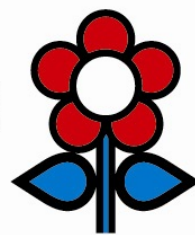




LIGUE MÉDICO-SOCIALE
MIR HËLLEFEN ZËNTER 1908



RAPPORT D'ACTIVITE

2005

RAPPORT D'ACTIVITE 2005

publié par la **LIGUE MEDICO-SOCIALE**

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

Edition 2006

SOMMAIRE

Sommaire	1
Préface	4
La Ligue Médico-Sociale	6
Patronage de la Ligue luxembourgeoise de Prévention et d'Action médico-sociales	7
Le Conseil d'Administration.....	8
Rapport d'Activité	9
Rapport du Conseil d'Administration.....	9
Rapport du Conseil de Surveillance.....	14
Rapport sur les Services médico-sociaux	15
1. Les Consultations pour Maladies Respiratoires.....	15
2. La Médecine Scolaire.....	21
3. Prévention de la Santé de l'Enfant.....	27
4. Prévention, Education et Promotion de la Santé	29
5. Information du public, travaux et représentation	32
6. Conclusions générales.....	32
Rapport sur les Services Sociaux	33
1. Service d'Accompagnement Social.....	33
2. Service Régional d'Action Sociale	41
Rapport sur les Services de Conseil.....	46
1. Service d'information et de conseil en matière de surendettement	46
2. Gesond Liewen & Centre de Consultations	53
3. Info-Social – Service d'information et de conseil par téléphone	59
Le Personnel.....	61

PREFACE

Le 10 janvier 2005 la Ligue médico-sociale a eu à déplorer la mort de Son Altesse Royale la Grande-Duchesse Josephine-Charlotte qui avait accordé depuis novembre 1986 Son Haut Patronage à notre œuvre et pour lequel la Ligue est profondément reconnaissante.

En juin 2005 Son Altesse Royale la Grande-Duchesse Maria Teresa a daigné accepter la continuation de ce Haut Patronage ce qui nous honore, nous soutient et nous encourage dans nos efforts quotidiens au service de notre population.

Pour illustrer le rôle important de la Ligue dans ses actions médico-sociales et sociales, voici cités quelques chiffres du présent rapport d'activité pour 2005.

- 16 474 consultants furent accueillis dans les consultations pour maladies respiratoires,
- 29 124 élèves du préscolaire et du primaire ont passé par ses services de médecine scolaire et d'éducation à la santé
- 4 063 nourrissons et jeunes enfants ont été vus dans ses consultations pour nourrissons et jeunes enfants
- dans son service d'accompagnement social 869 familles ont été prises en charge avec un suivi régulier
- dans le cadre du RMG 472 dossiers de mise au travail étaient en cours au 31-12-05 et
- 175 dossiers sont ouverts pour les gestions volontaires et pour les gestions des mineurs et majeurs protégés.

Depuis 2005 nous participons de même pour le ministère de la Santé au groupe de travail pour une révision de la législation de la médecine scolaire. Dans le cadre du Plan National de Santé nous participons aux travaux pour la prévention et la promotion de la santé, un domaine qui est cher à la Ligue depuis ses débuts en 1908 et une collaboration étroite nous lie avec ce Ministère dans la lutte contre le tabagisme.

Avec le Ministère de la Famille il faut souligner surtout notre collaboration au Plan National d'Action pour l'Inclusion Sociale (PANincli) pour lequel nous avons élaboré un avis circonstancié et notre collaboration à l'étude des structures d'accueil et d'assistance pour mineurs et jeunes adultes.

D'autres activités à souligner sont notre collaboration avec l'EAPN, l'European anti-poverty network et notre participation au groupe de travail pour une agence immobilière sociale.

Pour assurer ses activités la Ligue peut compter sur un personnel qualifié et motivé. Il s'agit en dehors de nos médecins d'un effectif de 130 assistants sociaux et d'hygiène sociales, d'infirmières, d'ATM en radiologie, de psychologues et d'un personnel d'appui opérant à partir de ses 13 centres médico-sociaux de la Ligue.

Mes sincères remerciements pour leur travail ou leurs aides s'adressent

- à tous nos collaborateurs et collaboratrices, aux membres de notre Conseil d'Administration et aux membres du Conseil de Surveillance
- au Ministre de la Santé et à la Ministre de la Famille et à tous nos interlocuteurs des différents ministères
- à nos donateurs généreux.

Depuis 1908 au service de notre population notre Ligue s'est toujours efforcée à bien s'adapter aux problèmes du temps et aujourd'hui, devant une évolution démographique croissante et une population de plus en plus diversifiées, avec leurs problèmes sociaux propres, nous nous efforçons de répondre au mieux à ces nouveaux défis.

Luxembourg, le 31 mars 2006

Dr Jean GOEDERT
Président



LIGUE LUXEMBOURGEOISE DE PREVENTION ET D'ACTION MEDICO-SOCIALES

(Anc^T LIGUE CONTRE LA TUBERCULOSE)



© Cour Grand-Ducale Lola VELASCO

C'est avec une profonde reconnaissance et un très vif plaisir que les responsables de la Ligue médico-sociale et tous ses collaborateurs ont pris connaissance de la décision de Son Altesse Royale la Grande-Duchesse Maria Teresa d'accepter le haut patronage de la Ligue.

Son acceptation constitue pour nous tous un encouragement extrêmement précieux qui nous confirme dans notre engagement au service de tous les habitants du Grand-Duché.

Nous ne voudrions manquer à cette occasion de rendre un hommage ému à la mémoire de la Grande-Duchesse Joséphine-Charlotte qui pendant dix-neuf ans a appuyé de Son haut patronage nos activités comme l'avait fait avant Elle la Grande-Duchesse Charlotte.

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

la Ligue était placée sous le haut patronage de
Son Altesse Royale la Grande - Duchesse Marie – Anne

De 1927 à 1986

la Ligue était placée sous le haut patronage de
Son Altesse Royale la Grande - Duchesse Charlotte

De 1986 à 2005

la Ligue était placée sous le haut patronage de
Son Altesse Royale la Grande - Duchesse Joséphine - Charlotte

Depuis juin 2005

la Ligue est placée sous le haut patronage de
Son Altesse Royale la Grande - Duchesse Maria Teresa

LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

Composition suivant assemblée générale du 15 avril 2005

Président	Dr Jean GOEDERT, Luxembourg
Vice-Présidente	Mme Marguerite SCHOLTES-LENNERS, Strassen
Vice-Président	M. André THILL, Luxembourg
Trésorier Général	M. Guy DE MUYSER, Luxembourg
Secrétaire Général	M. Jean RODESCH, Luxembourg
Membres	Mme Colette FLESCHE, Luxembourg Dr Nicole MAJERY, Luxembourg Dr Robert MULLER, Esch/Alzette Dr Romain NATI, Luxembourg
Délégations	Dr Arno BACHE, délégué de Monsieur le Ministre de la Santé Dr Robert MULLER, délégué des médecins

La fonction de Secrétaire - Trésorier est confiée à M. Jean RODESCH.

L'assemblée générale constituante de la Ligue a eu lieu le **5 avril 1908**.

LE CONSEIL DE SURVEILLANCE

M. Joseph LENTZ, secrétaire - trésorier de la CPFEC e.r., Niederaanven
M. Albert PUNDEL, fonctionnaire e. r., Luxembourg
M. Edy BUCK, employé privé, Luxembourg
M. Romain KETTEL, membre consultant, Luxembourg

LE SIEGE SOCIAL

21-23, rue Henri VII, L-1725 Luxembourg
tél. 22 00 99-1, fax 47 50 97
www.ligue.lu
ligue@ligue.lu

RAPPORT D'ACTIVITE

RAPPORT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Au cours de l'exercice écoulé le conseil d'administration a siégé à 6 reprises (9 mars, 25 mai, 13 juillet, 28 septembre, 26 octobre et 14 décembre) et en date du 13 septembre en réunion avec le ministre de la santé.

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

Situation du Personnel

A la date du 31 décembre la Ligue comptait un effectif de 135 collaborateurs salariés, dont 115 femmes et 20 hommes.

DOSSIERS TRAITÉS

LOI SUR LA PROTECTION DES DONNÉES

Par règlement grand-ducal du 17 octobre 2005, la Ligue est autorisée à gérer les données confidentielles telles que définies par la loi du 2 août 2002 sur le traitement des données nominatives. Cette autorisation couvre toutes les interventions de la Ligue, tant dans le domaine social que médico-social.

INSTALLATIONS RX

Au cours de l'année 2005, la Ligue a fait procéder à une inspection de son équipement radiologique en vue d'une prorogation des autorisations d'exploitation. Suite aux résultats de cet audit le conseil d'administration de la Ligue a décidé de lancer les démarches pour procéder au remplacement de l'appareil installé au CMS Luxembourg.

Après analyse des différentes solutions techniques disponibles sur le marché le conseil s'est prononcé en faveur de la plus récente technologie en matière d'installation radiologique et a opté pour une solution « full digital / flat panel » permettant l'acquisition numérique directe des clichés avec la dosimétrie la plus faible.

Suite à l'accord de principe du Ministère de la Santé et sur base des recommandations du service de radioprotection du ministère de la santé la Ligue a pu adjuger fin décembre, sur base d'un cahier des charges, la commande au mieux offrant.

AHS DE CIRCONSCRIPTION, TÂCHES ACTUELLES ET AVENIR DU POSTE

Dans la foulée des changements intervenus suite à l'accord de partage et l'instauration des différentes directions le rôle de l'A(H)S de circonscription devait être redéfini. Le conseil a validé fin 2005 la « Description de tâche » de l'A(H)S de circonscription.

SERVICE POUR MINEURS ET MAJEURS PROTEGES

Le conseil d'administration a suivi de près l'évolution de ce service qui intervient aux côtés des travailleurs sociaux du Service d'Accompagnement Social pour les aspects financiers et légaux dans l'intérêt des personnes/ménages sous gestion volontaire ou placés sous curatelle ou tutelle. En collaboration étroite avec l'assistant social sur le terrain le personnel spécialisé de ce service s'occupe de l'administration des biens, des finances, des relations bancaires, des relations contractuelles, des affaires en justice, pour garantir la transparence et la vue sur les opérations réalisées par la Ligue dans l'intérêt des clients.

Depuis l'année passée le nombre de dossiers a doublé et le service atteint les limites de ses capacités. Un renforcement prochain devient indispensable pour faire face à la demande croissante.

PROJET DE CREATION D'UN SERVICE DE CONSEIL ET D'ORIENTATION A L'INTENTION DES SALARIES RECLASSES APTES AU MARCHE DU TRAVAIL

La mise en application des nouvelles dispositions en matière d'invalidité a pour effet que beaucoup de demandes d'invalidité sont déclinées. Contrairement à leurs attentes les concernés sont déclarés aptes au travail. Beaucoup de ces personnes ne sont pas à même de faire eux-mêmes les démarches administratives pour rentrer à nouveau dans le milieu du travail. Ce service permettrait d'aider les concernés à accélérer les démarches afin de retrouver au plus vite une situation stable adaptée à leur capacité et d'éviter ainsi des situations de détresse extrême, de surendettement, des tentatives de suicide, ...

Ce dossier reste toujours ouvert en l'absence d'un financement de la part des ministères concernés.

CENTRE DE FORMATION ET DE DOCUMENTATION

Dans le cadre de ses activités de médecine scolaire, la Ligue a développé un savoir-faire unique.

D'une part, avec son équipe autour du Dr Christine CHÂTEL, elle assure d'année en année de nombreuses formations dans les domaines de promotion et d'éducation de la santé tant pour son personnel que pour du personnel externe (enseignant, infirmier, assistant social, ...). D'autre part, au fil des années, une intéressante documentation a pu être élaborée (matériel didactique, ateliers, ...) de sorte que la Ligue est aujourd'hui en mesure de dispenser des formations de qualité dans les domaines de la promotion et de l'éducation de la santé. Considérant que cette activité vient à l'appui des initiatives de la Ligue et s'allie parfaitement avec ses buts et objectifs, le conseil a décidé de procéder aux démarches nécessaires pour obtenir un agrément comme Centre de formation et de documentation.

CONSULTATIONS POUR ASTHMATIQUES - ECOLE DE L'ASTHME

La prévention des maladies respiratoires est un des grands terrains d'intervention de la Ligue.

Constatant en pratique quotidienne pour de nombreux patients leur manque de connaissances concernant la maladie asthmatique et allergique, la mauvaise gestion de leur environnement et de leur qualité de vie ou leurs mauvaises pratiques thérapeutiques, le conseil a décidé d'initier le développement d'un projet pour la création d'une école de l'asthme. L'objectif de cette école sera d'apprendre aux intéressés à mieux connaître la maladie, à prévenir les crises et à mieux les gérer. Indirectement cette initiative contribuera à diminuer le nombre de prises en charge urgentes et évitera bon nombre de traitements curatifs.

Bien entendu l'intervention de la Ligue restera toujours à caractère préventif et ne vise aucune situation de concurrence avec le monde médical.

CONSULTATION POUR FUMEURS AU NORD

Le conseil de la Ligue a avisé favorablement la demande du conseil d'administration de l'Hôpital Saint-Louis pour la mise en place d'une consultation pour fumeurs au Nord du pays. La consultation fonctionnera selon le modèle éprouvé des consultations que la Ligue organise depuis des années à Luxembourg et à Dudelange. Le démarrage des consultations a été fixé au début janvier 2006 au CMS d'Ettelbruck. Comme pour toutes les interventions de la Ligue l'inscription à ces consultations sera gratuite.

CONSULTATIONS POUR NOURRISSONS ET JEUNES ENFANTS

Suite au succès rencontré par le nouveau concept des consultations pour nourrissons et jeunes enfants la Ligue a décidé de continuer sur sa lancée et de répondre favorablement aux demandes de communes qui sont intéressées par l'organisation de consultations sur leur territoire et ceci en dépit d'une dépense annuelle qui est actuellement de l'ordre de 45 000 €, et qui reste à la seule charge de la Ligue.

Le conseil d'administration est en pourparlers avec plusieurs communes pour la création de nouvelles consultations.

AGENCE IMMOBILIÈRE SOCIALE

Constatant l'urgence et la nécessité de la création d'un dispositif permettant de venir en aide aux ménages en détresse par un logement à coût abordable, le conseil de la Ligue a continué à apporter son appui à la réalisation d'une Agence Immobilière Sociale au plan national.

PROJET POUR UNE ASSURANCE « ACCIDENTS » AU PROFIT DES EMPLOYÉS DE LA LIGUE

Le conseil a examiné et avisé favorablement le principe d'une assurance accidents pour son personnel. Cette couverture permettra d'aider la personne accidentée respectivement sa famille dans les circonstances difficiles et dramatiques à la suite d'un accident grave, voire mortel. L'assurance couvrira tant les accidents survenus dans la vie professionnelle que ceux survenus dans la vie privée. En fonction de ses moyens financiers la Ligue souscrira annuellement à une telle police en faveur de son personnel à partir de la mi-2006.

JUGEMENT EN MATIÈRE DE SURENDETTEMENT

Un jugement pris en 2005 par la juridiction d'Esch/Alzette a annulé une décision de la commission de médiation qui avait exclu un ménage surendetté de la procédure de désendettement sur base du motif « de ne pas avoir respecté les engagements de remboursement pris et d'avoir continué à contracter des dettes ». Cette décision risque de mettre en péril le bon fonctionnement du service d'information et de conseil en matière de surendettement. En effet ce jugement ouvre l'accès à la procédure à tout un chacun sans laisser la possibilité de pouvoir débouter un demandeur qui est de mauvaise foi notoire. Le jugement remet en question la légitimité des décisions de la commission de médiation.

ACTIVITES

CAMPAGNE « FLEUR PRINCE JEAN 2005 » (6 au 27 juin 2005)

La collecte de 2005 a été dédiée aux activités de la Ligue dans le cadre de la Prévention et de la Promotion de la Santé de l'Enfant. La campagne a connu un vif succès et a surtout permis de mieux faire connaître l'engagement important de la Ligue en faveur des enfants.

JOURNEE EUROMELANOMA (30 mai 2005)

Comme les années précédentes la Ligue a contribué par un appui dans l'organisation et la mise à disposition de localités dans plusieurs de ses centres à cette journée de sensibilisation aux maladies de la peau et en particulier des mélanomes.

JOURNEE TABAC (31 mai 2005)

A l'occasion de la Journée Mondiale du Tabac la Ligue médico-sociale a publié un communiqué de presse à l'appui de l'effort de sensibilisation auprès des professionnels de la santé contre les méfaits du tabac.

Le conseil de la Ligue s'est associé concrètement à la démarche en publiant une note de service interne à l'intention de tous les membres de son personnel pour les inciter à donner l'exemple en matière de lutte contre le tabagisme. Dans cet ordre d'idées, la Ligue a décidé d'offrir à tous ses employés qui le souhaiteraient indépendamment de leur occupation, une formation sur le tabac.

36^e CONFÉRENCE MONDIALE SUR LA SANTÉ RESPIRATOIRE À PARIS (18 au 22 octobre 2005)

En sa qualité de membre fondateur de l'UICMR (Union Internationale Contre la Tuberculose et les Maladies Respiratoires) la Ligue a participé à la 36^e conférence mondiale sur la santé respiratoire.

SALON DE L'ENFANT 2005 (14 au 23 octobre 2005)

En partenariat avec le Ministère de la Santé la Ligue a de nouveau participé au Salon de l'Enfant 2005.

Les thèmes de cette année étaient : Lutte contre la sédentarité et l'obésité et Lutte contre le Tabagisme.

MEDECINE SCOLAIRE : EVOLUTION DU GROUPE DE TRAVAIL

Les travaux du groupe de travail instauré par le Ministère de la Santé pour réfléchir sur les possibilités de réorganisation de la médecine scolaire évoluent selon les vues exprimées par la Ligue.

Afin de permettre aux membres du groupe de travail de se faire une meilleure idée sur ce qui se passe chez nos voisins qui viennent de remanier la médecine scolaire en Belgique, la Ligue a invité le Dr Fabienne Henry du service de Promotion de la santé à l'école de la Ville de Bruxelles et le Dr Michèle Meerssemann, médecin coordinateur honoraire du service de Promotion de la santé à l'école

de la Ville de Bruxelles qui ont mis en application le nouveau décret sur la médecine scolaire en Belgique, à venir exposer leur expérience lors d'une conférence au CMS Luxembourg.

FILM INSTITUTIONNEL

Pour présenter les multiples activités de la Ligue le conseil a retenu l'idée de faire réaliser un film institutionnel.

PERSONNEL

PLAN DE FORMATION DU PERSONNEL

La Ligue a retenu comme un de ses principaux objectifs une démarche de qualité conséquente.

Pour répondre à cet engagement elle tient à disposer d'un personnel hautement qualifié et motivé.

Ainsi le conseil a retenu pour son personnel relevant du domaine social

- une formation de longue durée portant sur la relation client dans le cadre spécifique du travail social sous contrainte avec enseignement d'un savoir-faire par des séances d'entraînement ;
- des formations en matière de législations sociales nouvelles par le biais de conférences-débats ;
- une formation au thème de la violence à l'école;

et pour le personnel relevant du domaine médico-social

- une formation en matière de tabagisme pour développer les compétences des professionnels de la Ligue sur le sujet « l'entretien motivationnel en matière de tabac ».

La Ligue soutient activement la supervision de son personnel.

PARTICIPATION À UNE PLATE-FORME PORTANT SUR « TRAVAIL SOCIAL CONCERTÉ, QUALITÉ DE VIE ET SOLIDARITÉ »

Sur initiative de la Ville de Luxembourg et avec la participation de la majorité des institutions sociales actives sur le territoire de la Ville de Luxembourg, la Ligue participe à une plate-forme portant sur le « Travail social concerté, qualité de vie et solidarité » mise en place pour analyser et coordonner les prestations sociales actuellement offertes à la population résidant sur le territoire de la Ville de Luxembourg.

CONFÉRENCE NATIONALE SANTÉ (11 et 12 novembre 2005» à Mondorf-les-Bains)

Le conseil a décidé d'apporter tout son appui au **PLAN NATIONAL SANTE** qui concerne la future politique luxembourgeoise en matière de santé publique.

INFRASTRUCTURE

En 2005, les efforts de la Ligue ont porté sur

- la mise en sécurité des bâtiments ;
- le remplacement des dispositifs alarme incendie ;
- l'accès aux bâtiments ;
- la mise en place de portes coupe-feu ;
- signalisation d'urgence ;
- mise en conformité des ascenseurs de Wiltz et Echternach ;
- l'amélioration des performances des installations de chauffage ;
- la remise en état des canalisations à Wiltz, Dudelange et Grevenmacher ;
- la rénovation des bureaux au 3^e étage de l'ancien bâtiment du CMS Luxembourg ;
- d'importants travaux de rénovation au 1^{er} étage du CMS Ettelbruck ;
- la réfection de la façade du CMS Ettelbruck ;
- l'extension du réseau informatique ;
- l'acquisition d'un véhicule utilitaire

REMERCIEMENTS

BANQUE ALIMENTAIRE

Le conseil tient à remercier tous les bénévoles qui sont engagés dans ce projet pour apporter aux personnes dans le besoin une aide matérielle qui consiste en la remise de colis de vivres par le biais des assistants sociaux de la Ligue. Ainsi en 2005 plus de 2 500 colis ont été distribués à des familles nécessiteuses dont la Ligue assure le suivi social.

BATIMENTS PUBLICS

Un merci pour l'excellente collaboration avec l'administration des bâtiments publics.

DELEGATION DU PERSONNEL

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

EN SOUVENIR

La Ligue déplore la disparition de

MARQUES Sandra, assistante sociale

SCHEUER Juliette, employée e.r.

KAYSER-THOSS Erika, assistante d'hygiène sociale de circonscription e.r.

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 2005.

Conformément aux dispositions de l'article 16 du statut modifié de la Ligue, le conseil de surveillance confirmé par l'assemblée générale ordinaire du 15 avril 2005 a procédé le 15 mars 2006 au contrôle des opérations comptables effectuées par le trésorier de la Ligue pendant l'exercice 2005 au contrôle du bilan de la Ligue arrêté au 31 décembre 2005.

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 2005 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 2006 d'approuver le bilan 2005 de la Ligue luxembourgeoise de Prévention et d'Action médico-sociales.

Luxembourg, le 15 mars 2006

Le conseil de surveillance,

Joseph LENTZ

Albert PUNDEL

Edy BUCK

Romain KETTEL
membre consultant

RAPPORT SUR LES SERVICES MÉDICO-SOCIAUX

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

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

1. Les Consultations pour Maladies Respiratoires

L'année 2005 a été marquée par la mise au point d'un nouveau programme informatique pour les consultations TB et MR et la prospection, suite à une panne, d'un nouvel appareillage radiologique pour le centre médico-social de Luxembourg - Ville qui seront opérationnels début 2006.

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 de santé publique qu'elle assume pleinement. La Ligue exerce cette activité sous le contrôle de la Direction de la Santé et en collaboration avec d'autres institutions concernées.

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

Cette activité consiste à effectuer des examens de dépistage de la tuberculose :

- parmi les populations défavorisées ou à risque,
- lors des enquêtes épidémiologiques au contact d'un malade contagieux (entourages TB),
- et enfin dans le cadre d'examens légaux et/ou systématiques

Toutes ces évaluations sont destinées à identifier d'éventuels malades contagieux mais aussi à repérer les personnes récemment infectées, en vue de les traiter et ainsi d'interrompre la chaîne de transmission de la maladie. En effet, le rôle de la Ligue est tout particulièrement centré sur la détection des infections TB latentes et des primo-infections tuberculeuses qui ne sont pas à déclaration obligatoire et par définition "non connues" du Ministère de la Santé.

Ces infections TB récentes, sans signe clinique ni radiologique, peuvent évoluer vers une TB maladie d'où l'intérêt essentiel de leur identification. Ce rôle préventif primordial de la Ligue vient aussi utilement compléter les données du ministère et rend compte de façon plus précise du statut épidémiologique du pays vis à vis de la tuberculose.

Chaque année la Ligue détecte plusieurs cas de tuberculose active.

Mais il faut surtout insister sur le fait que la Ligue identifie de nombreuses infections tuberculeuses latentes (ITL) qui conduisent généralement à l'instauration de traitements préventifs par les médecins traitants.

Ainsi en 2005, la Ligue a mis en évidence 130 infections tuberculeuses latentes.

Les enquêtes épidémiologiques d'entourage peuvent, pour des motifs pratiques, être réalisées dans les locaux de la collectivité concernée. Nos équipes peuvent ainsi être amenées à se déplacer dans une école ou une entreprise. Ce dispositif demande une organisation stricte, une coordination de nos services et une collaboration étroite avec les collectivités concernées et nos partenaires institutionnels (Direction de la Santé, Ministères, services de médecine du travail, etc.).

Enfin, la Ligue effectue des contrôles évolutifs réguliers auprès des anciens tuberculeux.

Les objectifs sont ici de dépister la survenue d'éventuelles rechutes ou récidives, de repérer d'éventuelles séquelles et de déceler leurs complications à long terme comme l'apparition d'un handicap ou d'une insuffisance respiratoire.

1.1.2. Dépistage et Prévention des maladies respiratoires

Cet autre volet d'activité préventif s'effectue dans le même temps que les consultations TB. Les professionnels de santé des centres médico-sociaux sont particulièrement attentifs aux antécédents, aux conduites à risque et enfin aux conditions de vie de nos visiteurs. Tous les consultants font l'objet d'une attention particulière quant au dépistage et à la prévention des maladies respiratoires chroniques notamment liées au tabac et à divers autres polluants.

En outre notre service est un interlocuteur privilégié des services de la 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 des visites systématiques ou d'un bilan d'embauche, font très régulièrement appel à la Ligue pour la réalisation d'exams radiographiques de débrouillage ou de dépistage. Ces exams sont notamment motivés par l'inhalation potentielle de substances toxiques professionnelles, aggravée ou non par un tabagisme chronique.

Enfin, les médecins libéraux font aussi souvent appel à nos services dans le cadre du bilan de pathologies chroniques là encore souvent liées au tabac ou à la pollution domestique ou lors de manifestations respiratoires à inventorier. Ces interventions s'adressent essentiellement à une population défavorisée qui bénéficie ainsi d'un acte de proximité gratuit.

Au terme de la consultation pour maladies respiratoires un diagnostic, confidentiel, 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

Un site de consultations est opérationnel dans chaque circonscription. Nos équipes de professionnels effectuent gratuitement des tests tuberculiniques, des radiographies thoraciques et prodiguent des conseils dans les 3 Centres médico-sociaux 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 à peu près identiques dans tous les sites. Les secrétaires accueillent les consultants et remplissent les dossiers administratifs.

Ensuite une AHS ou un(e) infirmier(ère) prend en charge la partie paramédicale.

Si une radiographie est prescrite l'ATM en 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 un 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 entreprendre.

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

1.2.2. La population cible

Au 1er janvier 2005 la population grand-ducale était estimée à 455.000 habitants, soit une augmentation de 0,7% par rapport à l'année précédente.

La proportion de résidents étrangers a progressé de 1,8% et représente actuellement près de 39% de la population totale. Il s'agit, dans la grande majorité des cas, de ressortissants de pays de l'U.E.

La plus forte communauté est portugaise et représente, à ce jour, plus de 37% des étrangers résidant sur le territoire national soit 14,4% de la population totale.

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 aux chapitres 1.3.1. et 1.4.).

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

Au niveau national, les principaux indicateurs d'activité enregistrés en 2005 sont les suivants :

16 474	consultants
796	séances de consultations assurées
5 844	examens radiologiques réalisés
8 841	tests tuberculiniques effectués
13 231	rapports médicaux rédigés
83	démarches pour dossiers TB effectuées par les professionnels

Au cours de cet exercice 2005, l'activité dans ce domaine s'est située à un niveau élevé.

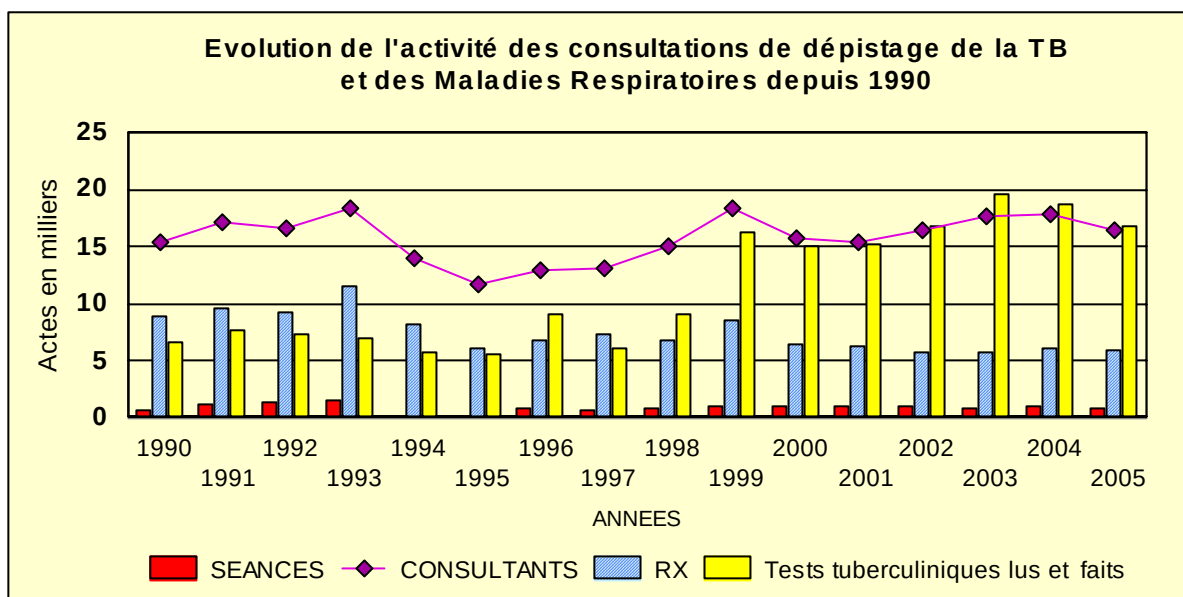
1.3.1. *Evolution de l'activité nationale*

La fréquentation nationale des consultations a modérément régressé (- 7,34%). Cette baisse de la fréquentation, principal moteur de l'activité, a une incidence mécanique sur les actes pratiqués comme nous allons le détailler plus loin.

Au plan national, **5 844** examens radiologiques ont été pratiqués ce qui représente une légère régression (- 2,7%) par rapport à l'an dernier.

Les **16 737 tests tuberculiniques**, faits ou lus par le personnel, accusent également une régression modérée de 10,7% par rapport à 2004.

Le graphique présenté ci-dessous rend compte de l'évolution des principaux critères d'activité enregistrés ces 15 dernières années.



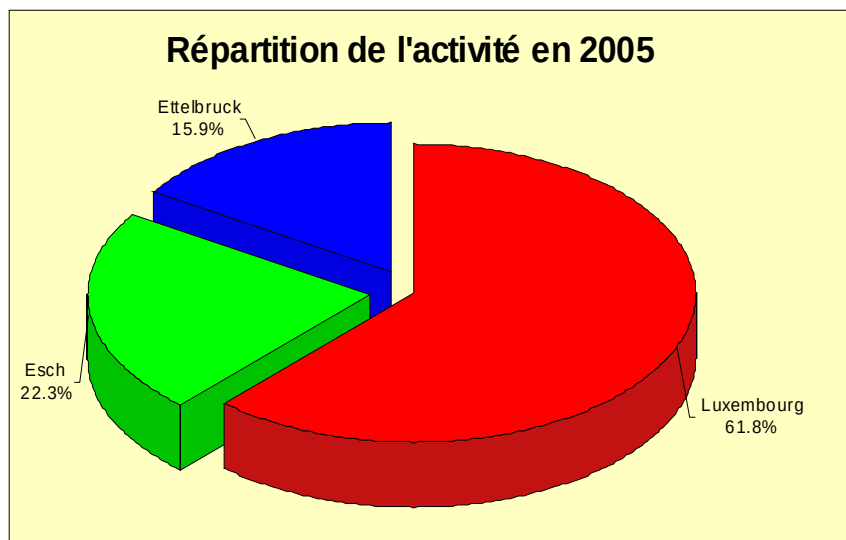
L'évolution démographique, les flux migratoires et la persistance des cas de TB sur le territoire national influent sur la fréquentation des centres et maintiennent globalement, depuis plusieurs années, une forte activité.

1.3.2. *Répartition de l'activité*

L'activité nationale se répartit sur les 3 sites précédemment cités.

Pour évaluer l'activité de chaque site et réaliser le graphique qui suit nous avons additionné les principaux paramètres de l'activité (nombre de consultants, examens radiologiques réalisés, tests cutanés lus et effectués et rapports adressés aux médecins).

Ainsi, le CMS de Luxembourg-Ville (pour le Centre) réalise l'essentiel de l'activité nationale avec près de 62%. Le CMS d'Esch (pour le Sud) a une activité plus importante que celle d'Ettelbruck (pour le Nord) qui réalisent ensemble plus du tiers de l'activité nationale (plus de 38%).



Cependant cette somme d'indicateurs donne une évaluation grossière et incomplète de l'activité de cette prestation. En effet, elle ne comptabilise pas le travail administratif et logistique qui intervient en dehors des consultations ni celui que procurent les entourages TB pris en charge qui, répétons le, ont été nombreux et en forte augmentation en 2005.

1.3.3. Evolution de l'activité nationale et par circonscription

Globalement l'activité nationale a diminué (- 10%) en 2005 parallèlement à la baisse de la fréquentation nationale (- 7,5%). Mais l'activité est contrastée selon les sites.

1.3.3.1. Nord : CMS d'Ettelbruck

Nous avons comptabilisé en 2005 au CMS d'Ettelbruck et pour la circonscription Nord :

129	séances
2 933	consultants
896	radiographies
1 431	tests tuberculiniques effectués
904	tests tuberculiniques lus
2 160	rapports rédigés
35	nouveaux cas d'infection tuberculeuse latente

La fréquentation dans cette région est à nouveau en retrait (-13,8%) ainsi que le nombre de radiographies pratiquées (- 6,3%) ou des tests tuberculiniques effectués et lus (-15%). Globalement dans le Nord l'indice d'activité a régressé (-17,7%). L'activité par séance rapportée au nombre de professionnels impliqués dans la consultation est de 48,5.

Toutefois l'on constate que, dans cette circonscription, le taux de lecture des tests tuberculiniques, effectuée par nos propres professionnels, n'est que de 63% alors que le taux moyen dans les deux autres régions est de 94,3%. Cette déperdition de clientèle, d'environ 440 consultants et d'autant de lectures de tests, est essentiellement liée à l'éloignement des consultants par rapport au CMS et ampute l'activité de façon significative.

1.3.3.2. Centre : CMS de Luxembourg

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

Les données recueillies en 2005 pour cette circonscription sont les suivantes :

465	séances
9 195	consultants
3 574	radiographies

5 621	tests tuberculiniques effectués
5 387	tests tuberculiniques lus
8 851	rapports rédigés
42	nouveaux cas d'infection tuberculeuse latente

La fréquentation a été en retrait (-12,2%) ce qui entraîne une baisse mécanique des différents actes réalisés. Cette moindre fréquentation est principalement due au tassement des embauches de la commission européenne, particulièrement élevées en 2004 suite à l'élargissement, et au recul des entrées de migrants et réfugiés. L'activité par séance rapportée au nombre de professionnels impliqués dans la consultation est toutefois élevée à 49,3.

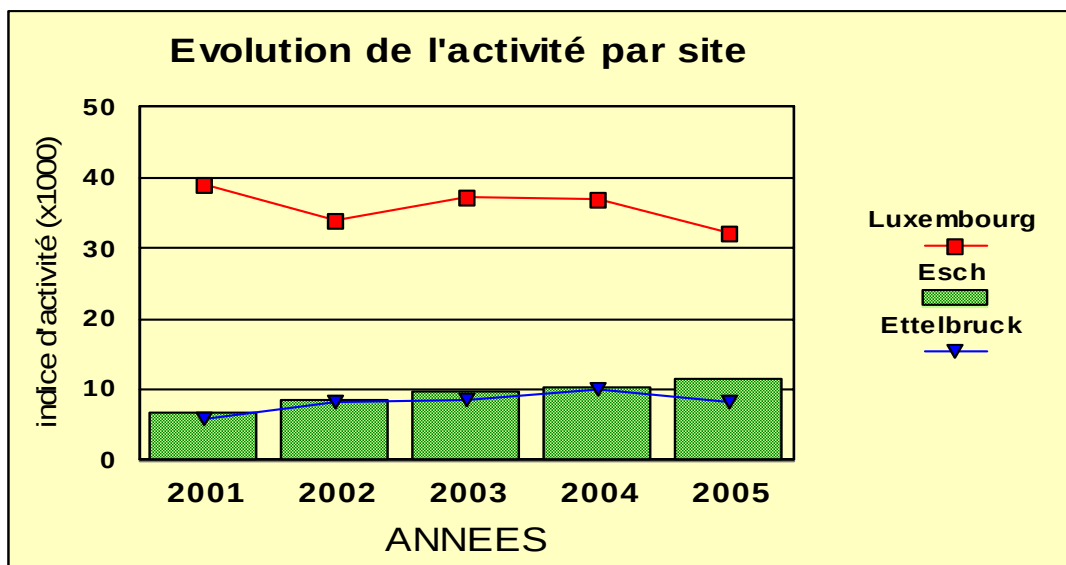
1.3.3.3. Sud : CMS d'Esch / Alzette

De la même manière, l'activité à Esch en 2005 s'établit ainsi :

202	séances
4 346	consultants
1 374	radiographies
1 789	tests tuberculiniques effectués
1 605	tests tuberculiniques lus
2 207	rapports rédigés
53	nouveaux cas d'infection tuberculeuse latente

Tous les postes ci-dessus ont sensiblement progressé depuis l'an dernier. L'indice d'activité de cette région a encore augmenté (+ 11,4%), notamment en raison de l'accroissement de la fréquentation (+10,7%). En outre il y a eu un nombre important de grosses enquêtes épidémiologiques TB réalisées au cours de l'année. Remarquons que ce site accueille un effectif de consultants équivalent à près de la moitié de celui de Luxembourg-Ville. L'activité par séance rapportée au nombre de professionnels impliqués dans la consultation est de 57,6.

Le schéma ci-dessous résume l'évolution récente de l'activité des 3 sites du pays.



Globalement, lors des derniers exercices l'activité reste globalement stable à Luxembourg. Elle progresse fortement à Esch/Alzette et dans une moindre mesure à Ettelbruck. Ceci nécessite un ajustement des ressources humaines.

1.4. Bilan épidémiologique et interprétation des résultats

En terme de prévalence (anciens et nouveaux cas), en 2005, parmi les 5 844 radiographies effectuées, **18% des clichés soit 1080 présentaient une anomalie.**

En terme d'incidence (nouveaux cas), ***520 anomalies radiologiques ont été "nouvellement" notifiées en 2005, soit 8,7% de l'ensemble des clichés effectués.***

1.4.1. Affections non tuberculeuses

Parmi ces 520 nouveaux cas, l'on dénombre **426 anomalies radiologiques non en rapport avec une affection tuberculeuse** soit 7,1% des clichés réalisés et interprétés **dont 177 situations** (2,9%) nécessitent soit un contrôle soit un complément de bilan par l'intermédiaire du médecin traitant ou prescripteur.

1.4.2. Affections en rapport avec une tuberculose

Au cours de l'année 2005, parmi les anomalies radio-cliniques nouvellement diagnostiquées 224 (+16%) était en rapport avec une affection tuberculeuse.

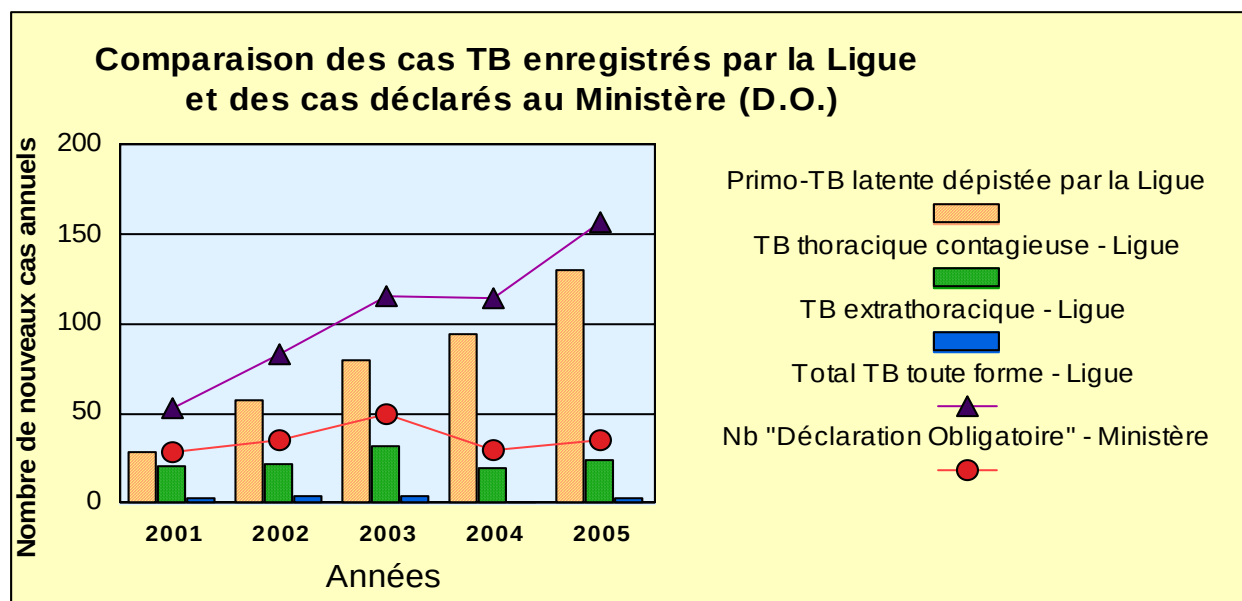
En 2005, la Ligue a ainsi **dépisté 130 nouveaux cas d'infection tuberculeuse latente**, chiffre en forte progression **(+38,3%)**.

Par ailleurs, le nombre de **nouveaux cas d'affection tuberculeuse (toutes formes confondues) enregistré** s'élève à **157**, résultat aussi en forte progression **(+37,7%)**.

Enfin, la Ligue a comptabilisé 27 tuberculoses potentiellement contagieuses (contre 20 en 2004).

De son côté, en 2005, le Ministère de la Santé et l'inspection sanitaire ont recensé 35 cas déclarés de TB (toutes formes confondues) dont 27 formes pulmonaires exclusives.

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



Ce graphique corrobore les remarques faites au chapitre 1.1.1. quant à la complémentarité des données de la Ligue et du Ministère de la Santé. Et il faut à nouveau insister sur le dépistage spécifique des infections tuberculeuses latentes réalisé exclusivement par la Ligue.

A ce propos, depuis quelques années, nous constatons une augmentation spectaculaire du nombre de primo-infections diagnostiquées par la Ligue.

Ce constat est le résultat de trois facteurs principaux :

- L'accent mis sur le dépistage des infections tuberculeuses latentes conformément aux recommandations du Conseil Supérieur d'Hygiène.
- La recherche systématique, lors de tout contact TB et des dépistages, d'une éventuelle infection tuberculeuse récente ou latente par la réalisation du test tuberculinique.

- Enfin, lors des enquêtes épidémiologiques d'entourage TB, la recherche rigoureuse de toutes les personnes ayant été en contact effectif avec le malade.

Au Luxembourg la tuberculose n'est pas éradiquée mais en 2005 son taux d'incidence (7,7 cas pour 100.000 habitants) y est stable et faible par rapport à la moyenne de l'Europe de l'Ouest (environ 15 cas pour 100.000h.). En outre l'on constate une prédominance de tuberculoses dites « importées » comme dans bon nombre des pays d'Europe de l'Ouest.

1.5. Conclusion

En matière de TB et 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 à la forte demande et aux croissantes exigences de qualité.

Les résultats de la Ligue en matière de dépistage et de prévention de la TB et des maladies respiratoires témoignent de cette qualité accrue.

2. La Médecine Scolaire

L'autre domaine d'activité important que la Ligue médico-sociale réalise dans la très grande majorité des communes du pays est la médecine scolaire au sein des écoles primaires et préscolaires. Cette prestation est réalisée conformément à la loi du 2/12/1987.

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

Les locaux dans lesquelles se déroulent les activités de la médecine scolaire sont mis à disposition par la commune.

2.1. Les Missions

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

2.1.1. Le volet social

La mission du travailleur social en médecine scolaire est circonscrit par la loi (Loi du 2 décembre 1987 portant réglementation de la médecine scolaire: Art. 4).

*La médecine scolaire a pour objet ... de collaborer aux tâches sociales en liaison étroite avec les commissions scolaires et les services spécialisés de l'Education nationale, tels que les services de guidance, les commissions médico-psycho-pédagogiques et les services de psychologie et d'orientation scolaire, en établissant **un bilan social** de l'élève en cas de besoin, en **assurant le suivi et en assistant**, le cas échéant, l'enfant afin qu'il puisse bénéficier effectivement des mesures proposées.*

Il revient le plus souvent à l'assistante sociale, occupant une place charnière dans le dispositif médico-socio-scolaire, d'organiser, de suivre et d'assurer la continuité des aides nécessaires à un enfant en difficulté. De fait « case manager », elle est présente sur tout le processus d'aide et cela du diagnostic initial à l'évaluation des résultats.

Le case management est une méthode systémique permettant d'optimiser les interventions. Par une relation suivie et permanente, l'assistante sociale qui utilise ce modèle constitue un lien humain entre le client (l'enfant / sa famille) et le système des aides, souvent multiple et complexe à appréhender (école, services et professionnels spécialisés, etc.).

Au départ et en cours de route, le case management prend appui sur l'analyse de la situation, qui, en médecine scolaire, prend la forme d'un bilan social. En terme de produits à délivrer dans le cadre transdisciplinaire de la médecine scolaire, il est attendu des assistantes sociales d'élaborer ces bilans, qui sont de véritables diagnostics sociaux globaux, cœur du métier en service social. Il s'agit de recenser, de décrire, d'analyser et de diagnostiquer les problèmes, les ressources et les faits neutres concernant un enfant/sa famille « repéré à risque ».

Au cours de l'année scolaire 2004-2005, la Ligue médico-sociale a formé son personnel à cette méthode dans le cadre d'un cycle de formation de 5 jours intitulé: "Bilan social et Case management: Méthodes de diagnostic social et d'optimisation des aides pour le service social en milieu scolaire".

2.1.2. Le volet médical

L'équipe médicale réalise tout au long de l'année scolaire plusieurs types d'**examens médicaux** prescrits par le règlement grand-ducal du 21/12/1990.

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

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^e préscolaire, 1^e 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 la Ligue effectue, dans le cadre de la MS, de **nombreuses interventions d'éducation et de promotion de la santé**.

2.2. La population des enfants scolarisés

La Ligue conformément aux dispositions de la loi propose ses prestations en matière de médecine scolaire à **114** communes du territoire national.

Le nombre d'enfants scolarisés dans le cycle primaire et le nombre de classes varient d'une année scolaire à l'autre proportionnellement aux flux migratoires et aux évolutions démographiques.

Pour l'année scolaire 2004 - 2005 l'effectif pris en charge, au plan médical, par la Ligue s'est élevé à **32037 élèves inscrits** (+0,58%), répartis dans **2 026 classes** (+1,25%).

2.3. L'activité du Service médico-social

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 2004 - 2005 les chiffres suivants ont été comptabilisés. Leur évolution, par rapport à l'exercice précédent, est indiquée entre les parenthèses :

29 124	tests systématiques (ts) annuels effectués	(-1,5%)
8 464	examens médicaux systématiques (ems) effectués	(+2,96%)
11 140	bilans de santé (bs) effectués	(-2,65%)
29 817	examens d'urine de dépistage ont été pratiqués	(-1,66%)
14 425	avis médicaux ont été envoyés aux parents	(-12,93%)

Le nombre des examens médicaux obligatoires est en légère baisse (ts à -1,5% ; ems + bs à - 0,3%) par rapport à l'exercice antérieur en raison notamment du manque de temps du personnel occupé aux lourdes contraintes organisationnelles et administratives que ces examens requièrent et aux indispensables interventions de promotion de la santé qui doivent être conjointement effectuées.

Ces examens médicaux permettent de constater des anomalies médicales qui peuvent motiver l'envoi d'avis médicaux pour inviter les parents à consulter le médecin de leur choix. Ces avis médicaux sont en moyenne au nombre de 7,1 par classe examinée.

Au plan épidémiologique les constatations médicales les plus fréquentes concernent :

- l'appareil locomoteur (rachis, déformations plantaires, etc.) avec 24% des *ems* + *bs*,
- les recommandations vaccinales pour 13,6% des élèves examinés (*ems* + *bs*),
- les dermatoses dont les pédiculoses avec 9,54% des *ems* et *bs*,
- l'obésité qui est signalée dans 8,92% des *ts*,
- les anomalies génitales du garçon (8,66% des garçons examinés)
- les affections ORL (7,35% des *ems* + *bs*),
- la baisse de l'acuité visuelle (7,24% des *ts*),
- et les problèmes dentaires (caries et orthodontie) pour 4,64% des enfants examinés
- enfin 2,16% des prélèvements urinaires révèlent une anomalie. Ceux-ci objectivent la présence d'albumine dans 0,57% des cas, de glucose dans 0,13% des cas et enfin de sang pour 1,46% des tests.

Par ailleurs 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.

2.3.2. Le volet social de la MS

2.3.2.1. Introduction

La Ligue médico-sociale a réalisé pendant l'année scolaire 2003-2004 (cf. rapport d'activité 2004) un effort particulier dans la description des problématiques médicales et sociales à l'origine de l'intervention des assistantes (d'hygiène) sociales. Cet exercice n'est pas répété ici car les résultats restent valable pour 2004-2005.

Les 6 problèmes, les plus importants rencontrés au début de la prise en charge chez les enfants sont par ordre décroissant:

1. les problèmes comportementaux d'origine psychique ou sociale de l'enfant à l'école (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 au niveau des parents.

En médecine scolaire, la nécessité de l'intervention d'une *assistante sociale* est liée à la présence effective d'un problème social. Un problème est un problème social s'il s'agit soit d'un

- problème de *position* sociale des parents ou tuteurs (statut socio-économique, formation insuffisante, manques de ressources, pauvreté, ...) soit d'un
- problème d'*interaction* sociale des parents et/ou de l'enfant (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, ...).*

2.3.2.2. Quelques chiffres

Sur une population toujours croissante de 33 423 élèves, 2 014 ont bénéficiés 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 est connue ou non.

Dans la suite nous ne nous référerons qu'aux interventions longues, qui sont documentées dans 1 148 dossiers sociaux.

* GEISER Kaspar, Problem- und Ressourcenanalyse in der Sozialen Arbeit, Interact Luzern 2004

SMS-Social 2004/2005	Centre	Nord	Sud * : social / médical	Total social
Enfants inscrits	14 638	10 252	8 533 / 7 147	33 423
Classes	924	671	520 / 431	2 115

**Pour les communes de Rumelange et de Schifflange, la Ligue médico-sociale n'assure que le volet social de la prise en charge des enfants dans le cadre de la médecine scolaire.*

SMS-Social 2004/2005	Centre	%	Nord	%	Sud	%	Total	%
Demandes de situations connues	147	29%	121	34%	124	44%	392	34%
Demandes nouvelles	356	71%	240	66%	160	56%	746	66%
Nombre total de demandes	493	100%	361	100%	284	100%	1148	100%

Nous constatons une légère augmentation de la charge de travail (40 demandes) par rapport à l'année précédente. 32 situations d'enfants en danger ont fait l'objet d'un signalement à la justice.

SMS-Social 2004/2005	Centre	%	Nord	%	Sud*	%	Total	%
Enfants signalés au juge	17	0,12%	10	0,10%	5	0,06%	32	0,10%

Outre le travail social individualisé, le travail en commission médico-psycho-pédagogique occupe une place centrale comme le démontre le tableau suivant.

SMS-Social 2004/2005	Centre	%	Nord	%	Sud*	%	Total	%
Enfants inscrits	14 638	100%	10 252	100%	8 533	100%	33 423	100%
Nbre. de réunions CMPP	156		114		70			
Enfants inscrits en CMPP	591	4,04%	364	3,55%	486	5,70%	1 441	4,31%

2.3.2.3. Conclusions

- Ce court aperçu du volet social de la médecine scolaire ne peut prétendre à fournir une description exhaustive de l'activité de l'assistante sociale. Son rôle inclut aussi la fonction de conseillère auprès du personnel enseignant ainsi qu'auprès des parents pour toutes sortes de problématiques sociales.
- Les chiffres montrent que l'activité sociale en médecine scolaire constitue la réponse adéquate aux problématiques les plus fréquentes (problèmes comportementaux et familiaux ; conflits, absentéisme et négligence voire maltraitements et problèmes d'apprentissage) et contribue de façon significative à améliorer les conditions de vie et de développement des enfants scolarisés.

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 de l'année scolaire 2004-2005.

2.3.3.1. Formation du personnel

Les professionnels médico-socio-scolaires, au contact direct et régulier avec la communauté scolaire, représentent les acteurs de terrain indispensables à une politique d'E.P.S. cohérente et pérenne au sein des établissements scolaires.

La formation spécifique des professionnels de terrain est donc indispensable et permanente. Elle est destinée à multiplier les interventions de la Ligue en E.P.S. auprès des élèves du primaire. L'objectif sous-jacent est aussi d'assurer des échanges participatifs au sein de la communauté scolaire afin de contribuer à long terme au bien-être des enfants.

Elle est supervisée par la « Cellule Education et Promotion de la Santé ». (Voir chapitre 4.1.1.).

Au cours de cette année scolaire un nouvel atelier sur la sexualité intitulé « Amitié, amour, tendresse », destiné aux classes de 5e et 6e et élaboré par la cellule EPS, a été présenté aux professionnels concernés.

En outre, l'ensemble des professionnels du SMS a bénéficié d'une formation « Enfants difficiles : hyperactifs ? » dispensée par un expert de l'hyperactivité.

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

Enfin, le personnel intéressé a participé à 6 journées d'une formation intitulée « La douleur invisible / indicible en héritage » et organisée par la structure liégeoise « Parole d'Enfants ».

2.3.3.2. Bilan des interventions des professionnels

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

Au cours de cet exercice, le nombre d'interventions de PS effectuées dans le cadre de la MS s'est élevé à **424 actions** soit une baisse de 7% par rapport à l'année scolaire précédente.

Activités de PS au niveau national	
Activités réalisées pour les élèves	424
Nombre de classes ayant participé <i>sur total de</i>	373 2026
Nombre de communes concernées <i>sur total de</i>	52 114
Séances réalisées pour les parents	25

Toutefois signalons que la répartition s'est accrue par rapport à l'exercice précédent puisque **373 classes** (+8,9%) ont participé à une ou plusieurs actions dans **52 communes** du pays (+2%). La Ligue a ainsi effectué des activités de PS dans 45,6% des communes dont elle a la charge.

Enfin, 25 séances d'information ont été réalisées à l'intention des parents, suite à des présentations et informations dans les écoles.

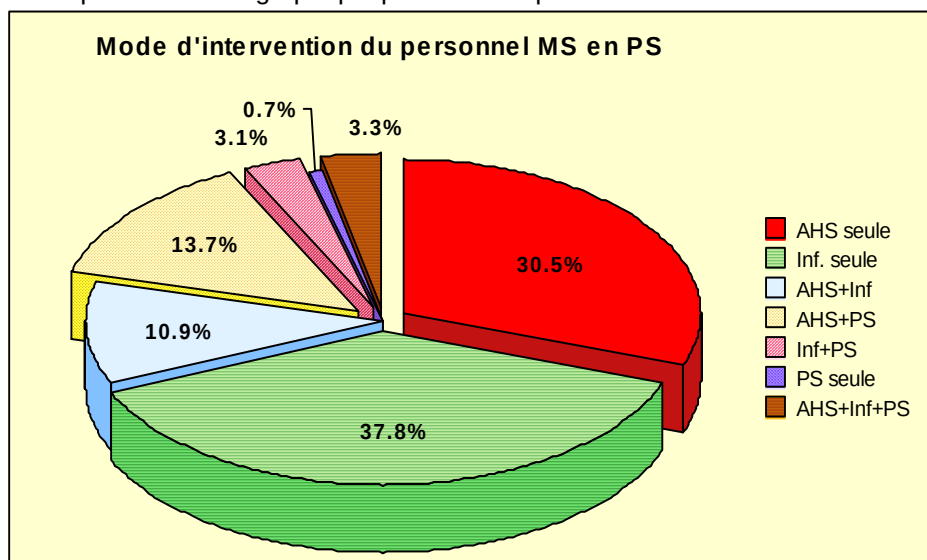
L'évolution du volume des activités par rapport à l'exercice antérieur est contrastée. En effet, le nombre des interventions est similaire dans le Centre, diminue dans le Nord et augmente légèrement dans le Sud.

Au plan pratique la grande majorité des interventions d'EPS (69%) sont effectuées par un seul professionnel.

Les infirmières qui réalisent 55% des interventions d'EPS sont quasiment autant impliquées que les AHS qui en effectuent 58,4%.

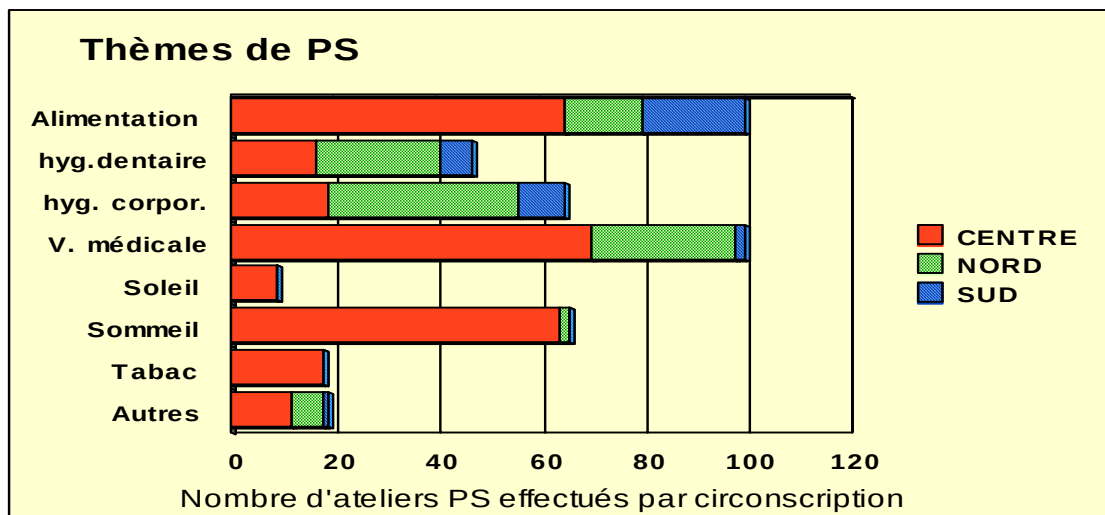
Les premières interviennent seules dans 37,8% des actions ou accompagnées dans 17,2% des cas et respectivement pour les secondes dans 30,5% et 27,9% des interventions.

Les détails sont reportés dans le graphique présenté ci-après.



2.3.3.3. Thèmes et demandes

En début d'année 7 thèmes ont été proposés par les professionnels de terrain à la communauté scolaire. Nous remarquons que les thèmes les plus demandés et traités, comme le montre le schéma sous-jacent sont l'alimentation, la visite médicale, l'hygiène corporelle et le sommeil.



L'alimentation saine, est un thème prioritaire de santé publique. Apprendre aux enfants, dès le plus jeune âge, à avoir une alimentation saine est un facteur essentiel dans la lutte contre l'obésité.

La présentation de la visite médicale aux jeunes enfants dédramatise cet examen, facilite le contact avec les enfants et les enseignants et favorise une meilleure approche de la médecine scolaire.

L'hygiène corporelle est un thème très demandé notamment du fait de la problématique des poux qui demande de nombreuses interventions d'information et de prévention afin de dédramatiser le problème.

Le sommeil est très apprécié par l'ensemble de la communauté scolaire (parents, élèves, enseignants, professionnels de santé et communes).

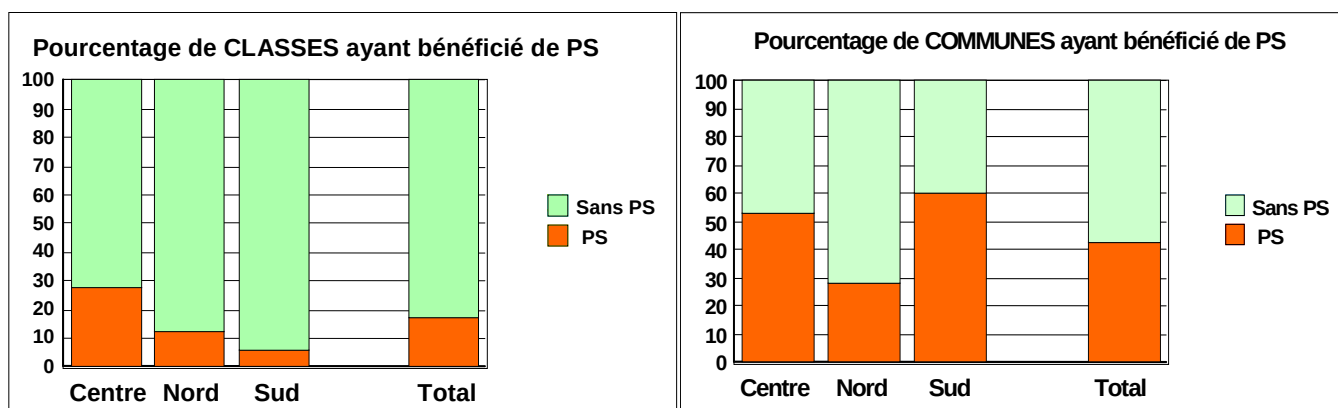
Par contre le tabac a été moins traité au cours de cette année scolaire car ce type d'activité, difficile et longue à traiter, demande des professionnels aguerris et expérimentés.

Les activités de PS ne sont pas faites systématiquement mais en fonction des besoins des élèves, de l'équipe pédagogique, des parents, des communes ou des professionnels de santé suite notamment aux examens médicaux. Cela demande un travail de présence, de collaboration et de partenariat que les données précédemment exposées permettent d'apprécier de plus en plus fructueux puisqu'en effet les demandes émanant de l'équipe éducative et des enseignants ont significativement progressé. Mais, en contre partie, les initiatives venant de notre personnel médico-scolaire ont diminué pour des raisons évidentes de manque de temps.

2.3.3.4. Evolution et analyse

Toutes ces activités de PS ont l'avantage de modifier l'image de l'équipe médico-scolaire auprès des élèves et d'établir un partenariat avec les enseignants pour le bien-être des enfants.

En ce qui concerne la répartition des activités, les chiffres collectés nous indiquent qu'un plus grand nombre de communes, de classes et donc d'enfants ont bénéficié d'interventions de PS, comme ce qui est représenté dans les graphiques ci-dessous.



Le nombre total de ces actions a légèrement baissé, en comparaison à l'exercice précédent, et souligne le manque de temps de nos professionnels de terrain. Cela n'a cependant pas entraîné de préjudices pour la communauté scolaire comme notre analyse vient de le démontrer.

Enfin nous avons réalisé, fin 2004, l'évaluation du module sommeil intitulé « Le pays des rêves » qui est proposé aux plus jeunes. Cette étude, qui a mobilisé 29 enseignants (21 du Centre et 8 du Nord) concernés par cette action et avait pour objectif d'analyser le processus de cette intervention, s'est effectuée au moyen d'un questionnaire.

Les résultats ont démontré la satisfaction globale des participants notamment celle des enseignants et nous ont permis d'ajuster et de modifier certains aspects de cette animation.

2.3.4. Conclusions sur les activités du SMS et perspectives

L'activité du SMS est considérable et comporte un aspect organisationnel et logistique (avec les médecins, les écoles et les communes) qui n'est pas comptabilisé par les chiffres énumérés ici. Ceci donne la mesure de la charge de travail en MS qui pose tous les ans de lourds problèmes de gestion des ressources.

Pour ce qui est des examens médicaux obligatoires la Ligue a rencontré des difficultés à assurer la totalité de ceux-ci au cours de l'année scolaire 2004-2005.

La même remarque est à faire pour la PS.

Malgré les lourdes contraintes, la grande majorité des professionnels ont su répondre aux demandes croissantes dans les deux domaines.

L'heure de la médecine scolaire où les examens systématiques étaient l'activité principale de ce service est révolue. La notion de santé a évolué et c'est le bien-être physique, psychique et social que nous recherchons pour les élèves. La promotion de la santé vise à atteindre ce bien-être. Mais cela nécessite d'autres méthodes de travail, beaucoup de temps et plus de ressources.

Dans cette même ligne d'idée, la Ligue participe activement depuis fin 2004, avec de nombreux autres partenaires, au groupe de réflexions sur la médecine scolaire. Elle se félicite des discussions et des travaux entrepris qui proposent une médecine scolaire tournée vers plus de prévention et vers la promotion de comportements plus sains pour la santé, afin d'influer sur les problèmes de santé publique et d'œuvrer pour le bien-être des enfants. Cette nouvelle approche de la médecine scolaire nous conforte dans la démarche que la Ligue a mise en place depuis quelques années et nous donne l'espoir de pouvoir y consacrer beaucoup plus de temps et de ressources.

3. Prévention de la Santé de l'Enfant

Fin 2005, le fait marquant a été le démarrage des visites en maternité (VM) à l'hôpital St Louis d'Ettelbruck et leur corollaire des visites à domicile (VD), sur le modèle de celles initiées en 2003 à Luxembourg avec la maternité Grande-Duchesse Charlotte.

3.1. Les missions

Les objectifs de ce service sont le dépistage précoce des retards de développement, notamment psychomoteurs, et des pathologies du jeune enfant ainsi que l'information et le conseil des parents

pour tout ce qui concerne la santé, l'éducation et la promotion de la santé ou l'épanouissement social de leur(s) enfant(s).

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

Suivant les chiffres du Statec, la population des enfants de 0 à 4 ans, concernés par cette prestation de la Ligue, est en baisse de 0,71% par rapport à 2004 avec un chiffre de **27 681** individus en 2005.

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 (CN), organisées de longue date dans 27 sites du territoire national, sont accessibles depuis 2003 aux enfants de 0 à 4 ans et permettent de proposer des interventions préventives en faveur de la petite enfance.

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

Enfin, remarquons la difficulté à pourvoir certains sites de consultations en médecins. Ceci est aussi une conséquence de la baisse de la démographie médicale.

L'activité de ces consultations 2005 est synthétisée dans le tableau ci-dessous

Circonscription	Nombre d'enfants examinés (évolution / 2004)	Nombre de nouveaux inscrits (évolution / 2004)	Nombre d'anciens consultants (évolution / 2004)	Moyenne par séance (évolution / 2004)
Centre	1 939 (- 11,9%)	467 (- 4,5%)	1 472 (- 14%)	4,79 (- 7,8%)
Nord	1 041 (+ 0,19%)	177 (- 2,75%)	864 (+0,82%)	6,98 (- 0,57%)
Sud	1 083 (+ 3,14%)	280 (+ 10,23%)	803 (+ 0,88%)	7,17 (+ 3,5%)
National	4 063 (- 5,29%)	924 (- 0,1%)	3 139 (- 6,72%)	5,76 (- 2,7%)

Les résultats globalement positifs et encourageant enregistrés au Nord comme au Sud où le nombre de consultants est globalement en progression nous renforcent dans l'idée de diversifier nos prestations et de les développer davantage au Nord et au Sud.

3.3.2. Les visites en maternité (VM)

Cette intervention réalisée pour l'instant exclusivement à la maternité Grande-Duchesse Charlotte a pris son essor en 2004. Ses objectifs sont de repérer les mères venant d'accoucher, d'établir avec elles un premier contact et de leur proposer nos services, prestations et aides en cas de demande.

La collaboration avec le personnel soignant de cet établissement s'avère satisfaisante.

En 2005, au cours de **46 déplacements**, à raison d'environ une fois par semaine, l'infirmière puéricultrice de la Ligue médico-sociale a rencontré **816 mères** à la maternité du CHL, soit une moyenne de 17,7 personnes par séance.

3.3.3. Les visites à domicile (VD)

Ces visites ne sont proposées actuellement qu'aux parents d'enfants résidant dans la ville de Luxembourg. Elles sont effectuées par deux infirmières puéricultrices de la Ligue suite à :

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

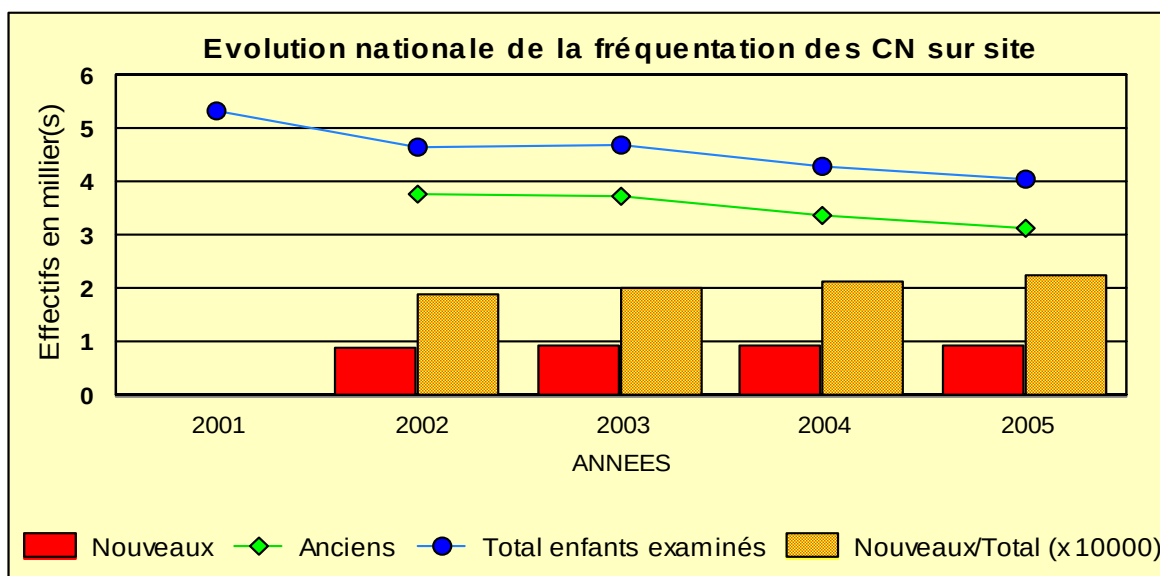
En 2005, le personnel a effectué 2 visites à domicile au profit de 4 enfants.

Le chiffre peu élevé des bénéficiaires est expliqué par le caractère très ciblé de cette intervention.

En effet, toute demande d'intervention à domicile fait l'objet d'une évaluation. Et, si cela est possible, le recours aux consultations sur site (CN et jeunes enfants) est toujours privilégié. Ainsi la visite à domicile (VD) ne s'effectue que si elle est réellement justifiée.

3.4. Bilan et perspectives

Le nombre total d'enfants examinés en 2005 a diminué en raison, comme l'an dernier, d'une désaffection des anciens inscrits. Toutefois le nombre de nouveaux inscrits reste stable et le taux des nouveaux consultants par rapport à la fréquentation totale est en augmentation (+ 5,48%) ; la progression de ce taux est constante depuis 2002.



Ces résultats confirment le besoin et le bénéfice apporté par notre action en maternité qui demande à être étendue aux autres maternités du pays, ce qui a été mis en oeuvre à la maternité d'Ettelbruck en toute fin d'année 2005.

Enfin, de gros efforts de formation du personnel (allaitement, alimentation du nourrisson, etc.) ayant déjà été entrepris ces dernières années, d'autres pistes sont suivies pour intéresser la clientèle.

La diversification des prestations proposées comme notamment le conseil spécialisé et la promotion de la santé et du bien être en faveur du jeune enfant et de ses parents en font partie.

4. Prévention, Education et Promotion de la Santé

Dans ce domaine des professionnels expérimentés, médecins, diététiciennes, psychologues, AHS et infirmière(s) spécialisée(s) répondent aux besoins des communautés et aux diverses demandes.

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

Pour plus de détails se reporter 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 répondre à ces objectifs. Elle s'occupe des aspects conceptuels et organisationnels 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.). Finalement, elle gère les outils et matériaux didactiques nécessaires pour réaliser les différentes interventions.

4.1.2. Modalités de fonctionnement

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

4.1.3. Formation des professionnels

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

Ainsi, 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 diversifiés. En parallèle, la structure EPS veille à former ces nouveaux professionnels de terrain.

4.1.4. Interventions d'E.P.S. dans le cadre de la MS en 2004-2005

Tous les aspects de ces interventions sont développés dans le chapitre 2.3.3.2. et 2.3.3.3. Signalons par ailleurs que l'atelier « bouger c'est la santé », exposé lors du salon de l'enfant 2005, et complémentaire de celui sur l'hygiène alimentaire, est en cours de développement afin d'être proposé aux enseignants dès la prochaine rentrée scolaire afin de lutter encore mieux contre le problème de l'obésité.

4.2. Activités diverses de prévention et d'E.P.S. à visée communautaire

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

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

Des services spécialisés et des interventions spécifiques sont 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 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. Et il est scientifiquement prouvé que les individus exposés de façon chronique aux fumées de tabac sont plus exposés aux pathologies respiratoires et 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 des consultations spécialisées à Luxembourg et à Dudelange. Celles-ci, après un bilan tabacologique complet, proposent des méthodes de sevrage, un suivi ainsi qu'un soutien psychologique ou diététique si nécessaire.

Au total, 36 séances de consultations pour fumeurs se sont déroulées en 2005. Au total 70 consultations ont été dispensées dont 49 consultations initiales.

La publicité faite actuellement pour les consultations fumeurs est faible car il y a pénurie de moyens.

Cette remarque est aussi valable, au niveau national, en ce qui concerne la prise en charge des fumeurs les plus dépendants par des spécialistes compétents en addictologie ou par des psychologues comportementalistes.

Le plan national de lutte antitabac, instiguée par le ministre de la santé fin 2005, devrait donner une forte impulsion à ce problème majeur de santé publique. Dans cette optique la Ligue s'y prépare déjà en investissant dans la formation de certains de ses professionnels et en réfléchissant aux moyens d'élargir son offre. Une nouvelle consultation d'aide au sevrage tabagique verra le jour au CMS d'Ettelbruck dès janvier 2006.

4.2.1.2. Les consultations diététiques

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

Elles sont presque essentiellement (83% 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), le calcul du BMI des propositions de régime à entreprendre, des informations et la fourniture de brochures diverses.

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

En 2005, l'ensemble des sites a enregistré 1 032 consultations d'enfants dont 288 étaient vus pour la « première fois ». Ces chiffres sont en augmentation très significative par rapport à 2004 avec respectivement +25,7% et +37,8%.

Parmi les nouveaux consultants l'on dénombre plus de 54% de filles et près de 46% de garçons dont l'obésité est toutefois en moyenne plus sévère (en moyenne 30% de surcharge pondérale contre 22% pour les filles). Les enfants de 7 à 12 ans sont les classes d'âge qui recouvrent l'essentiel de ces examens spécialisés (près de 80% des enfants).

Au total chacun des 339 enfants ayant fréquenté les sites en 2005 a été vu en moyenne 3,04 fois par une diététicienne.

Enfin, 79 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 animé 27 ateliers à l'attention des élèves et effectué de nombreuses interventions à l'attention de la communauté scolaire et des parents inclus (conférences), dans les établissements scolaires primaires du pays et même les lycées sur tout ce qui concerne l'hygiène alimentaire (voir au chapitre suivant 4.2.2.).

Tout cela confirme que les besoins et demandent 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 notamment en matière d'hygiène de vie et de conduites à risque. Les thèmes les plus fréquemment abordés, en particulier auprès des jeunes ou des populations vulnérables, sont le tabac et la nutrition mais d'autres sujets peuvent être ponctuellement traités à la demande.

Pour 2005 citons les différentes actions suivantes :

- Parmi les interventions sur le tabagisme l'on peut énumérer :
 - Interventions en faveur des étudiants des LTPS de Warken
 - 12 séances « tabac » (cadre du projet O-Limp) pour les 8^e du Lycée technique A.M.
- Actions pour l'alimentation saine des enfants (avec les diététiciennes)
 - 6 conférences
 - 25 ateliers dans les lycées
 - 11 matinées petits déjeuners
- Présentation des prestations de la Ligue aux pensionnaires du foyer Don Bosco ou de nombreuses réponses ont été données sur le tabac, la TB et le Sida.

- Participation à la journée des droits de l'enfant à Betzdorf.
- Participation à plusieurs « journée santé » dans diverses communes du pays.

5. Information du public, travaux et représentation

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

Sur les ondes radiophoniques nationales les différents domaines des services médico-sociaux sont régulièrement développés.

En 2005 le tabagisme a notamment été traité à plusieurs reprises.

Les diététiciennes ont élaboré, en collaboration avec le ministère de la santé, une brochure sur l'alimentation des nourrissons de 0 à 1 an à l'attention de tous les parents et notamment de ceux qui fréquentent les CN. Cet instrument s'intéresse ainsi au problème du surpoids qui est à traiter dès le plus jeune âge.

Le salon de l'enfant est aussi une activité très populaire et médiatique. En 2005, le stand de la Ligue, élaboré en partenariat avec le ministère de la santé, avait pour objet de lutter contre l'obésité et développait les thèmes de l'alimentation équilibrée et de l'activité physique, éléments indispensables à l'équilibre pondéral. Agrémenté de matériels pédagogiques ludiques, d'animations, de jeux, il a rencontré un beau succès populaire. Les principales informations sont rédigées dans la brochure du salon.

La Journée Mondiale sans Tabac du 31 mai 2005 consacrée au thème choisi par l'OMS « Les professionnels de santé contre le tabac » a été l'occasion de répéter que ceux-ci se doivent de donner l'exemple et aussi de contribuer à lutter contre le tabagisme.

Au niveau national ce fut l'occasion de développer le plan gouvernemental de lutte contre le tabagisme qui a bénéficié d'une large publicité médiatique. La Ligue y participe activement et fait partie d'un groupe de travail national créé à cet effet.

La journée mondiale de la tuberculose, sous l'égide de l'OMS, a permis à la Ligue de rendre hommage dans un article de presse au dévouement sans faille des professionnels de terrain, véritables héros de la lutte antituberculeuse.

La Ligue fait aussi partie de plusieurs « groupes de travail » dont certains ont déjà été mentionnés auparavant dans ce document :

- « Groupe de travail sur la médecine scolaire »
- « Les professionnels de la santé et la lutte antitabac »
- « Comité national de l'allaitement »
- « Vivre le soleil - Prévention primaire »
- « Plan National Santé »

Participation en février 2005 au Congrès de Pneumologie de Langue Française qui permet à nos spécialistes de s'informer des nouvelles avancées dans ce vaste domaine de la médecine.

En octobre 2005 représentation de la Ligue au « 13th Congress of European Union for School and University Health and Medicine » dont les travaux ont portés sur la médecine scolaire.

Enfin en novembre 2005, la Ligue a participé au XXXVI^e congrès mondial de l'Union Internationale contre la Tuberculose et les Maladies Respiratoires (UICTMR ou IUATLD) sur la santé pulmonaire.

6. Conclusions générales

En parallèle de ses activités historiques et usuelles, la Ligue médico-sociale s'investit dans des programmes d'Education et de Promotion de la Santé, destinés en particulier aux populations à risque, vulnérables ou défavorisées. Cette approche et cette vision participatives et évolutives de la prévention, inspirées par l'OMS et les organisations internationales, sont en plein essor et sont soutenues par les institutions nationales et gouvernementales.

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

Ainsi le haut niveau global d'activité des services médico-sociaux, la recherche de la qualité, l'exigence de réduire les risques et les dangers pour la santé et enfin les objectifs nationaux de santé publique supposent de renforcer les moyens actuels.

RAPPORT SUR LES SERVICES SOCIAUX

1. Service d'Accompagnement Social

Le sentiment de libre choix est la condition sine qua non du changement des personnes.

*(Desrumaux P., 1998 p.91)**

1.1. Introduction

Le Service d'Accompagnement Social contribue en grande partie à lutter contre la **pauvreté et l'exclusion sociale** dans son contexte spécifique et avec ses moyens propres. Le présent rapport en donne un aperçu statistique pour l'année 2005, aperçu qui manquerait cependant de plasticité sans une entrée en matière plus conceptuelle. Le terme de pauvreté est en effet lourd en aprioris et le concept d'exclusion sociale, plus récent, manque encore de contours. En référence à Serge Paugam[†], nous proposons une description plus précise avec le concept de **pauvreté disqualifiante**. Celui-ci permet d'appréhender valablement la réalité luxembourgeoise du travail social au sein du Service d'Accompagnement Social.

"La pauvreté disqualifiante traduit une configuration sociale où ceux que l'on appelle les « pauvres » sont de plus en plus nombreux et refoulés, pour la plupart, hors de la sphère productive. Leurs difficultés risquent, de ce fait, de s'accroître, ainsi que leur dépendance à l'égard des services de l'action sociale. Cette forme élémentaire de pauvreté se distingue nettement de la pauvreté marginale et de la pauvreté intégrée[‡]. Elle ne renvoie pas à un état de misère stabilisée, mais à un processus qui peut toucher des franges de la population jusqu'alors parfaitement intégrées dans le marché de l'emploi. Ce processus concerne des personnes confrontées à des situations de précarité de plus en plus lourdes tant dans le domaine du revenu, des conditions de logement et de santé, que dans celui de la participation à la vie sociale. Ce phénomène n'affecte pas que ces franges nouvellement précarisées de la population. Il affecte l'ensemble de la société tant l'insécurité génère une angoisse collective. La pauvreté disqualifiante a une probabilité plus élevée de se développer dans les sociétés « postindustrielles », notamment dans celles qui sont confrontées à une forte augmentation du chômage et des statuts précaires sur le marché du travail." (Paugam 2005, p. 231)

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

Le service d'accompagnement social de la Ligue médico-sociale offre cet accompagnement social varié doublé dans un nombre toujours croissant de situations d'un ensemble de **mesures de gestion financière** (MGF). Le volet comptable et légal de ces mesures est assuré par une entité spécifique au sein de la Ligue médico-sociale: le **Service pour Mineurs et Majeurs protégés**. Ces MGF s'organisent dans des cadres légaux différents. Nous distinguons :

La sauvegarde de justice
La curatelle simple ou renforcée
La tutelle
La tutelle aux prestations sociales

Le redressement judiciaire ou conventionnel dans le cadre de la loi sur le surendettement
La gestion financière volontaire, sur mandat
La guidance financière, de commun accord

La présentation de l'activité 2005 du SAS se fera, par la suite, autour de plusieurs axes : le rappel des objectifs spécifiques du service, la description chiffrée de certains problèmes rencontrés par les clients du service, le travail social 'clinique' réalisé face à ces problématiques et les projets abordés en 2005.

* DESRUMAUX-ZAGRODNICKI P., Manuel pratique en travail social. Des méthodes pour être efficace. Gaëtan Morin Editeur Paris 1998

† PAUGAM S., Les formes élémentaires de la pauvreté. Presses universitaires de France Paris 2005

‡ La pauvreté *marginale* est celle qui dans une société concerne une petite frange de population; perçue comme le collectif des inadaptés de la civilisation moderne. La pauvreté *intégrée* est celle qui ne s'apparente que peu à l'exclusion sociale, puisque de larges tranches de population sont concernées et on en parle moins que d'un groupe social spécifique que comme le problème d'une région.

1.2. Objectif spécifique

1.2.1. Explication

L'objectif spécifique du Service d'Accompagnement Social consiste à apporter une *aide sociale à long terme* et en *milieu ouvert* à deux types de personnes :

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

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

Afin de réaliser l'objectif général du service d'accompagnement social, ses agents se basent nécessairement sur le *consentement éclairé du client*. La coopération avec celui-ci est toujours au centre du processus d'aide. Ce principe n'est pas en contradiction avec un encadrement social imposé par une contrainte *extérieure* ou par une institution contraignante.

1.2.2. Population cible

Le service d'accompagnement social s'adresse à des personnes/familles dont la nature des besoins et des problèmes sociaux nécessite un *encadrement à long terme*. Ce sont plus particulièrement des clients appartenant à une des catégories suivantes :

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

1.2.3. Tâches spécifiques

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

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

1.3. Rapport statistique 2005

Description statistique des clients du service.

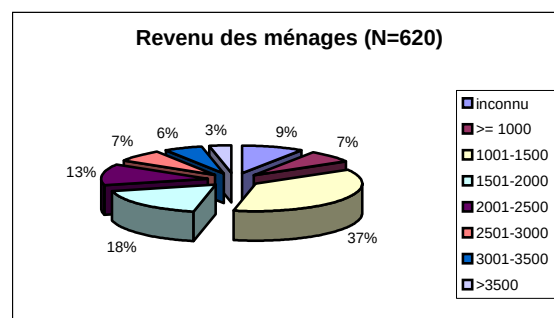
1.3.1. Conditions de vie

L'esquisse suivante de la situation sociale des clients du Service d'Accompagnement Social se base sur quelques données de l'étude sur les besoins en service de la population desservie par ce service (Mesure 50 du PANincl. 2003-2005), réalisée en 2003-2004.

Les **620 ménages** étudiés regroupent 1771 habitants dont 935 adultes et 836 mineurs. 57% des personnes demanderesses d'un accompagnement social sont de sexe féminin. 31,6% des ménages est constitué par un adulte seul et 11,3% des ménages de deux ou plusieurs adultes sans enfants. Les différents **ménages avec enfant (57%)** se regroupent comme suit: ménages avec 1 enfant – 18%, ménages avec 2 enfants – 17,6%, ménages avec 3 enfants – 11% ménages avec 4 enfants – 6,6%, ménages avec plus de 4 enfants – 3,7%.

Ménages Enfants/Adultes	0	1	2	3	4	>4	Total
1 Adulte	196	58	48	33	9	5	349
2 Adultes	57	45	57	35	31	17	242
3 Adultes	7	4	3	0	1	1	16
4 Adultes	5	5	1	0	0	0	11
5 Adultes	1	1	0	0	0	0	2
Total	266	113	109	68	41	23	620

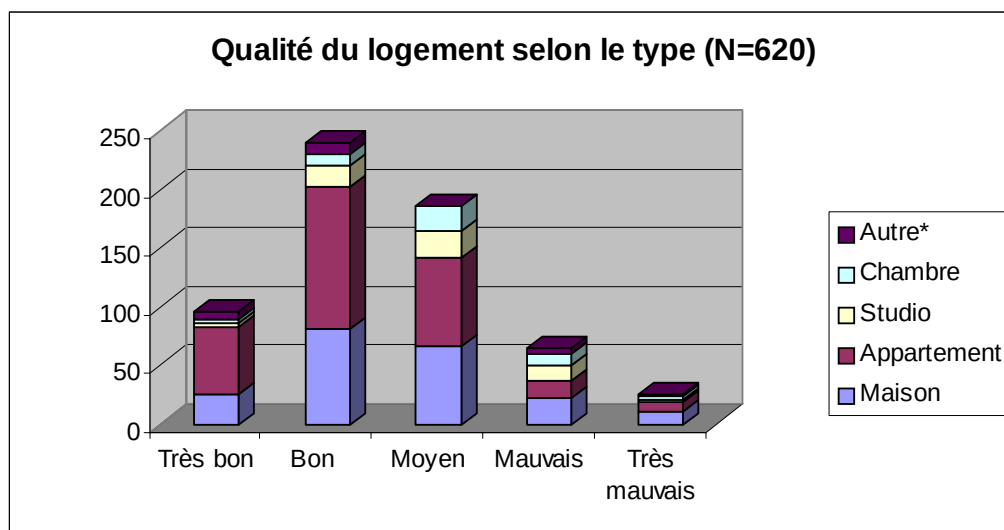
* adulte = personne > 18 ans



En 2004, le **seuil de risque de pauvreté** (60% de la médiane du revenu équivalent-adulte de l'ensemble de la population) correspondait à 16 344€ par an par équivalent adulte (soit 1 362€ par mois pour une personne seule). Pour un ménage avec deux adultes et deux enfants, cela correspond à un seuil de revenus annuels de 34 322€, soit 2 860,2€ par mois (allocations familiales et tout type de compléments compris).

Sans pouvoir relier directement le tableau et le graphique ci-dessus, il apparaît néanmoins que la grande majorité sur les 620 ménages étudiés ont une situation financière critique. Pour **75% (!) des ménages le revenu s'élève au maximum à 2 500€** (100.000.- LUF). Connaissant le montant des loyers au Luxembourg, il est clair que le solde disponible pour vivre de la plupart des clients du Service d'Accompagnement Social est très restreint.

En plus, **15% des communautés domestiques sont mal ou très mal logées**. En y ajoutant celles qui sont moyennement logées la proportion s'accroît à 45%.



- foyer, maison de retraite, ...

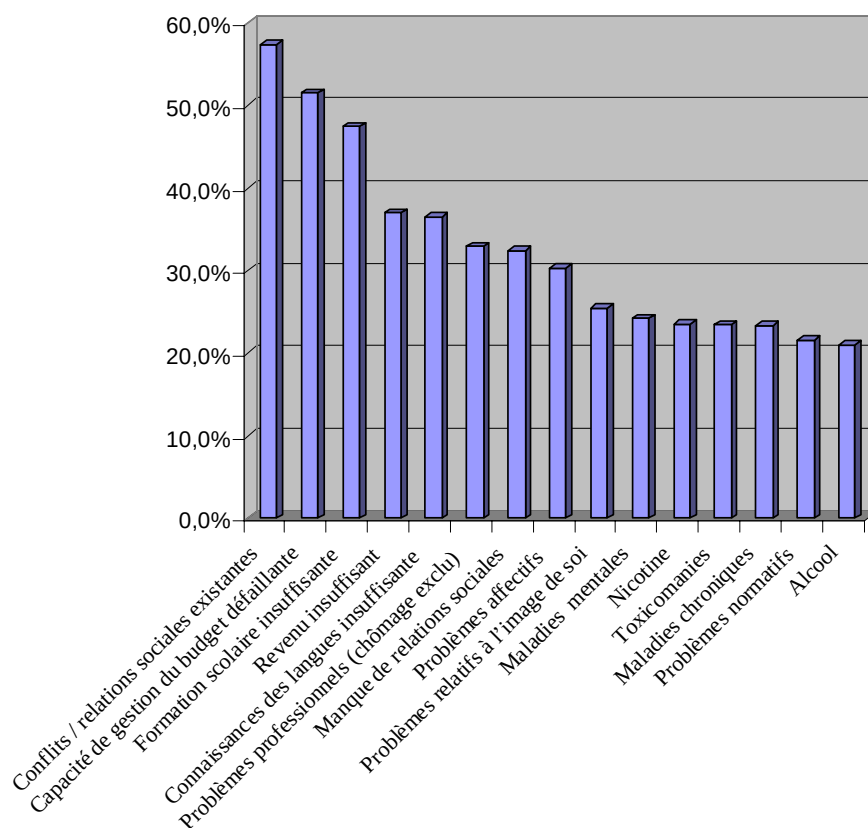
1.3.2. *Problèmes sociaux*

Tout travail social intervient à l'intersection entre l'homme et son environnement social. Décrire les problèmes qui peuvent émerger dans cet espace nécessite le recours à une théorie élaborée des problèmes sociaux* qui respecte la multidimensionnalité de ces problèmes. En effet, les problèmes traités par le Service d'Accompagnement Social se situent aussi bien (et le plus souvent simultanément) dans le **domaine de la santé physique, psychique et psychosomatique, dans le domaine économique, écologique et culturel, ainsi que dans le domaine social proprement dit.**

Le graphique suivant, qui ne fournit qu'une impression brute de la problématique vécue par les clients du Service d'Accompagnement Social, mélange ces différentes dimensions et domaines pour établir une "Hit-List" des problèmes abordés.

* Pour plus de précisions se référer à S. Staub-Bernasconi (TU Berlin), W. Obrecht / K. Geiser (HSA Zürich)

Importance relative des problèmes rencontrés (N=5605) dans 620 situations



En tête de file, nous retrouvons les problèmes '**classiques**' du travail social: **relations, argent, compétences**, puis les problèmes psychiques plus ou moins importants ainsi que les problèmes réels ou potentiels de santé physique ou psychosomatiques (toxicomanies) pour un ménage donné. Un engrenage néfaste de différents problèmes est la règle puisque les problèmes énoncés se déterminent et s'influencent mutuellement.

Ainsi, le client-type du Service d'Accompagnement Social est une personne « malade », qui manque de compétences essentielles et dont les conditions de vie sont marquées par la précarité, bref une personne vivant la **pauvreté disqualifiante**,

1.4. L'activité du service

En 2005, **266 demandes** ont été adressées au service

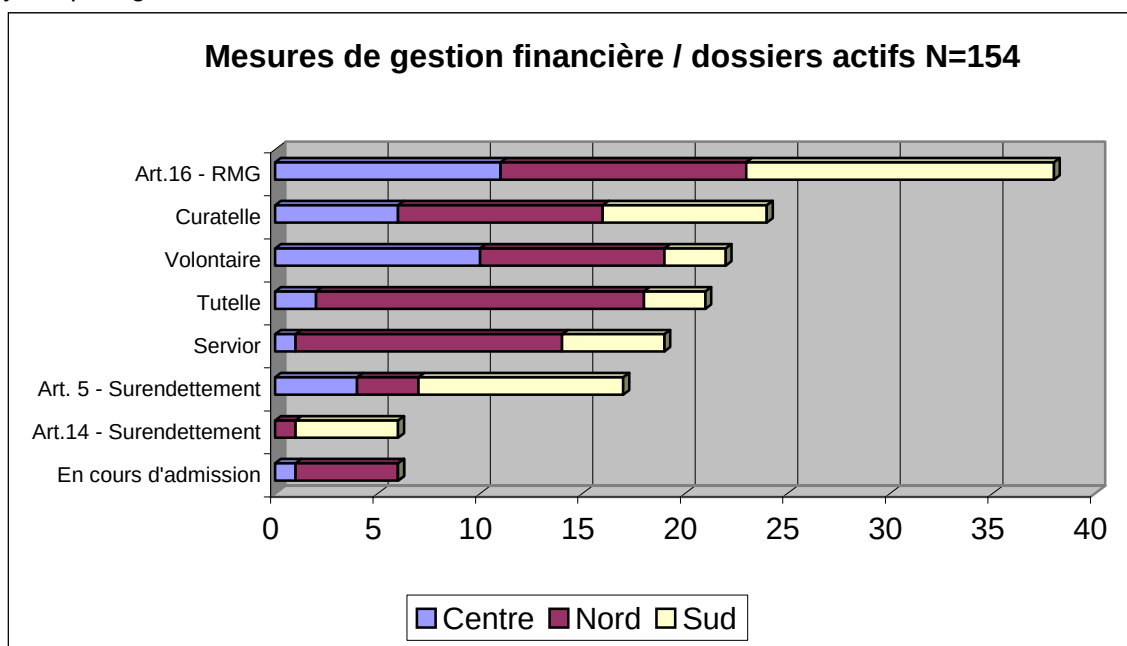
Demandes introduites	Total	dossiers actifs au 31/12/05
2001 (démarrage du service)	275	275
2002	345	512
2003	246	549
2004	335	654
2005	266	643
Total des demandes	1467	
dont réadmissions	128	
Total des dossiers sociaux	1339	
Dossiers clôturés au 31.12. 2005	696	
Dossiers actifs au 31.12.2005	643	

Le **nombre de dossiers actifs en permanence (643)** reste **stable** par rapport à 2004 et correspond à une **charge de travail importante**. Le temps moyen disponible actuellement par dossier par semaine est inférieur à une heure (cf. également rapport 2004)!

Dossiers	TOTAL clôturés depuis 2001	TOTAL actifs 31/12/05
total des dossiers sociaux	1339	
dont total des dossiers	696	643
Demandes volontaires (conventions):	656	568
dont conventions simples	309	276
dont art. 1 (protection de la jeunesse)	26	45
dont art. 16 (Loi RMG)	299	230
dont art.1 et art. 16	22	17
dont Gestions Financières Volontaires (GFV) / total	21	79
dont GFV - convention	3	22
dont GFV - Art.1	0	0
dont GFV - Art.16	14	38
dont GFV - Servior	4	19
"Demandes" sous contrainte	40	75
dont demandes en cours d'admission		6
dont demandes refusées/retirées	12	1
dont art. 5 (Loi / surendettement)	10	17
dont art.14 (Loi / surendettement)	4	6
dont tutelle aux prest. sociales	2	0
dont sauvegarde de justice	2	0
dont curatelles	2	24
dont tutelles	8	21

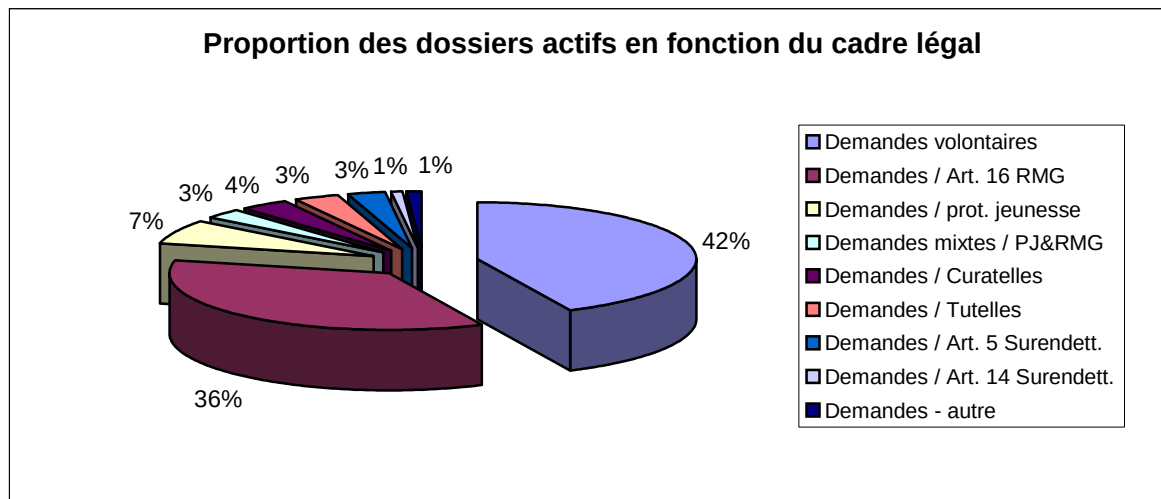
Le tableau précédent reprend une **catégorisation des dossiers** en fonction du **cadre légal du mandat de la Ligue**. L'exécution des différents articles de loi détermine en partie les modalités de prise en charge des demandes. En dehors d'une injonction judiciaire ou administrative, la demande est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

Le nombre de **mesures de gestion financière (MGF)*** affiche toujours une **tendance croissante** avec **175 mesures pour 2005** et 154 mesures en cours au 31.12.2005 (soit **24% des dossiers actifs au 31.12.05**). Un total de 203 mesures a été exécuté depuis la création du Service pour Mineurs et Majeurs protégés.



* 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*, etc.

Plus de 40 services du domaine social transfèrent des clients au Service d'Accompagnement Social. Leur proportion est restée sensiblement la même qu'en 2004. La majorité des demandes volontaires sont transférées par le Service Social de Proximité, les demandes Art. 16 par le Service Régional d'Action Sociale et celles en lien avec la protection de la jeunesse par le Service Central d'Assistance Sociale. **Les Tribunaux recourent de plus en plus à l'accompagnement social complété par la mesure de gestion financière (MGF).** La proportion des clients surendettés est restée stable tandis que les MGF réalisées pour les pensionnaires de SERVIOR augmentent en continu.



Pour caractériser d'avantage l'intervention du Service d'Accompagnement Social, revenons à l'étude citée précédemment pour démontrer **l'importance de la motivation du client** en relation avec un changement favorable de sa situation sur base de l'aide apporté. Au cours de l'année 2005, les assistants sociaux du SAS ont continué à développer leurs méthodes d'intervention dans le **contexte spécifique de l'aide contrainte***. En effet, la situation où des clients sont forcés par une autorité judiciaire ou administrative de se faire assister par le Service d'Accompagnement Social et notamment sur le plan de la gestion du budget ménager, complique particulièrement l'intervention. Les comportements des clients varient entre révolte bruyante voire agressive et absence de collaboration, et ont ainsi une influence néfaste sur toutes tentatives d'amener un changement positif à la situation.

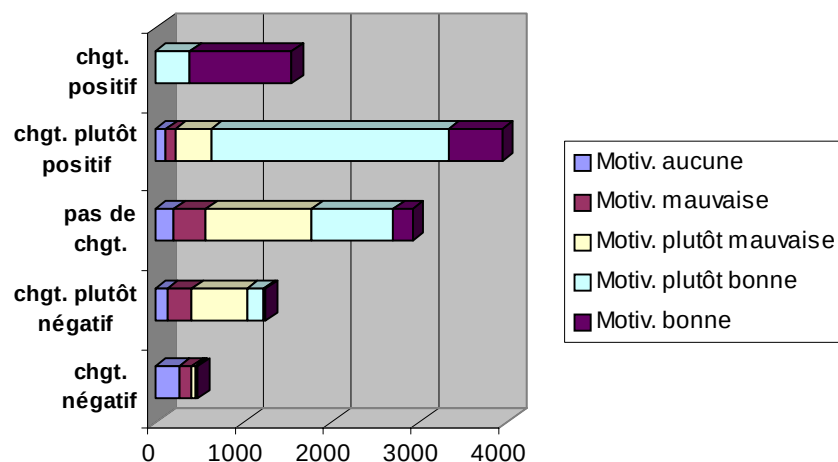
L'étude a également permis de mesurer la motivation (degré de collaboration) des clients en relation avec 10 137 prestations de service social réalisées dans 620 dossiers et. Le graphique 7 montre une **nette corrélation entre motivation 'plutôt bonne' voire 'bonne' et un changement 'plutôt positif' voire 'positif'**.

Engendrer cette motivation et une bonne collaboration, que ce soit dans le cadre d'un travail social régi par une contrainte extérieure ou dans le contexte d'une demande volontaire, constituent par conséquent le critère de réussite par excellence de l'accompagnement social.

Partant, le graphique n°7 fournit une appréciation de **l'efficacité du Service d'Accompagnement Social**. Il montre en effet que fort peu de situations évoluent de façon négative. De plus, face à la nature grave des problèmes pris en charge, l'absence de changement est à connoter positivement, car il s'agit souvent d'une stabilisation de la situation permettant d'éviter l'une ou l'autre dégradation ultérieure.

* Formation interne intitulée: La relation d'aide, la relation d'aide sous contrainte et la compétence des bénéficiaires. Formateur : Guy Hardy (cf. S'il te plaît, ne m'aide pas ! L'aide sous injonction administrative ou judiciaire. Editions Jeunesse et Droit Paris 2001).

Influence de la motivation sur le changement d'une situation sociale N = 10 137 prestations de service social



1.5. Conclusions et constatations

Avec l'augmentation des accompagnements sociaux complétés par des mesures de gestion financière, nous assistons à une croissance de dossiers complexes aussi bien du côté de la gestion financière que de l'accompagnement de la personne. Au regard de la saturation actuelle du service, le personnel est à renforcer. La formation continue et la possibilité de recourir à une supervision restent des paramètres indispensables en relation avec une qualité de service continue.

Un 3^e problème de fond en rapport avec l'accompagnement de personnes défavorisées reste le **problème des loyers exorbitants**, qui grèvent les budgets familiaux. Avec le concept d'une **Agence Immobilière Sociale** une première solution est à portée de main, mais la réalisation prend du temps. En 2005, la Ligue médico-sociale s'est investie beaucoup dans le groupe de travail des ONG sociales pour faire avancer ce projet très prometteur. L'originalité d'une Agence Immobilière Sociale provient de la possibilité de rendre accessible des logements bon marché à une clientèle défavorisée tout en donnant des garanties intéressantes aux propriétaires (continuité du loyer, remise en état du logement, ...).

Au terme du **PANincl. 2003-2005**, la Ligue médico-sociale a introduit en date du 15.06.05 à la demande du Ministère coordinateur un document intitulé "Collaboration de la Ligue médico-sociale au PANincl. 2001-2003 et 2003-2005" (cf. annexe). Ce document a été annexé au rapport sur la mise en œuvre du plan d'action national pour l'inclusion sociale 2003-2005. Signalons dans ce contexte que la réalisation de l'étude sur "**Les besoins en service des clients du Service d'Accompagnement Social**" est en phase finale. Les premiers résultats ont été présentés ci-avant. Parmi d'autres constatations, ces résultats permettent d'affirmer que l'absence de compétences suffisantes auprès des clients pour gérer leur vie quotidienne est fréquente. La **création d'un service d'aide à la vie quotidienne** (proposé par la Ligue médico-sociale dans le cadre du PANincl.) visant de pallier cette problématique reste ainsi une idée d'actualité.

Des **réunions bilatérales** (Servior, Service Social de Proximité, ...) ont permis en 2005 de préciser les règles de **collaboration** et d'optimiser d'une part les transferts de situations d'un service à l'autre et d'autre part de répartir les tâches entre services.

2. Service Régional d'Action Sociale

Mission

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, réservée aux requérants âgés de plus de 60 ans, ainsi qu'à ceux qui ont moins de 60 ans, mais qui, par suite de maladie ou d'infirmité, ne sont pas en état de gagner leur vie dans les limites décentes.

Une équipe de travailleurs sociaux de la Ligue médico-sociale (13 postes plein-temps) assure dans 113 communes du pays l'intégration professionnelle des personnes bénéficiaires d'une indemnité d'insertion (exécution de l'art. 10 de la loi RMG). La Ligue médico-sociale gère plus que la moitié des postes SRAS pour tout le pays.

Description statistique des clients

En 2005, les montants du revenu minimum garanti (allocation complémentaire) étaient les suivants:

Communauté domestique		RMG brut	
		01/01/05	01/10/05
	Nb Indice	636,26	652,16
premier adulte	164,21	1044,80	1070,91
deuxième adulte	82,11	522,43	535,49
adulte subséquent	46,98	298,91	306,38
supplément pour enfant	14,94	95,06	97,43

L'activité de l'année statistique 2005 des SRAS est recensée par le service national d'action sociale (SNAS) du Ministère de la Famille et de l'Intégration sociale, organisme compétent pour l'organisation et l'exécution des mesures de la loi. Le **nombre total de bénéficiaires d'une des prestations du RMG a augmenté à 13 875 en 2005** (12 753 en 2004 et 11 963 en 2003). Ce chiffre correspond à 7 288 ménages (en 2004: 6 945 ménages).

Le **nombre de bénéficiaires d'une des prestations du RMG vivant dans une des communes desservies par la Ligue médico-sociale** s'élève à 4 991 personnes réparties sur 2 285 ménages. Notons que **le SRAS travaille en général avec une seule personne par ménage, notamment celle qui doit se soumettre aux mesures d'insertion professionnelle**. Pour les autres problèmes sociaux touchant un ou plusieurs membres de la communauté domestique, le Service d'Accompagnement Social de la Ligue médico-sociale intervient dans le cadre de l'art. 16 de la loi RMG (droit à l'accompagnement social).

Région	Communautés domestiques	Membres		
		Femmes	Hommes	Total
Centre	1 134	1 187	1 106	2 293
Nord	676	808	763	1 571
Sud	475	593	534	1 127
Total	2 285	2 588	2 403	4 991

Fichiers SNAS du 31.12.2005

Voici 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 chiffres 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.

Composition des ménages	Attributaire		TOTAL	
	féminin	masculin	TOTAL	%
1 adulte sans enfant	472	673	1 145	50,11
1 adulte avec 1 ou plusieurs enfants	510	42	552	24,16
2 adultes sans enfant	72	111	183	8,01
2 adultes avec 1 ou plusieurs enfants	108	261	369	16,15
3 adultes et plus sans enfant	9	6	15	0,66
3 adultes et plus avec enfants	3	5	8	0,35
Autres	6	7	13	0,57
Total	1 180	1 105	2 285	100,00

Fichiers SNAS du 31.12.2005

En complémentarité, du tableau précédent le tableau 4 renseigne notamment sur le fait que plus de 40% des ménages bénéficiaires du RMG ont 1 ou plusieurs enfants tandis que 59,17 n'en ont pas.

Nombre d'enfants	Nombre		%
sans enfant	1 352		59,17
1 enfant	367		16,06
2 enfants	306		13,39
3 enfants	158		6,91
4 enfants	71		3,11
5 enfants et plus	27		1,18
Autres	4		0,18
Total	2 285		100,00

Fichiers SNAS du 31.12.2005

Parmi les bénéficiaires RMG, nous constatons une légère prédominance du sexe féminin: 51,85% de femmes contre 48,15 d'hommes. Le tableau reste néanmoins assez équilibré à travers les différentes tranches d'âge.

Âge	FEMMES		HOMMES		TOTAL	%
<18 ans	744	14,91	833	16,69	1577	31,60
18-24 ans	230	4,61	202	4,05	432	8,66
25-29 ans	178	3,57	135	2,70	313	6,27
30-34 ans	209	4,19	170	3,41	379	7,59
35-39 ans	269	5,39	178	3,57	447	8,96
40-44 ans	291	5,83	250	5,01	541	10,84
45-49 ans	224	4,49	206	4,13	430	8,62
50-54 ans	196	3,93	191	3,83	387	7,75
55-59 ans	145	2,91	150	3,01	295	5,91
>=60 ans	102	2,04	88	1,76	190	3,81
TOTAUX	2588	51,85	2403	48,15	4991	100,00

Fichiers SNAS du 31.12.2005

Activité chiffrée

Au 31 décembre 2005 et au niveau national, sur 13 875 bénéficiaires du RMG, 1 861 personnes devaient se soumettre aux activités d'insertion professionnelle organisées par les Services Régionaux d'Action Sociale et qui relevaient directement de l'art. 10 de la loi RMG, visant l'insertion professionnelle (bénéficiaires non dispensés).

Parmi les bénéficiaires du RMG, il existe une 2^e catégorie de *bénéficiaires, faisant partie de ménages dispensés temporairement ou définitivement* de l'obligation de travailler (12 014 = 86,6% du total national), comme par exemple le groupe des mineurs (31,6%), des personnes âgées de plus de 60 ans (3,81%), les mères avec charge d'enfant, etc.) Le groupe des *bénéficiaires dispensés temporairement* constitue pour une part variable et à côté des non-dispensés la clientèle du Service Régional d'Action Sociale

En ce qui concerne la Ligue, les *bénéficiaires non dispensés* (805 personnes) constituent la clientèle principale des Services Régional d'Action Sociale. Parmi ces derniers, on peut encore distinguer à un moment donné (le 31.12.05 pour ce rapport) ceux qui participent réellement à une activité d'insertion et ceux qui ne le font pas, c.à.d. ceux pour lesquels 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.

Les chiffres suivants (tableau 6) donnent un aperçu sommaire sur le nombre de personnes prises en charge en fonction de leur statut RMG.

Différenciation des types de bénéficiaires

Région	Postes SRAS	Total Bénéf.	Bénéficiaires temp./définitiv. dispensés (partiellement clients SRAS)	Bénéficiaires non-dispensés (Clients SRAS)	Bénéficiaires avec activité d'insertion	Bénéficiaires sans activité d'insertion
Centre	6	2 293	1909	384	268	116
Nord	4,5	1 571	1313	258	220	38
Sud	2,5	1 127	964	163	93	70
Total Ligue	13	4 991	4186	805	581	224
Total National	23	13 875	12 014	1 861	1 080	781

Fichiers SNAS du 31.12.2005

Le tableau 7 précise un volet important du travail réalisé au sein des SRAS en 2005. Les activités d'insertion, organisées par le SNAS, ensemble avec les SRAS de la Ligue médico-sociale, ont été les suivantes:

Région	Postes SRAS	Total des activités d'insertion réalisées en 2005*
Centre	6	216
Nord	4,5	152
Sud	2,5	64
Total	13	432

Distinguons finalement parmi les différentes mesures prévues par la loi et proposées aux bénéficiaires du RMG: 472 activités, soit 81,24% du total des mesures, sont des ATI (Attestations temporaires indemnisées), donc des mesures exécutées par des personnes, auxquelles les SRAS ont su proposer un travail adéquat et en rapport avec leurs compétences.

Mesures en cours au 31/12/2005	FEMMES		HOMMES		TOTAL	
Activités de formation	7	1,20	4	0,69	11	1,89
Préparation et recherche assistée	8	1,38	6	1,03	14	2,41
Cures	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Affectations temporaires indemnisées	211	36,32	261	44,92	472	81,24
Stages en entreprise	52	8,95	32	5,51	84	14,46
TOTAUX	278	47,85	303	52,15	581	100,00

Fichiers SNAS du 31.12.2005

Les durées moyennes des activités en cours étaient les suivantes:

* activités qui ont débuté au cours de l'année 2005

Durée moyenne des activités en cours	2003	2004	2005
Activités de formation	9.6 mois	12 mois	18.62 mois
Préparation et recherche assistée	3.1 mois	2 mois	1.92 mois
Affectations temporaires indemnisées	26.8 mois	24 mois	30.21 mois
Stages en entreprise	4.8 mois	4 mois	4.63 mois

Fichiers SNAS du 31.12.2004

La durée moyenne des affectations temporaires indemnisées (ATI) 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 pour rebondir en 2005 à 30,21 mois.

Le nombre total national des affections 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) pour tomber à 2095 en 2005.

L'année 2005 a été l'année de **mise en route de l'art. 13(3)** libellé comme suit

« Si une entreprise du secteur privé ou un organisme visé au premier alinéa qui précède, fonctionnant sous le droit privé, engage un bénéficiaire de l'indemnité d'insertion moyennant un contrat de travail à durée déterminée ou à durée indéterminée, le fonds national de solidarité, sur déclaration certifiée sincère et exacte par le service national d'action sociale, peut participer aux frais de personnel occasionnés par cet engagement. Cette participation ne peut pas dépasser le produit du salaire social minimum brut pour un travailleur non qualifié âgé de dix-huit ans, augmenté de la part patronale et multiplié par le nombre de mois que dure l'engagement à durée déterminée ou à durée indéterminée, sans toutefois dépasser le nombre de trente-six mois en ce qui concerne le contrat de travail à durée indéterminée. Cette durée est portée à quarante-deux mois si l'engagement concerne un bénéficiaire de l'indemnité d'insertion du sexe sous-représenté dans le secteur d'activité en question et/ou dans une profession déterminée. »

Cette disposition, qui vise **l'accès au premier marché de l'emploi**, a pu être réalisée avec succès, car 125 contrats de travail ont été conclus en cours d'année. En date du 31 décembre 2005, 129 contrats sont toujours en cours dont 69 à durée indéterminée.

En guise de conclusion

Les derniers chiffres sur la pauvreté monétaire indiquent qu'en 2004, 11,4% de la population luxembourgeoise était exposé au risque de pauvreté monétaire relative, soit environ **50 000 personnes** sur une population de plus ou moins 445 000 personnes vivant au Luxembourg. Le **seuil définissant le risque de pauvreté** monétaire est dépendant de la composition du ménage.

Ménage	Seuil 2004 en €/mois Source: Ceps 2006	Seuil 2005 en €/mois (augmentation estimée à 2%)	RMG brut 2005	RMG net 2005	SSM brut 2005	SSM net 2005*	Allocat. fam. 2005
1 adulte	1 360	1 388	1 070,91	985,24	1 473,95	1 267,6	0
2 adultes	2 040	2 081	1 606,40	1 477,9	2 948	2 535,2	0
2 adultes et 1 enfant	2 448	2 497	1 703,83	1 575,3	2 948	2 535,2	181,08
2 adultes et 2 enfants	2 856	2 915	1 801,26	1 672,8	2 948	2 535,2	429,98

Nous remarquons que dans tous les cas de figure, le RMG est inférieur au seuil de risque de pauvreté, cela même en tenant compte des allocations familiales !! Le salaire social minimum (SSM) net pour une personne est également inférieur au seuil de risque de pauvreté.

* soustraction de 14% pour charges sociales

RAPPORT SUR LES SERVICES DE CONSEIL

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

I. INTRODUCTION

En cette 12^{ième} année de son existence, le nombre de demandes de conseil adressées au service a retrouvé son niveau moyen qui se situe autour de 275 demandes par an.

Depuis sa création en 1993, 3.448 demandes de conseil ont été adressées au service dont 2.487 personnes sont venues en consultation.

Rien que pour l'année 2005, le service a pu enregistrer 278 nouvelles demandes de conseil dont 192 personnes se sont effectivement présentées au 1^{ier} rendez-vous.

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

Au cours de l'exercice 2005, un plan de redressement conventionnel comprenant l'octroi d'un prêt de consolidation des dettes par le Fonds d'assainissement en matière de surendettement a été retenu par la Commission de médiation. Au niveau des plans judiciaires, 4 audiences ont été fixées par le tribunal de paix de Luxembourg. Un plan de redressement judiciaire a été annulé à la demande du client.

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 », de « Pro-Actif », des CNFPC d'Esch/Alzette et d'Ettelbruck, de « Koplabunz » et du Foyer Ste Elisabeth d'Esch/Alzette.

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

La campagne déjà classique incitant le grand public à être prudent lors de l'achat à crédit d'une voiture neuve ou d'occasion a été réitérée à l'occasion du « Salon de l'automobile 2005 » au début de l'année.

En collaboration avec l'asbl Inter-Actions, le service a participé à la campagne de prévention intitulée « Consommer = décider » lancée par le Ministère de la Famille et de l'Intégration.

Au niveau international, le service a maintenu un échange d'informations régulier avec les membres du Consumer Debt Net ainsi qu'avec les organisations similaires situées à l'étranger. De plus, le service a participé activement à une conférence tenue à Salzbourg portant sur l'importance d'une éducation financière adéquate.

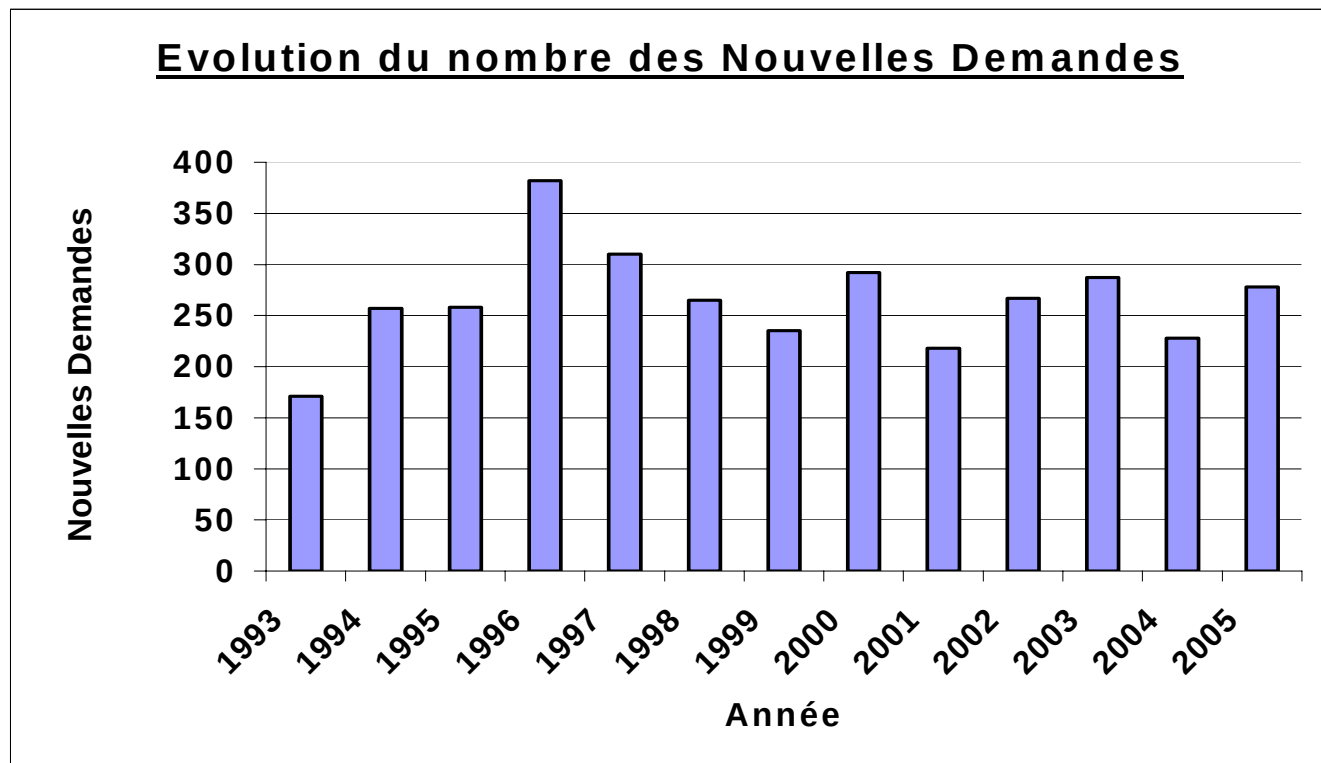
Le Ministère de la Famille a été informé de l'activité du service au cours des réunions qui ont eu lieu au Ministère.

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.

II. LE CONSEIL ET L'INFORMATION

A. Les données statistiques générales

Au cours de l'exercice 2005, 278 nouvelles demandes de conseil ont été enregistrées portant le nombre total de demandeurs à 3.448 depuis la création du service.

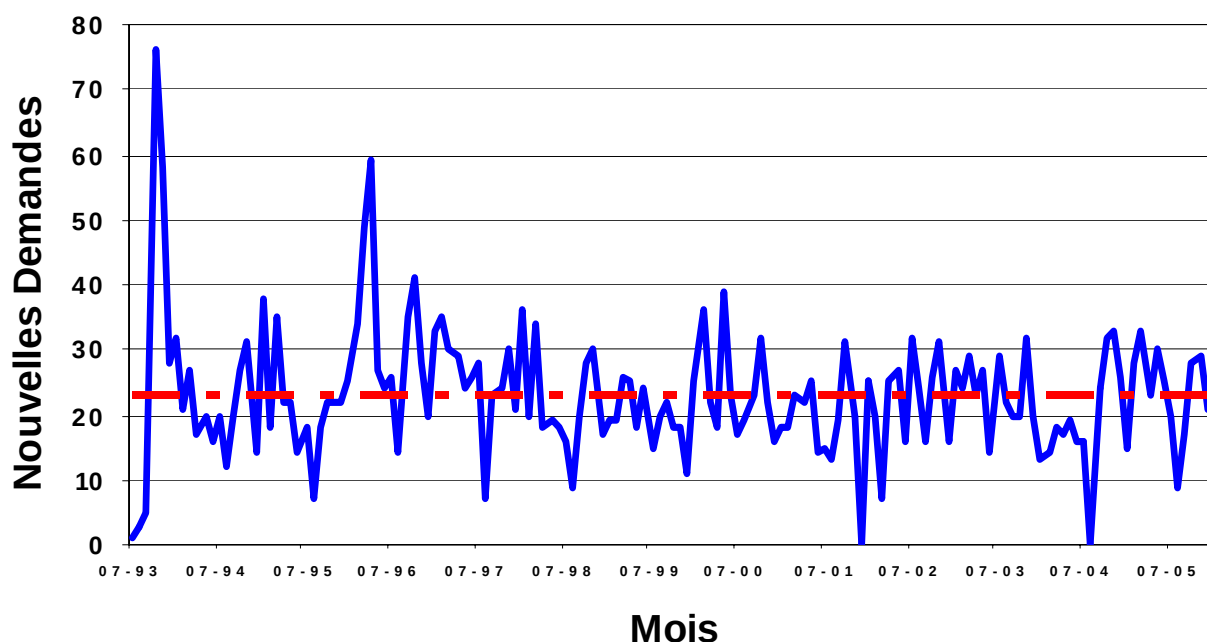


Demandes / Année	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Total
Nombre de demandes	171	257	258	382	310	265	235	292	218	267	287	228	278	3.448
Pourcentage / Total	5%	7%	7%	12%	9%	8%	7%	8%	6%	8%	8%	7%	8%	100%
Moyenne mensuelle	28	21	21	32	26	22	20	24	18	22	24	19	23	276

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.

Nouvelles demandes par mois



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

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

Au cours de l'exercice 2005, un plan de redressement conventionnel comprenant l'octroi d'un prêt de consolidation des dettes par le Fonds d'assainissement en matière de surendettement a été retenu par la Commission de médiation. Au niveau des plans judiciaires, 4 audiences ont été fixées par le tribunal de paix de Luxembourg. Un plan de redressement judiciaire a été annulé à la demande du client.

C. Le profil de la clientèle

Rappelons tout d'abord que l'analyse du profil de la clientèle se base sur les « dossiers » c'est-à-dire les nouveaux clients effectivement venus en consultation. La somme des clients reçus et des clients absents au 1er 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 2005 :

L'ANNEE 2005 EN CHIFFRES	
Nouveaux clients reçus ou DOSSIERS :	192
+ Nouveaux clients non présents au 1 ^{er} rendez-vous :	86
TOTAL Nouvelles demandes de conseil :	278
+ Demandes d'informations :	179
TOTAL Nouvelles demandes de conseil et d'informations :	457
+ Anciens dossiers traités en 2005 :	232
TOTAL :	689

En 2005, 689 personnes se sont adressées au service afin de recevoir de l'information et du conseil en matière financière. 424 dossiers ont été traités dont 192 nouveaux et 232 anciens. 86 personnes ayant pris un 1^{er} rendez-vous en 2005 ne se sont pas présentées et 179 demandes d'informations ont été adressées au service.

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

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

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

D. Les moyens d'action

a) Les moyens d'action propres

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

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

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

b) La loi du 8 décembre 2000 sur le surendettement

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

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

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

c) La coopération avec le réseau social

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

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

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

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.

III. LA PREVENTION

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

A. Le volet national

La campagne déjà classique incitant le grand public à être prudent lors de l'achat à crédit d'une voiture neuve ou d'occasion a été réitérée à l'occasion du « Salon de l'automobile 2005 » 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 Bastendorf (28.06.05 et 27.10.05).

Tout au long de l'année, le service a assuré pas moins de neuf cours auprès de l'asbl Pro-Actif à Lintgen dont le thème principal a été la prévention du surendettement.

En date du 25.05.05, le service a eu l'occasion de présenter la problématique du surendettement auprès de l'association Koplabunz à Luxembourg.

Les cours auprès du CNFPC ont eu lieu à Esch/Alzette (11.01.05) et à Ettelbruck (27.05.05 et 08.06.05).

A la demande des responsables du Foyer Ste Elisabeth d'Esch/Alzette, le service a présenté la thématique du surendettement aux jeunes adultes. (02.11.05)

Conjointement avec le Ministère de la Famille et de l'Intégration et l'asbl Inter-Actions, le service a participé à la campagne de prévention du surendettement lancée sous le slogan « Consommer = Décider ». Afin de sensibiliser le grand public à cette problématique, deux affiches ont été créées intitulées « Achats hors contrôle ? – Revenons à l'équilibre » et « Etranglé par la consommation ? – Prenez un peu de souffle ! ».

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

B. Le volet international

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

Le service a de plus participé activement à la conférence internationale tenue les 23/24 juin 2005 à Salzbourg en Autriche et ayant comme thème « Finanzielle Allgemeinbildung als Beitrag zur Schuldenprävention ».

Aussi, le service a-t-il été présent le 07.10.05 à Metz lors des Rencontres Européennes sur le Surendettement.

PROFIL 2005	CLIENTS		DOSSIERS	
	Total demandes	%	Clients recus	%
ETAT CIVIL				
CELIBATAIRE	85	31	58	30
DIVORCE	54	19	37	19
MARIE	95	35	70	37
SEPRE	40	14	25	13
VEUF	4	1	2	1
TOTAL	278	100	192	100
AGE				
<18	0	0	0	0
18-25	30	11	16	8
26-35	80	29	57	30
36-45	99	35	70	37
>45	69	25	49	25
TOTAL	278	100	192	100
NOMBRE D'ENFANTS A CHARGE				
AUCUN	114	41	77	40
UN	64	23	44	23
DEUX	59	21	43	22
TROIS	25	9	17	9
PLUS DE TROIS	16	6	11	6
TOTAL	278	100	192	100
STATUT PROFESSIONNEL				
BENEFICIAIRE RMG	46	17	35	18
BENEFICIAIRE PENSION/RENTE	21	8	14	7
CHOMEUR	29	10	21	11
EMPLOYE PRIVE	45	16	33	17
FONCTIONNAIRE PUBLIC	6	2	4	2
INDEPENDANT	11	4	7	4
OUVRIER	92	33	64	34
SANS	28	10	14	7
TOTAL	278	100	192	100
NATIONALITE				
LUXEMBOURGEOISE	145	53	95	49
UNION EUROPEENE	117	42	86	45
AUTRES PAYS	16	5	11	6
TOTAL	278	100	192	100
INITIATIVE				
PROPRE INITIATIVE	69	25	46	24
ORIENTE	209	75	146	76
TOTAL	278	100	192	100
CONTACT AVEC UN AUTRE SERVICE SOCIAL				
NON	139	50	97	51
OUI	139	50	95	49
TOTAL	278	100	192	100
REGION				
CENTRE	158	57	108	56
NORD	90	32	61	32
SUD	30	11	23	12
TOTAL	278	100	192	100

FREQUENTATION	1. Dossiers actifs :	- En cours	- Réglés	- Classés sans suite	2. Dossiers archivés :	3. DOSSIERS (1+2) :	4. Clients conseillés sans entrevue :	5. Clients non présents au rdv :	6. DEMANDES DE CONSEIL (3+4+5) :	7. DEMANDES D'INFORMATIONS :	8. CLIENTS (6+7) :
2005	192	50	104	38	0	192	0	86	278	179	457
2004	64	17	20	27	58	122	0	106	228	161	389
2003	51	16	25	10	173	224	0	63	287	183	470
2002	26	7	11	8	160	186	0	81	267	176	443
2001	20	4	11	5	158	178	0	40	218	191	409
2000	15	7	6	2	201	216	0	76	292	167	459
1999	9	3	4	2	184	193	0	42	235	183	418
1998	9	5	2	2	214	223	3	39	265	170	435
1997	13	5	4	4	219	232	7	71	310	*	*
1996	11	3	8	0	249	260	30	92	382	*	*
1995	4	2	1	1	165	169	22	67	258	*	*
1994	2	0	1	1	179	181	30	46	257	*	*
1993	8	2	5	1	103	111	24	36	171	*	*
TOTAL	424	121	202	101	2 063	2 487	116	845	3 448	*	*

2. Gesond Liewen & Centre de Consultations

2.1. Centre de Consultations

L'année 2005 s'inscrit en continuation directe des activités que le Centre de Consultations réalise depuis 11 ans. Centralisé à Luxembourg, 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 ont pris contact avec le centre pendant l'année sont les suivants

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

L'entrée dans le(s) problème(s)

Comme par le passé il s'avère très utile pour démarrer une aide efficace que le ou les premiers contacts se passent favorablement pour toute personne en souffrance. Voilà pourquoi il est toujours réservé une écoute très soutenue au premier contact téléphonique pour saisir l'ampleur du problème et pour déterminer qui vient au premier rendez-vous. Cette pratique mise en route depuis le début du fonctionnement du Centre de Consultations s'avère être très efficace et bien appréciée des patients qui se sentent pris au sérieux dès leur premier appel.

Afin de ne pas laisser dans l'embarras trop longtemps celui qui s'adresse au centre, tous les efforts sont conjugués pour assurer un premier rendez-vous dans les 15 jours à venir. Ceci pour la double raison que beaucoup de services analogues dans notre pays proposent des listes d'attentes de

plusieurs mois. Il est très important, une fois la difficulté d'une première prise de contact par téléphone surmontée, de savoir pour le consultant qui il rencontrera au Centre de Consultation et de tâter si cette personne lui convient. Il faut surtout ne jamais oublier que dans le contexte d'une prise en charge psychologique se sentir à l'aise, indépendamment du problème en cause, relève d'une importance capitale pour bien travailler professionnellement.

Le cheminement du patient

Le premier contact téléphonique clarifie qui vient au premier rendez-vous et en explique aussi les raisons : une personne individuelle, un couple ou toute une famille. Ne pas rater la bonne entrée pour un travail thérapeutique efficace par la suite est capital pour éviter qu'une thérapie ne prenne une durée trop importante. Dans certains cas suivis à très long ceci terme ne peut cependant être évité. Le rythme des séances c. à d. les espaces respectifs entre les différentes séances revêt une importance très grande pour un bon cheminement du processus thérapeutique mis en route. En règle général il varie de 1 à 3 semaines avec, dans des cas de très grande urgence, plusieurs séances par semaine.

Comme par le passé les rendez-vous pris en fin de matinée et de journée partent en premier lieu; ceci s'explique du fait que la grande majorité des gens qui consultant le service travaillent.

Le nombre minimal ou maximal de rendez-vous par cas reste, comme par le passé, tributaire de la gravité de la problématique en cause et de l'engagement de la personne concernée pour résoudre son problème.

Il reste malheureusement aussi vrai, comme pour les années précédentes, que le nombre de rendez-vous fixés qui par la suite sont déplacés, reportés ou annulés ne cesse de croître et entrave de ce fait un déroulement thérapeutique optimal.

Le nombre d'appels téléphoniques en 2005 a été très important. Beaucoup de personnes seules ou isolées *ont recours à ce moyen de communication* pour sortir de leur isolement et pour essayer de trouver un peu de chaleur humaine. Ce volet de travail, très difficilement chiffrable, prend une ampleur de plus en plus grande dans le temps d'occupation du service, occupation qui se justifie par la nécessité de la souffrance en cause.

Chiffres

Les chiffres bruts de l'année 2005 montrent que le nombre de consultants ne cesse d'augmenter d'année en année.

Les données statistiques nous montrent une prédominance de consultants du sexe féminin (62%), majeurs- (93%), personnes qui consultent de leur propre initiative (75%), de la tranche d'âge qui se situe entre 31 et 50 ans (55%), de gens qui travaillent avec le statut d'employé ou de fonctionnaire (30%) ainsi que le nombre de consultations individuelles (63%).

Les nouvelles demandes sont prédominantes (75%) et les dossiers terminés se chiffrent à 60%. Les clients viennent de 33 communes différentes (dont 4 de l'étranger). Ceci dénote, et c'est très bon signe, le caractère régional et international du Centre de Consultations. A signaler aussi que les consultants appartiennent à 14 nationalités différentes et les étrangers représentent 35%.

Faits marquants

- Le Centre de Consultations est devenu une adresse pour des patients qui ont suivi un traitement stationnaire prolongé à l'étranger
- Certains hôpitaux qui n'assurent qu'un accueil et suivi de courte durée réfèrent de plus en plus au Centre de Consultations
- Les consultants se recrutent parmi toutes les couches sociales de la population
- L'échange d'information et de concertation entre les renvoyants professionnels au Centre fonctionne très bien et ce à la satisfaction des clients concernés
- Faute d'équipement une prise en charge d'enfants en plus bas âge s'avère être assez difficile
- 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
- Faire face tout seul à toutes les demandes relève d'un engagement assez ardu, mais dont la satisfaction des résultats obtenus contrebalance le poids.

Tableaux cliniques

Comme pour les années précédentes, les problèmes majeurs des consultants du Centre de Consultation restent assez semblables et identiques. Un fait majeur constitue cependant le nombre croissant de problèmes pour des couples en instance de séparation ou de divorce et ce après des périodes de mariage prolongés, et dépassant les 25 ans.

Les thèmes majeurs rencontrés au cours de l'année 2005 sont les suivants

- Etats dépressifs et impossibilité de confronter la réalité quotidienne
- Difficultés de nouer des liens durables et satisfaisants avec autrui
- Problèmes, avoués ou non, liés à la sexualité
- Problèmes d'éducation, surtout dans les familles recomposées
- Incapacités de fonctionnement liés à des traumatismes graves et très profonds
- Problèmes de gestion de personnes âgés de la famille directe ou indirecte
- Troubles psychosomatiques variés liés à des situations de vie difficiles (perte d'emploi, accident, mobbing, décès, examens, ... etc.)
- Difficultés de communication avec autrui sous des formes les plus variées
- Absence de gestion des besoins propres et de ceux des membres de l'entourage direct et immédiat
- États d'anxiété, de peur et de crainte
- Dépendances les plus diverses, l'alcool occupant cependant encore toujours la place prépondérante des patients qui consultent
- Problèmes liés à la concentration et l'exécution de tâches lourdes et difficiles
- Injustices vécues à travers des décisions d'employeurs ou d'instances juridiques
- Absence de vécu de tendresse et dominance de la solitude

Conclusions

Le nombre de demandes - les plus variées - ne cesse d'augmenter.

L'outil téléphone prend une place très importante dans la panoplie des activités réalisées au Centre de Consultation. Sauf exception, l'objectif de répondre à tout appel téléphonique (répondeur) dans les 24 heures compte parmi les gageures du centre.

La plupart des consultants présentent un tableau clinique varié et ils ne sont pas à leur première démarche de recherche d'aide sur le plan psychologique. Il reste vrai, malgré la foule de demandes, que consulter un psychologue et psychothérapeute reste pour beaucoup de gens une démarche délicate et difficile.

Données statistiques de l'année 2005

Nombre de consultants	204	Féminin	126	62%		
		Masculin	78	38%		
		Majeurs	190	93%	F	118
					M	72
		Mineurs	14	7%	F	6
					M	8
Nouvelles demandes	152	74,51%	F	96 63%		
			M	56 37%		
Nombre de dossiers	120	nouveaux	72%			
		anciens	28%			
		individuels	70	58%		
		de couple	39	33%		
		de famille	11	9%		
Nombre de dossiers terminés en 2004	72		60%			
		128 personnes		63%		

Nombre de consultations	956	individuelles	602	63%				
		de couple	306	32%				
		de famille	48	5%				
Nombre de séances (en%)		unique		23%				
		< 5		35%				
		<10		26%				
		<15		8%				
		<20		6%				
		>20		2%				
Clients envoyés par		anciens clients		38%				
		initiative propre		37%				
		autres services		10%				
		professionnels		15%				
Age des clients	<10	11-18	19-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80
	6	8	45 47		65	26	5	2
	3%	4%	22%	23%	32%	12%	3%	1%
Situation professionnelle :	au foyer 6%, élève/étudiant 6%, fonctionnaire/employé 30%, indép. 19% ouvrier 12%, retraité 6%, RMG 10%, chômage 11%							
Etat civil :	célibataire 24%, (re)marié 30%, divorcé 21%, séparé 13%, vie commune 8%, veuf 4%							
Nationalités :	allemande, anglaise, belge, burkinabaise, brésilienne, cap verdienne, espagnole, française, italienne, luxembourgeoise, néerlandaise, portugaise, polonaise, tchèque							

2.2. Gesond Liewen

Le Service Gesond Liewen est implanté au niveau des Centres médico-sociaux d'Ettelbruck et de Wiltz et s'adresse à toute la population de la région Nord du pays. Les consultations offrent en fonction du besoin des conseils psychologiques ou bien des conseils conjugaux et/ou familiaux.

Les 2 intervenantes du service ont participé à un séminaire à Paris sur le thème de la séparation dans des contextes différents.

2.2.1. Conseil psychologique

Les consultations psychologiques du service Gesond Liewen sont offertes à toute la population. Les consultants au grand public d'une part et aux clients profitant d'autres services de la Ligue, comme l'Accompagnement social, le SNAS et le Surendettement et du Service de Proximité de la Croix-Rouge.

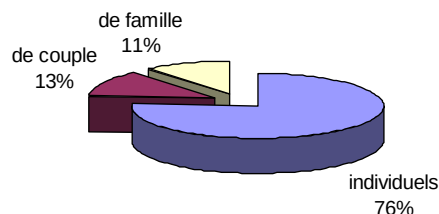
Le travail commence par la prise de rendez-vous téléphonique au cours de laquelle la demande est clarifiée et le cadre décidé: consultation individuelle, de couple ou de famille.

Le travail se base sur la souffrance psychique des clients et leur désir d'y changer quelque chose. Nous les aidons à formuler le tout vers lequel ils veulent avancer et décidons en commun de la fréquence des séances (une fois par semaine, une fois tous les 15 jours, une fois les 3 à 4 semaines).

Chiffres

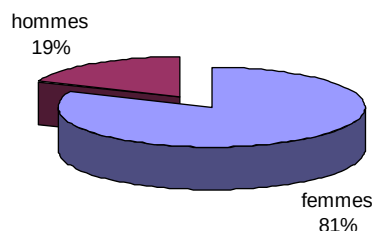
Il y a eu 584 heures de consultation pour un total de 134 dossiers, dont 102 individuels, 17 de couple et 15 de famille.

Nombre de dossiers



Parmi les personnes individuelles, il y avait une majorité de femmes (83) pour 19 hommes.

Sexe des consultants individuels



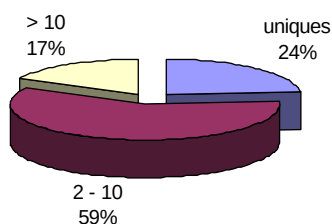
Les hommes consultent surtout dans une situation sociale précaire (RMG, rente d'invalidité, sans travail) (53%) et pour des problèmes familiaux et de couple.

Chez les femmes prédominent les problèmes familiaux et de couple (45%), suivis des troubles psychologiques comme la dépression et les états d'angoisse (29%).

Les familles consultent pour des problèmes relationnels avec les enfants, surtout des adolescents (problèmes d'autonomisation, problèmes en relation avec le divorce des parents, problèmes en milieu scolaire, familles recomposées).

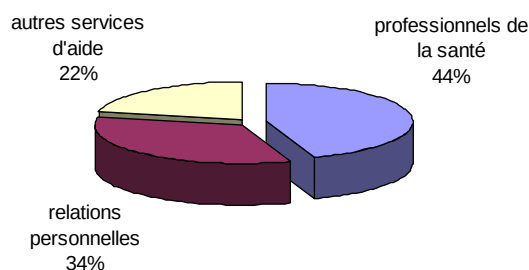
La fréquence de la plupart des consultants se situe entre 1 et 10 fois (59%) suivis par des demandes d'aide uniques (24%). A peu près 1/6^e sont des clients à plus long terme (17%).

Nombre de séances



Nos clients sont orientés surtout par les professionnels de la santé (médecins, assistantes sociales, psychologues) (44%), suivis par des relations personnelles (34%) et d'autres services d'aide (22%).

Envoyés par



2.2.2. Consultations conjugales et familiales

Chiffres

	Wiltz	Ettelbruck	Total
Nombre de consultations	295	304	599
Nombre de dossiers	49	47	96
nouveaux	29	28	57
anciens	20	19	39
Nombre de clients	51	49	100
femmes	38	36	74
hommes	10	10	20
adolescents	3	3	6

En comparant les chiffres de 2005 par rapport à ceux de 2004, on constate une augmentation de 9.1% du nombre de consultations (surtout à Ettelbruck) avec un nombre de dossiers et de clients pratiquement identique.

La répartition des sexes se fait dans l'ordre de $\frac{3}{4}$ pour les femmes et $\frac{1}{4}$ pour les hommes avec à peine 5% de consultants adolescents.

L'âge des clients varie entre 16 et 66 ans avec presque 65% de personnes pour les tranches d'âge entre 30 et 50 ans. A noter malgré tout 22% de consultants entre 50 et 60 ans à Ettelbruck.

Une classification selon l'état civil montre qu'une majorité des consultants sont des personnes mariées ou remariées (55% à Wiltz et 43% à Ettelbruck), suivis par les clients célibataires (20% et 29%) et 24% de personnes divorcées ou séparées.

Pour 6 nationalités différentes, il y a eu 20% d'étrangers à Ettelbruck et 33% à Wiltz, avec une majorité de clients portugais. Ainsi on peut constater que la population consultante est toujours majoritairement de nationalité luxembourgeoise.

Le statut professionnel relève une diminution de la part des employés et fonctionnaires à Ettelbruck (de 30% à 20%) et des femmes au foyer (de 30% à 18%), mais par contre, une nette augmentation du nombre des ouvriers (à 16%) et des personnes touchant le RMG (à 20%). A Wiltz, on trouve toujours une part importante de personnes en situation matérielle précaire (environ 35%). Elles sont suivies par 24% de femmes au foyer et 20% d'ouvriers.

La plupart des clients contactent notre service parce qu'ils sont envoyés par une tierce personne, à savoir:

Envoyés par	Wiltz		Ettelbruck	
A(H)S: SAS, SRAS, CRL, etc.	31	61%	13	27%
autres inst., services psycho-médico-sociaux	7	5%	13	27%
anc. clients, famille, amis, collègues			3	5%
médecin gén., psychiatre	13	34%	18	37%
juge				
psychologue			2	4%

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

Motif	Wiltz		Ettelbruck	
abus sexuel				
accompagnement	6	12%	12	24%
angoisses	4	8%		
anorexie/boulimie	1	2%		
dépressions	8	16%	8	16%
divorce	9	18%	4	8%
état de dépendance	3	6%	2	5%
problèmes de couple	10	20%	10	20%
problèmes de famille	10	20%	11	22%
problèmes de travail			2	5%

En examinant le tableau des motifs, on constate que la majorité des clients consultent pour des problèmes de famille (20% et 22%) et de couple (20% et 20%), suivis par les dépressions (2x 16%) et les problèmes de divorce (18% et 8%).

Les situations d'accompagnement représentent toujours un volet important 12% à Wiltz et même 24% à Ettelbruck.

En ce qui concerne le nombre de séances par client, il varie entre 1 et 29. La majorité des clients voient leur problématique améliorée après un nombre limité de séances (<10) (51% à Wiltz et 61% à Ettelbruck). Environ 20% à 30% sont des demandeurs à long terme, à problématique lourde et attachés par un engagement solide.

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



L'Info-Social, créé par la Ligue, est un service d'information téléphonique gratuit et anonyme. La base de données informatique mise en place permet aux professionnels de la Ligue médico-sociale de connaître, gérer et maîtriser l'offre la plus actuelle du domaine social en vue d'informer et d'orienter au mieux le client du service Info-Social.

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

La population cible du service se compose aussi bien du grand public que des professionnels du secteur social. Il s'agit également d'un outil de travail accessible à tous les services de la Ligue médico-sociale. Pour l'assistant/e (d'hygiène) sociale, la base de données est d'un soutien précieux dans l'accomplissement du travail social au quotidien.

ACTIVITE 2005

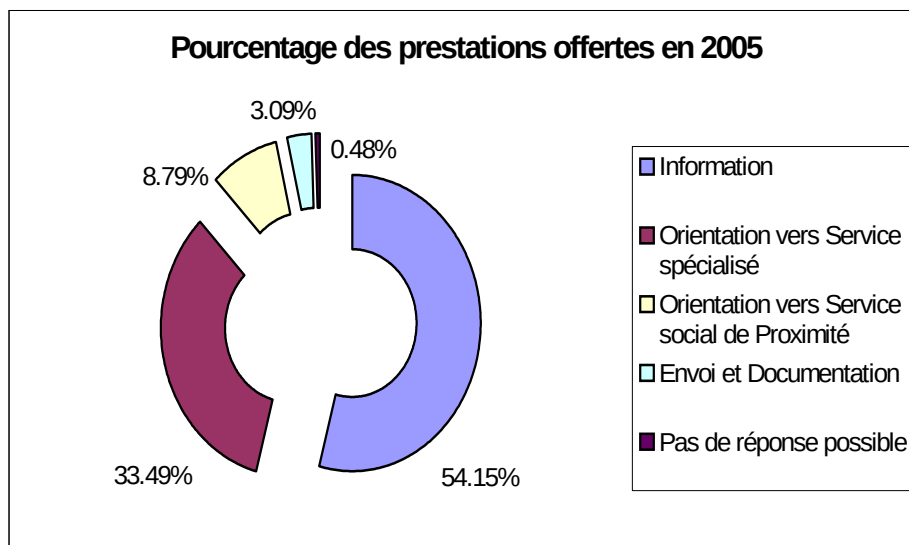
Le service Info-Social est accessible depuis juin 2000, du lundi au vendredi de 9h-12h et de 13h-17h. En 2005, les permanences ont été assurées par environ 30 travailleurs sociaux de la Ligue qui opèrent à partir des différents centres médico-sociaux de la Ligue.

Le tableau ci-après reproduit, en pourcentages, les 421 appels reçus en 2005 pour les différentes catégories recensées.

Education	3,80 %
Enfance	9,50 %
Etat	0,48 %
Etrangers	1,66 %
Famille	6,18 %
Femmes	3,33 %
Handicap	1,19 %
Indigences	19,72 %
Jeunesse	2,61 %

Justice	9,50 %
Logement	5,46 %
Maternité	2,61 %
Personnes âgées	4,51 %
Santé	10,21 %
Sécurité sociale	9,98 %
Travail	4,28 %
Autres	4,99 %

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



Plus de 50 % des appels ont fait l'objet d'une information simple. Environ un tiers des appels a été orienté vers un service spécialisé. Les situations nécessitant une analyse plus élaborée (plus de 8 %) furent dirigés vers le Service Social de Proximité, service social de type généraliste.

L'Info-Social préconise une réponse immédiate. En cas de besoin, le travailleur social peut néanmoins faire une recherche plus longue et rappeler le client, si celui-ci est d'accord.

Pour 3 % des appels, l'envoi d'une documentation a été réalisé.

Pour 2 appels aucune solution n'a pu être trouvée. Les questions posées ne concernaient pas le domaine social.

CONCLUSION

Malgré une légère baisse du nombre d'appels, l'Info-Social reste un service sollicité de manière continue et importante.

LE PERSONNEL

(Situation à la date du 31 mars 2006)

Secrétariat Général

CLEMANG Michèle, attachée à la direction, BISENIUS Romaine, KARIGER-ERAMO Miriam, MULLER Karin, SCHMIT Anicet

Structure Opérationnelle

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

Assistants d'hygiène sociale de circonscription

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

Services

Services des mineurs et majeurs protégés

VILAIN Marie-Pierre, SCHMIT Cynthia, économistes, DAMME Danielle, gestionnaire

Service médico-social

Travailleurs sociaux: BESCH Lony (AHS), GERGES Josiane (AHS), HILT Françoise (AS), TRIERWEILER Marie-Paule (AHS), VANHILLE Christiane (AHS), WELTER-ECKER Rita (AHS), AUDRY Line (AHS), DUMORTIER-PESSY Nathalie (AS), GABARRON Lisset (AS), SCHENNETTEN-WELTER Marion (AHS), WINANDY-RAAS Gritty (AHS), KNAFF Lydia (AHS), KERGER-BOEVER Eliane (AHS), STIEFER Christiane (AHS), BERSCHIED-HOFFMANN Vicky (AHS), KRANTZ Guy (AHS), CONRAD Ingrid (AS), SCHEECK-CLAM Renée (AHS), SCHEUER Monique (AHS), DUBOIS-WERSAND Myriam (AHS), HARTUNG-GASPAR Antoinette (AHS), PHILIPP Michelle (AHS), WOLFF Isabel (AS), BINGEN Jeanne (AHS)*

Personnel infirmier et technique médical: BREUSKIN Patrice (IP), FRANCK Adrienne (IP), FRLJUCKIC Ismailj (ATM RX), MAJERUS Paul (IHG), SCHLEIMER-STEINMETZ Gisèle (I), SIZAIRE Frédérique (I), SCHMIT-ZAHLEN Jacqueline (P), TANSON Françoise (I), URWALD Diane (IP), YIRDAW Louladit (I), MARX Ariane (I), BOLLENDORFF Simone (I), GOMPELMANN Marianne (I), PLACHUTA Edith (ATM RX), BEMTGEN-REDING Marie-Jeanne (I), MATHIAS Madeleine (I), MAJERES-THINNES Margot (IP), ERNST Marianne (IP), BERNARDY-JUNGBLUT Mady (I), GENGLER André (I), MARXEN-LAHUR Michèle (IP), PALUMBO-BOSSI Véronique (ATM RX), JUNGERS-GOERGEN Madeleine (IP), DAWIR Maryse (I)

Diététiciennes: BERNARD-KRIER Danielle, MEYRATH Christiane, MULLER Claudia, SCHILTZ-SOETENS Martine

Service d'accompagnement social

Travailleurs sociaux: COLLIGNON Christelle (AS), COLLIN Caroline (AS), GLESNER Jean-Marie (AS), REISER Simone (AHS), WIRTZ Malou (AHS), HOSTERT-MOLITOR Anne-Marie (AHS), NOESEN-MAMER Joëlle (AHS), COLLIGNON Christelle (AS), GILBERT Martine (AS), MIRGAIN Antoine (AHS), GONCALVES Manuela (AS), GENGLER Michel (AS), KARIER Isabelle (AS), AREND Pascale (AHS), HANUS Céline (AS), KOMPOSCH Josette (AHS), LUDOVICI Catherine (AS), MAURICIO Sylvie (AS), ALEIXO DELGADO Sonia (stagiaire AS), GREFFRATH Tatiana (stagiaire AS), ARANDA Daniela (AS), GROOS Nathalie (AS), REILAND Michèle (AS)

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

Service régional d'action sociale

Travailleurs sociaux: ADAMS Nadine (AS), BERNARD Frédéric (AS), FICHANT Marylène (AS), GUIOT Béatrice (AS), JOSSE Marc (AS), KOHL Anne (AS), MULLER Christiane (AS), SCHANDELER Renaud (AS), BINET Anne (AS), DE WACHTERN Fabienne (AS), LAMBERTY Caroline (AHS), SCHALK Diane (AS), BINET Anne (AHS), BILLA Régine (AS), BOS-DE DOOD Mary (AS), DE BARSY Vanina (AS), HEINEN Sylvie (AHS), PIERRE Jean-Nico (AS), CUELENAERE Jean-Marie (AS), SERRANO Leila (AS)

Service d'information et de conseil en matière de surendettement

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

Gesond Liewen & Centre de consultations

HEYMAN-FABERT Alix, MOLITOR Jean, psychologues, GOEDERT-SIMON Lucie, conseillère conjugale et familiale

Services administratifs

BURRE-KREMER Marie-Jeanne, DONCKEL Anne, KRYSATIS Sylvie, MANNES-HANSEN Denise, NORD-STEFFEN Josée, TIMMERMANN Sylvie, LUDWIG Nicole, MARQUES-MENDES Patricia, CARROLL-THEISEN Marie-Andrée, KARPEN Danielle, JOURDAIN Carlo, KUROWSKI Daroslaw, ADEHM Denise, DECKER-CREVITS Viky, RIES-STEFFEN Nathalie, BODSON Sonja, ESCHENAUER-JACOBY Sylvia, FERNANDES Christina, KRAUS-PEIFFER Danielle, ANISET-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'Egalité

Note

à tous les professionnels de la Ligue Médico-sociale
à l'occasion de la

JOURNÉE MONDIALE SANS TABAC 2005

« L'indispensable implication de tous les professionnels de la santé »

Le rôle des professionnels de la santé dans la lutte contre le tabagisme est déterminant et primordial. La journée mondiale sans tabac, sous l'égide de l'OMS, y consacre le thème de sa campagne 2005 qui met l'accent sur le respect d'un code de bonnes pratiques professionnelles en matière de lutte contre le tabagisme.

La Ligue Médico-Sociale adhère totalement à cette initiative pertinente.

Elle souligne la valeur d'exemple que représente le comportement de chacun de ses collaborateurs. Elle les invite à respecter scrupuleusement les règles qu'ils doivent observer afin de participer activement à cette campagne.

Les principales dispositions, édictées dans ce code, sont résumées et rassemblées dans les deux points ci-dessous :

- Etre, dans sa vie professionnelle et privée, un modèle en respectant les lois et réglementations, en particulier en s'abstenant de fumer, en toute circonstance, sur le lieu de travail ou dans les lieux publics.
- Etre à tout instant de son activité professionnelle un acteur de la lutte contre le tabagisme (actif ou passif) grâce à la prévention qui, chacun à son niveau et en fonction de ses compétences, peut se traduire graduellement par la simple information, la sensibilisation, la réflexion, la discussion, l'éducation ou enfin par l'aide au sevrage.

Ces règles sont encore plus impératives pour tous ceux qui sont impliqués directement sur le terrain dans la prévention ou le dépistage auprès des plus jeunes et auprès des populations à risque, comme en médecine scolaire et dans le cadre des consultations pour maladies respiratoires. Dans ces deux domaines d'activité il est primordial de rappeler encore une fois que tous les professionnels médico-sociaux doivent en permanence prévenir le tabagisme et promouvoir des comportements sains pour la santé.

De même, en toute circonstance, l'information minimale d'un tabagisme, même léger, doit être systématique afin de susciter sa réflexion d'autant que cette action ne requiert que quelques secondes. En outre, si la situation l'exige et que le temps le permette une orientation des personnes concernées vers des professionnels compétents ou des structures spécifiques pour des conseils utiles et éclairés doivent être proposés.

Dans cette optique, la Ligue propose d'offrir prochainement à tous les employés qui le souhaiteraient, et quel que soit leur travail, une formation minimale concernant le tabac. Les intéressés sont priés de s'inscrire directement auprès du Dr Fabrice CHAUSSE.

Enfin, en complément de ces principes de bonnes pratiques professionnelles un affichage sera effectué dans les salles d'attente des CMS pour bien montrer à la population l'engagement de notre institution et des ses collaborateurs dans cette lutte contre le tabagisme et notre soutien à cette campagne 2005.

Luxembourg, le 31 mai 2005

Le Conseil d'Administration

Dr Fabrice CHAUSSE
Directeur médical

Jean RODESCH
Secrétaire Général

Guy de MUYSER
Trésorier Général

Dr Jean GOEDERT
Président

