | Total demandes | % | Clients reçus | % |
| ETAT CIVIL | | | | |
| CELIBATAIRE | 71 | 31 | 40 | 33 |
| DIVORCE | 47 | 21 | 20 | 16 |
| MARIE | 79 | 35 | 47 | 39 |
| SEPARE | 30 | 13 | 15 | 12 |
| VEUF | 1 | 0 | 0 | 0 |
| TOTAL | 228 | 100 | 122 | 100 |
| AGE | | | | |
| <18 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 18-25 | 21 | 9 | 10 | 8 |
| 26-35 | 90 | 40 | 46 | 38 |
| 36-45 | 72 | 31 | 42 | 34 |
| >45 | 45 | 20 | 24 | 20 |
| TOTAL | 228 | 100 | 122 | 100 |
| NOMBRE D'ENFANTS A CHARGE | | | | |
| AUCUN | 85 | 37 | 38 | 31 |
| UN | 54 | 24 | 29 | 24 |
| DEUX | 50 | 22 | 30 | 25 |
| TROIS | 18 | 8 | 9 | 7 |
| PLUS DE TROIS | 21 | 9 | 16 | 13 |
| TOTAL | 228 | 100 | 122 | 100 |
| STATUT PROFESSIONNEL | | | | |
| BENEFICIAIRE RMG | 42 | 18 | 26 | 21 |
| BENEFICIAIRE PENSION/RENTE | 12 | 5 | 7 | 6 |
| CHOMEUR | 15 | 7 | 10 | 8 |
| EMPLOYE PRIVE | 40 | 18 | 19 | 16 |
| FONCTIONNAIRE PUBLIC | 4 | 2 | 3 | 2 |
| INDEPENDANT | 9 | 4 | 5 | 4 |
| OUVRIER | 74 | 32 | 31 | 25 |
| SANS | 32 | 14 | 21 | 18 |
| TOTAL | 228 | 100 | 122 | 100 |
| NATIONALITE | | | | |
| LUXEMBOURGEOISE | 124 | 54 | 61 | 50 |
| UNION EUROPEENE | 87 | 38 | 49 | 40 |
| AUTRES PAYS | 17 | 8 | 12 | 10 |
| TOTAL | 228 | 100 | 122 | 100 |
| INITIATIVE | | | | |
| PROPRE INITIATIVE | 57 | 25 | 26 | 21 |
| ORIENTE | 171 | 75 | 96 | 79 |
| TOTAL | 228 | 100 | 122 | 100 |
| CONTACT AVEC UN AUTRE SERVICE SOCIAL | | | | |
| NON | 122 | 54 | 59 | 48 |
| OUI | 106 | 46 | 63 | 52 |
| TOTAL | 228 | 100 | 122 | 100 |
| REGION | | | | |
| CENTRE | 138 | 61 | 77 | 63 |
| NORD | 68 | 30 | 32 | 26 |
| SUD | 22 | 9 | 13 | 11 |
| TOTAL | 228 | 100 | 122 | 100 |

| FREQUENTATION 2004 | 2004 | 2003 | 2002 | 2001 | 2000 | 1999 | 1998 | 1997 | 1996 | 1995 | 1994 | 1993 | TOTAL |
|--|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|
| 1. Dossiers actifs: | 122 | 74 | 33 | 15 | 17 | 12 | 9 | 13 | 10 | 4 | 3 | 9 | 321 |
| - En cours | 31 | 12 | 5 | 4 | 5 | 3 | 1 | 6 | 3 | 0 | 0 | 2 | 72 |
| - Réglés | 78 | 40 | 21 | 7 | 6 | 7 | 8 | 5 | 7 | 3 | 2 | 6 | 190 |
| - Classés sans suite | 13 | 22 | 7 | 4 | 6 | 2 | 0 | 2 | 0 | 1 | 1 | 1 | 59 |
| 2. Dossiers archivés: | 0 | 150 | 153 | 163 | 199 | 181 | 214 | 219 | 250 | 165 | 178 | 102 | 1 974 |
| 3. DOSSIERS (1 + 2): | 122 | 224 | 186 | 178 | 216 | 193 | 223 | 232 | 260 | 169 | 181 | 111 | 2 295 |
| 4. Clients conseillés sans entrevue: | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 7 | 30 | 22 | 30 | 24 | 116 |
| 5. Clients non-présents au rendez-vous: | 106 | 63 | 81 | 40 | 76 | 42 | 39 | 71 | 92 | 67 | 46 | 36 | 759 |
| 6. DEMANDES DE CONSEIL (3 + 4 + 5): | 228 | 287 | 267 | 218 | 292 | 235 | 265 | 310 | 382 | 258 | 257 | 171 | 3 170 |
| 7. DEMANDES D'INFORMATIONS: | 161 | 183 | 176 | 191 | 167 | 183 | 170 | * | * | * | * | * | * |
| 8. CLIENTS (6 + 7): | 389 | 470 | 443 | 409 | 459 | 418 | 435 | * | * | * | * | * | * |

3. **Réflexions de la Ligue Médico-Sociale sur la Médecine scolaire**

Réunion du jeudi 11 novembre 2004
au Ministère de la Santé

par

Dr Fabrice CHAUSSADE
directeur médical

Dr Christine CHATEL
conseiller en éducation et promotion de la santé

en collaboration avec les membres du groupe de travail créé ad hoc
composé de

| | | |
|------|---|--|
| Mmes | Simone REISER, assistante d'hygiène sociale | |
| | Adrienne FRANCK, infirmière spécialisée | |
| | Monique LESCH, administration | |
| | Michèle CLEMANG, administration | |
| MM. | Marco HOFFMANN, assistant d'hygiène sociale, directeur social | |
| | Jean RODESCH, secrétaire général | |

Index alphabétique des abréviations

| | |
|------------|--------------------------------------|
| AS | assistant(e) social(e) |
| AHS | assitant(e) d'hygiène sociale |
| CMPP | commission médico-psycho-pédagogique |
| Equipe MSS | équipe médico-socio-scolaire |
| EN | éducation nationale |
| EPS | éducation et promotion de la santé |
| LMS | Ligue Médico-Sociale |
| MS | médecine scolaire |
| PIA | plan individuel d'adaptation |
| ts | test systématique |
| ems | examen médical systématique |
| bs | bilan de santé |

Résumé :

Objectifs pertinents pour la Médecine Scolaire et ses modalités d'application

Sans perdre de vue ses objectifs prioritaires de prévention, il apparaît pertinent, pour la Ligue Médico-Sociale, de faire évoluer la MS vers une approche plus QUALITATIVE.

Cela suppose que :

1. La spécificité de la MS (par rapport aux autres secteurs de la médecine) puisse être effectivement appliquée dans la pratique. C'est-à-dire de pouvoir évaluer correctement les enfants sur le plan médical, psychologique, social, familial et environnemental afin de leur donner les meilleures chances d'intégration, d'adaptation et d'épanouissement.
2. Tout en assurant ses missions originelles de Dépistage des problèmes médicaux et sociaux, la MS renforce ses actions de Prévention (primaire, secondaire et tertiaire) notamment en favorisant l'évaluation des aides médico-psycho-sociales, leur mise en oeuvre et leur coordination afin de limiter l'impact bien établi des conditions de vie défavorables sur la santé (globale).
3. Dans ce même ordre d'idées, la MS développe, sous l'autorité du Ministère de la Santé, ses interventions d'Education et de Promotion de la Santé, éventuellement en partenariat avec les autres acteurs institutionnels, visant notamment les problèmes prioritaires de santé de la communauté scolaire et de la population en général, afin d'accroître les bénéfices pour les enfants et leurs familles et d'avoir, à terme, un impact sur la santé publique.
4. Le rôle du médecin scolaire soit défini, renforcé et reconnu mais aussi que sa responsabilité professionnelle soit engagée.

Cela nécessite de :

- Définir ses missions, ses devoirs et ses droits afin qu'il devienne un expert et un référent en MS et le coordinateur de l'équipe MSS
 - Lui assurer une compétence particulière, propre à la nature de la MS telle que nous la concevons (cf. points précédents), par une formation spécifique et continue
 - Adapter son mode d'exercice et sa rémunération aux exigences d'une MS de qualité ainsi conçue
5. Les modalités d'application de la MS soient adaptées à ces objectifs pertinents et à ces missions particulières (cf. points précédents).
En particulier que le calendrier des examens médicaux obligatoires du préscolaire et du primaire (ts, ems, bs) soit modifié ; qu'il tienne compte du calendrier respectif du secondaire et que ces examens médicaux systématiques approfondis se focalisent sur les âges clés du développement de l'enfant.
En parallèle les enfants repérés posant des problèmes de santé (médicaux ou médico-sociaux) seront suivis individuellement de façon étroite et régulière.
 6. L'organisation, le fonctionnement et les pratiques de la MS, en référence à ces nouveaux objectifs, soient adaptés et ajustés aux évolutions de la société :
 - Mise à disposition de :
 - moyens, de ressources et de matériels appropriés pour remplir tous les actes de la MS et ses tâches satellites (administratives, recueil de données, statistiques, etc.)
 - locaux, d'installations et de matériels respectant les normes d'hygiène, de sécurité et d'intimité
 - des pratiques standardisées
 - Conserver les déplacements dans les établissements scolaires afin de favoriser les échanges et d'appréhender l'école dans sa globalité
 - Harmoniser les moyens et modalités pratiques (modifier certains formulaires, avis, courriers, etc.)
 - Promouvoir le travail d'équipe, l'interactivité, etc.
 - Privilégier l'information des parents ainsi que les échanges et les discussions avec tous les membres de la communauté scolaire et les autres partenaires.

Evaluation et analyse de la situation

Constats / Commentaires / Propositions

En premier lieu il est essentiel de se rendre compte du rôle fondamental que peut jouer la MS dans le développement physique, psychologique et social de l'enfant.

En d'autres termes, pour la LMS, il faut :

- I. Affirmer la spécificité de la MS et lui définir des objectifs pertinents et cohérents

D'autre part, dans le cadre légal actuel, les équipes MSS ne peuvent assurer pleinement tous les objectifs de la MS car elles :

- II. Ne peuvent consacrer suffisamment de temps aux élèves et à la communauté scolaire, accaparées par des examens systématiques dont la périodicité mérite évaluation et réflexion
- III. Ne peuvent, en général, compter sur un médecin assumant de réelles responsabilités en la matière (médecine scolaire) et y consacrant suffisamment de temps

Aussi, l'efficacité et l'image (souvent associée à une impression « d'abattage ») de la MS peuvent être améliorées par :

- IV. Une organisation plus cohérente, des infrastructures satisfaisantes et du matériel adapté

DEVELOPPEMENT DE CES DIFFERENTS POINTS

- I. ***Affirmer la spécificité de la MS et lui définir des objectifs pertinents et cohérents***

La loi du 2-12-1987 définit pour la MS des objectifs précis (Art 4) et décrits les dispositions pour les satisfaire et les modalités d'application (loi du 21-12-1990)

Résumés des objectifs généraux actuels de la MS définis par la loi

- *Prévenir et dépister précocement les maladies et handicaps, particulièrement aux âges clés de la croissance*
- *Repérer les élèves en souffrance et en difficultés socio-familiales*
- *Repérer les difficultés psycho-pédagogique et participer à l'orientation des élèves*
- *Veiller au suivi des enfants en difficultés*
- *Participer à l'éducation sanitaire concernant les problèmes prioritaires de santé*
- *Contrôler l'ergonomie, la salubrité et l'hygiène des installations*

Commentaires : La loi contient en elle beaucoup d'éléments positifs.
Le problème essentiel actuellement est que les modalités pratiques entravent les objectifs théoriques que la loi de la MS s'est fixés.

En réalité nous avons 2 options :

- Faut-il se contenter d'une MS QUANTITATIVE, toujours plus productive et comptable (nombre de ts, ems, bs effectués et de dossiers sociaux ouverts), en ajustant ses modalités d'exercice ou d'application et ainsi respecter le calendrier ?
- Ou faut-il, pour remplir ses objectifs, la rendre plus QUALITATIVE et attentive à la santé globale des enfants, à leur bien-être à l'école et à l'accession à leur vie future d'adultes ?

Au fond qu'attend-on de la MS ?

De notre point de vue qu'elle puisse évaluer correctement l'enfant au plan médical, social, psychologique, environnemental afin de lui donner les meilleures chances d'intégration et d'adaptation. C'est d'ailleurs cette approche globale qui fait toute la spécificité de la MS.

En conséquence les objectifs actuels de la MS sont-ils suffisants
et ses modalités d'applications adaptées ?

Propositions

- *Pouvoir appliquer en pratique la spécificité de la MS, liée au dépistage et à la prévention des maladies, des handicaps ainsi que des problèmes sociaux et familiaux.*
On inclut dans la prévention :
 - *la prévention primaire : éducation et mesures visant la non survenue de problèmes de santé (globale)*
 - *la prévention secondaire : mesures précoces visant l'éradication ou la limitation des problèmes de santé (globale)*
 - *et la prévention tertiaire : mesures visant à réduire les complications des problèmes de santé (globale) et leur multiplication*

- *Prendre conscience du rôle essentiel que de la MS peut jouer sur le développement, l'intégration et l'épanouissement des enfants dans leur environnement*
- *Insister sur la promotion de la santé et des comportements sains, notion insuffisamment soulignée par la loi*

En accord avec les organisations internationales compétentes et en référence à la Charte d'Ottawa (1986), il faut encourager la promotion de la santé, c.-à-d. faire en sorte que :

***la médecine scolaire ait aussi un rôle effectif à jouer dans l'éducation,
la promotion de la santé et la promotion du bien-être des enfants
aussi bien à l'école que dans leur famille et dans la société.***

A titre d'exemple signalons par exemple les nombreuses interventions d'EPS effectuées par les diététiciennes et les professionnels de la Ligue dans les écoles primaires du pays, dans le cadre de la MS : hygiène alimentaire, hygiène, tabac, maltraitance, conduite à risque, etc.

- *Etre plus attentif aux souffrances physiques, morales et psychologiques propres à la vie en milieu scolaire et les prendre en compte*
- *Faciliter l'intégration de l'élève à l'école et faciliter son adaptation à l'environnement scolaire, particulièrement en cas de handicap physique ou psychologique, de maladies chroniques en proposant des solutions individuelles spécifiques comme le PIA (plan médical spécifique pour un élève malade établi en concertation avec le médecin traitant, le médecin scolaire et les enseignants)*
- *Etre à l'écoute des problèmes des élèves et de la communauté scolaire*

II. Temps suffisant pour l'équipe MSS :

Objectifs généraux

Les missions de la MS et des équipes MSS ne doivent pas se limiter à l'évaluation des paramètres biométriques et physiques

- Valoriser les missions de la MS
- Evaluer de façon satisfaisante la « santé globale » des enfants (physique, psychique et morale) et leurs déterminants environnementaux et tout particulièrement les facteurs sociaux et familiaux
- Vérifier, si nécessaire, l'intégration satisfaisante des élèves à l'école
- Pouvoir intervenir et œuvrer efficacement dans l'éducation et la promotion de la santé et le bien-être des enfants à l'école et dans leur vie quotidienne au plan individuel et collectif
- Echanger, discuter et dialoguer avec les élèves, les parents d'élèves et tous les partenaires et professionnels socio-éducatifs, intervenants dans le cadre de la MS, des problèmes et difficultés d'ordre individuel ou collectif :
 - Travail d'équipe
 - Partenariat
 - Echanges constructifs

Modalités générales pour donner du temps aux équipes afin de :

- Faire de la visite médicale un moment privilégié d'évaluation globale de l'enfant (médicale et sociale) et d'échanges : « prendre le temps suffisant »
- S'investir pour l'intégration scolaire des enfants posant des problèmes médicaux ou souffrant de handicap ou maladies chroniques (allergies, asthme, diabète, ins. rénale, etc.)
- Pouvoir repérer et analyser les problèmes médico-sociaux individuels et collectifs et y répondre
- Pouvoir suivre les enfants présentant des difficultés médicales, sociales, familiales ou psychologiques et les conseiller voire les orienter utilement
- Informer les parents du résultat de la visite médicale
- Discuter (médecin, infirmière) avec les parents, en cas de problèmes préoccupants de santé de leurs enfants, en privilégiant les entretiens individualisés aux dépens des avis (trop brutaux et impersonnels) ou des visites à domicile de l'AHS (AS)
- Collaborer activement aux réunions de concertation et à l'orientation des élèves
- Stimuler les échanges et participer aux réunions avec l'ensemble des membres de la communauté scolaire (élèves, parents, enseignants, etc.) et avec les institutions compétentes (EN et autres ministères, associations, etc.)

Prenons comme modèle possible l'expérience de la MS proposée par la Ligue aux écoles privées de la ville de Luxembourg, plus attentif aux problèmes des enfants, au travail d'équipe, aux échanges et en fin de compte à l'intérêt des enfants et de leurs familles.

Moyens

- Réfléchir sur la pertinence du calendrier actuel des examens médicaux systématiques ou obligatoires dans le primaire (loi du 21-12-1990).
Notamment justifications de la réalisation de tests systématiques (ts) tous les ans (!!) et de 5 examens médicaux systématiques (ems) ou bilans de santé (bs) en 8 années
⇒ Supprimer les ts et effectuer des examens médicaux complets aux âges clés du développement des enfants. En particulier cibler :
 - le développement psychomoteur (entrée en primaire)
 - l'orientation scolaire
 - la puberté et les conduites à risque
- ⇒ Et en contrepartie, revoir régulièrement les enfants en cas de problèmes de santé (examen de suivi individuel) ou de difficulté "médico-sociale"
- Ajuster les moyens en personnel à mettre à disposition selon les objectifs fixés et leurs modalités d'application, proportionnellement à la population croissante des élèves

III. Compétence et responsabilité

La loi dit :

- Le médecin scolaire « dirige » les équipes MS qui s'acquittent des tâches définies
- Le médecin réfère à la Direction de la Santé en cas de maladie transmissible, insalubrité ou problème d'hygiène

Commentaires

La description du rôle du médecin est peu précise, limitée et non formalisée

Objectifs et modalités

Définir précisément le rôle et les missions du médecin scolaire : simple exécutant d'examens ou véritable référent en SANTE SCOLAIRE ?

- Faire du médecin scolaire un expert et le référent en matière de médecine scolaire : élever son niveau de responsabilité et de compétence
⇒ Elever son niveau de compétence : formation spécifique
- Elever le niveau de responsabilité du médecin scolaire qui doit être le responsable et le coordinateur de l'équipe MSS
- Accroître sa responsabilité médico-sociale pour l'ensemble des interventions relevant de la MS
Le médecin scolaire devrait être « à temps plein » un médecin pour l'élève, un médecin référent pour l'école et le responsable de l'équipe MSS
- Faire de l'équipe MSS l'interlocuteur privilégié et disponible en matière de santé à l'école : compétence, disponibilité, flexibilité, etc.
⇒ Développer la dynamique d'équipe
⇒ Renforcer la compétence des membres de l'équipe
⇒ Réfléchir aux moyens organisationnels nécessaires et aux modalités d'exercice de l'équipe

IV. Réflexion sur l'organisation de la MS dans l'enseignement primaire : complexité et contraintes

Constats

Difficultés organisationnelles et nombreuses contraintes

- *Disponibilité limitée du médecin, liée à son exercice privé quasi exclusif*
- *Plusieurs entités interviennent :*
 - *Division de la MS : superviseur, responsable de tutelle*
 - *Equipe MSS*
 - Ligue : nécessité dans le primaire d'avoir des professionnels de terrain de compétence diverse (infirmière, AHS, infirmière pédiatrique et AS)*
 - Médecin scolaire : nommé par la commune*
 - *Equipe pédagogique :*
 - Enseignant : nommé par la commune et applique les programmes EN*
 - EN : programmes pédagogiques, orientation, CMPP*
 - *Commune*
 - *Ecole*
- *Administrations communales parfois sourdes aux demandes de locaux et d'équipements adéquats, adaptés à un exercice de la MS dans des conditions satisfaisantes*

Objectifs et Moyens

- *Réflexion sur les modalités d'exercice du médecin scolaire : les médecins scolaires à exercice libéral prépondérant ont une disponibilité limitée (cabinet privé) et variable :*
 - ⇒ *Définir un mode d'exercice compatible avec toutes les missions de la MS et du médecin scolaire pour accroître la disponibilité du médecin scolaire en faveur de la communauté scolaire*
 - ⇒ *Suppression de la "rémunération à la tête" (effet pervers). Rémunération à définir en rapport avec ses attributions et des modalités d'intervention*
- *Désigner systématiquement un "répondant" dans chaque école*
- *Effectuer les visites médicales dans des conditions satisfaisantes pour l'équipe et pour les élèves et faire appliquer la loi en matière d'infrastructures pour la MS ou à défaut pouvoir en référer à une autorité compétente*

En pratique : établir un plan d'action

Définir les objectifs de la MS

Définir les missions des professionnels de terrain

 Missions et rôle du médecin scolaire

 Missions et rôle des professionnels paramédicaux de l'équipe MSS

Définir les moyens et modalités d'application

 Mode d'exercice des médecins scolaires

 Modalités d'exercice de la MS :

 Calendrier des examens médicaux systématiques

 Déroulement des examens médicaux

 Activités de Prévention, d'Education et de Promotion de la Santé

Définir des normes matérielles

 Infrastructures et locaux : surface, sécurité, hygiène, sanitaire, confidentialité, etc.

 Bureaux, matériels

 Divers et etc.

Quelques notions clés

Historique

La Ligue assure depuis 1946 la MS dans le cycle Préscolaire et Primaire d'une grande majorité des communes du territoire du Grand-Duché de Luxembourg.

Actuellement 113 communes (sur 117) bénéficient des prestations de la LMS pour la MS

Chiffres clés

En 2003-2004 la Ligue s'est occupée de :

- Près de 32 000 élèves pour 1 994 classes
- Pour ce faire elle dispose de professionnels de terrains répartis sur tout le territoire qui ont en charge chacun plus d'une centaine de classes à leur charge (en cas d'activité à temps plein) soit plus de 1 500 élèves

La Ligue a réalisé en MS au cours de l'année 2003-2004 :

+ de 30 000 tests biométriques et examens d'urines (96% des élèves inscrits)

+ de 19 000 examens médicaux