

AARM MÉCHT KRANK. KRANK
MÉCHT **AARM**. AARM **MÉCHT**
KRANK MÉCHT AARM. AARM
KRANK. **KRANK** MÉCHT AARM
MÉCHT KRANK. KRANK MÉC
AARM. AARM MÉCHT KRANK
MÉCHT AARM. AARM MÉCHT
KRANK MÉCHT AARM. AARM
KRANK. **KRANK** MÉCHT AARM
MÉCHT KRANK. KRANK MÉC
AARM. AARM **MÉCHT** KRANK
MÉCHT **AARM** AARM MÉCHT
KRANK MÉCHT AARM. AARM
KRANK. KRANK MÉCHT AARM

kurth.lu

CARITAS FORUM 2023

AARM MÉCHT KRANK – KRANK MÉCHT AARM
24 ET 25 MAI 2023

RAPPORT FINAL

caritas **FORUM**

caritas
L U X E M B O U R G

TABLE DES MATIÈRES

Mot d'introduction	4
Impressions	5
Liste des acronymes	6
Liste d'experts	7
Principaux constats	8
Un cercle vicieux	8
Remettre l'être humain au centre	9
Inégalités croissantes : la source du problème	10
Ralentir la croissance des inégalités	10
Accroître le bien-être sociétal	10
Et si tout le monde avait accès aux soins de santé ?	11
Voies d'accès	12
Un meilleur accompagnement des personnes en besoin	13
Une restructuration des soins médicaux	13
Santé mentale, passons à l'action !	16
Plus de passerelles entre les secteurs	16
Détection précoce	17
Des services de soins mieux adaptés	17
Donnons à tous les enfants la possibilité de grandir en bonne santé !	19
La petite enfance	19
Des chances inégales dès le départ	20
Une politique familiale efficace et durable	20
La multi-dimensionnalité de la pauvreté	20
Propositions et recommandations	23
Résumé des interventions	26
Soirée inaugurale du 24 mai 2023	26
Professeur Richard Wilkinson	27
Professeur Dr Gerhard Trabert	28
Symposium du 25 mai 2023	29
Introduction à la thématique	30
Dr Bernard Thill	30
Dr Bock & Dr Koerperich	31
Dr Gerhard Trabert	32
Et si tout le monde avait accès aux soins de santé ?	33
Mme Sylvie Martin	33
Mme Stéphanie Gardini	35
M. Max Steffen	36
M. Raoul Schaaf	37
Mme Ginette Jones	38
Santé mentale : passons à l'action !	40
M. Fabrice Mousel	40
Dr Sophie Hédo	42
Mme Jill Terres	43
Dr Mark Ritzen	44
Dr Menachem Amitai	45
Donnons à tous les enfants la possibilité de grandir en bonne santé.	46
Dr Patrick Theisen	46
M. Gilbert Pregno	48
M. Robert Kirsch	49
Pour aller plus loin : sujets transversaux	50
Mme Petra Böwen	50
Mme Nadine Medinger	52
M. Francesco Sarracino	53

MOT D'INTRODUCTION

Caritas Forum, créé en 2023, est la suite du Sozialalmanach, qui a servi pendant 15 ans d'instrument de dialogue avec les décideurs politiques, la société civile et les entreprises. Caritas Forum poursuit le même objectif que le Sozialalmanach, à savoir traiter un thème sous différents angles et offrir ainsi une base de réflexions, d'analyses, d'expériences et d'exemples dans laquelle les personnes intéressées peuvent puiser.

Pour son premier Forum, Caritas Luxembourg a choisi de creuser les liens entre la pauvreté et la santé. Caritas Luxembourg souhaite contribuer à l'approfondissement et à l'élargissement des discussions sur la pauvreté au-delà de l'aspect monétaire et matériel. Les aspects de la santé et du bien-être doivent être davantage pris en compte dans les discussions sur la pauvreté et l'inégalité. La vie quotidienne démontre de façon plus que flagrante que la pauvreté est un risque pour la santé et que la maladie est un risque de pauvreté.

Ce Forum a été un véritable succès avec plus de 270 participants sur les deux jours. 18 experts luxembourgeois et 3 experts internationaux ont partagé leurs expériences et leurs points de vue. Le symposium s'est clôturé avec une table ronde avec des représentants des partis politiques représentés à la Chambre des Députés du Luxembourg. Les différents débats, focalisés sur différents angles de la problématique, ont donné lieu à des discussions très riches et de nombreuses pistes à explorer. Cette publication regroupe les principales présentations, discussions et recommandations discutées, ainsi que les observations supplémentaires de Caritas Luxembourg. Il est malheureusement impossible d'y reprendre toutes les idées et opinions exprimées au cours du symposium.

Pour conclure, nous tenons à remercier tous/tes celles et ceux qui ont contribué de près ou de loin à cette première édition du Caritas Forum et vous donnons rendez-vous à l'année prochaine.



Louise Kelly et Carole Reckinger
Organisatrices du Caritas Forum
caritasforum@caritas.lu

IMPRESSIONS



Le symposium du 25 mai a permis d'approfondir le sujet grâce aux présentations de 19 experts nationaux et internationaux et aux ateliers organisés auxquels les participants ont tous pu contribuer.

Lors de la soirée inaugurale de Caritas Forum, c'est devant une salle archipleine que sont intervenus le Professeur Richard Wilkinson et le Dr Gerhard Trabert, deux experts de renommée internationale sur la relation entre précarité et santé.

Table-ronde avec les représentants des partis politiques animée par Mme Nora Schleich.



L'artiste Yolande Koster a saisi les principales discussions menées lors des ateliers dans trois tableaux.



Mot de clôture par Mme Marie-Josée Jacobs, présidente de Caritas Luxembourg



LISTE DES ACRONYMES

AFM	Avance frais médicaux
ANCES	Association Nationale des Communautés Educatives et Sociales
BPI	Bénéficiaires de protection internationale
BPT	Bénéficiaire de protection temporaire
CDPH	Convention relative aux droits des personnes handicapées
CHNP	Centre hospitalier neuro-psychiatrique
CNDS	Comité National de Défense Sociale
CNS	Caisse Nationale de Santé
CSDD	Conseil Supérieur pour un Développement Durable
CUSS	Couverture universelle de soins de santé
DESC	Droits de l'homme économiques, sociaux et culturels
DPI	Demandeurs de protection internationale
FACT	Flexible Assertive Community Treatment
MdM	Médecins du Monde
OCDE	Organisation de coopération et de développement économique
OkaJu	Ombudsman fir Kanner a Jugendlecher
OMS	Organisation mondiale de la santé
REVIS	Le revenu d'inclusion sociale
RMG	Le revenu minimum garanti
RPGH	Revenu pour personnes gravement handicapées
TPS	Tiers Payant Social



LISTE D'EXPERTS

Conférence - mercredi le 24 mai 2023

Professeur Richard Wilkinson - Professeur émérite de l'épidémiologie sociale et auteur

Professeur Dr med Gerhard Trabert - Médecin, professeur de médecine sociale et de psychiatrie sociale, travailleur social et auteur

Symposium jeudi le 25 mai 2023

Introduction à la thématique

Moderation : Dr Nora Schleich

Dr Bernard Thill - Médecin spécialiste en médecine interne

Dr Bock et Dr Koerperich - Médecins urgentistes Hôpitaux Robert Schuman

Dr Gerhard Trabert - Médecin, professeur, travailleur social et auteur

Atelier 1 : Et si tout le monde avait accès aux soins de santé ?

Mme Sylvie Martin - Directrice Médecins du Monde

Mme Stéphanie Gardini - Responsable du service sociale MdM

M. Max Steffen - Responsable Division Social et pédagogique ONA

M. Raoul Schaaf - Directeur CNDS

Mme Ginette Jones - Assistante sociale, Présidente de l'entente des Offices Sociaux Asbl.

Atelier 2 : Santé mentale : passons à l'action !

M. Fabrice Mousel - Assistant social, Service National de Psychiatrie Juvenile, Président (ANASIG)

Dr Sophie Hédo - Directrice Ligue Luxembourgeoise d'Hygiène Mentale Asbl

Mme Jill Terres - Psychologue – Anthropologue médicale Croix-Rouge

Dr Mark Ritzen - Psychiatre, Directeur général et médical (CHNP)

Dr Menachem Amitai - Psychologue

Atelier 3 Donnons à tous les enfants la possibilité de grandir en bonne santé !

Dr Patrick Theisen - Médecin spécialiste en pédiatrie

M. Gilbert Pregno - Psychologue, Président CCDH

M. Robert Kirsch - Psychopédagogue; Wheels up – Hëllef fir psychesch krank Kanner

Pour aller plus loin : Sujets transversaux

Mme Petra Böwen - Vice Présidente (ANCES) et consultante

Mme Nadine Medinger - Directrice des services sociaux et de soins Tricentenaire

M. Francesco Sarracino - Head of Unit Well-being and Entrepreneurship -Research Division (STATEC).

PRINCIPAUX CONSTATS

La thématique de l'édition 2023, « Aarm mécht krank, krank mécht aarm », avait comme objectif d'approfondir la discussion autour de la pauvreté. Qu'est-ce que signifie réellement être « pauvre » au Luxembourg? La pauvreté est toujours trop souvent considérée comme un phénomène essentiellement monétaire et matériel. Ainsi, une personne est considérée comme pauvre si son revenu ou sa consommation est inférieur à un seuil défini. Mais quel est le lien entre la santé et les indicateurs de pauvreté ? Il s'agit d'une question importante qui n'a guère été abordée jusqu'à présent au Luxembourg. Une recherche plus approfondie démontre clairement que la pauvreté est un risque pour la santé et que la maladie aggrave les risques de pauvreté. La pauvreté et la maladie vont souvent de pair et les raisons de ce lien ne sont pas suffisamment comprises. Il va de soi que la société doit reconnaître et aborder ouvertement ce lien de cause à effets. Cela concerne l'ensemble de la société et ne peut être résolu qu'avec l'engagement de tous. Le rôle des politiques consiste à créer les conditions nécessaires pour faciliter des changements importants.

Un cercle vicieux



Le lien entre pauvreté et maladie est influencé à la fois par des facteurs structurels et individuels. Les conditions matérielles et psychosociales ont un impact sur les comportements en matière de santé et le mode de vie des individus. Ainsi, le lien entre la pauvreté et la maladie est le produit du contexte sociopolitique dans lequel nous grandissons et vivons, et il pourrait être tout à fait différent si les conditions étaient différentes.

Ceux qui vivent dans des conditions financières difficiles courent le risque d'être exposés à un stress existentiel permanent. Les soucis concernant le logement, le chauffage, la nourriture et l'avenir favorisent l'anxiété, l'insécurité, la dépression et l'isolement. Une situation précaire réduit la perspective de vie des personnes par le simple fait de devoir

faire face à des menaces existentielles et d'avoir un pouvoir de décision limité. Les personnes qui vivent dans la pauvreté ont souvent des difficultés à se nourrir sainement à long terme. De plus, il n'est pas rare de manquer d'argent pour un espace de vie sain : des logements mal isolés, humides et envahis par les moisissures, situés dans des rues bruyantes et avec peu d'espaces verts sont souvent la seule option pour ces personnes en raison du prix élevé du logement au Luxembourg. Les besoins fondamentaux risquent d'être négligés, tout comme les besoins sociaux : la pauvreté réduit les interactions sociales et la reconnaissance, ainsi que l'appréciation font défaut. Le temps libre partagé et d'autres possibilités de détente et de loisir pouvant contribuer à une meilleure santé sont souvent inaccessibles.

Il est évident que les problèmes liés à la pauvreté ne sont pas seulement individuels, mais ils sont aussi systémiques : les personnes en situation de pauvreté se retrouvent plus souvent dans des emplois précaires, à temps partiel et dans des métiers physiquement et psychologiquement éprouvants. Il en résulte une détérioration de leur état de santé, qui augmente le risque de pauvreté et le risque d'incapacité de travail. Toutefois, la participation à la vie sociale ne se résume pas seulement au fait d'avoir un emploi: l'intégration sociale en tant que telle est tout aussi nécessaire pour la santé que les soins médicaux. Les groupes marginalisés et les personnes à faible revenu sont également désavantagés à cet égard. La

situation des personnes en situation de handicap est aussi marquée par de nombreux défis et inégalités.

La santé d'une personne est menacée lorsque les risques s'accumulent. A titre d'exemple, le manque d'argent et les maladies psychiques se manifestent souvent ensemble. Les personnes ayant un statut socio-économique plus bas ont statistiquement un risque plus élevé de développer des troubles anxieux, des dépressions ou des addictions. Lorsque le psychisme souffre, gagner de l'argent devient encore plus difficile.

Remettre l'être humain au centre



Les discussions lors du premier Caritas Forum ont montré clairement qu'une personne prise dans la spirale de la pauvreté et de la maladie n'a pas seulement des difficultés à prendre soin d'elle-même et de sa qualité de vie. Elle a également du mal à s'insérer dans un système social qui pourrait garantir les soins médicaux de base. Ce système est poreux et lourd - l'optimiser est une tâche herculéenne : améliorer la santé mentale et physique des personnes les plus vulnérables de notre société implique une amélioration de leurs conditions de vie leur permettant de devenir des membres à part entière de notre société. Cet objectif ne peut être atteint qu'en renforçant le capital social et en favorisant une plus grande résilience sociale.

Pour améliorer cette situation, il est impératif de se pencher sur la source du problème : le lien direct entre les inégalités

et le bien-être social. Les économistes et les experts de la santé s'accordent depuis des années sur le constat que les personnes qui vivent dans des sociétés plus pauvres vivent moins longtemps. Mais la recherche met également en évidence un facteur supplémentaire qui a une influence sur l'espérance de vie : le niveau d'inégalité d'une société. Selon les données de la Banque Mondiale, les personnes vivent plus longtemps dans les pays où les inégalités sont les plus faibles. Comme l'a démontré lors de la conférence inaugurale le Professeur Wilkinson, plus une société est inégale, moins elle est cohésive. Dans ces sociétés, la vie communautaire est moins développée et la criminalité et la violence y sont plus élevées. En fait, les inégalités causent de nombreuses souffrances et ont un impact sur le bien être sociétal et individuel.

Inégalités croissantes : la source du problème

Caritas Luxembourg met en garde depuis des années sur la détérioration insidieuse de la situation socio-économique du Luxembourg et de l'augmentation des inégalités. Notre pays est peut-être un élève modèle en matière économique mais seulement un élève moyen en matière sociale. La politique ne semble pas réussir à freiner la tendance qui se poursuit depuis les années 90, et encore moins à l'inverser. L'un des indicateurs les plus importants de l'inégalité est le coefficient de Gini (mesure statistique du niveau d'inégalité de la répartition d'une variable dans la population) - et dans notre pays, il est désormais supérieur à la moyenne européenne¹. Cette tendance s'applique aussi bien à l'inégalité des revenus qu'à l'inégalité des richesses.

La situation n'est pas meilleure en ce qui concerne le risque de pauvreté. Celui-ci a atteint son niveau le plus élevé en 2021 où 19,2 % des habitants, soit environ 116.000 personnes couraient le risque de tomber dans la pauvreté. Comme l'a souligné le Dr Thill, médecin spécialiste en médecine interne, les statistiques officielles ne recensent pas toutes les personnes. En effet, une grande partie des 1.200 personnes que Médecins du Monde prend en charge chaque année échappe au recensement. Selon le Dr Thill, le nombre de personnes en situation administrative irrégulière au Luxembourg, et donc qui ne sont pas compté dans les statistiques, est estimé entre 3.000 et 5.000 personnes. Cependant, beaucoup d'entre elles contribuent au développement du pays en travaillant et leurs enfants fréquentent les écoles luxembourgeoises.

Ralentir la croissance des inégalités

Pour Caritas Luxembourg, il est indispensable de ralentir la croissance des inégalités. Cela aura un impact positif sur la cohésion sociale ainsi que sur les facteurs de bien-être sociétal et individuel. Pour plus de justice sociale, il faudrait une réforme fiscale basée sur une véritable redistribution sociale. Il serait, selon nous, judicieux de mener une étude approfondie sur les leviers permettant une meilleure redistribution des richesses. Par ailleurs, il faudrait un mécanisme adaptant périodiquement le barème d'imposition au coût de la vie. Il faudrait de plus réduire l'impôt sur le revenu dans les tranches inférieures du barème et l'augmenter dans les tranches supérieures, voire ajouter des tranches en haut de l'échelle. En général, pour Caritas Luxembourg, l'état civil d'une personne ne devrait faire aucune différence sur le plan fiscal. Le critère de différenciation devrait être celui du revenu et de l'éventuelle présence d'enfants dans le ménage. A court terme, il est important de s'attaquer au plus vite à la pauvreté des ménages monoparentaux et d'augmenter l'allègement fiscal pour ces ménages. L'allocation de rentrée scolaire, l'allocation de naissance et l'allocation spéciale supplémentaire doivent,

elles aussi, suivre l'indice du coût de la vie. Par ailleurs, vu la flambée des prix de l'énergie et du logement, un mécanisme d'adaptation régulière au coût de la vie devrait aussi être envisagé pour d'autres allocations comme par exemple, l'allocation de vie chère et la subvention loyer.

Notons également que les plafonds pour pouvoir prétendre à de nombreuses allocations sont rapidement atteints lorsqu'on travaille à temps plein et que l'on a un salaire légèrement au-dessus du salaire minimum. Beaucoup de familles monoparentales et de jeunes adultes se retrouvent alors dans la situation où ils gagnent quelques euros de trop pour pouvoir prétendre à des aides comme par exemple, l'allocation de vie chère ou la prime d'énergie. Pour Caritas Luxembourg, le barème d'éligibilité pour les différentes allocations devrait être revu à la hausse, en particulier pour les ménages monoparentaux et les ménages avec trois enfants ou plus. Caritas Luxembourg estime, par ailleurs, indispensable l'identification d'objectifs chiffrés liés à la réduction du taux de risque de pauvreté. Il faudrait notamment fixer le seuil de taux de risque de pauvreté représentant notre objectif de diminution (dans les prochains 5, 10 et 15 ans, par exemple). Ces objectifs permettront de définir les mesures à prendre pour lutter efficacement contre la pauvreté et les inégalités.

Accroître le bien-être sociétal

Selon M. Sarracino, head of unit Well-being and Entrepreneurship - Research Division (STATEC), mener une vie heureuse et satisfaisante ne doit pas nuire à la planète. Donner la priorité au bien-être dans les politiques publiques pourrait amorcer un cercle vertueux pouvant dissocier le bien-être de la consommation. Cela nous permettra de mener des vies plus satisfaisantes et compatibles avec la durabilité sociale et environnementale dans des économies axées sur la créativité. Les études sur le bonheur mettent en évidence une voie prometteuse : en accordant une priorité au bien-être grâce à des politiques favorisant le capital social, il est possible de réduire notre dépendance à la consommation excessive et de stimuler l'action collective, protégeant ainsi l'environnement tout en renforçant les liens sociaux. La recherche démontre que les personnes ayant une vie sociale épanouie sont plus heureuses, adoptent des comportements pro-environnementaux et sont moins enclines aux comparaisons sociales, favorisant ainsi la collaboration afin de relever les défis communs.

Pour Caritas Luxembourg, il est important que les outils pour mesurer la qualité de vie soient institutionnalisés et utilisés plus systématiquement au Luxembourg (Luxembourg index of well being, PIB bien-être, etc.). A l'heure actuelle, il est difficile de comprendre comment ces outils sont utilisés au-delà d'un cadre informatif pour suivre l'état et la progression dans le temps du niveau de bien-être des résidents luxembourgeois.

¹ <https://www.csl.lu/fr/pages-economiques/inegalites-et-pauvrete/>

² Statec (2022) Rapport travail et cohésion sociale (Analyses 5/2022)

Caritas Luxembourg demande une plus grande transparence sur l'utilisation de ces indicateurs et leur prise en compte dans l'élaboration des politiques. Enfin, une politique qui prend en compte le bien-être commun devrait être le modèle pour l'avenir et les mesures qui promeuvent le capital social et la résilience de la société doivent être encouragées.

Pour Caritas Luxembourg, il est évident que ce sont les personnes les plus pauvres et celles qui socialement sont les plus défavorisées qui souffrent le plus du changement climatique et de la pollution. Ce sont aussi celles qui continueront à l'avenir à en souffrir le plus. La protection de l'environnement et du climat doit promouvoir la justice

sociale non seulement à long terme, mais aussi à court terme. Pour cette raison, Caritas Luxembourg soutient le Manifeste One planet Luxembourg du Conseil Supérieur pour un Développement Durable (CSDD) qui appelle la société luxembourgeoise à faire pression sur les acteurs politiques à prendre leurs responsabilités pour pallier l'urgence climatique, environnementale et sociale. Il est impératif que les politiciens engagent enfin des mesures précises pour faire face aux changements déjà visibles et mettent en œuvre des instruments concrets pour répondre à ces défis, à la hauteur des enjeux du climat, de la biodiversité et de l'inclusion sociale.

Et si tout le monde avait accès aux soins de santé ?



Selon la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la santé est « un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Elle est aussi un droit fondamental ancré dans les droits de l'homme économiques, sociaux et culturels (DESC). Le système de santé luxembourgeois est l'un des meilleurs au monde. Il assure, du moins en théorie, « un accès égal pour tous à des soins de santé de qualité, dans le cadre d'un processus de soins médicaux coordonné qui tient compte des besoins du patient tout en garantissant la liberté de choix du patient et la liberté thérapeutique du prestataire de soins »³. Cependant, les discussions lors du Caritas Forum ont montré que de plus en plus de personnes en marge de la société ont des difficultés à exercer leur droit fondamental à la santé.

Qu'arrive-t-il aux personnes exclues du système lorsqu'elles tombent malades ? Selon le Dr Thill, médecin spécialiste en médecine interne, elles risquent de négliger leur maladie et, en conséquence, de ne pas recevoir de traitement approprié. Il met en exergue la corrélation entre la pauvreté et la médecine préventive qui s'excluent pratiquement.

L'une des raisons d'exclusion s'explique par le fait que l'accès au système de santé et à la protection sociale au Luxembourg est directement lié à l'existence de l'adresse de résidence. En d'autres termes, si une personne n'est pas inscrite au registre de la commune, elle ne peut pas demander une protection sociale. L'organisation Médecins du Monde (MdM) a constaté que dans 84% des cas, les personnes sans-abri qui ont été traités par ses médecins n'étaient pas pris en charge par le

³ <https://sante.public.lu/fr/publications/s/systeme-de-sante-2021-brochure-fr-de-en-pt.html>

système de santé national et devaient payer eux-mêmes les frais médicaux.

Selon MdM, pour lutter contre ce déficit d'accès, il faudrait continuer d'éliminer les barrières administratives en créant, par exemple, un droit à la domiciliation. De plus, il faudrait donner accès à l'aide sociale des offices sociaux compétents à toute personne étant dans le besoin et vivant sur les territoires des villes et communes, quel que soit son statut administratif. En fait, Caritas Luxembourg rappelle que selon l'article 27 de la loi du 18 décembre 2009 organisant l'aide sociale, toute « personne dans le besoin qui se trouve sur son territoire de compétence » peut être aidée et ce tout au long de l'année et sans discrimination. Or, nous constatons régulièrement que les personnes sans titre de séjour ou en situation de séjour irrégulier, mais qui travaillent malgré tout sur le territoire et dont les enfants sont souvent scolarisés, ne sont pas aidées.

Petra Böwen, vice-présidente de l'ANCES et consultante, souligne le rôle important joué par les professionnels qualifiés et compétents dans la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Elle regrette que le travail social soit de plus en plus fragmenté et bureaucratique au Luxembourg, ce qui rend impossible une aide globale et durable. Le professionnel ne peut plus s'occuper de l'ensemble du dossier d'un bénéficiaire. Dans le domaine de la formation, selon Mme Böwen, nous avons besoin d'un cadre national de qualification uniforme pour le travail social et éducatif, sous une coordination interministérielle, comme l'a récemment recommandé l'OCDE pour la formation continue.

Mme Jones, assistante sociale et présidente de l'Entente des Offices Sociaux asbl, souligne le rôle important des assistants sociaux quant à l'accès aux soins de santé de leurs clients. En fait, l'OMS considère le travail social comme une profession de santé, car la santé est un bien-être physique, mental et social. Pour en améliorer l'accès, il faut, d'une part, rendre les processus administratifs plus accessibles et, d'autre part, simplifier l'accès et le maintien de l'assurance de santé. Les sanctions doivent rester l'exception pour certaines situations d'abus, mais ne sont pas appropriées en cas de comportement fautif dû justement aux problèmes de santé physique et mentale. Pour une meilleure prise en charge, Mme Jones propose un « fichier partagé du personnel social » centralisant les demandes d'aide et facilitant l'accès aux services.

Caritas Luxembourg veut souligner le nombre important de personnes qui ne connaissent pas les aides auxquelles elles ont droit ou qui ont des difficultés à faire les démarches nécessaires pour l'obtention de ces aides. Il persiste toujours une attitude de réserve en ce qui concerne le recours à l'aide sociale. Pour beaucoup de citoyens, se rendre au « Aarmebüro » est un pas difficile à faire : il faut surmonter un sentiment de honte et de culpabilité. Une simplification administrative, ainsi qu'un système plus compréhensible

devrait être mis en place. Il faut aussi poursuivre les efforts de communication sur les aides offertes par les offices sociaux au niveau communal.

Voies d'accès

Le tiers payant social

Il existe, au Luxembourg, différentes possibilités d'accéder aux soins de santé pour les personnes dans le besoin. Certains concitoyens en situation précaire peuvent, malgré une carte CNS, ne pas être en mesure de payer la part du patient des honoraires du médecin ou acheter des médicaments. Le tiers payant social (TPS) vise à ce que la personne n'ait plus à avancer ces dépenses de soins de santé, mais que les prestations médicales et dentaires soient directement prises en charge par la Caisse nationale de santé (CNS). La personne concernée doit cependant en faire elle-même la demande auprès du service social compétent de la commune. Cela peut représenter un obstacle pour les personnes qui n'osent pas faire une demande ou qui sont mal informées. Le TPS est, de plus, limité dans le temps. Selon différents intervenants lors du Caritas Forum, il faudrait généraliser le tiers payant social à toutes les personnes en situation de vulnérabilité pour tous les actes médicaux, afin qu'aucune d'elles ne soit contrainte de renoncer à des soins de santé pour des raisons financières.

Couverture pour demandeurs de protection internationale

Pour les demandeurs de protection internationale (DPI), il existe un autre système. A partir du moment où l'affiliation à la CNS est effective (après trois mois), le DPI doit régler ses propres factures médicales et payer ses médicaments à la pharmacie. Pour aider les DPI à mieux faire face aux dépenses médicales, l'ONA leur attribue la somme de 100€ (parfois plus pour une famille) pour le paiement des frais médicaux. D'après l'expérience de Caritas Luxembourg, le système des avances sur frais médicaux (AFM) s'avère trop compliqué et pose plusieurs problèmes : trop de démarches administratives pour les DPI et une gestion beaucoup trop lourde pour le personnel des foyers (traitement des factures, vérification des parts patients utilisées après remboursements par la CNS, etc.). Par ailleurs, les bénéficiaires de ces avances sont tentés d'utiliser cet argent à d'autres fins. Ceci qui est à l'origine de factures non payées et du refus ou réticences de médecins d'accepter des patients DPI, ce que regrette particulièrement M. Steffen, responsable de la division sociale et pédagogique de l'ONA. De plus, le renouvellement de cette allocation nécessite d'effectuer des démarches contraignantes pour les personnes concernées. En attendant la généralisation du principe de tiers payant, Caritas Luxembourg propose d'élargir dès maintenant le système existant de tiers payant social aux DPI et BPT (bénéficiaires de la protection temporaire).

Couverture universelle de soins de santé

En 2022, un projet pilote pour une couverture universelle de soins de santé (CUSS) a été lancé. Cette couverture permet l'accès à l'assurance maladie pour les personnes vivant dans

la grande précarité économique au Luxembourg et couvre les frais de consultation chez un médecin ainsi que les coûts des médicaments prescrits. Toutes les personnes qui vivent au Luxembourg, qui n'ont pas de source de revenus et qui ne peuvent pas recevoir d'aide du service social de leur commune y ont droit. En général, il s'agit donc de personnes sans adresse officielle ou en situation administrative de séjour irrégulier.

Malgré le terme « universel », l'accès à cette assurance maladie est actuellement soumis à une série de conditions : ne pas être assuré socialement dans un autre pays, avoir déjà séjourné plus de trois mois au Luxembourg, avoir accepté un suivi social, etc. L'accès aux soins est seulement possible avec un projet de vie. Selon Médecins du Monde (MdM) et d'autres acteurs sur le terrain, les personnes dans une situation très vulnérable qui essaient de survivre au quotidien, ont des difficultés à se projeter sur le long terme. Une autre faiblesse réside dans la lourdeur des suivis et accompagnements sociaux pour une population cible extrêmement précarisée. Les organisations pouvant affilier les personnes à la CUSS (MdM, CNDS, Stëmm vun der Strooss, Jugend an Drogenhellef, Croix-Rouge luxembourgeoise) ont un accès privilégié à la population cible, mais ne peuvent pas toujours répondre à la forte demande par manque de ressources humaines au niveau social et au niveau administratif. Cette situation crée des injustices car l'orientation vers une autre association reste compliquée pour les personnes très précarisées. En outre, deux associations membres (CNDS, Jugend an Drogenhellef) qui œuvrent dans le domaine de la toxicomanie, ne sont pas disponibles pour le public qui n'est pas concerné par cette problématique.

Il est important de noter que le projet pilote CUSS n'a pas encore de base légale. Le consensus était clair parmi les participants : il faut garantir l'accès aux soins de santé à toute personne vivant au Luxembourg, quel que soit son statut. Pour Caritas Luxembourg, un médecin devrait pouvoir traiter une personne malade sans devoir d'abord clarifier le statut de la personne concernée : demandeur de protection internationale, accès au tiers payant social ou à la CUSS ? De plus, l'accès aux soins ne devrait pas être administrativement plus complexe pour les personnes les plus démunies de notre société.

Un meilleur accompagnement des personnes en besoin

Pour mieux accompagner et prendre en charge les personnes dans le besoin, il est important d'appliquer, comme l'a démontré le Professeur Trabert, médecin, professeur et assistant social, une approche plus globale et multidimensionnelle tenant compte des besoins complexes des populations vulnérables. En fait, nos systèmes de santé doivent être plus solidaires et plus axés sur l'humain. Il est important de mettre l'accent sur la personne qui se cache derrière la pauvreté et de simplifier l'accès aux soins.

Les discussions lors des ateliers ont démontré que notre système de santé n'est pas nécessairement conçu pour aller vers les personnes dans le besoin. Bien qu'il existe de nombreuses aides, il faut aller les chercher et savoir comment, où et quand on a droit à quelque chose. Dans un quotidien marqué par la pauvreté, l'inquiétude et la maladie, demander de l'aide peut échouer en raison de difficultés de compréhension ou de gestion. M. Mousel, assistant social, Service National de Psychiatrie Juvénile, président de l'ANASIG, a souligné qu'il est essentiel de mettre en place un réseau de soutien qui tend la main aux personnes dans le besoin, plutôt que d'attendre qu'elles cherchent de l'aide par elles-mêmes. Pour cela, il faut accorder une attention particulière à un accompagnement individualisé et une orientation axée sur les besoins spécifiques de chaque personne en difficulté.

Une restructuration des soins médicaux

Dans ce contexte, il est nécessaire de réfléchir à une restructuration des soins médicaux. Selon le Professeur Trabert, la structure classique de communication dans le domaine médical (le patient vient chez le médecin) doit être complétée par la pratique d'une structure où le médecin va chez le patient. Une offre de soins médicaux à bas seuil « sur place », au sein des quartiers sensibles, des centres pour sans-abri, des centres d'aide aux toxicomanes, des agences pour l'emploi, des écoles, des structures d'accueil pour enfants (crèches, maisons relais), doit être renforcée et mise en pratique de manière cohérente. Le Dr Trabert souligne que cette offre médicale doit être interdisciplinaire et multidisciplinaire. Pour les plus démunis, il faut mettre en place des consultations et des conseils de santé de différentes disciplines médicales ainsi que de groupes de spécialistes non médicaux, dans le sens d'un concept de traitement biopsychosocial. Il s'agit d'une approche qui prend systématiquement en compte les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux et leurs interactions complexes afin de mieux comprendre la santé, la maladie et la prestation des soins de santé. Il faudrait regrouper les consultations médicales (infirmier, médecine généraliste, pédiatrie, dermatologie, chirurgie, gynécologie, dentisterie, etc.), psychiatriques ainsi que sociales. Il est important de souligner que le but n'est pas d'établir une structure de soins alternative, mais de créer une structure de soins complémentaire.

Le Dr Bock et le Dr Koerperich, tous les deux urgentistes au sein des Hôpitaux Robert Schuman, ont souligné que personne n'est refusé aux urgences au Luxembourg. Le problème réside cependant, dans le suivi et la prise en charge à moyen et long terme des personnes dans le besoin. Les deux urgentistes constatent qu'il n'existe pas assez de structures d'aide appropriées pour soutenir les plus vulnérables à la sortie des urgences. Ces personnes quittent souvent prématurément l'hôpital et sont livrées à elles-mêmes. Pour améliorer leur suivi, il faudrait mettre en place un système de soutien efficace sous la forme d'une présence

7 jours sur 7 d'un(e) travailleur(se) social(e) dans les services d'urgence pour identifier les personnes les plus vulnérables et leur apporter le soutien dont elles ont besoin.

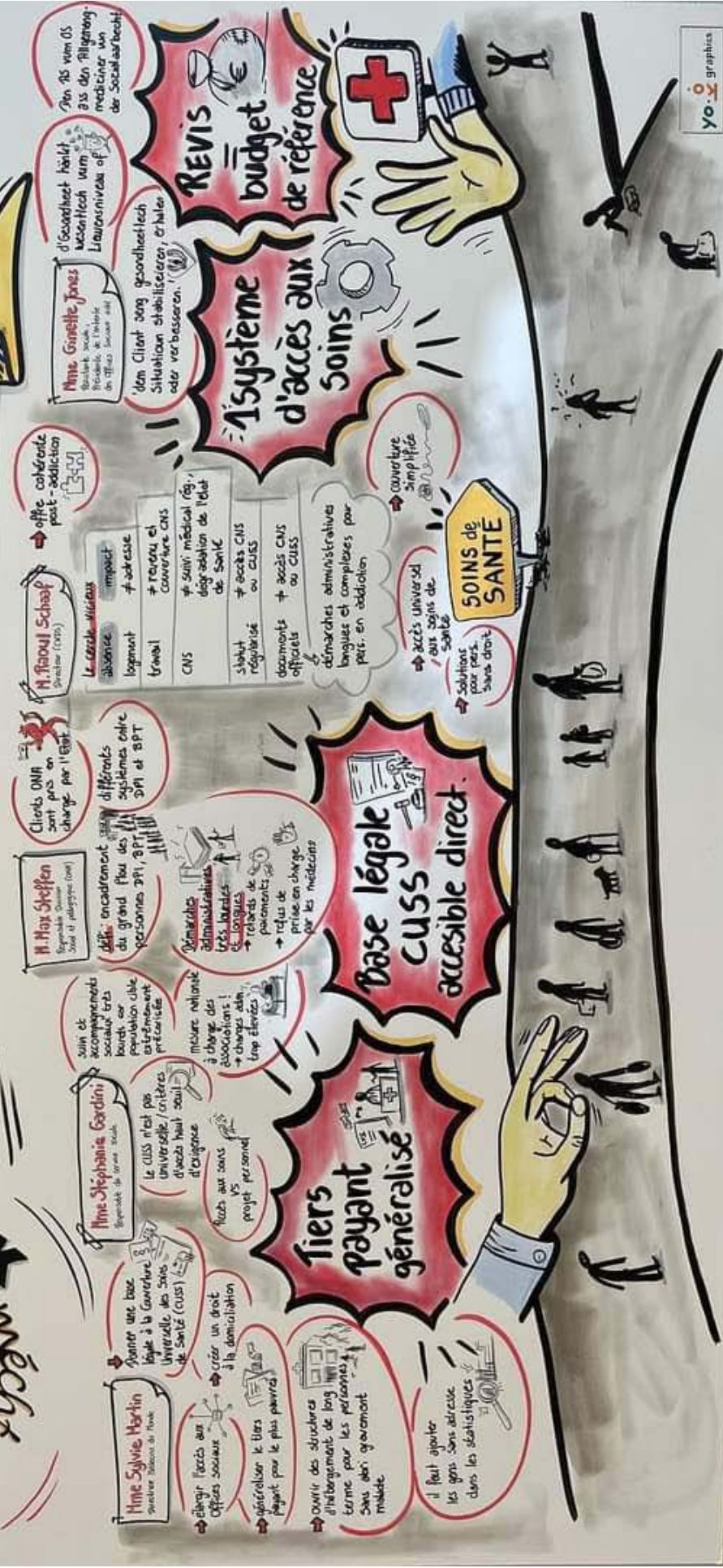
Le Dr Thill souligne aussi qu'au Luxembourg il existe très peu d'options pour prendre en charge les personnes vulnérables après leur décharge de l'urgence. Il existe un seul point d'accueil : la Maison Escale avec 10 lits disponibles seulement. Le Luxembourg a besoin d'urgence de plus de lits dans des structures similaires. La création de structures et de logements adéquats pour la prise en charge à long terme de personnes souffrant des maladies mentales chroniques serait aussi bénéfique.

Pour le Dr Ritzen, directeur général et médical du CHNP, un problème majeur se pose avec la méfiance considérable envers la société et les hôpitaux développée parfois par les patients issus du sans-abrisme vivant dans la rue. Leur premier contact avec les hôpitaux se fait souvent de manière coercitive parce qu'ils ne sont plus acceptés chez eux en raison du risque qu'ils représentent pour eux-mêmes et pour les autres. Il est donc essentiel de développer de nouveaux modèles de soins qui collaborent avec le réseau existant d'organisations sociales et caritatives, de praticiens généralistes et d'hôpitaux. Des modèles éprouvés à l'étranger, comme le « Flexible Assertive Community Treatment » (FACT) aux Pays-Bas et au Royaume-Uni, pourraient être adoptés. Ces modèles impliquent une équipe multidisciplinaire composée d'un(e) psychiatre, d'un(e) psychologue, d'un(e) assistant(e) social(e), d'un(e) coach professionnel(le), d'un(e) infirmier(ère) et parfois d'une personne ayant elle-même été malade ou d'un membre de la famille d'un patient. L'approche est que ces équipes s'adaptent aux besoins du patient en termes de qualité et d'intensité du traitement.

Pour des personnes en addiction aux drogues illicites, il y a, selon M. Schaaf, directeur du CNDS, un besoin en offre post-addiction plus cohérente. Pour améliorer l'existant, il faudrait davantage de logements bas seuil, style housing first, des accès simplifiés dans un délai raisonnable aux offres d'accompagnement thérapeutiques et des offres de travail adaptées à la situation et l'état de santé de la personne.

et si TOUT LE MONDE avait ACCÈS aux SOINS DE SANTÉ?

ARM
mécht
KRAANK
mécht



Santé mentale, passons à l'action !



Souffrir de troubles psychiques peut avoir un lourd impact sur la vie quotidienne des personnes et leur participation à la vie active. La détresse psychologique faisant suite à la précarité est bien réelle : stress post-traumatique, dépression, alcoolisme, toxicomanie et psychose. Le Dr Ritzen, qui offre régulièrement des consultations psychiatriques au Centre Ulysse de Caritas Luxembourg, confirme une prévalence élevée de maladies psychiatriques parmi les résidents, notamment de troubles psychotiques graves, de troubles du spectre autistique, de troubles de la personnalité, de toutes formes d'addiction et de problématiques sociales, ainsi que souvent des maladies psychiques associées.

La prise en charge de la santé mentale dans les structures d'hébergement des plus démunis n'est souvent pas adaptée aux besoins. Les associations caritatives n'ont souvent ni les compétences, ni le personnel suffisant pour gérer les multiples volets (santé, social, logement, rétablissement, travail en réseau, etc.) de la prise en charge de personnes présentant des pathologies mentales diverses, lourdes et souvent chroniques. Pour améliorer la prise en charge, il faut améliorer la coordination entre les différents acteurs. Cette approche plus transversale n'est possible que si les différents ministères améliorent leur coordination. Des mesures dépassant le périmètre d'un seul ministère sont nécessaires. La création d'un point de contact unique pour les prestataires pourrait favoriser le travail et faciliter la coopération entre l'aide sociale et les acteurs de la santé.

Plus de passerelles entre les secteurs

Selon le Dr Hédo, directrice de la Ligue Luxembourgeoise

d'Hygiène Mentale Asbl, œuvrant dans le domaine de la psychiatrie et de la précarité, il est crucial de recréer des liens entre le secteur social et la santé mentale. Les ruptures de liens et les pathologies du lien constituent des enjeux majeurs auxquels il est impératif de répondre. Actuellement, le travail en réseau souffre d'un manque de formalisation, ce qui limite la mise en place de passerelles entre les différents acteurs, alors que les problématiques sont complexes. La prise en charge de la santé mentale et la prise en charge sociale doivent être étroitement liées. Cependant, le Dr Hédo déplore qu'elles soient souvent cloisonnées dans leurs propres secteurs respectifs, qu'elles communiquent insuffisamment, ce qui entraîne une incompréhension mutuelle, nuisant à la cohérence du traitement. Pour améliorer la collaboration et favoriser une approche plus globale, il est nécessaire de créer davantage de passerelles entre secteurs et au niveau ministériel. Il faut également améliorer l'approche proactive en développant le réseau de soutien plutôt que d'attendre que les personnes en situation de précarité ne sollicitent d'elles-mêmes l'aide : des plateformes communes favorisant la collaboration entre les secteurs, le renforcement de la connaissance du réseau et des offres de soins. Il nous paraît crucial de briser les barrières entre les services, car une solution standard ne convient pas à tous.

Lors du symposium, tous étaient également de l'avis qu'il y a un réel besoin d'améliorer la formation des professionnels. Mme Böwen, vice-présidente de l'ANCES et consultante, souligne que les assistant(e)s sociaux(ales) et éducateurs(trices) jouent un rôle crucial dans l'identification des personnes vulnérables et dans l'orientation vers les services appropriés. Pour cela, il est

crucial d'intégrer la question de la pauvreté dans les formations et les études en santé et travail social, afin de mieux comprendre les besoins des populations marginalisées et d'adapter les pratiques en conséquence. Il faudrait aussi proposer régulièrement des formations continues en santé mentale pour les éducateurs(trices) et travailleurs(es) sociaux(ales). Outre le fait que ces formations pourraient contribuer à une meilleure prise en charge des bénéficiaires, elles permettraient également de valoriser le métier et d'assurer une continuité dans la qualité des soins apportés. Le personnel médical et le personnel administratif (réceptionnistes, par exemple) pourraient en bénéficier. Pour le Dr Hédou il est aussi primordial d'accroître la sensibilisation par le biais de campagnes telle que celle actuellement menée sur la schizophrénie. La formation du public, ainsi que des professionnels, joue un rôle clé pour déconstruire les préjugés et favoriser une meilleure compréhension des troubles mentaux.

Détection précoce

Il s'avère aussi important d'engager du personnel médical et paramédical supplémentaire dans les structures d'hébergement tels que des infirmiers(ères), psychologues et psychiatres. Leurs interventions permettraient de détecter précocement les troubles et les affections et d'y répondre de manière plus adaptée afin de prévenir d'autres manifestations aux conséquences plus importantes. Une prise en charge précoce améliore considérablement le pronostic ainsi que la qualité de vie des personnes souffrant de troubles psychiatriques. Ce personnel supplémentaire permettrait également un meilleur suivi des traitements et de la médication. De plus, les mesures de prévention font baisser le coût de la prise en charge des personnes malades, ce qui est profitable pour la société.

Nous préconisons également l'expansion du service de soins de proximité multidisciplinaire (Projet santé communautaire) et le renforcement de l'ambulatoire en psychiatrie avec la mise en place d'équipes mobiles pluridisciplinaires allant à la rencontre du public. Ceci aiderait à une prise en charge plus précoce et permettrait d'éviter de se retrouver dans une situation de détresse aiguë. La création de structures spécialisées et adaptées à des profils spécifiques (sans-abri par exemple, couples, alcooliques, personnes âgées, personnes qui travaillent en journée, personnes avec troubles mentaux, etc.) permettrait aux équipes encadrantes d'adapter leurs interventions en tenant compte des besoins spécifiques et de proposer des actions ciblées afin de pouvoir travailler sur la réinsertion à long terme.

Des services de soins mieux adaptés

À l'instar des associations caritatives, les services de soins ne sont pas toujours adéquatement outillés pour aider correctement les personnes vivant dans la grande précarité et ayant des antécédents de traumatismes et problèmes psychiques. Si l'accès aux soins de santé mentale au

Luxembourg est déjà difficile en soi, en partie en raison d'un manque de psychiatres, l'accès est encore plus difficile pour les plus démunis de notre société sans tenir compte des préjugés, du sentiment de honte, du manque d'information ou encore des connaissances linguistiques limitées et non suffisantes. La création supplémentaire de structures d'aide psychiatrique décentralisées, notamment des centres de crise, est nécessaire.

Pour les personnes très précarisées, aller chez le médecin, acheter puis prendre correctement des médicaments ou soigner des blessures sont des actes difficiles à faire. Pour un nombre croissant d'entre elles s'ajoutent des barrières culturelles et linguistiques. Mme Terres, psychologue-anthropologue médicale à la Croix-Rouge luxembourgeoise, a souligné lors de sa présentation que les demandeurs de protection internationale, les bénéficiaires de protection internationale, ainsi que les bénéficiaires de la protection temporaire (actuellement des Ukrainiens) rencontrent de nombreux défis en matière de santé mentale, tant sur le plan de l'accès que des barrières culturelles. Travailler avec des personnes de cultures très différentes met en évidence les disparités dans la perception culturelle de la santé. La langue et l'interprétation jouent un rôle crucial et complexe. Les interprètes ne peuvent pas toujours traduire parfaitement en raison des différences dialectales et de l'impact social et culturel. Former plus d'ethnopsychiatres et faciliter la présence de traducteurs pour celles et ceux qui ne parlent pas encore couramment les langues officielles du pays serait bénéfique.

M. Mousel suggère la mise en place de mesures telles qu'une hotline accessible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, afin que les personnes en détresse puissent obtenir une aide immédiate et adaptée à leurs besoins. La désignation d'un gestionnaire de cas (case manager), qui a une vision d'ensemble des besoins et des services disponibles, serait aussi bénéfique pour assurer une coordination et une continuité dans le suivi des personnes en difficulté. M. Mousel souligne qu'en impliquant davantage les personnes concernées dans la recherche de solutions, nous pouvons améliorer l'accès aux services de santé mentale et apporter un soutien réel à ceux qui en ont le plus besoin.

Comme souligné par M. Schaaf, il serait utile d'augmenter les places pour le sevrage et les thérapies. La demande actuelle dépasse de loin l'offre. Les listes d'attente et le temps nécessaire pour intégrer des sevrages et des thérapies ont un effet dissuasif sur la motivation des personnes dans le besoin. Nombreuses sont les personnes qui attendent plus de trois mois pour commencer un sevrage.

Pour Caritas Luxembourg il est évident que si on améliore la santé mentale des personnes les plus vulnérables de notre société, cela revient à améliorer leurs conditions de vie et à leur permettre d'être des membres à part entière de notre société. C'est également créer du capital social et plus de résilience en tant que société.

SANTÉ mentale: Passons à l'action!

AARM mécht KRAANK mécht AARM

abordable Wunnraum
Schaffen!
Well Strooss mécht krank
cercle vicieux
Kong Adress, Kong CMS!

mei spezifecht Personal
- fir mental a psychesch Problemer -
- mei Schlofplazen fir de Suivi ze garantéieren
- infirmière psychetique, psychologen, psychateren

besser a mei géngt Schwaarz - äärbecht virgoen

Caritas FORUM
Luxembourg 25.05.23

Mme Jill Terres
Psychologue - Anthropologue médicale (Cox - bouge)
Sprach an Interpretation ass wichtig, ma Komplexer
Sprach & Kultur, Schwierigkeiten fir Persounen evenn. ze verstoen.
Erwarscht/ Wichtigkeet "health, sickness, disease" anerf een lëtzen Kären

Dr. Sophie Nédo
Directrice (Ligue Luxembourg-gesetz d'Hygiène Mentale Heb)
Travail en réseau non formalisé: peu de passerelles, complexes
accès aux soins psychiatriques plus évident
plus informer les gens
plus abaisser les barrières
plus impliquer les concernées

Dr. Mark Ritzen
psychiatre, directeur général of medical (CHNP)
Fehlten die abdehlos sind, sind besonders krank
Anlaufstellen fehlen
Kombination von regional tätigen Teams, aliter Behandlung und Tagesklinik - über einen längeren Zeitraum
Mehr Zeit, mehr Mittel, mehr Fingerspitzengefühl

M. Fabrice Mousel
Président social, Service National de Psychiatrie Juvénile, Président (MINISTIO)
routé, Funktion muss an der Hëllef Sinn
Mir brauchen eng méi individualiséierte Approche fir den "Komm-System" entgéint ze wirken.
Spiel ass eng Erlässchung, ma Kong Lösung op Dauer.
Social & Geesundheit anerf engom Daesch.

Donnons à tous les enfants la possibilité de grandir en bonne santé !



Si le lien entre la pauvreté et la maladie se voit systématiquement, c'est qu'il doit y avoir des conditions dans la société qui favorisent ce phénomène. On peut donc se poser la question : les personnes nées dans la pauvreté sont-elles vraiment plus proches du risque d'avoir une santé déficiente ? Il est prouvé qu'un niveau élevé de pauvreté infantile a des conséquences négatives directes sur le plan émotionnel, social, cognitif et du développement. Des études suggèrent que l'influence négative commence avant la naissance : les enfants de mères qui rencontrent davantage de difficultés quotidiennes pendant leur grossesse se développent parfois plus lentement au cours des premières années de leur vie.

Au Luxembourg, un enfant sur quatre risque de vivre dans des conditions précaires, ce qui représente environ 22.000 enfants. Dans les familles monoparentales et les familles nombreuses, le risque de pauvreté est particulièrement élevé. Les enfants qui grandissent dans un environnement socialement défavorisé doivent généralement faire face à bien plus que des privations matérielles. Les parents n'ont souvent pas le temps de s'occuper correctement de leurs enfants à cause de leur travail. Beaucoup d'entre eux manquent également de connaissances sur les besoins des enfants. Les enfants concernés sont limités dans presque tous les domaines de la vie.

Lorsque l'on parle de pauvreté des enfants, il est important, pour Caritas Luxembourg, de prendre en compte les liens directs qui mènent au désavantage émotionnel. La sécurité, la confiance et les contacts sociaux - à la maison comme à l'école - sont des facteurs qui, finalement, sont plus importants pour la santé des adolescents que le revenu de leurs parents. Des études montrent qu'un capital social élevé

a un effet positif sur la santé et ce, indépendamment de la richesse du foyer parental.

Pour Caritas Luxembourg, une stratégie visant à combattre la précarité des enfants et des jeunes doit se baser sur une analyse quantitative et qualitative des données du terrain, ainsi que sur les bonnes pratiques et leçons apprises des acteurs du secteur. Une recherche et une analyse systématique et approfondie devraient être entamées. Ceci permettrait de mieux comprendre les besoins et de mettre en place une approche ciblée pour aider à combler les lacunes.

La petite enfance

Pour M. Pregno, psychologue et président de la CCDH, l'enfance, la santé et la pauvreté sous l'égide des droits de l'enfant et des droits humains, soulèvent des préoccupations majeures, notamment celle de l'affaiblissement des liens entre les enfants et leurs parents. Selon lui, au Luxembourg, nous sommes restés figés dans le temps. Ce n'est que lentement que la politique découvre l'importance des 1.000 premiers jours de la vie d'un enfant. Les liens que les enfants tissent au cours des premières années de vie constituent la base de leur développement, souligne M. Pregno. Le manque de discussion sur la petite enfance est, selon lui, problématique, car l'attention est souvent portée sur les problèmes identifiés lors de la scolarisation de l'enfant, négligeant ainsi les problèmes auxquels les familles sont confrontées à la maison dès la naissance de l'enfant. Il constate une surabondance de structures d'aide qui ne sont pas coordonnées entre elles et qui se concentrent pour la plupart sur les difficultés scolaires. Le manque de professionnels dans le domaine social a été évoqué à plusieurs reprises. Les travailleurs(es)

sociaux(ales) seraient actuellement retirés de nombreux services, notamment de la médecine scolaire.

Des chances inégales dès le départ

Selon le Dr Theisen, médecin spécialiste en pédiatrie, les enfants de milieu défavorisé ont un accès limité aux ressources nécessaires à leur développement. Les conditions de vie précaires et les logements confinés entravent leur épanouissement. Les quartiers défavorisés sont souvent caractérisés par une circulation dense et une mauvaise qualité de l'air. Les enfants y sont moins actifs, se retrouvent souvent seuls à la maison et sont surexposés aux écrans ce qui nuit à leur développement moteur, à leur apprentissage et à leur communication. De plus, il y a un manque de suivi des consultations médicales des enfants, malgré les incitations financières, en raison d'un partage trop faible d'informations et du soutien insuffisant des travailleurs(ses) sociaux(ales). Au cours de l'atelier sur l'enfance, il a été souligné à de nombreuses reprises que le Luxembourg est confronté à une véritable pénurie de professionnels qualifiés.

Les difficultés d'apprentissage des langues et les troubles du sommeil sont fréquents chez ces enfants, qui passent en général trop d'heures devant des écrans comme aussi trop d'heures dans des structures d'accueil en raison des horaires à rallonge du travail de leurs parents. Le fait de passer toute la journée dans une structure d'accueil expose les enfants à un niveau élevé de stimulations acoustiques et visuelles, pouvant conduire à une sur-stimulation dès leur plus jeune âge. Le Dr Theisen remarque une augmentation de la prescription de Ritalin (utilisé pour traiter le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité) chez ces enfants, ce qui semble en lien avec cette sur-stimulation précoce.

Pour M. Kirsch, psychopédagogue, l'illettrisme est un problème qui contribue à l'exclusion sociale et amplifie les inégalités déjà existantes. Alors que l'analphabetisme désigne la situation de personnes n'ayant pas eu l'occasion de fréquenter l'école et de bénéficier d'une éducation de base, l'illettrisme, au contraire, désigne la réalité de personnes adultes ayant fréquenté l'école pendant au moins la scolarité obligatoire, mais n'ayant pas réussi à développer suffisamment de compétences en lecture et en écriture pour se débrouiller au quotidien. M. Kirsch souligne que les personnes illettrées se sentent bien souvent délaissées par la société dans leur statut de citoyen, de parent, de salarié, ou autre situation. Elles éprouvent des sentiments de honte et de culpabilité par rapport à leur situation. Elles ont une image très négative de leurs compétences, même si la situation varie beaucoup en fonction de l'environnement social. La digitalisation est en train d'exacerber la situation des personnes illettrées. Pour M. Kirsch, il est essentiel que les services publics et les autres services essentiels (banque, assurance, ...) restent joignables par téléphone ou via un guichet afin de maintenir le contact humain et de donner aux personnes la possibilité de s'exprimer. Pour combattre l'illettrisme et aider les personnes

illettrées à se former en lecture ou en écriture, il faut créer de nouvelles offres.

Une politique familiale efficace et durable

Il est démontré que les parents en mesure de concilier de façon équilibrée la vie professionnelle et la vie familiale sont moins touchés par la pauvreté. Or, au Luxembourg, il est de plus en plus difficile de mener en bonne harmonie une vie familiale et une vie professionnelle. Ainsi, un effort continu doit être fait pour améliorer cette situation : chacun doit avoir la possibilité de gagner sa vie par le travail tout en assumant ses responsabilités familiales. Même si les services d'éducation et d'accueil deviennent gratuits, il est important de laisser aux familles le choix quant au mode de garde de leurs enfants. Pour faciliter une meilleure gestion familiale et une meilleure prise en charge des enfants, le nombre de jours de congé pour raisons familiales devrait être augmenté. Le maximum actuel de 12 jours par enfant jusqu'à l'âge de 4 ans est, en effet, rapidement atteint, surtout pour les enfants en bas âge qui fréquentent une crèche.

Pour Caritas Luxembourg, l'objectif d'une politique familiale efficace et durable ne devrait pas seulement viser la lutte contre la pauvreté matérielle, mais aussi à assurer un soutien adéquat aux parents afin de promouvoir un cadre familial et institutionnel sain, à savoir, de disposer du temps et des ressources nécessaires pour s'occuper de l'enfant. Une discussion plus approfondie devrait être menée sur les différents modèles de conciliation qui existent déjà dans d'autres pays comme par exemple, les semaines de travail de 32 heures avec un salaire à temps plein ou bien les contributions supplémentaires à la caisse de pension pour les personnes qui décident de travailler à temps réduit pour s'occuper de leurs enfants.

La multi-dimensionnalité de la pauvreté

Les discussions ont établi que la pauvreté visible et invisible doit être considérée dans sa multi-dimensionnalité. L'enfance doit être abordée sous plus d'un angle. La séparation des services, des institutions et des procédures est en effet un problème. Le Luxembourg dispose d'un large réseau d'acteurs et de services veillant sur le bien-être des enfants. Cependant, un manque de coordination entre la multitude d'intervenants et des interventions risque de faire obstacle à une approche holistique et une prise en charge cohérente et axée sur les besoins du bien-être de l'enfant. A titre d'exemple, un enfant confronté à des difficultés peut déclencher une série d'interventions qui souvent ne sont pas coordonnées entre elles. Par conséquent, l'enfant et la famille risquent de se retrouver rapidement submergés et de ce fait, moins en mesure d'effectuer les changements nécessaires.

Pendant la pandémie du Covid-19, les enfants et les jeunes ont augmenté leur temps passé devant les écrans. Presque tout l'environnement social des enfants et des jeunes s'est déplacé vers le monde en ligne : cours à l'école,

socialisation entre amis, etc. La fracture numérique a ainsi renforcé la problématique de l'égalité des chances. Pour Caritas Luxembourg, il semble évident que l'accès aux appareils numériques doit être garanti à tous les élèves. En même temps, des mécanismes pour assurer une utilisation responsable des appareils numériques devraient être mis en place. En effet, nombreux sont les experts qui s'inquiètent de l'utilisation excessive faite par les enfants et les jeunes des appareils numériques et des conséquences négatives que cette utilisation peut avoir sur leur santé, physique et mentale, ainsi que sur leur sécurité, surtout avec le développement de phénomènes comme le cybermobbing et le cyberharcèlement. Ainsi, tout comme l'OkaJu, Caritas Luxembourg recommande la mise en place d'une stratégie globale de cybersécurité basée notamment sur les risques pour les enfants et les jeunes.

AARM MÉCHT KRANK KRANK MÉCHT AARM

donnons à TOUS LES ENFANTS la possibilité de grandir EN BONNE SANTÉ

M. Robert Kirsch
Psychopédagogue (titulaire universitaire de psychiatrie et de psychologie)
20% d'élèves (15 ans) ont un niveau faible pour s'exprimer
difficultés pour accéder certains services.
dépendance d'autres personnes
impression: pas facile système mais facile personnes
garder offre matériel
inclusion illettrisme

M. Gilbert Fregno
Psychologue, Président JCCOM
Reste optimiste et garde espoir
comprendre les enfants dans leur globalité
importance de l'éducation et apprentissage dès la naissance/enfance

Dr. Patrick Thaison
Médecin spécialiste en pédiatrie
tiers pays, problèmes de développement d'enfants provenant de classes sociales plus basses.
technologie effet négatif sur développement "enfant".
poids des enfants proportionnel au niveau social → alimentation

plus de congés parentales (pour enfants malades)

Sensibiliser citoyens & politiciens sur poids mentale des enfants, ainsi que santé physique

ministère de l'enfance doit mettre en avant m avant la scolarisation (-9 mois, dès grossesse)

mener des études/statistiques pour mieux comprendre problème & situation

Caritas FORUM
Luxembourg - 15.05.23

yo. graphics

PROPOSITIONS ET RECOMMANDATIONS

Pour réduire les inégalités et le taux de risque de pauvreté, il faut, entre autres :

- > Mettre en place une économie qui prend en compte le bien commun et encourage la résilience ;
- > Utiliser plus systématiquement des outils pour mesurer la qualité de vie (PIB Bien-être etc.) ;
- > Entamer une véritable réforme fiscale qui vise plus de justice sociale :
 - adapter périodiquement le barème d'imposition au coût de la vie ;
 - réduire l'impôt sur le revenu dans les tranches inférieures du barème et l'augmenter dans les tranches supérieures, voire ajouter des tranches en haut de l'échelle ;
- > Indexer toutes les allocations et revoir à la hausse le barème d'éligibilité ;
- > Identifier des objectifs chiffrés liés à la réduction du taux de risque de pauvreté et des inégalités ;
- > Mettre fin à l'évasion fiscale ;
- > Renforcer la prévention et l'intervention précoce pour lutter contre la précarité ;
- > Régulariser certains groupes de ressortissants de pays tiers se trouvant actuellement sans autorisation de séjour sur le territoire luxembourgeois ;
- > Continuer à mettre en place des mesures pour promouvoir l'inclusion, garantir l'égalité des chances sur le marché de travail et offrir un soutien financier adéquat des personnes en situation de handicap ;
- > Renforcer les relations sociales et créer un environnement où il est possible de s'engager dans des activités communautaires.

Pour un meilleur accès aux soins de santé, il faut :

- > Simplifier les processus administratifs d'accès aux aides sociales pour les rendre plus accessibles :
 - donner une attention particulière à un accompagnement individualisé et une orientation axée sur les besoins spécifiques de chaque personne en difficulté ;
 - renforcer le rôle des travailleurs(ses) sociaux(ales) pour sensibiliser sur les aides existantes ;
 - donner accès à l'aide sociale proposée par les offices sociaux à toutes les personnes dans le besoin vivant sur les territoires des villes et communes, quel que soit leur statut administratif ;
- > Simplifier et rendre plus transparent l'accès et le maintien de l'assurance de santé :
 - appliquer des sanctions pour certaines situations exceptionnelles d'abus, mais non pas en cas de comportement fautif en raison de problèmes de santé ;
- > Mettre en place un « fichier partagé du personnel social » pour centraliser les demandes d'aide et faciliter l'accès aux services ;
- > Renforcer les formations des travailleurs(ses) sociaux(ales) et des professionnels de santé en incluant systématiquement les différentes dimensions de la pauvreté, les besoins spécifiques et les droits des populations vulnérables ;
- > Mettre en place un cadre national de qualification uniforme pour le travail social et éducatif, sous une coordination interministérielle ;
- > Garantir l'accès aux soins de santé de qualité à toute personne vivant au Luxembourg, quel que soit son statut administratif ;
- > Donner une base légale à la CUSS et la rendre véritablement universelle ;
- > Généraliser le tiers-payant social à toutes les personnes en situation de vulnérabilité pour tous les actes médicaux ;
- > Développer une approche plus globale et multidimensionnelle qui tient compte des besoins complexes des populations vulnérables :
 - offrir un service médical interdisciplinaire et multidisciplinaire regroupant des

consultations médicales (infirmier, médecine généraliste, pédiatrie, dermatologie, chirurgie, gynécologie, dentisterie etc.), psychiatriques et sociales ;

- engager un(e) travailleur(se) social(e) à temps plein dans les services d'urgence des hôpitaux ;
- encourager des réseaux de soutien qui tendent la main aux personnes dans le besoin, plutôt que d'attendre que ces dernières cherchent de l'aide par elles-mêmes ;
- renforcer l'offre de soins médicaux à bas seuil « sur place » et les services de soins multidisciplinaires de proximité ;

- développer les structures d'aide soutenant les plus vulnérables à leur sortie des urgences ;
 - renforcer systématiquement le lien entre le secteur social et le secteur de la santé ;
- > Développer une offre plus cohérente de post addiction :
- une offre de logements bas seuil, de style « housing first » ;
 - des accès simplifiés dans un délai raisonnable aux offres d'accompagnement thérapeutique ;
 - des offres de travail adaptées à la situation et à l'état de santé de la personne.

Pour passer à l'action dans le domaine de la santé mentale, il faut :

- > Améliorer la coordination entre les différents acteurs :
 - améliorer la coordination entre les différents ministères pour faciliter une approche plus transversale ;
 - créer un point de contact unique pour les prestataires pour faciliter la coopération entre l'aide sociale et le domaine de la santé ;
 - renforcer les liens entre le secteur social et le secteur de la santé mentale :
 - par la création de passerelles supplémentaires, non seulement entre secteurs, mais également au niveau ministériel ;
 - par le développement de davantage de réseaux : des plateformes communes favorisant la collaboration entre les secteurs et le renforcement de la connaissance du réseau et des offres de soins, ces dernières étant souvent insuffisantes ;
- > Recruter de personnel médical et paramédical supplémentaire tels que des infirmiers(ères), psychologues et psychiatres dans les structures d'hébergement ;
- > Mettre en place de formations spécialisées et renforcer la formation des professionnels de santé et des travailleurs(ses) sociaux(ales) :
 - par la proposition régulière de formations continues en santé mentale pour les éducateurs(trices) et travailleurs(ses) sociaux(ales) ;
 - par des formations pour le personnel médical et administratif (réceptionnistes, par exemple). Ces formations pour sensibiliser sur les besoins spécifiques des plus démunis devraient être incluses dans la formation de base et puis proposées régulièrement en formation continue ;
- > Élargir le service de soins de proximité multidisciplinaire (projet santé communautaire) qui va à la rencontre des personnes sans-abri dans la rue ;
- > Créer des structures spécialisées et adaptées à des profils spécifiques (pour sans-abri p.ex. couples, alcooliques, personnes âgées, personnes qui travaillent en journée, personnes avec troubles mentaux, etc.) ;
- > Créer des structures et logements adéquats pour la prise en charge à long terme de personnes en situation de précarité souffrant de maladies mentales chroniques ;
- > Créer des structures d'aide psychiatrique supplémentaires et décentralisées, notamment des centres de crise ;
- > Augmenter des places pour le sevrage et les thérapies ;
- > Renforcer l'ambulatoire en psychiatrie et mettre en place des équipes mobiles pluridisciplinaires qui vont à la rencontre de ce public afin d'assurer la continuité et le suivi sur les 'lieux de vie' des personnes sans-abri ;
- > Former plus d'ethnopsychiatres et faciliter un accès plus facile aux traducteurs pour celles et ceux qui ne parlent pas encore

- > couramment les langues officielles du pays ;
- > Mettre en place une hotline accessible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, afin que les personnes en détresse puissent obtenir une aide immédiate et adaptée à leurs besoins ;
- > Donner la possibilité de désigner un gestionnaire de cas (case manager), ayant une vision d'ensemble des besoins et des services disponibles et l'assurance de ce que ce rôle repose sur une base légale solide ;
- > Impliquer davantage les personnes concernées dans les différentes démarches et dans la recherche de solutions en favorisant leur autonomie ;
- > Accroître la sensibilisation des citoyens, des politiciens et des professionnels par le biais de campagnes.

Pour donner à tous les enfants la possibilité de grandir en bonne santé, il faut :

- > Faire une analyse quantitative et qualitative systématique et approfondie de la précarité des enfants et jeunes au Luxembourg qui permette ensuite la mise en place d'une stratégie adaptée ;
- > Mettre en place une politique familiale qui promeut un cadre familial et institutionnel sain, tout en luttant contre la pauvreté matérielle ;
- > Donner plus d'attention à la petite enfance :
 - créer un ministère de l'enfance distinct (en maintenant un ministère de l'éducation séparé) ;
 - reconnaître l'importance de l'éducation et de l'apprentissage dès la naissance et la petite enfance et intervenir auprès des enfants en difficulté sans attendre leur intégration scolaire ;
- > Renforcer les collaborations entre les différents secteurs et services pour une meilleure prise en charge des enfants :
 - créer une cartographie avec toutes les aides et les services disponibles ;
 - avoir un guichet unique auquel les professionnels pourraient s'adresser en cas de situation de risque pour les bénéficiaires ;
- > Garantir l'accès à la santé pour tous, qui comprend des soins sociaux médicaux adéquats aux besoins des enfants et de leurs parents ;
- > Développer des moyens plus efficaces pour mesurer l'illettrisme et l'analphabétisme, afin de mieux cibler les actions de soutien ;
- > Accroître les ressources dans les écoles, en mettant en place des programmes spécifiques pour prévenir et remédier à l'illettrisme dès le plus jeune âge ;
- > Assurer que les services publics et d'autres services essentiels restent joignables par téléphone ou via un guichet ;
- > Réduire la fracture numérique, garantir à tous les élèves un accès aux appareils numériques, mettre en place des mécanismes pour une utilisation responsable et développer une stratégie globale de cybersécurité ;
- > Développer un système plus efficace d'accès aux soins psychologiques pour enfants ;
- > Sensibiliser davantage sur l'importance de la santé mentale et physique des enfants.



RÉSUMÉ DES INTERVENTIONS

Soirée inaugurale du 24 mai 2023

La corrélation entre la pauvreté et la santé est une problématique complexe qui nécessite une compréhension approfondie. La soirée d'inauguration a porté sur les liens qui existent entre inégalités sociales et le bien-être social, y inclus le risque de maladies. 150 personnes ont assisté à la conférence inaugurale au Cercle cité.



Professeur Richard Wilkinson

Professeur émérite de l'épidémiologie sociale et auteur

L'impact de l'inégalité économique sur la santé et le bien-être

L'épidémiologiste Richard G. Wilkinson étudie depuis des décennies les effets des inégalités sociales et économiques. Le Britannique, né en 1943, qui a étudié l'histoire économique à la London School of Economics and Political Science, est professeur émérite d'épidémiologie sociale à l'université de Nottingham et fondateur de l'Equality Trust, qui étudie les conséquences des inégalités et les mesures possibles pour les réduire.

Au cours de ses recherches, le Professeur Wilkinson a découvert que plus une société est inégale, plus la santé dépend de notre statut dans la hiérarchie sociale et de notre appartenance à une classe. En outre, plus une société est inégale, moins elle est cohésive. L'une des causes est que les personnes ne se sentent pas respectées. Elles se sentent même souvent humiliées. Le doute de soi, l'anxiété sociale, le stress et la peur du regard des autres ont un impact sur les émotions quotidiennes des personnes, mais ont aussi un impact plus large sur leurs relations, sur leur capacité à construire des communautés fonctionnelles, ainsi que sur la santé et le bien-être de populations entières. Ces problèmes sont massivement exacerbés par les inégalités et la croyance en la méritocratie qui considère tout échec comme un échec personnel. En réalité, l'inégalité cause une véritable souffrance, quelle que soit la façon dont nous choisissons d'étiqueter cette détresse. Une plus grande inégalité accentue la menace sociale et l'anxiété liée au statut, évoquant des sentiments de honte qui alimentent nos instincts de retrait, de soumission et de subordination : lorsque la pyramide sociale devient de plus en plus haute et abrupte et que l'insécurité liée au statut augmente, il y a des coûts psychologiques généralisés.

Les sociétés particulièrement inégalitaires sont aussi plus vulnérables. L'injustice sociale a un impact psychologique



profond - et elle déchire notre société. De nombreux problèmes dans notre société de plus en plus polarisée sont dus à l'inégalité sociale et ne sont pas naturels selon le Professeur Wilkinson. La pandémie du Covid, par exemple, a fait plus de dégâts dans les Etats où l'inégalité est plus grande que dans les autres.

L'inégalité fait ressortir de notre psychologie évoluée les caractéristiques liées à la domination et à la subordination, à la supériorité et à l'infériorité. Elle affecte la façon dont nous nous traitons les uns les autres et dont nous nous sentons nous-mêmes. L'inégalité accroît la concurrence et l'insécurité en matière de statut. Elle augmente les angoisses liées à l'estime de soi et intensifie les inquiétudes liées à la façon dont nous sommes perçus et jugés, que ce soit en tant que personnes attirantes ou non, intéressantes ou ennuyeuses, etc. Dans les sociétés plus inégalitaires, la vie communautaire est moins développée et la criminalité et la violence sont plus élevées.

Ce qu'on peut faire pour inverser l'accroissement des inégalités :

- > Réduire les différences de revenus avant impôt ;
- > Renforcer les syndicats ;
- > Accroître la démocratie au sein des entreprises, par exemple, par l'actionariat salarié ;
- > Mettre fin à l'évasion fiscale ;
- > Supprimer les paradis fiscaux ;
- > Rétablir la progressivité de l'impôt.



Professeur Dr Gerhard Trabert

Médecin, professeur, travailleur social et auteur

La santé est un droit humain ! La pauvreté rend malade - la maladie rend pauvre

Gerhard Trabert est connu comme le « médecin des pauvres » en Allemagne et s'engage depuis des années pour que chaque personne ait droit à des soins de santé conformes aux droits humains. Le travail de terrain du Prof. Trabert lui a permis de constater de manière directe les effets dévastateurs de la pauvreté sur la santé physique et mentale des personnes. Il a souligné l'importance d'une approche globale et multidimensionnelle, qui tient compte des besoins complexes de ces populations vulnérables.

Les domaines de la santé et du social sont directement liés. Le Dr Trabert a démontré que le système de santé en Allemagne présente de plus en plus de lacunes en matière de soins vis-à-vis de différents groupes de personnes. Ceci a des conséquences structurelles dangereuses pour le bien-être et la santé. Il plaide pour des systèmes de santé plus solidaires et plus axés sur l'humain.

Le Dr Trabert a établi qu'il existe un effet de causalité selon lequel les pauvres sont plus susceptibles de tomber malades. Les indices d'un effet de causalité sont clairs, par exemple, pour les enfants. Ceux qui grandissent dans la pauvreté ont une moins bonne santé en tant qu'enfant et adulte. Il y a aussi un effet de sélection qui fait que les malades sont plus susceptibles de devenir pauvres. Chez les adultes, il y a souvent une sélection sociale dans le contexte de la maladie et de la pauvreté : une mauvaise santé augmente le risque de pauvreté.

Le Dr Trabert souligne l'importance de ne pas parler de personnes socialement faibles, mais de personnes socialement exclues, et que d'après son expérience, les personnes en situation de pauvreté ont un accès limité aux soins de santé, ce qui les prive de leur droit humain fondamental, et aggrave leur état de santé et entraîne des problèmes de santé non diagnostiqués ou non traités.

Dans le cadre de la discussion sur les soins de santé pour les personnes socialement défavorisées, trois niveaux d'action ou domaines d'action sont d'une importance capitale :

Premièrement, il faut exiger un débat respectueux sur le contexte de la pauvreté et de la santé. Deuxièmement, sur le plan pratique, il faut agir rapidement, avec compétence et



en se concentrant sur les personnes concernées. Comme le système de santé n'atteint pas le nombre croissant de personnes qui se trouvent dans des situations particulières, il est nécessaire de réfléchir dans le sens d'une restructuration des soins médicaux. La structure classique de communication dans le domaine médical (le patient vient chez le médecin) doit être complétée par la pratique d'une structure où le médecin va chez le patient. Une offre de soins médicaux à bas seuil « sur place », au sein des quartiers sensibles, des centres pour les sans-logis, des centres d'aide aux toxicomanes, des agences pour l'emploi, des écoles, des jardins d'enfants, doit être renforcée et mise en pratique de manière cohérente.

Troisièmement, il convient d'identifier et d'éliminer les mécanismes sociaux structurels à l'origine de ces problèmes. Il convient de modifier les conditions-cadres qui se reflètent dans les textes de loi, les dispositions, les instructions d'action, etc.

Il ne s'agit pas d'établir une médecine spéciale pour les pauvres. Tout le monde a droit à des soins de santé dans le système de soins d'une société. Il faut reconnaître la composante stigmatisante des structures de soins séparées, y réfléchir et la traiter.

Ce qu'on peut faire pour une meilleure prise en charge

- > Exiger une discussion empreinte de respect et d'estime dans le contexte de la pauvreté et de la santé ;
- > Agir au niveau pratique, rapidement, avec compétence, en se concentrant sur les personnes concernées; Identifier les mécanismes structurels de la société, en faire une analyse critique, les dénoncer et créer de nouvelles structures d'inclusion ;
- > Mettre en place des consultations médicales à bas seuil (« sur place ») ;
- > Mettre en place un concept de soins interdisciplinaire (travail social / pédagogie & psychologie & soins de santé, médecine, etc.).

Symposium du 25 mai 2023

Le symposium a traité la thématique « Aarm mécht krank, krank mécht aarm » sous différents angles et a offert un fonds de réflexions, d'analyses, d'expériences et d'exemples dans lequel puiser pour faire avancer la société luxembourgeoise vers plus de justice sociale. Différents ateliers et interventions autour des thématiques d'accès aux soins de santé, de santé mentale et de l'enfance ont été proposés. La journée s'est conclue par une table ronde avec des représentants des partis politiques. 120 personnes ont participé à ce premier symposium au Centre Jean XXIII.



Dr Bernard Thill

Médecin spécialiste en médecine interne

Et ass keng Schan aarm ze sin, mee et ass eng Schan, wann esou gemach gëtt, wéi wann et keng Aarmut zu Lëtzebuerg géif ginn!



Nous ne pouvons plus ignorer que la pauvreté existe aussi au Luxembourg : 18,1% des personnes au Luxembourg vivent sous le taux de risque de pauvreté. Il est important de noter que le Statec ne recense pas toutes les personnes, entre autres pas une grande partie des 1200 personnes que Médecins du Monde prend en charge chaque année. Il s'agit principalement de migrants ou de personnes qui ont travaillé au Luxembourg et qui ont perdu leurs droits. Le nombre de personnes sans papiers au Luxembourg est estimé entre 3000 et 5000 personnes. 96% d'entre elles n'ont pas d'assurance maladie et pas d'adresse. Cependant, beaucoup d'entre elles travaillent sur le marché noir.

Le Luxembourg est un pays hostile pour les plus pauvres. Sans adresse, on n'a pas accès à un travail légal et en conséquence pas de revenu régulier, pas de caisse de maladie et pas d'accès à un office social, pas de compte bancaire, pas d'accès à une épicerie sociale et pas d'accès aux foyers pour femmes victimes de violence.

Qu'arrive-t-il à ces personnes lorsqu'elles tombent malades ? Elles risquent de ne pas traiter leur maladie. Selon le Dr Thill, la pauvreté et la médecine préventive s'excluent pratiquement. Si les personnes gravement malades mais sans couverture de santé doivent aller à l'hôpital, elles doivent en sortir le plus vite possible. Au Luxembourg, il y a très peu d'options pour prendre en charge ces personnes vulnérables après leur sortie de l'urgence. Il existe un seul point d'accueil : la Maison Escale. Malheureusement la Maison Escale n'a que 10 lits disponibles. Le Luxembourg a besoin en toute urgence de plus de lits dans des structures similaires.

Les enfants de parents sans adresse sont massivement désavantagés au Luxembourg. Ils n'ont pas de droit d'accès aux crèches, aux maisons relais et aux clubs de sport. De plus, ils n'ont pas droit aux allocations familiales, aux aides aux repas dans les cantines ou aux aides pour acheter un ordinateur. Ils risquent de ne pas recevoir les meilleurs soins médicaux malgré l'article 32.

Être pauvre, c'est comme d'être malade de façon chronique. Une personne pauvre souffre socialement, physiquement et spirituellement. Socialement, cela signifie ne pas avoir assez d'argent, être exclu de la société, ne pas avoir un toit, ne pas avoir de travail et connaître un risque plus élevé d'être exposé à la criminalité. En ce qui concerne la santé mentale, les personnes en situation de pauvreté sont exposées à la peur, à la méfiance et à un risque accru de dépression. Les toxicomanes risquent de perdre leur dignité. L'espérance de vie des sans-logis est inférieure de 20 à 30 ans à celle de la population générale.

Couverture universelle de soins de santé (CUSS)

Nous sommes reconnaissants d'avoir la CUSS depuis avril 2022. La question se pose de savoir pour combien de temps encore. Il n'existe toujours pas de base légale et le projet de la CUSS est toujours un projet Pilote qui se révèle trop compliqué au niveau des procédures administratives. Il s'avère important de souligner que la CUSS n'est pas universelle, même si c'est inscrit dans son nom. Les règles stipulent que l'on doit avoir des papiers valides et que l'on doit présenter un projet de vie. Pour les personnes souffrant de traumatismes chroniques, cela s'avère souvent impossible.

Si on est pauvre au Luxembourg, on risque de ne pas avoir droit à la santé, à l'égalité des chances en matière d'éducation, au droit au travail et au droit à un logement. Combien de temps encore pouvons-nous tolérer que les droits humains ne soient pas respectés dans un pays aussi riche que le Luxembourg ?

Pour obtenir plus de justice sociale et faire une percée dans la lutte contre la pauvreté, il est important que nous restons solidaires. Cela donnerait satisfaction à chacun d'entre nous et cela aiderait surtout ceux qui sont dans le besoin.



Dr Bock & Dr Koerperich

Médecins urgentistes Hôpitaux Robert Schuman

Les hôpitaux face aux personnes vulnérables

Le Dr Koerperich a présenté sa prise de fonction dans les urgences au Luxembourg après avoir travaillé plusieurs années dans un hôpital dans une ville française. Elle a constaté que la situation était bien meilleure qu'en France, avec moins de sans-abri et en général beaucoup moins de personnes très démunies se présentant aux urgences. La situation a cependant considérablement évolué au cours des 20 dernières années et se situe aujourd'hui à un niveau similaire à celui de la ville française où elle travaillait auparavant. Cependant, les urgences au Luxembourg ne sont pas équipées pour faire face à cette situation. Il est clair qu'aux urgences, aucune personne n'est refusée, même si elle n'a pas de papiers. Tout le monde au Luxembourg reçoit des soins d'urgence appropriés. Le problème réside dans le suivi et la prise en charge à moyen et long terme. Il n'existe pas de structures d'aide appropriées pour soutenir les plus vulnérables à la sortie des urgences. Ces personnes sortent souvent prématurément de l'hôpital et sont livrées à elles-mêmes. Plusieurs clients sans domicile fixe viennent presque tous les soirs aux urgences. Dr Koerperich explique que tout ce que l'on peut faire, c'est les aider ponctuellement, mais que le lendemain, ils repartent et sont à nouveau livrés à eux-mêmes. Tout ce que peuvent faire les médecins, c'est regarder ces personnes mourir lentement sous leurs yeux. Et c'est profondément frustrant.



Dr Bock souligne la nécessité d'un système de soutien efficace sous la forme d'un(e) travailleur(se) social(e) à temps plein travaillant dans les services d'urgence pour identifier les personnes les plus vulnérables et leur apporter le soutien dont elles ont besoin. Le Dr Bock a plaidé avec force en faveur de la présence d'une assistante sociale dédiée et affectée aux urgences, 7j/7 aux heures de bureau, dans tous les services d'urgence du pays.

Ce qu'on peut faire :

- > Mettre en place une meilleure offre de suivi et prise en charge pour les plus vulnérables ;
- > Engager des travailleurs(ses) sociaux(ales), 7 jours par semaine dans les urgences.



Dr Gerhard Trabert

Médecin, professeur, travailleur social et auteur

Policlinique sans frontières

Le Dr Trabert a donné l'exemple de la façon dont une petite polyclinique de Mayence travaille pour donner les meilleurs soins aux plus démunis avec des médecins de différentes spécialités qui traitent bénévolement des personnes qui sont passées entre les mailles du système de santé. L'idée du dispensaire est venue au Dr Trabert lors de son travail avec le Arztmobil, créé au milieu des années 1990 avec lequel le médecin généraliste parcourt les rues de Mayence et de Bingen pour apporter des soins médicaux aux sans-abris.

Le service ambulatoire traite sans exception les personnes qui n'ont pas accès aux soins médicaux habituels ou qui ne disposent pas d'une couverture d'assurance suffisante. Il s'agit notamment des sans-logis, des demandeurs d'asile, des réfugiés, des personnes libérées de prison, des personnes sans papiers de séjour et des anciens assurés privés qui n'ont plus les moyens de payer les cotisations.

La Policlinique ou l'Ambulance sans frontières comprend une offre médicale interdisciplinaire ainsi que multidisciplinaire. Cela signifie qu'il y a des consultations et des conseils de santé de différentes disciplines médicales ainsi que des groupes de spécialistes non médicaux, dans le sens d'un concept de traitement biopsychosocial. Dans le domaine médical, des consultations de médecine générale, de pédiatrie, de dermatologie, de chirurgie, de gynécologie, de dentisterie et de psychiatrie sont prévues. En outre, des consultations infirmières, sociales et psychologiques sont organisées. Les consultations sont assurées par des employés



permanents. D'autre part, les consultations sont assurées par des médecins, des psychologues et des travailleurs(es) sociaux(ales) bénévoles, retraités et hautement qualifiés. Tous les services de santé et de conseil sont gratuits. Le travail social apporte ici une contribution importante à l'intégration et à l'inclusion. Cette « polyclinique pour les pauvres » n'a pas pour but d'établir une structure de soins alternative, mais de créer une structure de soins complémentaire nécessaire de toute urgence pour les personnes qui, de plus en plus souvent, ne reçoivent plus de soins médico-sociaux de qualité et complets en raison de l'érosion de notre réseau de soins de santé.

Selon le Dr Trabert, le service ambulatoire s'occupe de personnes de plus de 40 nationalités, avec une grande majorité toutefois d'allemands. Si nécessaire, les médecins et les patients disposent d'un interprète, de feuilles d'anamnèse en différentes langues et de petits guides en allemand-arabe ou allemand-farsi. Les visites à domicile font partie de l'offre médicale, tout comme le parrainage.

Ce qu'on peut faire :

- > Mettre en place une offre médicale interdisciplinaire et multidisciplinaire.

Et si tout le monde avait accès aux soins de santé ?



Mme Sylvie Martin

Directrice Médecins du Monde

Les exclus des soins et la couverture universelle des soins de santé CUSS I



L'observatoire de l'accès à la santé

En décembre 2022, Médecins du Monde (MdM) a publié son premier rapport de l'Observatoire de l'accès à la santé. Ce premier rapport donne un aperçu de la situation sociale et de santé de celles et ceux qui passent entre les mailles du filet de la Caisse Nationale de Santé (CNS), du tiers payant social et des soins de santé au Luxembourg. Il encourage les décideurs, au niveau national, à donner un accès universel à la santé.

Les objectifs de l'Observatoire de l'accès à la santé sont tout d'abord d'avoir un outil de connaissance des populations vulnérables et enfin de protéger et d'encourager un accès universel à la santé. Ceci se fait dans le contexte de l'intensification de l'activité de soins de Médecins du Monde depuis 2014 et la persistance des barrières à l'accès aux soins.

La méthodologie consiste dans le recueil depuis 2014 de données sur le terrain, du dossier de Soins Informatisé (DSI) ainsi que d'entretiens en face à face. Les sites de collecte sont les programmes de première ligne, le CASO Bonnevoie, CASO Esch et la Wanteraktioun (WAK). Toutes les données sont anonymisées.

Les données chiffrées présentées dans le rapport ont été recueillies auprès des 1.391 bénéficiaires des programmes de Médecins du Monde en 2021 au Luxembourg. Elles mettent pour la première fois en lumière les besoins médicaux et les barrières que rencontrent ces personnes pour se soigner. Elles vivent au Luxembourg et n'apparaissent, bien souvent, dans aucun rapport statistique national.

Qui sont les personnes venues chez Médecins du Monde ? En 2021, sur les 1.391 bénéficiaires, 24 % proviennent du continent africain, 22 % du continent asiatique, 14,3 % de l'Amérique (du Sud et du Nord) et 39,6 % de l'Europe. 5,5 % des personnes reçues, soit 77 personnes, ont la nationalité luxembourgeoise. Les situations économiques et sociales des personnes accueillies dans les CASO sont extrêmement précaires : 97,5 % déclarent vivre sous le seuil de pauvreté. Seuls 34,9 % d'entre elles déclarent exercer une activité pour gagner leur vie. Si elles travaillent, ces personnes exercent, dans 92,5 % des cas, une activité au noir, faute, bien souvent des autorisations administratives nécessaires à un emploi

déclaré au Luxembourg. Cette situation les empêche de bénéficier de l'assurance maladie : le nombre des personnes accueillies n'ayant aucune prise en charge des frais de santé augmente d'année en année. En 2021, 85,5 % se retrouvent sans aucune aide pour subvenir à leurs frais médicaux.

Seuls 10,2 % des bénéficiaires disposent d'un logement personnel. Les autres vivent dans la rue ou sont hébergés soit par de la famille ou des amis et/ou une association. 59,4 % des personnes reçues en 2021 considèrent leur logement comme temporaire et 21 % l'estiment dangereux pour leur santé.

Parmi toutes les pathologies rencontrées, les troubles psychologiques touchent de nombreux patients. Force est de constater que le domaine de la santé mentale est un point essentiel et que les bénéficiaires de MdM ne souffrent pas uniquement de problèmes physiques. La détresse psychologique suite à la précarité motive souvent l'envoi en consultation de santé mentale : troubles de stress post-traumatique, dépression, alcoolisme, toxicomanie et psychose.

En 2021, 57,3 % des pathologies enregistrées par les médecins étaient chroniques. Quand une pathologie chronique a été diagnostiquée, le médecin a estimé qu'un traitement ou un suivi était nécessaire dans 83 % des cas. Au moins deux problèmes de santé différents ont été identifiés chez 58,5 % des patients atteints d'une pathologie chronique. Ces constatations interpellent car la bonne prise en charge d'une maladie chronique induit souvent des examens réguliers, un traitement médical complexe et la bonne organisation de la continuité des soins. Or, sans protection sociale, les personnes malades se rendent chez MdM quand la douleur n'est plus supportable, en ayant souvent retardé le plus longtemps possible toute consultation médicale malgré des symptômes évidents et un état de santé dégradé : 81,5 % des personnes accueillies en 2021 ont indiqué ne pas avoir vu de médecin avant Médecins du Monde pour soigner le problème dont elles souffraient. Ces personnes se retrouvent souvent aux services des urgences hospitalières. Généralement, les pathologies constatées sont dans des stades très avancés, avec des conséquences malheureusement irréversibles pour la personne malade.

Ce qu'on peut faire :

Pour améliorer l'accès aux soins, la politique nationale de santé publique doit :

- > Continuer d'éliminer les barrières administratives, en créant, par exemple, un droit à la domiciliation, et en appliquant le droit existant à un compte bancaire pour toute personne vivant au Luxembourg ;
- > Assurer aux personnes vulnérables une meilleure connaissance des offres de soins et de leurs droits : campagnes d'information multilingues, mise en place de services de traduction gratuits, etc. ;
- > Renforcer la formation des professionnels de santé sur les besoins spécifiques et les droits des populations vulnérables ;
- > Considérer la santé dans sa globalité et encourager une mise en œuvre holistique de la santé, en structurant un réseau d'échanges ;
- > Développer le travail intersectoriel de proximité afin de mieux identifier les personnes exclues, à risques de traite humaine, d'exploitation, de violences et de conditions de vie indignes, notamment en encourageant les actions « aller vers / outreach » et les services d'accompagnement de la grande précarité.

Pour améliorer la protection sociale et les conditions économiques, l'Etat doit :

- > Donner accès à l'aide sociale proposée par les offices sociaux à toutes les personnes vivant sur les territoires des villes et communes, quel que soit leur statut ;
- > Respecter l'engagement zéro sans-abris en 2030, en proposant une stratégie nationale d'élimination de la pauvreté, permettant d'offrir des logements sûrs et appropriés et d'ouvrir le marché de l'emploi et de la formation professionnelle à toutes et tous, et grâce à des actions concrètes, comme par exemple, l'adhésion de Luxembourg-Ville au « the homeless bill of right » ;
- > Relancer un débat sur l'accès à la santé avec la Commission nationale d'éthique ;
- > Inclure la santé-précarité dans les travaux du nouvel Observatoire national de la Santé, afin de développer des instruments de mesure.



Mme Stéphanie Gardini

Responsable du Service social, Médecins du Monde



Les exclus des soins et la couverture universelle des soins de santé CUSS II

Couverture universelle des soins de santé CUSS

En 2022, le Luxembourg a mis en place la Couverture Universelle des Soins de Santé (CUSS). Cette couverture, comme son nom l'indique, doit permettre un accès à l'assurance maladie et à l'ensemble des soins de santé pour toute personne vivant au Luxembourg, exclue du système national de soins, n'ayant pas ou peu de moyens financiers et n'ayant pas droit aux aides sociales au Luxembourg. Elle représente une avancée très importante vers un système de soins plus inclusif et un système plus égalitaire. Issue d'un courageux choix politique, la CUSS a cependant besoin d'un engagement résolu et pérenne des dirigeants nationaux et internationaux pour progresser vers un monde plus juste et en meilleure santé.

La CUSS donne aux personnes un accès à la CNS, avec une carte CNS et un matricule pour le Luxembourg, un accès au médecin de son choix et l'avantage de ne pas devoir avancer l'argent ni pour les frais médicaux ni pour les médicaments prescrits.

Critères d'accès à la CUSS

Toute personne vivant sur le territoire luxembourgeois depuis plus de 3 mois (avec preuve), pouvant s'identifier, n'ayant pas droit à l'aide sociale au Luxembourg, n'étant pas affiliée au Luxembourg ou à l'étranger et sans ou avec peu de moyens financiers peut y avoir accès. Il convient de distinguer entre les personnes ayant droits aux aides sociales au Luxembourg et les personnes exclues. Les personnes ayant droit aux aides sociales sont orientées vers les organismes étatiques en charge. Généralement, ce sont des personnes sans adresse et ou sans titre de séjour qui peuvent bénéficier de la CUSS. Pour obtenir la CUSS, il faut s'adresser à une des 5 associations mandatées par le Ministère de la Santé - MISA (Médecins du Monde, Jugend an Drogenhelfer, Caritas Luxembourg, Stëmm vun der Strooss, CNDS (Abrigado). Une assistante sociale de l'organisation constitue le dossier avec le client et l'envoie au MISA. L'accord ou refus du dossier est donné par le MISA. Quand le dossier est accepté, le client de la CUSS doit se présenter une fois par mois à l'association pour un suivi social.

Limites et barrières à la CUSS

Il n'existe pas encore de base légale pour la CUSS. Même si le nom le suggère, la CUSS n'est pas tout à fait universelle car les critères d'accès ont un haut seuil d'exigence. L'affiliation à la CUSS prévoit l'adhésion de la personne affiliée à un projet de vie. Or, les personnes vivant en grande précarité essayant de survivre au quotidien, ont des difficultés à se projeter dans une vision sur le long terme. MdM a un accès privilégié à la population cible, mais ne peut pas répondre à la forte demande par manque de ressources humaines au niveau social et au niveau administratif. Cette situation crée des injustices. L'orientation vers les autres associations reste compliquée pour les personnes très précarisées. De plus, deux associations œuvrent dans le domaine de la toxicomanie et ne sont, par conséquent, pas disponibles pour les personnes nombreuses qui ne sont pas concernées par cette problématique.

Ce qu'on peut faire :

Pour la bonne mise en œuvre de la Couverture santé universelle au Luxembourg, l'Etat doit:

- > Donner une base légale à la Couverture Universelle des Soins de Santé (CUSS) ;
- > Garantir son accès à toute personne vivant au Luxembourg, quel que soit son statut ;
- > Généraliser le tiers-payant à toutes les personnes en situation de vulnérabilité pour tous les actes médicaux, afin que personne ne soit contraint de renoncer à des soins de santé pour des raisons financières ;
- > Assurer l'accès à la prévention, à la vaccination, à la promotion de la santé et à la prise en charge des violences ;
- > Suivre les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).



M. Max Steffen

Responsable Division « social et pédagogique »,
Office National de l'Accueil (ONA)



Les mécanismes de prise en charge des demandeurs de protection internationale

Prise en charge des frais médicaux des demandeurs de protection internationale et bénéficiaires de protection temporaire

L'office national de l'accueil (ONA) est responsable de l'accueil et de l'hébergement des demandeurs de protection internationale (DPI) et bénéficiaires de protection temporaire (BPT) au Luxembourg. Dès obtention de l'attestation de demandeur de protection internationale ou de bénéficiaire de protection temporaire, chaque personne peut demander l'octroi des conditions matérielles d'accueil auprès de l'ONA.

Les conditions matérielles d'accueil comprennent non seulement l'hébergement, l'alimentation et d'autres prestations, mais incluent également la prise en charge des frais médicaux.

Il existe actuellement 3 différents mécanismes mis en place par l'ONA organisant la prise en charge des frais médicaux des DPI et BPT.

En fonction du statut d'affiliation auprès de la Caisse nationale de santé (CNS), c'est-à-dire le statut d'assurance maladie prévu par le Code de la Sécurité sociale (assurance obligatoire [Article 1er] ou assurance volontaire [Article 2]), l'organisation de la prise en charge des frais médicaux des DPI et BPT peut varier comme suit :

1 DPI en stage de l'assurance maladie :

Une assurance maladie volontaire peut être souscrite au profit de chaque demandeur de protection internationale dès le dépôt de demande de protection internationale. Néanmoins, étant donné qu'il s'agit d'une assurance maladie volontaire, aucune prestation d'assurance maladie ne peut être fournie pendant les 3 premiers mois dits de « stage ».

Les DPI qui ne bénéficient pas des prestations de l'assurance maladie durant ces trois premiers mois de stage, peuvent néanmoins bénéficier de soins médicaux fournis par le Service Santé des Réfugiés de la Direction de la Santé.

Les DPI ont accès à des consultations gratuites à la Maison médicale du Val Fleuri ou sont orientés vers des consultations externes. En ce qui concerne les prestataires de soins externes, ainsi que les pharmacies par exemples, les DPI peuvent bénéficier de bons de prise en charge.

L'ONA assure le règlement des factures munies d'un bon de prise en charge.

2 DPI après stage et bénéficiaires de l'assurance maladie :

Les DPI bénéficiant des prestations de l'assurance maladie via la CNS, c'est-à-dire après les trois mois de stage, doivent régler leurs factures médicales directement auprès du prestataire de soins avant de se faire rembourser par la CNS. Le montant non remboursé est, le cas échéant, pris en charge par l'ONA par la suite.

Pour les factures excédant un montant de 250 euros, l'article 162 des Statuts de la CNS peut être invoqué, permettant un paiement direct par la CNS, processus géré par l'assistant(e) sociale encadrant(e).

3 BPT bénéficiaires de l'assurance maladie :

Avec l'entrée en vigueur de la Loi du 10 mai 2022 portant modification des articles 1er et 32 du Code de la sécurité sociale, les BPT sont affiliés auprès de l'assurance maladie sous le régime d'assurance obligatoire sans période de stage. Ainsi, les BPT peuvent bénéficier des prestations de l'assurance maladie dès obtention de leur attestation de protection temporaire.

Les BPT, qui ne disposent pas de ressources financières nécessaires, peuvent demander à l'ONA le règlement direct de leurs factures médicales. Néanmoins, l'ONA prend en charge uniquement les frais médicaux des actes conventionnés et inscrits dans la nomenclature de la CNS. En cas de dépassement de la nomenclature, les frais restent à charge du BPT.

Après règlement des frais, l'ONA procède à une demande de remboursement de la partie opposable à l'assurance maladie auprès de la CNS. Ce système est comparable au projet pilote de la Couverture universelle des soins de santé (CUSS) mis en place par le Ministère de la Santé.

Les DPI et BPT démunis de ressources, n'ont pas accès au REVIS, et par conséquent, ne peuvent pas bénéficier du système du Tiers payant social (TPS) tel qu'il est appliqué par les offices sociaux au profit des résidents luxembourgeois en situation de précarité.

Notons que les DPI et BPT n'ont pas accès au projet pilote de la CUSS, qui, de son côté, vise des personnes se trouvant de façon régulière sur le territoire du Grand-Duché et vivant en situation d'indigence.



M. Raoul Schaaf

Directeur du Comité National de Défense Sociale (CNDS)



Malade et en addiction aux drogues illicites - accès limité aux soins de santé ?

Les personnes dépendantes aux drogues illicites font face à des problématiques multidimensionnelles. Les personnes sont majoritairement sans domicile fixe, malades et souvent sans couverture CNS ainsi qu'en conflit avec la loi. Les drogues illicites impactent en plus l'état de leur santé et ils vivent dans des conditions sanitaires non adaptées. Ils vivent en fait dans un cercle vicieux. Sans logement, ils n'ont pas d'adresse. Sans travail, ils se retrouvent sans revenus et sans couverture CNS. Sans couverture CNS, ils n'ont pas accès à un suivi médical régulier ce qui risque de conduire à une dégradation de leur état de santé. Certains d'entre eux n'ont pas de documents officiels, ce qui est problématique pour une affiliation à la CNS ou même à la CUSS.

Les besoins effectifs des personnes en addiction aux drogues illicites sont multiples. Il faut un accès aux soins de santé, par une couverture simplifiée de la CUSS, par exemple. De plus, il faut une offre plus cohérente de post addiction. Ceci implique des solutions au niveau d'une offre de logements bas seuil, style housing first, des accès simplifiés dans un délai raisonnable aux offres d'accompagnement thérapeutique et des offres de travail adaptées à la situation et l'état de santé de la personne. L'addiction aux drogues illicites est comme toute autre addiction à considérer comme une maladie !

Les chiffres actuels du CNDS montrent environ 1100 passages par mois au service médical. 22% des personnes sont des femmes. 65% n'ont pas de couverture CNS et seulement 6% sont affiliées à la CUSS. 40% des personnes viennent au service médical pour un programme de substitution, 35% pour une médecine générale et 11% pour des soins de plaies. Nous avons besoin d'un système qui mette l'individu au centre des préoccupations. Il ne faut pas seulement prendre en charge ses besoins sociaux, spirituels, émotionnels, physiques et psychologiques.

Ce qu'on peut faire :

- > Garantir un accès aux soins de santé, par une couverture simplifiée de la CUSS ;
- > Fournir une offre plus cohérente de post addiction :
 - des solutions au niveau d'une offre de logements bas seuil, style housing first ;
 - des accès simplifiés dans un délai raisonnable aux offres d'accompagnement thérapeutique ;
 - des offres de travail adaptées à l'état de santé de la personne.



Mme Ginette Jones

Assistante sociale, présidente de l'Entente des Offices Sociaux Asbl.

Sozialaarbecht an Salutogenese. Bausteng amplaz Stolpersteng

Pour le sociologue Aaron Antonovsky, le processus de développement et de préservation de la santé tout au long de la vie est très individuel. La salutogenèse est le terme qu'Antonovsky a choisi pour désigner ce processus. On peut rapidement basculer de la salutogenèse à la pathogenèse si les acteurs et les décideurs ne disposent pas des connaissances nécessaires sur le lien entre la santé et le travail social.

Il est confirmé que la santé dépend en grande partie du niveau de vie, comme l'indique le titre de cette conférence. Par conséquent, il est important de garder cet aspect à l'esprit lors de l'accompagnement des individus, en adoptant également une perspective genrée. Selon l'enquête Eurostat, au Luxembourg, les hommes vivent en moyenne 64 ans en bonne santé avec une espérance de vie totale de 79,9 ans (2020), tandis que les femmes vivent en moyenne 62,5 ans en bonne santé avec une espérance de vie totale de 84,5 ans. Cela implique que les femmes connaîtront une période de mauvaise santé plus longue et vivront plus longtemps en mauvaise santé.

Une part significative du travail des assistants sociaux consiste à stabiliser, maintenir ou améliorer l'état de santé de leurs clients. Comme définie par l'OMS, la profession d'assistant social relève du domaine de la santé : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. » Il est important de le reconnaître socialement et de le prendre en compte lors de la planification des réformes dans le domaine des professions de santé.

De nombreux clients des services sociaux sont des individus malades qui n'ont pas de réseau social pour les soutenir. Les multiples procédures administratives impliquant de nombreux acteurs peuvent être épuisantes. De plus, l'attente d'une réponse engendre du stress et de l'incertitude, en plus des situations financières précaires. En effet, ils ne peuvent pas supporter les coûts additionnels liés à leur santé. Les individus font appel aux services sociaux une fois qu'ils ont accepté qu'ils ne peuvent pas avancer seuls, quelles que soient leurs démarches. La réticence à solliciter les services sociaux ne relève pas de la honte, mais plutôt de la fierté et du désir d'autonomie.

Prenons l'exemple d'une femme âgée qui vit seule et qui doit désormais entrer en maison de retraite. Il s'agit là d'une étape délicate dans la vie d'une personne. La sensibilité n'est pas un luxe lorsqu'il s'agit de gérer les procédures administratives. Cette personne dispose d'une petite retraite et sait qu'elle ne



suffira pas à couvrir les frais de la maison de retraite. Elle sait également que c'est sa dernière étape et que ces pensées constituent un obstacle à la salutogenèse.

Prenons également le cas d'une famille avec trois enfants, dont le plus jeune a besoin d'une prothèse dentaire que la famille ne peut pas se permettre avec le salaire minimum. La famille est déjà confrontée à la difficulté de payer un loyer élevé. Par conséquent, ils ont sollicité un prêt auprès d'un ami, qu'ils remboursent à raison de 50 € par mois.

Les individus souffrant de maladies mentales traversent des épreuves. Accepter une maladie mentale est un processus continu et douloureux. Souvent, elles ne sont pas visibles dans le contexte professionnel, ce qui aggrave leur situation précaire. Une procédure complexe pour obtenir des autorisations administratives pour accéder à une structure appropriée a provoqué une détérioration de l'état de santé de Monsieur X. Dans une structure spécialisée, l'accompagnement de l'assistant social vise à stabiliser la situation et à maintenir le contact. Confronté aux démarches administratives complexes, Monsieur X a instinctivement adopté une attitude de repli, se retirant dans son espace de 40 m². Cette réaction s'est avérée être un obstacle majeur à sa salutogenèse.

Les personnes souffrant de divers types de dépendances portent des cicatrices physiques, ce qui impacte leur estime de soi et limite généralement leur capacité à mener une vie normale. La clarté professionnelle est un élément essentiel pour préserver leur santé. Dans ce contexte, la collaboration avec les propriétaires de logements, les hôpitaux et les services spécialisés fait partie intégrante du quotidien des assistants sociaux. Ce ne serait pas la première fois que la perte de l'assurance maladie et du logement se produirait. La réactivité des services, avec lesquels Mme A communique, est donc un élément essentiel de la salutogenèse, notamment en ce qui concerne l'adresse de référence et le maintien de l'assurance, deux outils importants pour la salutogenèse.

Cependant, chaque client qui entre à l'Office Social entame une nouvelle histoire. C'est pourquoi le premier contact, l'entretien individuel, revêt une grande importance. En plus de favoriser la prise de contact mutuelle, c'est là que sont posées les bases de l'empathie et de la confiance professionnelles. Plus le client se sent valorisé dans un espace sécurisé, plus il peut envisager l'assistant social comme une personne de confiance fiable capable de l'assister dans les démarches qu'il ne peut pas résoudre seul dans sa situation de vie actuelle.

Après l'entretien et l'anamnèse, le travail entre dans la phase suivante pour l'assistant social, en accord avec les principes de la salutogenèse. Supposons qu'une personne soit venue en consultation parce qu'elle doit consulter un médecin, mais qu'elle ne soit plus affiliée.

- La priorité immédiate est la ré-affiliation et la vérification pour savoir si la personne se trouve encore dans la période de tolérance de la CNS ou non.
- Il convient d'envisager le tiers payant social.
- Si la personne ne possède plus d'affiliation, nous pouvons en conclure que sa situation financière est précaire. Les démarches auprès de l'Adem ou de l'Aris pourraient s'avérer importantes afin de potentiellement stabiliser la situation. L'assistant social est conscient qu'il s'engage ici sur un terrain difficile. Un contact direct avec le conseiller de l'Adem s'avère donc difficile, voire impossible. Si la personne voit son Revis annulé, c'est à l'assistant social d'Aris de déterminer si son intervention auprès de l'Onis est acceptée, afin d'éviter de déclencher une sanction.

Il est important de noter que le droit à l'aide sociale, la mission de l'Office Social, est une composante de la salutogenèse. L'assistant social de l'Office Social est le médecin généraliste du travail social.

Cependant, il existe des chantiers, petits et grands, sur lesquels il est nécessaire de travailler afin de briser le cercle vicieux de la pauvreté et de la maladie, du moins partiellement. Les lois en vigueur doivent être appliquées sur l'intégralité du territoire. Les adresses de référence ont été conçues pour permettre aux ASBL de les transmettre à leurs clients, en vue de fournir un soutien administratif direct et ce, sans nécessiter le passage par l'Office Social.

Quel est l'objectif de la politique de santé ?

Que doit-on faire pour que la pauvreté n'aggrave pas la santé des individus, et que la maladie n'accroisse pas encore plus leur précarité ?

Dans le domaine du travail social, nous répondons à cette question en nous plaçant du point de vue de nos clients.

1. L'accès à l'assurance et sa maintenabilité doivent être simples et transparents. Dans ses recommandations adressées aux partis politiques, l'Entente des Offices Sociaux propose une procédure spécifique dans le cas où la personne devrait être désinscrite (quelle qu'en soit la raison).
2. Puisque le travail est considéré comme un élément constitutif de la salutogenèse, un accès simplifié au marché de travail est donc nécessaire.
3. Le renforcement de l'individu doit être mis en avant. Les sanctions doivent rester l'exception dans certains cas d'abus. Elles ne sont pas un instrument approprié en cas de comportement inapproprié lié à la santé.
4. La promotion des professions de santé à travers la formation et la rémunération est primordiale. Dans la profession d'assistant social, le médecin généraliste du travail social, la règle est la suivante : les connaissances issues de la théorie et des stages comprennent des connaissances dans le domaine médical. Cela permet de reconnaître les maladies et, si nécessaire, d'orienter vers des services spécialisés et des hôpitaux.

5. Au cours des dernières décennies, de nombreux services de consultation ont été établis dans le pays. C'est une avancée positive. Toutefois, cela a également conduit à une situation où les individus sont accompagnés par de nombreux acteurs et où la valeur ajoutée de chaque action n'est plus évidente. Il est peut-être temps de définir et de mettre en place des centres d'expertise pour la stabilisation de la santé dans le domaine social. Les offices sociaux peuvent jouer un rôle central en raison de leur compétence territoriale.
6. Les processus administratifs doivent être facilement accessibles et réalisables. Le contact direct doit être maintenu. Les décisions ayant un impact sur la situation de vie des individus doivent être prises avec respect, en garantissant un recours (surtout si ces décisions entraînent une précarisation).
7. En ce qui concerne la numérisation, l'Entente des Offices Sociaux propose la mise en place d'un « dossier partagé du personnel social », dans lequel la personne concernée participe activement à la gestion et où ses demandes d'aide sont centralisées et peuvent être consultées par certains services, évitant ainsi de devoir faire une nouvelle demande à chaque fois.
8. Le Luxembourg a mis en place un système de santé solide au cours des cent dernières années. L'adaptation de ce système est un défi. J'espère que des solutions seront trouvées pour placer la santé de tous au centre des préoccupations. Le travail social pourrait jouer le rôle de lobbyiste pour les personnes qui ont besoin d'une vie saine et digne.

Ce qu'on peut faire :

- > Rendre les démarches plus aisées pour accéder et maintenir une assurance de santé simple et transparente ;
- > Simplifier l'accès au marché de travail ;
- > Les sanctions doivent toujours être l'exception et ne doivent pas être appliquées en cas de problèmes de santé ;
- > Promouvoir les professions de santé par la formation et la rémunération ;
- > Établir des centres de compétences pour la stabilisation de la santé dans le domaine social ;
- > Rendre les processus administratifs facilement accessibles, réalistes en conservant un contact direct ;
- > Introduire un « fichier partagé du personnel social » pour centraliser les demandes d'aide ;
- > Rechercher des solutions qui placent la santé de tous au centre des préoccupations.



M. Fabrice Mousel

Assistant social, Service National de Psychiatrie Juvénile, Président de l'Association Nationale des Assistant(e)s sociaux et Infirmière(e)s gradué(e)s du Grand-Duché de Luxembourg (ANASIG ASBL)



« Outreach psychosocial » - Fir datt d'Hëllef ukënnt

En santé mentale et dans le domaine psycho-social, il est essentiel de mettre en place un réseau de soutien « outreach ». En effet le système actuel se présente comme un maillage d'aides isolées qui est non seulement compliqué à parcourir, mais qui exige également que l'individu aille vers celui-ci plutôt que le système d'aide cherche à aller vers l'individu, respectivement d'adapter sa facilité d'accès à la vulnérabilité de sa clientèle.

Pour cela, il faut accorder une attention particulière à un accompagnement individualisé et une orientation axée sur les besoins spécifiques de chaque personne en difficulté. Il est important de reconnaître que, tout le monde et surtout les personnes fragilisées, ne peuvent pas facilement chercher de l'aide, et il revient donc aux services d'aide disponibles de prendre de l'initiative et la responsabilité envers ceux qui ne sont pas en mesure de se prendre en charge.

Le but serait d'offrir un soutien rapide, efficace, ciblé, axé vers une autonomisation de la personne.

Prenons l'exemple de Pol, qui se trouve sans emploi, exclu, souffrant de symptômes schizoïdes qui le rendent dépressifs. Il a du mal à être joignable car il n'a pas les moyens organisationnels de recharger le crédit de son téléphone portable. De plus, il autotraite ses symptômes dépressifs par l'alcool. Il a déjà tenté de se suicider. Il est exploité financièrement par son entourage. Une clinique pourrait lui apporter un soulagement temporaire en crise, mais ne résoudra pas ses difficultés dans son milieu de vie. Il a besoin d'un suivi régulier, dans son milieu de vie.

Elisabeth, quant à elle, est une femme monoparentale, avec un enfant de 8 ans. Venant de l'étranger, elle a fui les violences de son partenaire. Elle travaille comme femme de ménage, mais doit faire un trajet de trois heures chaque jour pour se rendre sur son lieu de travail. Elle est dépressive. Heureusement que son enfant a eu une place en maison relais. Elle a besoin de quelqu'un qui la suit de façon régulière sur son terrain et qui la guide et soutienne au niveau psycho-social.

Ce ne sont là que quelques exemples parmi de nombreux patients qui ont besoin d'aide et qui échouent à obtenir le soutien dont ils ont besoin, avec le risque de chronifier.

Les raisons peuvent être multiples. Le système de soutien actuel est trop complexe et mal interconnecté et il est difficile d'y naviguer, ce qui peut entraîner des situations de détresse avec des conséquences telles que le chômage, perte de logement ou des problèmes de santé physiques non résolus.

Soutien financier, soutien en lien avec le logement, soutien social, soutien médical, soutien en lien avec le travail, soutien en lien avec la scolarité d'un enfant... chaque discipline dispose de ses propres services avec des personnels différents, sur des lieux différents, à accès difficile et compliqué. Ainsi c'est au concerné en difficulté de gérer ceci. Une mer à boire.

Bien que l'hôpital puisse être un soulagement temporaire pour une remise à zéro en cas de crises, il ne constitue pas une solution durable en soi. Les personnes doivent être inscrites dans de nombreux services différents, ce qui ajoute une complexité supplémentaire à leur situation déjà difficile. Selon les responsables politiques, beaucoup d'argent est déjà investi dans les différents services disponibles, mais les systèmes actuels ne sont pas suffisamment efficaces, administrativement lourds, ni interconnectés pour répondre aux besoins réels des individus.

Il est donc nécessaire de repenser notre approche et d'adopter une approche plus individualisée, avec une ligne directrice claire dans l'aide apportée, afin de faire face au système d'exclusion sociale. En première ligne, il est crucial d'intégrer les aspects sociaux, de santé mentale et physique, d'hygiène de vie, **sous un même toit**, en mettant en place des services qui offrent un **soutien individualisé « tailor-made »** aux personnes dans le besoin.

Il est également primordial de mettre en place des mesures telles qu'une **hotline psycho-sociale** accessible **24 heures sur 24, 7 jours sur 7**, afin que les personnes en détresse puissent obtenir une aide de première ligne immédiate et adaptée à leurs besoins.

De plus, en deuxième ligne, la désignation d'un « **case manager** », accessible rapidement, fortement ancré au terrain, en lien étroit avec le concerné, qui a une vision d'ensemble des besoins de la personne et des services disponibles, serait bénéfique pour assurer une prise en charge efficace, une coordination et une continuité dans le suivi des personnes en difficulté.

Dans ce contexte il convient d'exprimer les revendications suivantes :

Augmenter l'efficacité de la prise en charge en santé mentale par l' « OUTREACH », en :

- 1) En première ligne, mettre en place une « **Hotline** » de soutien en santé mentale, plus poussée qu' « SOS Détresse », avec des professionnels expérimentés et accessible 24/24h.
- 2) En deuxième ligne, mettre en place une prise en charge dans le contexte des **urgences psychiatriques** et y offrir une **prise en charge rapide, brève et intensive avec une équipe multidisciplinaire** (ex. après consultation en urgence, donner au patient endéans 2 semaines 5 RDV en équipe multidisciplinaire : psychiatre, assistant social, psychologue, ergothérapeute, sport-thérapeute). Et, si cela s'avère nécessaire, offrir une prise en charge intensive ou variable en milieu de vie du patient.

Ainsi, il faudra offrir des prises en charges psycho-sociales de crise à intervention rapide, multidisciplinaire, très rapproché dans la vie du patient, aussi bref que possible et efficace en offrant **un suivi intensif ou variable en milieu de vie** avec des cibles d'intervention claires, stimulant la prise de responsabilité du patient de se prendre en charge.

Sur ce, une résolution des difficultés SUR LE TERRAIN seraient des services qui devraient être payées par la CNS, ceci avec le but de réduire les prises en charges stationnaires nationales et internationales (ex. cures, etc.) qui ne réduisent pas les difficultés que le patient rencontre dans son MILIEU DE VIE et qui mènent aux crises.

- 3) Faire l'inventaire des prises en charges thérapeutiques efficaces en lien avec différentes sortes de difficultés mentales. Et ainsi **favoriser** la prise en charges de **méthodes** répondants à des stricts **critères d'évidence scientifique** axées sur des lignes de prises en charges internationalement reconnues, axées solutions pragmatiques.
- 4) Mettre au service du patient une personne conseil « **coach expert en santé mentale** » (ex. : assistant social, infirmier spécialisé, médecin généraliste) neutre, qui la guide dans son processus, dans la vie du patient, sur le terrain et qui profite ainsi d'une connaissance approfondie du fonctionnement et du milieu de vie du patient.

- 5) **Lier le social à la santé.** Organiser la gestion étatique de la santé et du social afin que ces deux éléments soient inclus ensemble dans un ministère.

Avantages : Un soutien précis, personnel, rapidement disponible, à la carte, privilégiant l'ambulatoire, ancré en milieu de vie. Epargne d'argent, car plus efficace.

« ... mettre les systèmes et la prestation de services de santé mentale en conformité avec les normes internationales relatives aux droits humains, y compris la Convention relative aux droits des personnes handicapées (CDPH), les Orientations de l'OMS relatives aux services de santé mentale communautaires : promotion des démarches centrées sur la personne et fondées sur ses droits plaide pour que l'accent soit mis sur le développement des services de santé mentale communautaires promouvant des services de santé centrés sur la personne, axés sur son rétablissement et fondés sur ses droits. » *

Ce qu'on peut faire :

- > Mettre en place une hotline accessible 24/24h ;
- > Mettre en place un réseau de soutien qui va de manière proactive vers les personnes dans le besoin « outreach » ;
- > mettre en place une prise en charge dans le contexte des urgences psychiatriques et y offrir une prise en charge rapide, brève et intensive avec une équipe multidisciplinaire ;
- > Faire l'inventaire des prises en charges thérapeutiques efficaces en lien avec différentes sortes de difficultés mentales ;
- > Mettre au service du patient une personne conseil « coach expert en santé mentale » ;
- > Organiser la gestion étatique de la santé et du social afin que ces deux éléments soient inclus ensemble dans un ministère ;
- > Assigner le rôle d'un gestionnaire de cas « case manager », ayant une vue d'ensemble des besoins et des services disponibles ;
- > Impliquer davantage les personnes concernées dans la recherche de solutions.

Références :

* Orientations et dossiers techniques relatifs aux services de santé mentale communautaires, résumé,

WHO: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/341640/9789240027916-fre.pdf>

Guidance and technical packages on community mental health services, *Promoting person-centred and rights-based approaches*,

WHO: <https://www.who.int/publications/i/item/guidance-and-technical-packages-on-community-mental-health-services>

Compendium Report: Good practices in the **Council of Europe** to promote voluntary measures in mental health.

<https://rm.coe.int/compendium-final-en/1680a45740>

Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026 :

<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003301/>

Gouvernement du Québec, Loi sur les services de santé et les services sociaux : <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/S-4.2>

Gouvernement du Québec, Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) : <https://www.quebec.ca/sante/systeme-et-services-de-sante/organisation-des-services/ci-css-et-ci-uss>

Gouvernement du Québec, Suivi Intensif en Milieu (SIM) : <https://www.quebec.ca/sante/conseils-et-prevention/sante-mentale/obtenir-aide-en-sante-mentale/suivi-intensif-milieu-sim#:~:text=Le%20suivi%20intensif%20dans%20le,une%20intensité%20de%20services%20élevée.>

Gouvernement du Québec, Soutien d'Intensité Variable (SIV) :

<https://www.quebec.ca/sante/conseils-et-prevention/sante-mentale/obtenir-aide-en-sante-mentale/soutien-intensite-variable>

Gouvernement du Québec, Programme du Guichet d'accès en santé mentale adulte, dépendance et itinérance :

<https://www.ciusscentreouest.ca/programmes-et-services/sante-mentale-et-dependance/services-en-sante-mentale-et-dependance/programme-du-guichet-dacces-en-sante-mentale-adulte-dependance-et-itinerance/>

Gouvernement du Québec, Programme québécois pour les troubles mentaux (PQPTM) : <https://www.ciusscentreouest.ca/programmes-et-services/sante-mentale-et-dependance/services-en-sante-mentale-et-dependance/programme-quebecois-pour-les-troubles-mentaux-pqptm/>



Dr Sophie Hédo

Directrice de la Ligue Luxembourgeoise d'Hygiène Mentale Asbl

Connecting First

Psychiatrie-Précarité, recréons du lien

Dans le domaine de la psychiatrie et de la précarité, il est crucial de recréer des liens entre le secteur social et le secteur de la santé mentale. Les ruptures de liens et les pathologies du lien constituent des enjeux majeurs auxquels il est impératif de répondre. Actuellement, le travail en réseau souffre d'un manque de formalisation, ce qui limite la mise en place de passerelles entre les différents acteurs malgré la complexité des problématiques.

Il est essentiel de mettre en place des plateformes communes favorisant la collaboration entre les secteurs et de renforcer la connaissance du réseau et des offres de soins, souvent insuffisantes. De plus, la stigmatisation des maladies psychiques et la diffusion d'informations erronées par les médias contribuent à un manque d'information et de formation, tant pour le grand public que pour les professionnels.

Pour répondre à ces défis, des réponses concrètes doivent être trouvées. Il est primordial d'accroître la sensibilisation en informant davantage les personnes, par le biais de campagnes telles que celle menée sur la schizophrénie. Il est également essentiel d'impliquer davantage les personnes concernées en favorisant leur autonomie et en les renforçant (empowerment). La formation du public et des professionnels joue également un rôle clé pour déconstruire les préjugés et favoriser une meilleure compréhension des troubles mentaux.

Il est déjà difficile d'accepter que l'on ait un problème de santé mentale ; pour les personnes sans-abri, ce processus est souvent encore plus long. Il est donc primordial de considérer l'être humain dans sa globalité et de prendre en compte sa réalité spécifique. Une connaissance approfondie du réseau et une compréhension des limites de chaque acteur sont indispensables pour intégrer au mieux la personne dans un parcours de soins adapté.

Il est impératif de développer davantage de réseaux et d'adopter une approche proactive envers les personnes en situation de précarité, plutôt que d'attendre qu'elles sollicitent elles-mêmes de l'aide. La coordination entre les différents acteurs est essentielle pour assurer une prise en charge cohérente et complète. Il est également crucial de briser les barrières entre les services, car une solution standard ne convient pas à tous. Une approche envisageable serait de permettre au personnel de différentes structures de

s'immerger temporairement dans un autre secteur, favorisant ainsi une meilleure compréhension des défis spécifiques à chaque domaine et encourageant une approche plus holistique de la personne.

La prise en charge de la santé mentale et la prise en charge sociale doivent être étroitement liées. Cependant, elles sont souvent cloisonnées dans leurs propres secteurs respectifs, ce qui entraîne une incompréhension mutuelle et une communication insuffisante, nuisant à la cohérence du traitement. Il est nécessaire de créer davantage de passerelles, non seulement entre secteurs, mais également au niveau ministériel, afin de favoriser une collaboration renforcée et une approche globale pour relever ces défis.

Pour conclure, une citation du livre « Souffrance Psychique des sans-abris » de Alain Mercuel :

« Prendre soin, faire accéder aux soins, donner des soins... aux malades mentaux SDF est passionnant, (...) Finalement, peut-être que mon métier est simplement d'abattre des cloisons, de sensibiliser à la souffrance psychique et d'inciter à ne pas travailler seul mais à s'orienter et orienter les patients les plus démunis vers cet écheveau d'aidants. »

Ce qu'on peut faire :

- > Créer davantage de passerelles entre secteurs (social et santé mentale) et également au niveau ministériel ;
- > Mettre en place des plateformes communes favorisant la collaboration entre les secteurs ;
- > Renforcer les connaissances et la compréhension du personnel en ce qui concerne le réseau et les offres de soutien disponibles ;
- > Sensibiliser à la santé mentale par le biais de campagnes ;
- > Impliquer davantage les personnes concernées dans les différentes démarches en favorisant leur autonomie et en les renforçant ;
- > Former davantage le public et les professionnels pour déconstruire les préjugés et favoriser une meilleure compréhension des troubles mentaux ;
- > Développer davantage de réseaux et adopter une approche proactive envers les personnes en situation de précarité.



Mme Jill Terres

Psychologue – anthropologue médicale,
Croix-Rouge luxembourgeoise



Migratioun, psychësch Gesondheet an't Komplexitéit vun der prise en charge

Fournir un soutien en santé mentale aux migrants et aux réfugiés soulèvent de nombreux défis. Travailler avec des personnes issues de cultures très différentes met en évidence les disparités dans la perception culturelle de la santé et de la maladie entre ces deux réalités culturelles. Quand nous parlons de migration, nous parlons de personnes, de migrants, qui ont une perception de soi et du monde complètement différente; et celle-ci influence la compréhension de leur état de santé, des soins acceptés, des personnes considérées soignants...etc. Il s'agit un sujet très complexe, avec des questionnements comme par exemple : « quand suis-je malade, quand dois-je chercher de l'aide, qui a le droit de me soigner/guérir ? ».

Une approche ouverte vis-à-vis de l'autre, de son histoire, de son vécu et de sa manière de communiquer ses problèmes est essentielle dans ce soutien en santé mentale: d'autant plus important que le soigné et le soignant viennent de contextes culturels autres et n'ont donc pas de repères communs, mais des manières de communication, des images/métaphores et gestes totalement différents pour s'expliquer et se comprendre. La rencontre de différents mondes souligne la complexité de cette prise en charge en santé mentale et met en exergue la nécessité de non seulement se comprendre par la langue traduite ; une ouverture à ce que l'autre amène, en se laissant guider par un autre, en s'adaptant constamment à l'autre et à la situation est quasi une condition sine qua non dans ce travail. Par exemple, déclarer ses difficultés à dormir n'est souvent pas une simple déclaration de cette problématique, mais est souvent raconté dans un vécu complexe, vécu qui nécessite une approche très ouverte et souple envers l'expérience de cette personne.

La langue et l'interprétation jouent donc un rôle crucial dans ces échanges et en exposent toute la complexité de ce travail à trois : personne en souffrance psychique, l'interprète et l'intervenant. Le travail de traduction ou d'interprétation culturelle (l'un n'est pas nécessairement l'autre) fait partie intégrante de la prise en charge en santé mentale. La compréhension mutuelle des trois parties est primordiale.

Les interprètes ne peuvent pas toujours fidèlement traduire mot par mot en raison des différences culturelles concernant la perception de soutien en santé mentale ou même l'inexistence tout court du mot « santé mentale » dans certaines cultures ; ceci demande une traduction non de mots mais d'un concept culturel très spécifique à un autre. Par exemple, parler de pensées suicidaires est un sujet très difficile parsemé de nombreuses barrières culturelles quant à parler de la mort, de la mort par le suicide. Très souvent ce n'est culturellement pas acceptable de parler de suicide, ce qui rend l'interprétation des pensées suicidaires difficile et très délicate. L'interprète doit trouver les mots justes, la manière culturelle acceptée et adéquate tout en restant très claire et précis dans sa traduction pour co-assurer une prise en charge; ceci est un travail difficile, parfois, particulièrement éprouvant pour un interprète issu de la même culture que la personne pour qui il traduit. S'y ajoutent des différences dialectales importantes dans la même langue entre interprète et soigné.

Le parcours des migrants vers le Luxembourg est un parcours souvent dans l'espoir d'une nouvelle vie, espoir qui se confronte à une multitude de réalités différentes, une multitude de pertes, une multitude d'inconnues une fois arrivés dans le pays d'accueil. Malgré ces difficultés, force est de constater que les personnes en migrations ont une résilience impressionnante : elles disposent de ressources, de connaissances et de forces personnelles pour surmonter les obstacles et prendre les mesures nécessaires à poursuivre leur chemin de vie. A nous intervenants en santé mentale d'honorer, de valoriser et surtout d'activer les ressources et capacités de chaque personne en souffrance psychique dans le contexte de sa migration.



Dr Mark Ritzen

Psychiatre, directeur général et médical, Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique au Luxembourg (CHNP)



Patients im Obdachlosenmilieu: eine Herausforderung für die Psychiatrie

Les soins psychiatriques pour les patients sans-abri :

Dr Ritzen est directeur général et médical de la Rehaklinik, qui offrait régulièrement des consultations psychiatriques au Centre Ulysse. Il constate une prévalence élevée de maladies psychiatriques parmi les résidents, notamment des troubles psychotiques graves, des troubles du spectre autistique, des troubles de la personnalité, toutes formes d'addiction et des problématiques sociales ainsi que souvent des maladies physiques associées.

A titre d'exemple, celui de Sonia, une patiente âgée d'environ 21 ans. Elle présente des difficultés d'attention, des troubles de l'humeur et une faible estime de soi. Le contexte familial de Sonia est marqué par des conflits fréquents, en particulier en raison de la dépendance alcoolique de son père. A l'âge de 18 ans, Sonia a commencé à développer des symptômes de psychose schizophrénique tels que des troubles de l'humeur, de l'anxiété et des hallucinations auditives.

Au fil du temps, ses symptômes se sont intensifiés, entraînant des comportements étranges et une détérioration de sa santé mentale et physique. Elle a également augmenté sa consommation de substances telles que le cannabis, l'alcool et les cigarettes. La situation familiale s'est détériorée, avec de fréquentes disputes. Incapable de maintenir le lien avec ses parents, Sonia a finalement quitté le domicile familial et s'est retrouvée sans-abri, confrontée à une schizophrénie non traitée. Elle a essayé de survivre au jour le jour en mendiant et en commettant des petits vols.

Dans le cas de Sonia, nous avons affaire à quelqu'un qui est déconnecté de sa famille, de la société et même de soi-même. Elle n'était pas consciente de sa maladie et avait perdu tout espoir et tout but dans la vie. Après quelques mois dans la rue, Sonia a été hospitalisée car elle présentait des risques aigus. Une fois stabilisée, Sonia est sortie de l'hôpital et est malheureusement retournée vivre dans la rue.

Un problème majeur est que les patients développent une méfiance considérable envers la société et les hôpitaux, ce qui est compréhensible dans une certaine mesure. Leur premier contact avec les hôpitaux se fait souvent de manière coercitive, car ils ne sont plus acceptés chez eux parce qu'ils représentent un risque pour eux-mêmes et pour les autres. De plus, il est parfois difficile de prendre en charge ces patients sur le long terme à l'hôpital, car ils souhaitent souvent en sortir le plus vite possible. Lorsque le risque aigu pour eux-mêmes ou pour les autres disparaît, il est difficile

de justifier leur maintien en hospitalisation. Par conséquent, les hospitalisations sont souvent courtes et ne répondent pas pleinement à la complexité et à la durée des problèmes auxquels ces patients font face.

Il est donc essentiel de développer de nouveaux modèles de soins en collaboration avec le réseau existant. Le réseau comprend des organisations comme Caritas, les associations à but non lucratif (a.s.b.l), les praticiens généralistes, ainsi que les hôpitaux. Des modèles éprouvés à l'étranger comme le « Flexible Assertive Community Treatment » (FACT) aux Pays-Bas et au Royaume-Uni, pourraient être adoptés. Ces modèles impliquent une équipe multidisciplinaire composée d'un psychiatre, d'un psychologue, d'un(e) travailleur(se) social(e), d'un coach professionnel, d'une infirmière et parfois d'une personne ayant elle-même été malade ou d'un membre de la famille d'un patient. Le concept développé par ces équipes consiste à s'adapter aux besoins du patient en termes de qualité et d'intensité du traitement.

Offrir aux patients nécessitant des soins intensifs une perspective durable de réintégration sociale est primordial. Les modèles de soins alternatifs peuvent contribuer à cette approche, et il convient d'explorer ces possibilités en tenant compte des ressources disponibles. Cela pourrait inclure des lits temporaires, des consultations ambulatoires, des emplois protégés et des logements encadrés. Une discussion approfondie sur le financement et la collaboration entre les différents acteurs du système de soins est nécessaire pour mettre en place ces modèles et offrir aux patients l'espoir d'une vie meilleure à long terme.

Ce qu'on peut faire :

- > Offrir aux patients nécessitant des soins intensifs une perspective durable de réintégration sociale à travers des modèles multidisciplinaires de soins en lien avec le réseau existant.



Dr Menachem Amitai

Médecin et psychologue

De la théorie à la réalité



Tout au long de ma carrière en tant que psychologue, j'ai pu observer une corrélation évidente entre pauvreté et maladie. Les études de cas qui suivent portent sur deux patients avec lesquels j'ai travaillé. La première parle d'un homme (Patient A) pour qui la pauvreté a été la cause de sa maladie. La deuxième parle d'une femme (Patient B) qui est devenue pauvre en raison de sa maladie. Dans les deux cas, la maladie et la pauvreté étaient étroitement liées.

Le Patient A est un homme âgé de 75 ans qui est venu en thérapie pour une dépression. Il avait précédemment suivi une thérapie de groupe qui n'avait rien donné parce qu'il avait gardé le silence pendant toute la thérapie. Il est né juste après la deuxième guerre mondiale, troisième enfant d'une famille dont le père était chroniquement et gravement malade et ne pouvait pas travailler. La mère devait aller travailler pour s'occuper de ses trois enfants. Elle n'avait pas le temps, et n'avait pas non plus l'envie, de s'occuper de ses enfants. En grandissant dans ce contexte, le patient A s'est construit avec l'idée que pour être accepté, il fallait se taire. Il n'était pas du tout question d'une relation chaleureuse, d'une relation de proximité. Il a appris à se taire pour qu'on puisse le supporter. Le patient A est resté en thérapie pendant presque sept ans. Les premiers mois, il venait, s'asseyait et se taisait. Toutes les astuces stratégiques pour le faire parler ont échoué, le patient A continuait à se taire. Malgré son silence, il tenait à rester en thérapie car cela était important pour lui. Le traitement a duré très longtemps et ce n'est que récemment que le patient A a appris, tout doucement, à parler. Aujourd'hui, il est capable de parler en thérapie pendant environ dix à vingt minutes sur une heure au total. Dans son cas, il est évident que la situation de pauvreté dans laquelle il a vécu durant son enfance a entraîné des problèmes de santé mentale tout au long de sa vie d'adulte.

Le Patient B est une femme âgée de 77 ans, qui est psychologue. Sa mère a été violée par un soldat russe et c'est ainsi que la femme est née. Elle a été élevée comme une étrangère dans sa famille. À l'âge de six ans, une voiture a renversé et tué son petit frère, dont elle avait la charge au moment des faits. On lui a reproché d'être responsable de sa mort et elle a porté cette responsabilité. Elle a cru qu'elle était

coupable et qu'elle n'avait pas le droit de recevoir de biens ou de cadeaux. Malgré les difficultés qu'elle a rencontrées dans son enfance, le patient B a obtenu son diplôme de fin d'études secondaires et est devenue psychologue. Elle était une bonne psychologue, elle gagnait bien sa vie et elle a fondé un institut de psychologie dans une petite ville d'Allemagne. Malgré sa situation, elle n'était pas capable de gérer et de conserver son argent. Son passé difficile l'a fait sombrer dans une dépression. C'est ainsi qu'elle a été mariée deux fois à des hommes qui l'ont exploitée et s'est appauvrie. À la suite du décès de sa fille cadette d'un cancer du sein à l'âge de 38 ans, le patient B a finalement décidé de venir en thérapie. En raison de sa dépression, elle avait l'impression d'être responsable de la mort de sa fille. La thérapie a été très difficile, surtout parce qu'elle a débuté au moment où la pandémie s'est déclarée. Mais malgré cela, à travers ce travail, le patient B a compris qu'elle n'était pas responsable de tout. Elle a pu surmonter sa dépression et, à 77 ans, elle a pu reprendre le travail. Dans le cas de la patiente B, il est évident que la dépression qu'elle a développé en raison de son enfance difficile l'a rendue pauvre à l'âge adulte.



Dr Patrick Theisen

Médecin spécialiste en pédiatrie

Quo vadis - Wou geet d'Entwécklung vun eise Kanner hinn?



La pauvreté au Luxembourg a un impact considérable sur le bien-être et la santé des enfants. Le statut socio-économique des familles joue un rôle déterminant dans la santé des enfants. Ceux issus de familles pauvres rencontrent fréquemment des difficultés et des problèmes de santé dès leur naissance. Les enfants qui grandissent dans des milieux socialement et économiquement défavorisés sont plus susceptibles de souffrir de maladies chroniques comme p.ex. le diabète Type 2 ou encore une hypertension artérielle.

Selon le rapport « Équité entre les enfants » de UNICEF, le Luxembourg se trouve à la 9^{ème} place sur un total de 41 pays, avec un écart de revenu relatif de 41,21%. C'est à dire que le revenu du foyer d'un enfant appartenant aux derniers 10% est de 41,21% plus faible que celui d'un enfant situé au milieu de l'échelle de distribution des revenus (la médiane). Ce chiffre tient compte des prestations sociales sans lesquelles, l'écart serait de 61,3%.

Le taux de pauvreté parmi les enfants au Luxembourg est de 13%, s'il est mesuré en pourcentage d'enfants vivants dans des ménages dont les revenus s'élèvent à moins de 50% du revenu médian. L'indicateur européen mesure la pauvreté des enfants comme la proportion d'enfants qui vivent dans un ménage dont le revenu est inférieur à 60 % du revenu médian. Selon cet indicateur, 25% des enfants de moins de 18 ans vivent en pauvreté au Luxembourg. Ce taux de pauvreté de 25% est supérieur à celui des adultes qui est de 16%. Et pourtant, le Luxembourg a le revenu médian le plus élevé de l'UE.

Malheureusement, les inégalités ne cessent de croître au Luxembourg, ce qui entraîne une augmentation régulière du nombre d'enfants confrontés à des troubles du développement et à des difficultés surtout scolaires. Cette tendance inquiétante peut s'expliquer par plusieurs facteurs.

Tout d'abord, la consommation de substances nocives telles que le tabac et l'alcool plus fréquente au sein de ces familles contribue à aggraver les problèmes de santé des enfants. Les enfants de mère alcoolique peuvent naître avec une embryopathie alcoolique associée à une dysmorphie, les enfants de mère toxicomane peuvent présenter un syndrome d'abstinence à la naissance nécessitant parfois des soins

intensifs. Les enfants vivant avec des parents alcooliques et toxicomanes sont plus fréquemment exposés à des épisodes de violence, de négligence, d'abandon émotionnel.

De nombreuses études ont montré que l'obésité est en relation étroite avec le niveau social. Les familles à faible revenu ont souvent un accès limité à une alimentation saine et équilibrée, principalement en raison du coût plus élevé des produits alimentaires sains. Souvent également, l'accès tant matériel que cognitif au matériel d'information sur les habitudes de vie saines est difficile, voire impossible.

Parallèlement, les enfants vivant dans des familles défavorisées ont souvent un accès limité aux ressources nécessaires à leur développement. Les conditions de vie précaires et les logements confinés entravent leur épanouissement. Les quartiers défavorisés sont souvent caractérisés par une circulation dense et une mauvaise qualité de l'air. Les enfants y sont moins actifs et se retrouvent fréquemment seuls à la maison en raison du fait que leurs parents travaillent à temps plein. De plus, ils sont très souvent exposés aux médias, ce qui peut avoir un impact négatif sur leur développement psychomoteur et entraîne très souvent un retard de développement du langage. Il y a peu d'aides réellement ciblées aux besoins et compétences de ces familles pour mieux assumer leur rôle de parents.

De plus en plus d'enfants rencontrent des difficultés scolaires. Il est bien connu que de plus en plus d'enfants ont des problèmes d'apprentissage.

Les enfants issus de familles défavorisées sont souvent placés dès leur plus jeune âge dans des structures d'accueil telles que les maisons relais, car leurs parents doivent travailler de longues journées. Cela peut entraîner des troubles du sommeil chez les enfants qui doivent se lever tôt le matin. De plus, le fait de passer toute la journée dans une maison relais ou une crèche, expose les enfants à un niveau élevé de stimulations acoustiques et visuelles, ce qui peut les rendre nerveux et les exposer à une surstimulation dès leurs premiers mois. De même, les pédiatres sont de plus en plus confrontés à des problèmes d'inattention, manque de concentration et d'hyperactivité.

Les conséquences de la pauvreté se manifestent également dans le système de soins de santé. Les familles défavorisées sont souvent mal informées des aides existantes, comme la prime pour les consultations médicales des enfants. Dr Theisen souligne également l'existence d'inégalités dans les crèches. Il a l'impression que les enfants de ces familles sont renvoyés plus rapidement à la maison en cas de maladie mineure ce qui a des conséquences supplémentaires pour les parents, qui doivent s'absenter de leur travail pour des soucis de santé minimes.

On connaît bien l'importance cruciale des 1000 premiers jours de vie pour le développement futur d'un enfant. Les pédiatres se posent souvent la question des raisons pour lesquelles on confie les enfants de 0-3 ans en grande partie à des structures privées basées sur un système commercial. Ne serait-ce pas plutôt à l'Etat de prendre ses responsabilités ?

Malheureusement les enfants n'ont pas de Lobby !

Il est crucial de reconnaître que les enfants ne peuvent pas faire pression politique ou voter, c'est pourquoi il incombe à la société et aux décideurs politiques de veiller à ce que les enfants défavorisés reçoivent le soutien et les opportunités dont ils ont besoin pour s'épanouir et atteindre leur plein potentiel.

Ce qu'on peut faire :

- > Renforcer les collaborations étroites et cohérentes entre les différents secteurs. Avoir un guichet unique, par exemple, auquel les professionnels pourraient s'adresser en cas de situation de risque ;
- > Les responsables politiques doivent :
 - prendre conscience des besoins spécifiques des familles pauvres ou nécessiteuses, se rendre compte de leur responsabilité dans la lutte contre la pauvreté ;
 - garantir l'accès à la santé pour tous, qui comprend des soins sociaux médicaux adéquats aux besoins des enfants et de leurs parents, mais comprend aussi la création de conditions suffisantes pour une vie en bonne santé : travail-logement-ressources suffisantes, environnement sain ;
 - se rendre compte que l'enfance commence à l'âge 0.



M. Gilbert Pregno

Psychologue, président de la Commission Consultative des Droits de l'Homme (CCDH)

Kanner di stéieren, gestéiert Kanner

L'enfance, la santé et la pauvreté sont des préoccupations majeures dans notre société. Elles peuvent impacter le développement des enfants et plus particulièrement l'affaiblissement des liens entre les enfants et leurs parents. Ces liens sont constitutifs de la construction de la personnalité et méritent une attention particulière. Force est de constater que l'éducation ne figure plus comme priorité pour de nombreux parents.

La politique quant à elle favorise ce désintérêt : elle porte une attention particulière à tout ce qui touche les enfants qui fréquentent une école et néglige par conséquent la plupart des problèmes auxquels les petits enfants sont confrontés. Cela explique pour une large part pourquoi il faut attendre que l'enfant ait 4 ou 5 ans, voire plus tard lors de son passage dans le fondamental, pour qu'il fasse l'objet d'une attention pour les troubles de comportement et les retards d'apprentissage qu'il manifeste : tant leur gravité et leur fréquence tendent à augmenter depuis quelques années et c'est là un sujet de grandes préoccupations. En simplifiant, l'on peut prétendre que pour pouvoir bénéficier d'une aide, il faut attendre que l'enfant soit scolarisé. Il y a néanmoins une tendance depuis quelques années qui montre que des enfants plus jeunes font l'objet d'une prise en charge dans la mesure où ils sont nombreux à fréquenter des structures extra familiales et bénéficient de l'éducation non-formelle. Mais cela reste fort aléatoire. De façon générale, nous observons que pour le monde politique, la notion d'enfance ne recouvre pas l'intégralité de la période qui va de la naissance jusqu'à l'âge de la majorité. Des efforts devront être faits à l'avenir et il est recommandé de créer un ministère de l'Enfance et de l'Adolescence pour consacrer une vision holistique de l'enfance. Il est essentiel de reconnaître l'importance de l'éducation et de l'apprentissage dès la naissance et dans la petite enfance. La construction de liens est primordiale pour permettre aux enfants de développer des relations solides et de découvrir le monde qui les entoure. Des cours pour des « parents en devenir » doivent être intégrés dans les mesures de prévention, tout comme cela est prôné depuis deux décennies par l'École des parents de la Fondation Kannerschlass.

Nous constatons par ailleurs un nombre impressionnant de structures d'aide, aux missions souvent peu claires, qui ne sont pas coordonnées entre elles et qui sont souvent en concurrence : cela explique aussi pourquoi il y a de nombreuses ruptures de prise en charge dont on fait porter la responsabilité aux parents. Une étude récente a permis de mettre en évidence qu'en moyenne il faut compter dix mois entre le signalement d'un enfant-élève en difficulté et la mise en place d'un accompagnement. Des constats allant dans le même sens avaient déjà été faits il y a plus de dix ans dans une étude sur la santé mentale des enfants, commanditée par le ministère de la Santé mais dont on n'a jamais vu les suites. Dans cette étude, une relation avait aussi été établie entre les déficits des prises en charge et le nombre frappant de signalements qui étaient faits au tribunal de la Jeunesse. Il faut souligner que nos lois sur la protection judiciaire des enfants n'ont guère évolué : 30 ans après la ratification du Luxembourg de la Convention des droits des enfants, nos lois sont restées figées dans des philosophies datant des années 80.

Il est clair que les insuffisances dont il est question touchent avant tout des familles et des jeunes issus de milieux marginalisés et précarisés.

Ce qu'on peut faire :

- > Créer un ministère de l'Enfance et de l'Adolescence dédié à une vision holistique de l'enfance ;
- > Intégrer des cours de « parents en devenir » dans les mesures de prévention (ex. l'École des parents de la Fondation Kannerschlass) ;
- > Reconnaître l'importance de l'éducation et de l'apprentissage dès la naissance et la petite enfance.



M. Robert Kirsch

Psychopédagogue, Asbl. Wheels up – Hëllef fir psychesch krank Kanner



Illettrismus zu Lëtzebuerg trotz Schoulausbildung?

La pauvreté a de multiples visages. Un des visages les moins connus est l'illettrisme. Qu'est-ce qu'on entend par ce terme ? Alors que l'analphabétisme désigne la situation de personnes n'ayant pas eu l'occasion de fréquenter l'école et de bénéficier d'une éducation de base, l'illettrisme, quant à lui, désigne la réalité de personnes adultes ayant fréquenté l'école pendant au moins la scolarité obligatoire, mais n'ayant pas réussi à développer suffisamment de compétences en lecture et en écriture pour se débrouiller au quotidien, en tant que citoyen, en tant que parent, en tant que salarié, etc.

Il n'existe guère d'études sur la situation des personnes illettrées au Luxembourg. Dans nos pays voisins ou en Suisse, on estime qu'entre 3 et 7% des personnes adultes n'ont pas les compétences élémentaires en lecture et en écriture. Mais attention, dès que l'on inclut les personnes ayant des compétences très faibles, on atteint rapidement des taux de prévalence de 15 à 20%. Les personnes qui ont des compétences très faibles en lecture et en écriture peuvent certes écrire leur nom ou lire des mots isolés mais elles ne sont pas capables – sans aide extérieure – d'exécuter des tâches quotidiennes, telles que faire un virement bancaire, lire l'horaire d'une ligne de bus, remplir correctement un bulletin de vote, etc.

Les personnes illettrées se sentent bien souvent délaissées par la société. Elles éprouvent des sentiments de honte et de culpabilité par rapport à leur situation. Elles ont une image très négative de leurs capacités, même si la situation varie beaucoup en fonction de l'environnement social.

La digitalisation est en train d'exacerber dramatiquement la situation des personnes illettrées. La dématérialisation des services apporte tout un lot de difficultés quasiment insurmontables pour celles et ceux qui ne savent pas bien lire et écrire. Si l'on ne peut plus avoir accès à des services essentiels de la vie quotidienne par téléphone ou en se rendant dans un guichet unique, l'autonomie de nombreuses personnes et leur participation à la vie en société est entravée.

Je plaide pour des actions concrètes afin d'éviter que la digitalisation ne provoque « une mise en incapacité » des personnes illettrées :

1. Le Luxembourg doit participer à des études scientifiques afin de mesurer le phénomène de l'illettrisme.
2. Les services publics et d'autres services essentiels (banque, assurance, ...) doivent rester joignables par téléphone ou via un guichet.

3. Les efforts entrepris ces dernières années afin de soutenir les élèves avec des difficultés, voire des troubles d'apprentissage, à l'école doivent continuer. L'élève doit être au centre des apprentissages, pas le programme ou l'enseignant.
4. Il faut créer de nouvelles offres afin d'aider les personnes illettrées à se former en lecture ou en écriture. Cela passe par des offres destinées à des publics cibles précis : p.ex. parents ou salariés.
5. Il faut également soutenir les personnes qui n'ont plus les moyens d'atteindre un niveau suffisant en lecture et en écriture afin qu'elles puissent participer à la vie en société. P.ex. en développant le concept des « écrivains publics » au Luxembourg et en généralisant leur mise en place.

La pauvreté a de multiples visages. Ne pas pouvoir participer à la vie en société par manque de compétence en lecture et en écriture en est un. Il y a des moyens pour aider ces personnes, pour éviter leur décrochage. Alors, faisons le nécessaire car toute notre société en profitera.

Ce qu'on peut faire :

- > Participer à des études afin de mesurer le phénomène de l'illettrisme ;
- > Assurer que les services publics et d'autres services essentiels (banque, assurance, ...) restent joignables par téléphone ou via un guichet ;
- > Continuer les efforts pour soutenir les élèves avec des difficultés, voire des troubles d'apprentissage à l'école ;
- > S'assurer que l'élève est au cœur des apprentissages ;
- > Créer de nouvelles offres afin d'aider les personnes illettrées à se former en lecture ou en écriture ;
- > Soutenir les personnes qui n'ont pas/plus les moyens d'atteindre un niveau suffisant en lecture et en écriture afin qu'elles puissent participer à la vie en société. P.ex. en développant le concept des « écrivains publics » au Luxembourg.



Mme Petra Böwen

Vice Présidente de l'Association Nationale des Communautés Educatives et Sociales asbl (ANCES) et consultante



Aarmutsbekämpfung: Suen eleng gi net duer

Depuis 2010, première année européenne de lutte contre la pauvreté, des termes tels que « lutte contre la pauvreté » et « cohésion sociale » sont sur toutes les lèvres. Jamais autant d'argent n'a été investi dans la politique sociale au Luxembourg qu'aujourd'hui. Et pourtant, malgré cela, le risque de pauvreté ne cesse d'augmenter, l'écart entre les riches et les pauvres se creuse de plus en plus, les inégalités en matière d'éducation s'accroissent, de plus en plus de professionnels tombent malades et la politique s'éloigne de plus en plus de la société. Pourquoi toutes les actions de lutte contre la pauvreté ne parviennent-elles pas à éliminer totalement la pauvreté ? Pourquoi tant de personnes vont-elles encore si mal ? Pourquoi y a-t-il parfois même des régressions ?

La loi sur le revenu minimum garanti (RMG), maintenant appelé REVIS, qui est entrée en vigueur en 1986, était à l'époque la loi sur l'aide sociale la plus progressiste de toute l'Europe. En plus de garantir l'anonymat et le droit d'intenter une action en justice, ce changement de paradigme, passant d'un simple soutien financier souvent arbitraire à une aide active à l'intégration sociale et professionnelle par le biais d'une assistance sur mesure spécifique à chaque groupe cible, a offert à de nombreuses personnes la possibilité de sortir de l'aide sociale et de se construire un avenir autonome, libérées de la honte et sans dettes. La focalisation sur le travail comme seul instrument d'intégration pour tous les groupes cibles, qui s'est également reflétée dans les mesures d'aide sociale depuis le tournant du millénaire, a atteint son apogée en 2019 avec la réforme de la nouvelle loi REVIS : la responsabilité du profilage ne relève plus du ministère de la Famille, mais a été transférée au ministère du Travail.

Cela peut être acceptable pour la fraction des bénéficiaires de l'aide sociale capables de travailler, mais qu'en est-il des aides et mesures spécifiques pour tous les autres groupes cibles qui ne sont pas disponibles sur le marché du travail, soit parce qu'ils n'y ont pas encore accès, soit parce qu'ils

n'y auront jamais accès ? Que propose-t-on pour les enfants, les jeunes, les monoparentaux ? Le REVIS n'est pas non plus gratuit. Les hypothèques sur les biens immobiliers et l'absence de mesures appropriées font en sorte que ces personnes s'endettent de plus en plus, sans faute de leur part, et demeurent dépendantes de l'aide de l'État et stigmatisées, ainsi que leurs enfants, sur plusieurs générations.

Les rapports de recherche confirment depuis longtemps qu'en plus des ressources financières, ce sont surtout des professionnels qualifiés et compétents sur le plan personnel qui peuvent aider dans ce domaine. Malheureusement, le travail social est de plus en plus fragmenté et bureaucratique au Luxembourg, ce qui rend une aide globale et durable impossible. Il est rare que le professionnel puisse traiter l'ensemble d'un dossier. Cette façon de travailler n'est pas efficace, peut aggraver les situations et fait souffrir de nombreux(ses) travailleurs(es) sociaux(ales).

La situation précaire sur le marché du travail et dans la formation aggrave souvent la situation pour les personnes concernées et les professionnels. Sommes-nous en train de passer d'un généraliste holistique à un spécialiste sans vision d'ensemble ? La théorie est-elle plus importante que la pratique ? Il manque des milliers de professionnels qualifiés à tous les niveaux de qualification dans le domaine du travail social et éducatif, les formations sont raccourcies (éducateur) ou supprimées sans raison valable, alors qu'il y a des longues listes d'attentes de candidats (uni.lu).

La politique est-elle encore le reflet de la société ou est-elle isolée dans une tour d'ivoire ? La question de la pauvreté et de la lutte contre la pauvreté concerne l'ensemble de la société, « du berceau à la tombe », et donc (presque) tous les ministères. Où est la coordination interministérielle ? Le fait que différentes professions et couches sociales ne soient plus représentées au sein de la Chambre des Députés est un facteur aggravant.

Que pouvons-nous faire ?

Premièrement, en tant que l'un des pays les plus riches au monde : faire de la pauvreté une priorité politique et investir encore davantage de ressources financières et humaines dans la politique sociale, de manière à ce qu'elle puisse avoir un impact plus important dans la lutte contre la pauvreté.

Dans le domaine de l'aide sociale, nous avons besoin d'un accompagnement global, comme par exemple, un guichet unique au niveau local (communal) avec un gestionnaire de cas (case manager) capable de travailler de manière globale, moins bureaucratique et autonome.

Dans le domaine de la formation, nous avons besoin d'un cadre national de qualification uniforme pour le travail social et éducatif, sous la coordination interministérielle, comme l'a récemment recommandé l'OCDE pour la formation continue.

Il serait également utile que la Chambre des Députés retrouve des représentants plus diversifiés de la société afin de promouvoir une politique qui favorise la cohésion sociale et permet ainsi de lutter plus efficacement contre la pauvreté ; en participant par exemple à des programmes tels que SâiteWiessel.lu, où les participants sortent de leur zone de confort et plongent dans d'autres réalités de vie.

Lorsque le cœur et l'esprit sont de la partie, il y a toujours un gain.

Ce qu'on peut faire :

- > Faire de la lutte contre la pauvreté une priorité politique et investir encore davantage de ressources financières et humaines dans la politique sociale ;
- > Mettre en place un accompagnement global, comme un guichet unique au niveau local avec un gestionnaire de cas ;
- > Mettre en place un cadre national de qualification uniforme pour le travail social et éducatif, sous la coordination interministérielle ;
- > Promouvoir plus de diversification auprès des représentants dans la Chambre des Députés afin de favoriser la cohésion sociale.



Mme Nadine Medinger

Directrice des services sociaux et de soins, Tricentenaire

La situation de handicap et la pauvreté

La situation des personnes en situation de handicap au Luxembourg est marquée par de nombreux défis et inégalités. Sur le plan mondial, 15% de la population mondiale vit avec un handicap et fait face à des disparités socio-économiques par rapport au reste de la population. En fait, l'intersection entre le handicap et la pauvreté est une réalité préoccupante au niveau mondial. D'une part, la pauvreté accroît le risque de handicap, que ce soit par la malnutrition, le manque d'accès à une eau propre ou les conditions de travail dangereuses. D'autre part, le handicap aggrave les risques de pauvreté en réduisant les opportunités d'accès à l'éducation et à l'emploi. Pourtant, le coût de la vie est plus élevé pour une personne en situation de handicap.

La situation financière des personnes en situation de handicap au Luxembourg est complexe. Il existe d'un côté le revenu pour personnes gravement handicapées (RGPH) qui vise à apporter un soutien financier spécifique aux personnes gravement handicapées qui n'ont pas la capacité de travailler. D'un autre côté, il est possible d'obtenir le statut de salarié en situation de handicap. Cependant, la démarche pour obtenir ce statut est déjà compliquée, peu « accessible » en termes de langage compréhensible à la lecture et l'obtention de ce statut peut prendre un certain temps. Une fois que le statut est obtenu, il peut néanmoins persister un accès limité au marché du travail. La recherche d'emploi sur le marché de travail dit « ordinaire » est un défi, car de nombreux employeurs sont rebutés par la situation de handicap du futur salarié. Les ateliers d'inclusion facilitent l'accès à l'emploi en tant que salarié en situation de handicap, mais ceux-ci ont des listes d'attente conséquentes. Une fois qu'un salarié en situation de handicap est inséré dans un atelier d'inclusion, il peut être difficile de faire la transition vers le marché du travail ordinaire.

Le statut de salarié en situation de handicap soulève des questions d'égalité. Les possibilités réelles d'accès au marché du travail sont remises en question et les quotas d'engagement de salariés handicapés ne sont pas toujours respectés par les employeurs. Il existe des craintes liées à l'embauche de personnes en situation de handicap. 35% des chômeurs de longue durée ont soit une moindre employabilité, soit présentent un handicap. Encourager les employeurs à embaucher davantage de personnes en situation de handicap est un défi majeur. Des questions d'inclusion se posent déjà dès l'éducation et la formation, car les personnes en situation de handicap n'ont pas toujours



accès aux mêmes écoles, diplômes et conditions d'études. Ainsi, le statut de salarié en situation de handicap présente des perspectives limitées en termes de formation, d'accès à des diplômes et à des métiers bien rémunérés, ainsi qu'une stagnation de revenus. Cela engendre des risques de pauvreté, avec des revenus modestes qui entraînent à leur tour des difficultés financières, en particulier pour l'accès au logement. L'accessibilité et l'inclusion dans le logement sont en effet des défis importants. Les personnes en situation de handicap peuvent nécessiter des aménagements spécifiques, ce qui entraîne des coûts supplémentaires. De plus, l'accès aux activités de loisirs, à la culture, aux sports et aux vacances peut être limité en raison du coût et de l'accessibilité et risque par conséquent de limiter encore plus la pleine participation sociale.

Les dépenses de santé liées à la situation de handicap sont également un facteur de risque de pauvreté. Les suivis médicaux réguliers peuvent être nombreux et ne pas être tous compensés par les 6 jours de congé supplémentaires accordés aux salariés en situation de handicap. Certaines consultations sont coûteuses (orthopédie, soutien psychologique, etc.), et représentent une charge financière importante.

Dans l'ensemble, le statut des personnes en situation de handicap au Luxembourg est marqué par certaines inégalités socio-économiques, des difficultés d'accès à l'emploi, des revenus modestes et des dépenses importantes liées à leur situation de handicap. Il est essentiel de continuer à mettre en place des mesures pour promouvoir l'inclusion, garantir l'égalité des chances sur le marché de travail et offrir un soutien financier adéquat afin de lutter contre la pauvreté et permettre une pleine participation sociale des personnes en situation de handicap.

Ce qu'on peut faire :

- > Continuer à mettre en place des mesures pour promouvoir l'inclusion, garantir l'égalité des chances sur le marché de travail et offrir un soutien financier adéquat des personnes en situation de handicap ;
- > S'assurer que les quotas d'engagement de salariés handicapés soient respectés par les employeurs.



M. Francesco Sarracino

Head of Unit Well-being and Entrepreneurship, Research Division, STATEC

Making sustainability work

Mener une vie heureuse et satisfaisante ne doit pas nuire à la planète. Donner la priorité au bien-être dans les politiques publiques peut amorcer un cercle vertueux pour dissocier le bien-être de la consommation. Cela nous permettra de mener des vies satisfaisantes compatibles avec la durabilité sociale et environnementale dans des économies axées sur la créativité.

La croissance économique, qui consiste à intensifier la production et la consommation de biens et de services, est souvent considérée comme un signe de progrès et un moyen d'améliorer nos vies. Cependant, dans la réalité, de nombreux pays modernes ont connu une détérioration des conditions environnementales. Les études sur le bonheur indiquent qu'un changement est possible : une vie heureuse et satisfaisante ne doit pas nécessairement être préjudiciable à la planète.

Les émissions croissantes de CO₂, la consommation de matériaux, la perte de biodiversité, l'acidification des sols et des océans, ainsi que l'augmentation de la température de surface sont des signes clairs de l'insoutenabilité de notre modèle actuel de développement. Deux explications émergent : les individus sont soit réticents à sacrifier leur confort pour les générations futures, soit manquent de conscience de l'ampleur de la dégradation de l'environnement. Dans les deux cas, la responsabilité incombe aux individus, qui doivent être incités à adopter des pratiques durables. Cependant, cette approche s'est avérée inefficace, reflétée par le progrès limité en matière de développement durable ces dernières décennies, probablement en raison d'une incompréhension fondamentale des motivations des comportements non durables des individus.

Tout le monde est conscient de l'urgence environnementale, comme en témoigne un rapport du PNUD (Programme des Nations Unies pour le Développement) en 2021, révélant que plus de 60 % des personnes, qu'elles vivent dans des pays riches ou pauvres, reconnaissent l'urgence de la crise climatique. Parallèlement, l'érosion de la cohésion sociale dans les sociétés modernes est souvent négligée, avec une diminution de la confiance en autrui et dans les institutions, aux États-Unis depuis les années 1970, et plus récemment en Europe en ce qui concerne la confiance dans les parlements et les gouvernements nationaux depuis les années 1980.

Depuis le début des années 2000, la confiance dans les institutions européennes diminue. La crise de la démocratie joue un rôle important pour comprendre l'énigme de la non-durabilité. Cette méfiance envers les institutions publiques



chargées de coordonner les actions collectives entraîne finalement un manque de confiance dans notre capacité à collaborer et à résoudre les problèmes communs.

La non-durabilité découle de la prise de conscience de la détérioration environnementale et de l'impossibilité de coopération, conduisant à un paradoxe où plus les gens sont conscients, plus ils adoptent des comportements non-durables. Lorsque la coopération est impossible, les problèmes publics deviennent des opportunités pour les entreprises de prospérer, stimulant ainsi l'économie. Prenant, par exemple, l'augmentation du taux de criminalité. L'industrie promet de restaurer le sentiment de sécurité des citoyens en offrant aux individus une gamme d'options, des systèmes de sécurité de base à l'embauche de gardes privés. Cependant, les solutions individuelles pour se protéger entraînent des problèmes à plus grande échelle, alimentant la croissance économique tout en contribuant à la dégradation de l'environnement et à l'érosion des liens communautaires, créant ainsi un cycle vicieux de consommation privée motivée par la peur et l'insécurité.

Ce cercle vicieux crée une société où l'argent devient central, garantissant une certaine sécurité face à l'incertitude de l'avenir, car les possibilités d'action des individus dépendent de plus en plus de leurs ressources financières, rendant ainsi la croissance économique moins attrayante comme mesure du progrès.

La publicité renforce l'importance de l'argent en transmettant le message rassurant que le marché résoudra tous nos problèmes. Les enfants sont particulièrement vulnérables à ces messages et ceux qui sont exposés à une publicité excessive ont tendance à devenir plus matérialistes, moins heureux et éprouvent des difficultés relationnelles.

Les études sur le bonheur mettent en évidence une voie prometteuse : en accordant une priorité au bien-être grâce à des politiques favorisant le capital social, il est possible de réduire notre dépendance à la consommation excessive et de stimuler l'action collective, protégeant ainsi l'environnement tout en renforçant les liens sociaux. La recherche démontre que les personnes ayant une vie sociale épanouie sont plus heureuses, adoptent des comportements pro-environnementaux et sont moins enclines aux comparaisons sociales, favorisant ainsi la collaboration pour relever les défis communs.

Investir dans le bien-être génère des gains de productivité qui permettent de réduire les heures de travail sans compromettre la production économique. Une augmentation de la satisfaction de vie d'une unité en France ou en Allemagne

pourrait équivaloir à près de 80 heures de travail en termes de gains de productivité, ce qui permettrait de travailler collectivement deux semaines de moins chaque année. Des études montrent également qu'une augmentation de la satisfaction au travail est associée à une productivité supérieure de 5 %. Ces gains pourraient être utilisés pour raccourcir la semaine de travail, améliorer le bien-être et renforcer les liens sociaux, tout en maintenant la production économique, créant ainsi une économie socialement et environnementalement compatible.

En conclusion, la somme des solutions privées aux problèmes communs est à l'origine de la non-durabilité sociale et environnementale. Il est possible d'atteindre la durabilité si nous donnons aux individus le pouvoir d'agir pour protéger l'environnement. Une économie axée sur la créativité a le potentiel de soutenir le bien-être social et environnemental, même avec des taux de croissance faibles ou proches de zéro.

Que pouvons-nous faire ?

Entretenez des relations sociales avec des amis et des membres de votre famille que vous n'avez pas vus depuis un moment. Engagez-vous dans des activités communautaires et des projets collectifs pour améliorer votre environnement local.

Privilégiez la qualité de vie plutôt que la quantité de biens matériels en identifiant ce qui est vraiment essentiel à votre bonheur et en vous concentrant sur ces aspects, plutôt que de succomber à des désirs matériels insatiables. Encouragez des politiques publiques axées sur le bien-être en faisant pression sur vos représentants politiques pour qu'ils adoptent des mesures favorisant le bien-être social et environnemental au lieu de privilégier une croissance économique à tout prix.

Restreindre la publicité, en particulier celle destinée aux enfants et aux adolescents.

Encouragez les entreprises qui prennent en compte les aspects sociaux et environnementaux dans leurs pratiques commerciales. Choisissez des produits et des services durables qui respectent la planète. Éduquez-vous et informez les autres. Soyez conscient des enjeux sociaux et environnementaux et partagez vos connaissances avec les autres. Ensemble, nous pouvons créer un changement positif pour un avenir durable et satisfaisant.

Ce qu'on peut faire :

- > Accorder une priorité au bien-être grâce à des politiques favorisant le capital social, afin de réduire notre dépendance à la consommation excessive et de stimuler l'action collective, protégeant ainsi l'environnement tout en renforçant les liens sociaux ;
- > Investir davantage dans le bien-être afin de générer des gains de productivité qui permettent de réduire les heures de travail sans compromettre la production économique ;
- > Renforcer les relations sociales et créer un environnement où il est possible de s'engager dans des activités communautaires ;
- > Encourager des politiques publiques axées sur le bien-être ;
- > Soutenir les entreprises et les initiatives durables ;
- > Restreindre la publicité, en particulier celle destinée aux enfants et aux adolescents.

Un grand Merci à :

Nora Schleich, Laura Zuccoli, Yolande Koster, Marco Hoffmann, Georges Glod, Amélie Zeimet, Rachel Braun, Lynn Wolff, Hannah Lam, Eliane Silva, Gabriel Pichonnier, Elisabeth Adams, Stéphane Michon, Monia DiPillo, Caroline Theves, Nonna Sehovic, Ana-Luisa Teixeira, Vincent Guinot, Diogo Fernandes, Maurice Bauer, Ville de Luxembourg, Centre Jean XXIII, l'Archevêché de Luxembourg, Délice Végétal, Caritas Travail et Occupation, ASTI traduction, interprètes.lu, Lèt'z Refashion, Kurth.lu, Greenstorming.de

et tous les experts.

IMPRESSUM

Edité par Caritas Luxembourg :

en septembre 2023

Redaction : Carole Reckinger, Louise Kelly

Graphic harvesting : Yolande Koster

Crédits photos

Caritas Luxembourg, Kurth.lu, iStock, Creapixx

Layout : Hylights

Impression : Imprimerie Reka

Imprimé sur du papier recyclé

caritas

L U X E M B O U R G

29, rue Michel Welter
L-2730 Luxembourg
Tél.: +352 40 21 31 - 1
caritas@caritas.lu
www.caritas.lu

CCPL : IBAN LU34 1111 0000 2020 0000

