



03/08/09

RAP/Cha/LU/XII(2009)

CHARTRE SOCIALE EUROPEENNE

12^e Rapport national sur l'application de la
Charte Sociale européenne

soumis par

LE GOUVERNEMENT DU LUXEMBOURG

pour la période du 01/01/2005 – 31/12/2007

sur les articles 3, 11, 12, 13 et 14

Rapport enregistré au Secrétariat
entre le 30 juin 2009 et le 14 août 2009

CYCLE 2009

ARTICLE 3

DROIT A LA SECURITE ET A L'HYGIENE DANS LE TRAVAIL

Article 3

Pas d'éléments nouveaux à signaler

Réponses aux questions du comité des experts indépendants

1) Rayonnements ionisants

La Directive 96/29/Euratom a été transposée en droit national par le règlement grand-ducal du 14 décembre 2000 concernant la protection de la population contre les dangers résultant des rayonnements ionisants. Les doses maximales d'exposition sur le lieu de travail prévues par la réglementation luxembourgeoise en vigueur sont conformes à celles énoncées dans la directive susmentionnée.

Rappel des limites de dose en vigueur au Luxembourg – pour information

a) Limites de dose pour les personnes du public

Les limites d'irradiation pour les personnes du public à partir d'effluents radioactifs gazeux émis dans l'atmosphère et à partir d'effluents radioactifs liquides déversés dans des cours d'eau sont fixées pour chaque type d'effluent à 0,3 mSv (dose efficace) et au total à 0,9 mSv par an à la thyroïde.

La limite de dose efficace pour les personnes du public à partir de l'eau potable ne doit pas dépasser 0.1 mSv par an; le tritium, le potassium-40, le radon et ses produits de filiation étant exclus. La limite pour l'activité spécifique du tritium dans l'eau potable est fixée à 100 Bq/l.

La dose efficace reçue à partir de toutes les voies d'irradiation d'origines contrôlables, à l'exception de l'irradiation d'origine médicale et du fond naturel du rayonnement, ne doit pas dépasser 1 mSv par an.

Pour l'exposition partielle de l'organisme:

- la limite de dose équivalente pour le cristallin est de 15 mSv par an;
- la limite de dose équivalente pour la peau est de 50 mSv par an en valeur moyenne pour toute surface de 1 cm² de peau, quelle que soit la surface exposée.

b) Limites de dose pour les travailleurs exposés

Aucune personne de moins de 18 ans révolus ne doit être affectée à un poste de travail qui ferait d'elle une personne professionnellement exposée.

La limite de dose efficace est fixée pour les personnes professionnellement exposées à 10 mSv par an.

Exposition partielle de l'organisme:

- la limite de dose équivalente pour le cristallin est de 150 mSv par an;
- la limite de dose équivalente pour la peau est de 500 mSv par an. Cette limite s'applique à la dose moyenne sur toute surface de 1 cm², quelle que soit la surface exposée;
- la limite de dose équivalente pour les mains, les avant-bras, les pieds et les chevilles est de 500 mSv par an.

La dose efficace pour les travailleurs soumis à des expositions exceptionnelles concertées est limitée à 50 mSv accumulée dans la première année.

Radon

L'exposition des travailleurs ou des personnes du public, qui au cours de leurs activités professionnelles sont soumis à des expositions du radon et de ses produits de filiation, est fixée à 1.7 MBq m⁻³ h par année, exprimée en concentration de gaz radon. Ceci correspond à une concentration moyenne de 1000 Bq/m³ de gaz radon au lieu de travail pour un temps de travail de 1700 heures par année. Cette exposition est valable pour un facteur d'équilibre de 0.4.

Au cas où le facteur d'équilibre différerait notablement de 0.4, un facteur de correction correspondant est à utiliser pour fixer la concentration moyenne en gaz radon qui est d'application à ce lieu de travail.

Rayonnements gamma externe

Les limites de dose des travailleurs ou des personnes du public, qui au cours de leurs activités professionnelles sont soumis à des expositions aux rayonnements gamma externe d'origine naturelle sont celles prévues sous le point 2, alinéa 2.

c) Limites de dose pour les apprentis et les étudiants

Les limites de dose pour les apprentis âgés de 18 ans au moins ainsi que les étudiants âgés de 18 ans au moins qui se destinent à une profession au cours de laquelle ils seront exposés professionnellement aux rayonnements ionisants ou qui, du fait de leurs études, sont obligés d'utiliser des sources, sont les mêmes que celles fixées pour les travailleurs professionnellement exposés.

Les limites de dose pour les apprentis âgés de 16 à 18 ans et pour les étudiants âgés de 16 à 18 ans qui, dans leurs études, sont amenés à employer des sources radioactives, sont fixées à:

- 3/10 de l'exposition globale fixée pour les travailleurs exposés, (point 2 alinéa 2)
- 50 mSv par an pour la dose équivalente pour le cristallin;
- 150 mSv par an pour la dose équivalente pour la peau. Cette limite s'applique à la dose moyenne sur toute surface de 1 cm², quelle que soit la surface exposée;
- 150 mSv par an pour la dose équivalente pour les mains, les avant-bras, les pieds et les chevilles.

Les limites de dose pour les apprentis et les étudiants âgés de seize ans ou plus, qui ne relèvent pas des dispositions prévues aux paragraphes 1 ou 2 ci-dessus et pour les apprentis et étudiants âgés de moins de seize ans, sont les mêmes que les limites fixées pour les personnes du public (point 1).

d) Limites de dose pour la femme enceinte et pour le foetus

Les conditions auxquelles est soumise la femme enceinte dans le cadre de son emploi doivent être telles que la dose équivalente reçue par l'enfant à naître soit la plus faible qu'il est raisonnablement possible d'obtenir.

Dès la déclaration de la grossesse, il faut que la dose équivalente reçue par l'enfant à naître soit limitée à 1mSv pendant le reste de la grossesse.

Les femmes en période d'allaitement ne sont pas admises aux travaux qui comportent un risque de contamination élevé; le cas échéant, une surveillance particulière de la contamination radioactive de l'organisme sera assurée.

2) Protection des travailleurs précaires

L'inspection du Travail et des Mines a édité à l'intention des entreprises utilisatrices de travailleurs intérimaires une brochure qui comporte outre une partie dédiée au droit du travail un guide pratique d'évaluation des risques.

Cette brochure se trouve annexée au présent rapport.

3) Accidents du travail et maladies professionnelles

Les dernières statistiques sur la fréquence des accidents du travail sont jointes en annexe.

4) Activités de l'Inspection du travail et des mines

Il est renvoyé aux tableaux joints en annexe.

ARTICLE 11

DROIT A LA PROTECTION DE LA SANTE

Article 11 § 1

"En vue d'assurer l'exercice effectif du droit à la protection de la santé, les Parties Contractantes s'engagent à prendre, soit directement, soit en coopération avec les organisations publiques et privées, des mesures appropriées tendant notamment:

à éliminer, dans la mesure du possible, les causes d'une santé déficiente;"

A. Prière d'indiquer quelles sont les atteintes principales à la santé qui, par leur fréquence, leur gravité et éventuellement leurs séquelles, posent actuellement dans votre pays les problèmes de santé publique les plus importants.

Prière d'indiquer les maladies qui ont été les principales causes de décès.

LES PRINCIPALES CAUSES DE DECES

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Maladies de l'appareil circulatoire, dont	39.3%	38.9%	39.2%	38.9%	39.0%	39.8%
maladies ischémiques du cœur	11.8%	11.7%	12.9%	12.6%	11.1%	12.5%
maladies cérébro-vasculaires	11.0%	11.2%	11.5%	9.8%	9.0%	9.1%
Tumeurs malignes, dont	25.4%	24.8%	24.1%	25.9%	25.5%	25.0%
tumeurs de trachée, bronches et poumon	4.9%	4.9%	5.6%	5.4%	5.7%	5.3%
tumeurs de l'estomac, du colon et du rectum	4.0%	4.1%	4.0%	4.0%	4.2%	3.9%
tumeurs du sein chez la femme (sur total des décès féminins)	4.6%	4.1%	3.9%	4.1%	3.3%	4.4%
Maladies de l'appareil respiratoire	7.8%	9.8%	9.6%	8.1%	7.6%	7.0%
Maladies de l'appareil digestif	5.4%	4.4%	4.2%	5.2%	4.2%	5.0%
Accidents	5.5%	5.4%	5.0%	4.5%	4.1%	4.6%
dont accidents de la circulation	2.1%	1.8%	1.4%	1.5%	1.3%	1.1%
Suicides	2.1%	2.4%	1.2%	1.9%	1.4%	1.8%
Toutes les autres causes	14.5%	14.4%	16.7%	15.5%	18.2%	16.7%

Source : Direction de la Santé, Service des Statistiques

B. Prière d'indiquer comment les services de santé publique sont organisés dans votre pays et de préciser, dans la mesure du possible:

a. quel est le nombre des dispensaires de prévention et de dépistage publics ou privés (à compétence générale ou spécialisée, notamment dans les domaines de la tuberculose, des maladies vénériennes, de l'hygiène mentale, de la protection maternelle et infantile, etc.) et quelle est la fréquentation annuelle de ces dispensaires; prière de mentionner spécialement les services de médecine scolaire ?

ORGANISATION DES SERVICES DE SANTE PUBLIQUE

	Nbre centre	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
a. Dispensaires de prévention et de dépistage								
a.a. Service polyvalent								
Centres médico-sociaux du service médico-social et social polyvalent de secteur (Ligue)								
1) consultations de prévention des maladies respiratoires	12	n.d.	16,437	n.d.	n.d.	16,474	17,823	17,738
2) consultations de nourrissons	12	n.d.		n.d.	n.d.	4,063	4,003	3,172
3) services médico-scolaires: dans toutes les communes du pays à l'exception de quelques grandes communes qui organisent leur propre service	12	n.d.	32,330	n.d.	n.d.	29,124	30,501	29,610
a.b. Services spécialisés								
1) Consultations de nourrissons organisées par une commune								
2) Services de médecine scolaire	6	6	6	6	6	6	6	6
* Organisés par des communes	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
* Service de médecine scolaire dans les établissements d'enseignement post-primaire (DirSan)	1	n.d.	13,023	13,556	14,020	14,239	14,761	15,220
3) Service de la médecine dentaire scolaire (DirSan) : examens de dépistage bucco-dentaires chez les enfants fréquentant l'enseignement préscolaire et primaire (tout le pays à l'exception de certaines grandes communes organisant leur propre service médico-dentaire)	1	16,395	15,534	16,811	21,589	20,338	23,003	22,553
4) Service d'orthoptie et de pléoptie (DirSan) : dépistage des déficiences visuelles chez les enfants entre l'âge de 6 mois et de 4 ans (au service même, dans les consultations de nourrissons, les classes de l'enseignement préscolaire et au centre de logopédie-éducation différenciée)	1	20,364	16,575	21,778	20,919	20,828	21,151	20,933
5) Service audiophonologique (DirSan) : dépistages précoces des déficiences auditives et des troubles de la parole à l'âge de 6 et de 30 mois (au service même et dans les centres du service médico-social et social polyvalent de secteur), dépistages audiométriques dans les classes de l'enseignement préscolaire)	1	13,473	13,284	13,333	13,404	13,720	15,002	

6) Services de dépistage précoce des enfants atteints d'un handicap physique ou mental									
7) Services de dépistage de l'infection à H.I.V	3	37,540	37,314	35,090	35,811	34,992	36,359	35,063	
8) Dépistage des maladies sexuellement transmissibles: pas de centre de dépistage spécialisé									

Source : Direction de la Santé, Division de la Médecine Scolaire

Tous les services, à l'exception de ceux de la Direction de la Santé et des communes, sont des services privés, conventionnés (ou subsidiés) par le Ministère de la Santé, le Ministère de la Sécurité Sociale ou le Ministère de la Famille.

b. quels sont les examens systématiques de santé organisés au profit de la population en général ou d'une partie de la population et quelle est la périodicité de ces examens ?

I. Examen médical avant mariage:

obligatoire avant la publication du mariage par l'officier de l'état civil (loi du 19 décembre 1972).

II. Contrôle médical systématique des femmes enceintes et des enfants en bas âge (introduit par la loi du 20 juin 1977)

Une loi du 31 juillet 1995 a complété la surveillance médicale systématique des femmes enceintes par des consultations complémentaires pouvant être prestés par des sages-femmes au cours de la grossesse et pendant la période post-natale.

1. Futures mères

Périodicité des examens

Surveillance prénatale:

5 examens médicaux:

1er : avant la fin du 3e mois de la grossesse

2e : au plus tard dans la 2e quinzaine du quatrième mois de grossesse

3e : au cours du sixième mois de grossesse

4e : dans les quinze premiers jours du huitième mois de grossesse

5e : ans les quinze premiers jours du neuvième mois de grossesse

examen dentaire: dès que la femme enceinte est au courant de son état et au plus tard avant la fin du cinquième mois de grossesse.

Surveillance postnatale:

dans les dix semaines qui suivent l'accouchement et au plus tôt après l'expiration des deux premières semaines qui suivent l'accouchement.

2. Enfants de 0 à 2 ans

Périodicité des examens

Examens périnataux:

- 1er : dans les 48 heures qui suivent la naissance
- 2e : à la sortie de maternité ou entre le 5e et le 10e jour à partir de la naissance

Examens médicaux jusqu'à deux ans:

- 1er : à l'âge de 3 à 8 semaines
- 2e : à l'âge de 4 à 6 mois
- 3e : à l'âge de 9 à 12 mois
- 4e : à l'âge de 21 à 24 mois

3. Enfants de 2 à 4 ans (examens médicaux systématiques introduits par la loi du 15 mai 1984)

Périodicité des examens

Examens médicaux:

- 1er : à l'âge de 30 à 36 mois
- 2e : à l'âge de 42 à 48 mois

Examens dentaires:

- 1er : à l'âge de 30 à 36 mois
- 2e : à l'âge de 42 à 48 mois

4. Examens de dépistage précoce des déficiences auditives et des troubles de la parole

- * dépistages audiométriques à l'âge de 6 et de 30 mois
- * dépistage orthophonique à l'âge de 30 mois.

5. Examens de dépistage précoce des déficiences visuelles

- * dépistages chez les enfants âgés de six mois à 4 ans.

III. Surveillance médicale dans le cadre de la médecine scolaire

les examens comprennent:

- * des tests et mesures de dépistage et de contrôle systématiques (test à la tuberculine, contrôle de la taille et du poids, contrôle de la vision, de l'audition et de l'expression verbale, analyse des urines, contrôle des vaccinations);
- * des examens médicaux systématiques;
- * des bilans de santé complétés d'un bilan social en cas de besoin;
- * des examens bucco-dentaires.

1. Education préscolaire

Périodicité des examens

tous les ans:

tests et mesures de dépistage systématique *

au cours de la 1ère année:

bilan de santé
examen bucco-dentaire

2. Enseignement primaire ou niveau scolaire équivalent

Périodicité des examens

tous les ans:

tests et mesures de dépistage et de contrôle systématique

autres examens : suivant les années d'études

Années d'études	
1^{ère} et 6^{ème} * bilan de santé * examen bucco-dentaire	2^{ème}, 4^{ème} et 8^{ème} * examen bucco-dentaire
3^{ème} et 5^{ème} * examen médical systématique * examen bucco-dentaire	7^{ème} * bilan de santé
9^{ème} * examen médical systématique	classe de fin d'études * bilan de santé * examen bucco-dentaire

3. Classes spéciales et classes d'accueil

* examen médical systématique complété de tests et de mesures de dépistage et de contrôle systématique au moins tous les deux ans.

4. Enseignement secondaire ou niveau scolaire équivalent

Périodicité des examens

Années d'études	
2^{ème} * bilan de santé * examen bucco-dentaire	4^{ème} * examen médical systématique * examen bucco-dentaire
6^{ème} * bilan de santé	

* Remarque: dans les classes de l'éducation préscolaire, les contrôles de la vision et de l'audition sont effectués par le service orthoptique et pléoptique et le service audiophonologique de la Direction de la Santé (dans la mesure du possible); *au cours de la 1ère année:* bilan de santé examen bucco-dentaire

5. Enseignement secondaire technique ou niveau scolaire équivalent

Périodicité des examens

Années d'études	
1^{ère} et 5^{ème} * bilan de santé	2^{ème} * examen bucco-dentaire
3^{ème} * examen médical systématique	4^{ème} * examen bucco-dentaire

6. Enseignement supérieur
* un examen médical systématique.
7. Education différenciée
* examen annuel
* bilan de santé obligatoire à l'admission et à la fin de cette éducation
* examen bucco-dentaire annuel
8. Centres de formation professionnelle continue à plein temps
* examen médical systématique annuel
9. Enseignement à domicile
* tests, mesures, examens médicaux systématiques et bilans prévus pour les élèves d'un niveau scolaire équivalent.

- IV. Examen médical des titulaires au permis de conduire** (introduit par l'arrêté grand-ducal du 23 novembre 1955, modifié par le règlement grand-ducal du 19 mars 2008
* obligatoire en vue de l'obtention du permis de conduire
* examen périodique tous les 10 ans **est passé de 50 ans à 60 ans** (catégorie B), **cela à partir du 1^{er} janvier 2010. A partir de 70 ans tous les 3 ans, à partir de 79 tous les ans.**

- V. Contrôle médical des ressortissants étrangers** (introduit par la loi du 28 mars 1972; la loi a été modifiée successivement par les lois des 16 avril 1975, 29 juillet 1977, 8 avril 1993, 17 juin 1994, 18 août 1995)

- * sous réserve des dispositions du Traité sur l'Union européenne et de l'accord portant création de l'Espace Economique Européen, tout étranger entrant sur le territoire luxembourgeois peut être obligé à se soumettre à un contrôle médical, ordonné par un médecin de la direction de la Santé, s'il y a des indices permettant d'admettre que l'étranger est susceptible de compromettre la santé publique.
- * Un règlement grand-ducal du 17 octobre 1995 relatif au contrôle médical des étrangers dispose que tout étranger, à l'exception des ressortissants de l'Union Européenne, qui se propose de résider au Luxembourg pendant plus de trois mois, doit se soumettre à un contrôle médical dans les trois jours de son entrée au pays.

Le règlement grand-ducal énumère les maladies et les infirmités sur lesquelles porte le contrôle médical; celui-ci comporte obligatoirement un examen radiographique pulmonaire.

VI. Contrôle médico-sportif (introduit par la loi du 26 mars 1976)

Catégories d'activités sportives :

catégorie A: activités sportives dont les compétiteurs doivent se soumettre à une surveillance périodique (e.a. sports aéronautiques, athlétisme, automobilisme, basket-ball, cyclisme, escrime, équitation, football, gymnastique, handball, judo, lutte, motocyclisme, natation ...)

catégorie B: activités sportives dont les compétiteurs doivent se soumettre à un examen médical unique (danse pour amateurs, équitation/dressage, tir à l'arc)

catégorie C: activités dont les compétiteurs sont dispensés de l'examen médico-sportif (aéromodélisme, billard, échecs, golf sur piste, marche populaire, pêche sportive ...).

L'examen médico-sportif est obligatoire :

- a) avant la délivrance d'une licence de compétition autorisant la pratique d'une activité sportive des catégories A et B,
- b) pour tout titulaire d'une licence de compétition autorisant la pratique des activités sportives de la catégorie A pendant l'année de calendrier au cours de laquelle il atteint l'âge de 12, 15, 18, 22, 26, 30, 35, 40 et 50 ans.

VII. Dépistage précoce du cancer du sein par mammographie (introduit en 1992)

* Le programme de dépistage précoce du cancer du sein par mammographie s'adresse aux femmes appartenant au groupe d'âge de 50 à 64 ans et comporte une mammographie et un examen médical à visée préventive.

* Périodicité des examens : tous les 2 ans.

VIII. Santé au travail (loi du 17 juin 1994)

La loi sur les services de santé au travail (17 juin 1994) a pour objet d'assurer la protection de la santé des travailleurs sur les lieux de travail par l'organisation d'une surveillance médicale et la prévention des accidents et des maladies professionnelles

* tout salarié, brigant un poste de travail, est soumis avant l'embauchage à un examen médical fait par le médecin du travail.

* sont soumis obligatoirement à des examens médicaux périodiques les travailleurs:

- 1) âgés de moins de 21 ans
- 2) exposés à un risque de maladie professionnelle ou à des radiations ionisantes
- 3) occupant un poste de sécurité
- 4) pour lesquels, lors de l'examen d'embauchage, le médecin du travail a jugé utile de procéder régulièrement à un examen médical.

La loi organise les services de santé au travail et crée un service national de santé au travail auquel peuvent faire appel les employeurs qui

n'organisent pas de service de santé au travail dans leur entreprise ou qui ne participent pas à un service inter- entreprises.

La loi du 25 juillet 2002 concernant l'incapacité de travail et la réinsertion professionnelle a été modifiée le 1^{er} juillet 2005 et précise le rôle de la médecine du travail dans la détermination de l'aptitude du travailleur pour son dernier poste et oblige le médecin du travail à collaborer directement avec la commission mixte de l'ADEM (ADministration de l'EMploi).

c. quel est le nombre des hôpitaux généraux et des établissements de soins spécialisés, publics et privés (parmi les spécialisations, notamment : tuberculose, psychiatrie, y compris hôpitaux de jour, cancer post-cure, rééducation fonctionnelle et réadaptation professionnelle). Prière d'indiquer la répartition entre hôpitaux publics et établissements privés.

Prière d'indiquer le nombre de lits disponibles (ou de places en ce qui concerne les hôpitaux de jour et les établissements de rééducation recevant des malades externes);

Nombre d'hôpitaux et établissements de soins spécialisés						
	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Etablissements hospitaliers au total	19	17	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Etablissements traitant les malades en phase aiguë	11	9	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Etablissements spécialisés	7	7	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Etablissements et sections de moyen séjour	1	1	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Etablissements et sections de long séjour	-	-	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.

Source : Direction de la Santé, Division de la Médecine Curative

Nombre de lits hospitaliers						
	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Lits au total	3,035	3,045	3,045	2,871	n.d.	n.d.
Lits aigus	2,493	2,493	2,493	2,307	n.d.	n.d.
Lits de rééducation et réadaptation	72	82	82	177	n.d.	n.d.
Lits de moyen séjour	102	102	102	100	n.d.	n.d.
Lits de neuro-psychiatrie	368	368	368	287	n.d.	n.d.

Source : Direction de la Santé, Division de la Médecine Curative

(1) dont : 17 établissements traitant les malades pendant la phase aiguë
 établissements publics ou semi-publics : 9
 établissements privés : 8

(2) dont 24 lits aigus de réadaptation

- d. quel est le nombre pour X personnes (en %) de médecins, dentistes, sages-femmes, infirmières; préciser si possible selon qu'il s'agit de villes ou de régions rurales ?

Nombre de médecins, infirmières et sages-femmes						
	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Nombre de médecins						
Total	1.461	1.523	1.591	1.685	1.715	1.797
Généralistes	391	399	411	423	425	392
Spécialistes	767	808	841	903	928	1.028
Dentistes	303	316	339	359	362	377
Nombre d'infirmières	3.274	3.922	4.046	4.410	n.d.	n.d.
Nombre de sages-femmes	95	114	123	142	n.d.	n.d.

Source : Direction de la Santé, Service des Statistiques

Densité de médecins, infirmières et sages-femmes						
	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Densité de médecins						
Total (pour 1.000 habitants)	3,3	3,4	3,5	3,6	3,8	3,9
Généralistes (pour 1.000 hab)	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9
Spécialistes (pour 1.000 hab)	1,7	1,8	1,9	1,9	2,1	2,2
Dentistes (pour 1.000 hab)	0,7	0,7	0,7	0,8	0,8	0,8
Densité d'infirmières (pour 1.000 hab)	7,3	8,7	8,9	9,5	n.d.	n.d.
Densité de sages-femmes (pour 1.000 naissances vivantes)	17,8	21,5	22,6	26,4	n.d.	n.d.

Source : Direction de la Santé, Service des Statistiques

- e. quel est le nombre de pharmacies ?

Nombre pharmacies					
	2001	2002	2003	2004	2005
Nombre de pharmaciens en activités	342	359	371	375	385
Nombre de pharmacies	79	80	83	84	86

Source : Direction de la Santé, Division de la Pharmacie et des Médicaments

- C. Prière de décrire toutes mesures spéciales prises pour protéger la santé des:

- mères et tout petits
- enfants et adolescents
- personnes âgées

a. Mères et tout petits

Soins périnataux

- Amélioration de la qualité des soins pendant la période pré-et périnatale

A l'instigation du groupe de travail, réuni par le Ministre de la Santé, la direction de la Santé a élaboré un rapport sur « Les naissances au Luxembourg », qui a été soumis au ministre à la fin de l'année 1994. Le rapport a été adopté en tant que document de travail interne du groupe.

Ce rapport esquisse différents aspects de stratégies pour :

- la promotion de la qualité des soins: définition d'indicateurs de qualité, élaboration de protocoles pour la pratique obstétricale;

- la promotion de la santé maternelle pendant la grossesse et la période périnatale: information individualisée des futures mères/futurs parents pendant la grossesse, organisation généralisée de la préparation à l'accouchement, continuité du suivi pendant la grossesse et lors du séjour en maternité, équipement des maternités offrant des possibilités de choix à la parturiente lors de l'accouchement;
- la meilleure prise en charge des nouveau-nés à risque: concertation entre les obstétriciens et les néonatalogues, différenciation entre maternités.

En février 1995, le ministre a institué une commission (même composition que le groupe de travail, élargi par des représentants de la Société luxembourgeoise de pédiatrie) chargée de lui soumettre un programme de périnatalité.

La commission a essentiellement discuté des projets qui lui ont été soumis par le ministre: réglementation en matière d'équipement et fonctionnement des services obstétrico-néonataux, législation en matière de surveillance systématique des femmes enceintes et des enfants en bas âge. Elle a initié également une enquête nationale sur les attentes des femmes concernant la grossesse et l'accouchement.

A la suite des discussions menées au sein de la commission, certaines initiatives ont été prises par la clinique pédiatrique: organisation d'une garde néonatale, audit interne lors d'un décès périnatal.

La **fiche médicale de naissance** FIMENA enregistre, depuis 1980, des informations administratives, sociales et médicales sur le père, la parturiente et le nouveau-né pour chaque naissance ayant lieu dans sur le territoire national, informations qui font ensuite l'objet d'un traitement statistique. Cet outil de surveillance fait actuellement l'objet d'une remise à jour plus en accord avec les recommandations nationales (avec l'aide des principaux partenaires comme les maternités, les sages-femmes, les gynécologues, les pédiatres ...) européennes (projet PERISTAT de la Commission européenne) et internationales de l'Organisation Mondiale de la Santé Europe. Une nouvelle fiche SUSANA (SURveillance de la SANTé à la NAissance) a été élaborée et fut d'usage entre le 1er janvier 2007 et le 1^{er} janvier 2009. Un rapport national est en cours de rédaction et comprendra des recommandations que les professionnels de la santé périnatale pourront adresser aux autorités sanitaires et sociales. Depuis janvier 2009, le registre est passé d'un support papier à un enregistrement sur une base de données électronique réduisant de manière importante les temps de traitement des données et les risques d'erreur à l'enregistrement et la saisie.

Le groupe de travail national « **screening néonatal** » composé de représentants de la Société luxembourgeoise de pédiatrie, de la Direction de la santé et du Laboratoire national de la santé se réunit régulièrement dans le but d'optimiser le screening néonatal existant et d'étudier la faisabilité d'un projet d'élargissement de la détection précoce de maladies métaboliques néonatales. Une brochure d'information a été élaborée. Les maladies actuellement dépistées d'une manière systématique (taux de couverture dépassant 99 %) sont :

- Phénylcétonurie depuis 1968
- Hypothyroïdie congénitale depuis 1978
- Hyperplasie congénitale des surrénales depuis 2001
- Déficit en acyl-coenzyme A déshydrogénase des acides gras à chaîne moyenne (MCADD) depuis 2008

2. « Hôpitaux-amis des bébés » et promotion de l'allaitement maternel

En 1996, le Ministre de la Santé a institué un Comité national pour la promotion de l'allaitement maternel, qui fait fonction simultanément de comité national pour l'initiative "Hôpitaux-amis des bébés".

Le comité est composé de représentants de la direction de la Santé, de l'UNICEF, de la Société luxembourgeoise de gynécologie et d'obstétrique, de la Société luxembourgeoise de pédiatrie, du Lycée technique pour professions de santé, de la Clinique pédiatrique et d'associations privées œuvrant pour l'humanisation de la naissance et la promotion de l'allaitement maternel.

Des pré-évaluations sont proposées aux maternités intéressées à obtenir le label « Hôpitaux-amis des bébés ». L'évaluation finale est envisagée avec le concours éventuel d'experts étrangers.

Une vaste enquête menée dans toutes les maternités du Grand-Duché de Luxembourg, et dont les résultats furent publiés en 2004, a permis de mesurer **la prévalence et les facteurs liés à l'allaitement maternel** de la naissance à 6 mois. Une seconde enquête fut menée en 2008, directement auprès des parents des bébés concernés, enquête dont les résultats sont actuellement en cours d'analyse.

3. Education à la santé

La Division de la médecine préventive et sociale a édité du nouveau matériel d'information à l'intention des futures mères et des jeunes parents, notamment :

- une version française, allemande et portugaise du Guide de la santé affective et sexuelle des jeunes
- un calendrier de la grossesse
- une brochure sur la santé de l'enfant
- un dépliant sur la sécurité du bébé pendant le sommeil (prévention de la mort subite du nourrisson)
- bien manger pendant la grossesse et l'allaitement
- plusieurs brochures sur l'allaitement maternel :
 - Allaitement de A à Z
 - L'allaitement maternel, quoi de plus naturel
 - Bien allaiter
 - Oui, j'allaiter encore

b. Enfants et adolescents

1. Médecine scolaire

A partir de 1990/91, la nouvelle législation portant réglementation de la médecine scolaire est mise en application. Les élèves de tous les ordres d'enseignement (public et privé), de l'éducation préscolaire à l'enseignement supérieur bénéficient des mesures et examens de médecine scolaire gratuits destinés à surveiller leur santé et à promouvoir leur bien-être.

Dans le cadre des bilans pratiqués à certains âges-clés du développement des enfants et adolescents, une attention particulière est portée aux diverses composantes de la santé y compris les composantes psychiques et sociales. Des conseils personnalisés d'éducation à la santé font partie intégrante des bilans de santé.

Les élèves de l'enseignement primaire sont en outre familiarisés avec l'éducation à la santé par des cours dispensés dans le cadre de « l'éveil aux sciences » et des interventions ponctuelles par les équipes de la médecine scolaire.

Une nouvelle réglementation est actuellement en cours de préparation. Les différents partenaires nationaux dans la santé scolaire se réunissent dans un groupe de travail afin de préparer la **réforme de la médecine scolaire**, sous l'initiative et la coordination de la Division de la Médecine Scolaire (Ministère de la Santé, Direction de la Santé). Une première proposition de texte de règlement fut refusée par le Conseil d'Etat au printemps 2009. Une reformulation de ce même texte est en cours.

2. Participation de certaines écoles au « réseau d'écoles promotrices de la santé »

Plusieurs établissements de l'enseignement secondaire et secondaire technique se sont joints au « réseau d'écoles promotrices de la santé » qui est un projet commun de l'OMS, du Conseil de l'Europe et de l'Union européenne. Ces lycées s'efforcent de créer un environnement favorable à la promotion de la santé. Le programme d'action porte sur plusieurs années et l'accent est mis sur des sujets promotionnels de la santé, notamment l'alimentation équilibrée, l'activité physique, les relations élèves-enseignants, la prévention de tout comportement addictif et la protection de l'environnement et développement durable. Le coordinateur national pour les écoles promotrices de la santé est un délégué du ministère de l'éducation nationale.

3. Semaines ou journées santé organisées par les écoles ayant reçu le label « Gesond iessen- méi beweegen »

4. Initiation aux sports

Journées d'initiation aux sports « Wibbel an dribbel » à l'intention des élèves des 4e et 5e années de l'enseignement primaire, organisée par le ministère des Sports en collaboration avec les Ministères de la Santé, de l'Education nationale, de la Jeunesse, le Comité olympique et les associations sportives scolaires.

5. Promotion d'une alimentation équilibrée dans les restaurants scolaires

Collaboration des différents départements ministériels et des organisations gestionnaires/ prestataires afin d'offrir des menus sains et équilibrés correspondant aux besoins nutritionnels des enfants. Elaboration de formations continues et d'un guide pratique s'adressant au personnel de cuisine et au personnel éducatif et administratif.

6. Etude « Das Wohlbefinden der Jugendlichen in Luxemburg »

Sur recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé Europe, en 1999, une vaste étude a été effectuée dans la population infantile et adolescente scolarisée au Luxembourg afin d'étudier chez les enfants au Luxembourg des aspects aussi variés que le bien-être au sens large, les conditions socio-économiques, l'entourage familiale, scolaire et sociale, la violence, la consommation de drogues légales et illégales. Cette étude a été réalisée une seconde fois en 2006. Les résultats comparatifs du Luxembourg ainsi que des 40 autres pays participants ont été publiés dans le rapport international de l'Organisation Mondiale de la Santé « Inequalities in young people's health – Health behaviour in school-aged children – international report from de 2005/2006 survey ».

7. D'octobre 2007 à mars 2008, a été réalisée pour la troisième fois (la première fut en 1996, la seconde en 2002), une enquête de couverture vaccinale qui met en lumière les taux de couverture vaccinale des enfants âgés de 25 à 30 mois.

Les taux de couverture vaccinale avec doses complètes en 2007 (2002-1996) sont présentés à la suite :

- tuberculose :	retiré du calendrier vaccinal (21 % - 59 %)
- diphtérie et tétanos :	99 % (95 % - 89 %)
- poliomyélite :	96 % (93 % - 74 %)
- coqueluche :	97 % (94 % - 59 %)
- rougeole-rubéole-oreillons :	96 % (95 % - 91 %)
- Haemophilus influenzae B :	95 % (92 % - 86 %)
- hépatite B :	95 % (95 % - 6 %)
- méningocoque C :	96 % (82 % - non programmée en 1996)
- pneumocoque :	

Après la première étude de couverture vaccinale de 1996, les autorités sanitaires ont recommandé le passage du vaccin poliomyélite vivant atténué oral au vaccin tué injectable, l'utilisation du vaccin anti-coquelucheux acellulaire, ainsi que le recours aux vaccins combinés permettant de limiter le nombre d'injections à faire à l'enfant, et ont introduit le vaccin contre le méningocoque C. Le BCG (anti-tuberculose) a été retiré du calendrier vaccinal systématique et demeure cependant recommandé pour des groupes cibles spécifiques.

Les vaccinations ayant récemment intégré le calendrier vaccinal du Luxembourg sont le pneumocoque en 2005, le rotavirus en 2007 et la varicelle associée au RRO depuis 2009.

Le Ministère de la santé et la Caisse nationale de santé ont lancé en 2008 un programme de vaccination contre le HPV (Human papilloma virus) qui s'adresse aux jeunes filles à partir de 12 ans.

8. Etude « Diversité des jeunes et accès au bien-être »
Dans l'objectif d'étudier de manière plus spécifique les adolescents en situation difficile, exposés à un cumul de risques pour leur santé et leur bien-être, et de comparer ces jeunes à la population adolescente en générale, le projet « **Diversité des jeunes et accès au bien-être** » a été élaboré en collaboration avec le CESIJE et le Ministère de l'Education Nationale, de la Formation et des Sports.
9. Etude « Gesundheit, motorische Leistungsfähigkeit und körperlich-sportliche Aktivität von Kindern und Jugendlichen in Luxemburg : Untersuchung für die Altersgruppen 9, 14 und 18 Jahre »

Dans le but d'évaluer les capacités motrices des enfants et des jeunes, le projet « santé motrice », initié par l'association des professeurs d'éducation physique, a été élaboré en collaboration avec le Ministère de l'Education Nationale, de la Formation et des Sports, la Ligue Luxembourgeoise de Prévention et d'Action Médico-Sociales et le Ministère de la Santé, ainsi que l'équipe du Prof. Dr. Klaus Bös de l'Institut de Sport de l'Université de Karlsruhe. Il a fait l'objet d'une publication en 2004.
10. En 2004, le Centre de Prévention des Toxicomanies et la Division de la Médecine Préventive ont lancé une campagne de sensibilisation à l'**abus des médicaments psychotropes**. Celle-ci s'est donnée pour objectif d'informer et de sensibiliser le grand public en général et le public des jeunes scolarisés en

particulier au thème des médicaments psychotropes afin d'en éviter l'abus ou le développement d'une dépendance.

11. Participation **active**, en septembre, 2004 de la **conférence « santé mentale des enfants et des jeunes »**, organisée conjointement avec l'Organisation Mondiale de la Santé, la Commission européenne et le Ministère de la Santé à Luxembourg. Un groupe de travail interdisciplinaire s'est mis en place sous la coordination du Ministère de la Santé, avec la finalité d'élaborer une « Stratégie nationale pour la promotion, la prévention, la prise en charge et l'intégration en faveur de la santé mentale des enfants et des jeunes au Luxembourg ».
12. Les études **Iodurie** 1998 et 1999 ont montré que notre pays peut-être considéré comme légèrement déficient en iode. Dans le but d'améliorer l'apport en iode de notre population, le groupe interdisciplinaire Iode a réalisé les activités suivantes :
 - campagnes de sensibilisation
 - travail interdisciplinaire avec le secteur de la grande distribution pour promouvoir les sels iodés au Luxembourg
 - élaboration de modules d'information destinés aux élèves des enseignements primaire et secondaire.

c. Personnes âgées

Institution d'un groupe de travail "santé et 3e âge" chargé de formuler des propositions pour la promotion de modes de vie sains (à l'occasion de l'année européenne des personnes âgées). Ce groupe de travail réunissait des représentants de différents ministères, des délégués d'associations professionnelles, d'associations privées ainsi que des établissements accueillant des personnes âgées.

Les activités d'information et de sensibilisation ont porté avant tout sur une alimentation saine, la consommation de médicaments et l'activité physique. En ce qui concerne la promotion du "sport au 3e âge", il faut relever la multiplication des groupes de gymnastique, organisés au niveau local (dans les communes) à l'intention des personnes âgées ainsi qu'une "journée nationale", bénéficiant d'une large publicité dans les médias.

Depuis 1953, le Ministère de la famille crée les **maisons de retraites**. En cas d'atteinte d'une dépendance physique ou psychique permanente, le transfert dans une **maison de soins** est inévitable.

En 1978, toujours sous la responsabilité du Ministère de la famille, sont créés les Centres Intégrés de l'Etat pour personnes âgées (CIPA). Les pensionnaires atteints d'une dépendance permanente peuvent rester dans ce centre sans être obligés de changer de chambre en cas de soins intensifs.

En rapport avec la loi de l'assurance dépendance, la transformation des centres pour personnes âgées et maisons de soins de l'Etat a été indispensable. Par la loi du 23 décembre 1998, deux établissements publics « Centres, foyers et services pour personnes âgées », qui prit la responsabilité pour les anciens CIPA et l'établissement public « Centres de gériatrie » pour les maisons de soins de l'Etat du Ministère de la santé. Par la loi du 22 décembre 2000, l'établissement public « Centres de gériatrie » est suspendu. Les anciennes maisons de soins de l'Etat à Differdange, Echternach, Esch-sur-Alzette et Vianden sont intégrées dans les structures de l'établissement public « Centres, Foyers et Services pour Personnes Agées ».

Depuis 2001, toute l'activité a été reprise par la structure d'un établissement public dénommé « Servior » sous la responsabilité du Ministère de la famille.

En 2004 la division de la médecine préventive, en étroite collaboration avec la Société luxembourgeoise de neurologie, a organisé une vaste campagne de sensibilisation et d'information sur la **prévention des accidents vasculaires cérébraux**, l'objectif étant d'informer les médecins sur les nouvelles structures de prise en charge multidisciplinaire : les « stroke units », et de sensibiliser le public sur l'importance de reconnaître les symptômes de l'AVC au plutôt et d'agir au plus vite, en composant le 112 (numéro d'urgence européen).

Une campagne de **vaccination contre la grippe** est lancée chaque année à la veille de l'hiver afin de sensibiliser les personnes à risque des avantages de la vaccination. Sur recommandation du Conseil Supérieur d'Hygiène, certains groupes de population bénéficient d'une prise en charge de cette vaccination :

- les personnes âgées de plus de 65 ans
- les adultes et enfants souffrant de maladies chroniques des poumons et du cœur
- les adultes et enfants souffrant de maladies métaboliques chroniques ou rénales
- les adultes et enfants dont les défenses naturelles de l'organisme sont diminuées soit par une maladie, soit par des traitements.

D. Prière d'indiquer quelles sont les mesures générales de protection prises en matière d'hygiène publique, telles que:

- a.
 - i. prévention de la pollution de l'air
 - ii. prévention de la pollution de l'eau
 - iii. protection des éléments contre les substances radioactives

ad i. : Prévention de la pollution de l'air

La loi modifiée du 21 juin 1976 relative à la lutte contre la pollution de l'atmosphère prévoit que des règlements grand-ducaux, à prendre sur avis obligatoire du Conseil d'Etat et avec l'assentiment de la Commission de Travail de la Chambre des Députés, fixent les mesures à prendre en vue de prévenir, réduire ou supprimer la pollution de l'atmosphère.

Ces règlements peuvent notamment:

1. déterminer les cas et conditions dans lesquels l'émission de substances gazeuses, liquides ou solides dans l'atmosphère est interdite;
2. réglementer ou interdire tout état ou toute activité généralement quelconque susceptible d'entraîner une pollution atmosphérique, et en particulier la mise en service, l'exploitation ou l'utilisation de certains établissements industriels, commerciaux, artisanaux, agricoles, d'appareils ou de dispositifs d'installations de chauffage domestique et de véhicules à moteur;
3. imposer et réglementer le placement et l'utilisation d'appareils ou de dispositifs destinés à prévenir ou à combattre la pollution;
4. créer des zones de protection et décréter des mesures spécifiques qui doivent être observées dans ces zones;
5. organiser un système de contrôle et de réglage périodique des installations de chauffage par combustion et fixer le prix de ce réglage, qui est à charge de l'utilisateur du chauffage.

En 1993, il y a eu création au sein de la direction de la Santé (Ministère de la Santé) d'un service de médecine de l'environnement.

Ce service est chargé d'étudier, d'examiner et de surveiller les répercussions de la pollution de l'air sur la santé humaine et ce tant à l'intérieur des habitats qu'à l'extérieur (par des substances chimiques toxiques).

Paru en 1999, le **Plan National pour un Développement Durable** présente la stratégie nationale permettant d'inscrire le Luxembourg dans la voie d'un développement qualifié de "durable". Il précise et détaille les domaines d'actions prioritaires, formule des objectifs concrets et propose des actions et instruments nécessaires à leur mise en oeuvre, le tout dans le contexte "classique" des trois piliers du développement durable: équité socio-économique et protection sociale, économie performante et durable, protection de l'environnement naturel et humain ainsi que des ressources naturelles.

Un cadre législatif pour le développement durable, proposé par le Gouvernement dans la loi du 25 juin 2004 relative à la coordination de la politique nationale de développement durable, instaure une structure institutionnelle bien définie, désigne une série d'instruments et nomme leurs responsables respectifs.

Voici les dossiers thématiques sur lesquels le Ministère de l'Environnement a travaillé durant les années les plus récentes :

- changement climatique et émissions de gaz à effet de serre
- polluants atmosphériques (autres que les gaz à effet de serre)
- ozone en haute atmosphère
- ozone en basse atmosphère

ad ii. : Prévention de la pollution de l'eau

1. Surveillance sanitaire de la qualité des eaux destinées à la consommation humaine (loi du 27 juin concernant la protection de la santé publique, loi du 21 novembre 1980 portant organisation de la direction de la santé).
2. Etablissement de zones de protection sanitaire autour des eaux du lac d'Esch-sur-Sûre destinées à la production d'eau alimentaire (loi du 27 mai 1961 et ses règlements d'exécution).
3. Surveillance de la qualité des eaux de baignade (règlement grand-ducal du 17 mai 1979, modifié par le règlement grand-ducal du 4 mars 1981).
4. Surveillance de l'exploitation et de la mise dans le commerce des eaux minérales naturelles (règlement grand-ducal du 8 octobre 1983).
5. Règlement grand-ducal du 14 décembre 2000 tendant à assurer la protection sanitaire du barrage d'Esch-sur-Sûre
6. Règlement grand-ducal du 17 juillet 2001 modifiant: 1. le règlement grand-ducal modifié du 12 novembre 1971 relatif à l'utilisation du plan d'eau du lac de barrage d'Esch-sur-Sûre; 2. le règlement grand-ducal du 14 décembre 2000 tendant à assurer la protection sanitaire du barrage d'Esch-sur-Sûre
7. Loi du 1er août 2001 portant approbation du Protocole sur l'eau et la santé à la Convention de 1992 sur la protection et l'utilisation des cours d'eau transfrontières et les lacs internationaux, fait à Londres, le 17 juin 1999 (Mémorial A 98)
8. Règlement grand-ducal du 1er août 2001 portant interdiction de la pêche dans la partie de la Sûre comprise entre le pont de Reisdorf et le barrage de Moestroff (Mémorial A 106)
9. Règlement grand-ducal du 18 mars 2000 déterminant les modalités de fonctionnement du comité de gestion du Fonds pour la gestion de l'Eau.
10. Règlement grand-ducal du 7 octobre 2002 relatif à la qualité des eaux destinées à la consommation humaine.

ad iii. : Protection des éléments contre les substances radioactives

1. Surveillance de la radioactivité du territoire national par un réseau de mesure et d'alarme automatique de la radioactivité dans l'air atmosphérique, l'eau de la Moselle et des échantillons prélevés dans l'environnement et les milieux biologiques.
2. Détermination de la teneur en radium, thorium et potassium naturel dans des échantillons de matériaux de construction, interdiction de l'importation et de la vente des matériaux dépassant la limite réglementaire.
3. Mesure du radon radioactif naturel dans les habitations et sur les lieux de travail potentiellement exposés.
4. Surveillance des travailleurs exposés aux rayonnements ionisants dans l'industrie et la médecine.
5. Autorisation et surveillance des sources radioactives et des installations radiologiques utilisées dans l'industrie et en médecine.
6. Contrôle du transport et du transit de substances radioactives.

b. lutte contre le bruit

La loi modifiée du 21 juin 1976 relative à la lutte contre le bruit prévoit que des règlements grand-ducaux, à prendre sur avis obligatoire du Conseil d'Etat et avec l'assentiment de la Commission de Travail de la Chambre des Députés, fixent les mesures à prendre en vue de prévenir, réduire ou supprimer le bruit.

Ces règlements peuvent notamment:

1. interdire la production de certains bruits, déterminer les cas et conditions dans lesquels l'émission de substances gazeuses, liquides ou solides dans l'atmosphère est interdite;
2. soumettre la production de certains bruits à des restrictions, entre autres, limiter le temps de la production de bruit;
3. réglementer ou interdire la fabrication, l'importation, l'exportation, le transit, le transport, l'offre en vente, la vente, la cession à titre onéreux ou gratuit, la distribution, l'installation et l'utilisation d'appareils, de dispositifs ou d'objets produisant ou susceptibles de produire certains bruits;
4. imposer et réglementer le placement et l'utilisation d'appareils ou de dispositifs destinés à réduire le bruit, à l'absorber ou à remédier à ses inconvénients;
5. créer des zones de protection et décréter des mesures spécifiques qui doivent être observées dans ces zones;
6. imposer des conditions techniques de construction et d'installation susceptibles d'atténuer les inconvénients du bruit et de sa propagation.

C'est ainsi qu'un règlement grand-ducal modifié du 16 novembre 1978 détermine les niveaux acoustiques pour la musique à l'intérieur des établissements et dans leur voisinage. Un autre règlement grand-ducal du 13 février 1979 fixe le niveau de bruit dans les alentours immédiats des établissements et des chantiers. (texte : cf Mémorial A de 1979, page 400)

L'usage des appareils radiophoniques, des gramophones et des haut-parleurs est soumis aux dispositions de l'arrêté grand-ducal du 15 septembre 1939 dont le Ministre de l'Intérieur est en charge de l'exécution.

Sur la voie publique, le Code de la Route, notamment l'article 160. 5°-10°, fixe des dispositions légales concernant le bruit.

Conformément à l'article 10 de la loi modifiée du 21 juin 1976 relative à la lutte contre le bruit, les autorités communales conservent le pouvoir qu'elles détiennent en vertu des lois, décrets et règlements grand-ducaux de prendre les mesures à garantir la tranquillité publique. Un certain nombre de communes ont pris dans ce cadre des dispositions supplémentaires par voie de règlement communal (p.ex. pour l'emploi de tondeuses à gazon).

c. contrôle des denrées alimentaires

La loi du 25 septembre 1953 ayant pour objet la réorganisation du contrôle des denrées alimentaires, boissons et produits usuels ainsi que ses règlements d'exécution prévoit la surveillance de la fabrication, préparation, transformation, du commerce et de la distribution des denrées et boissons alimentaires destinées à l'usage des hommes et des animaux.

En juin 2000 et suite aux grandes crises de sécurité alimentaire, les administrations compétentes dans le domaine du contrôle alimentaire au Luxembourg, ont publié un rapport critique sur le fonctionnement du système de sécurité alimentaire existant. Ce rapport a d'ailleurs servi comme document de travail lors d'un « hearing » sur la sécurité alimentaire au Luxembourg en mai 2001 à la Chambre des Députés.

Après avoir fait une description détaillée du système de sécurité alimentaire au Luxembourg, les auteurs du Rapport sur le système de contrôle alimentaire du Grand-Duché de Luxembourg ont formulé au chapitre 7 des propositions en vue de son amélioration.

Afin de parer à la déficience la plus importante, le manque de coordination, il a été proposé de créer un groupe de coordination regroupant les administrations compétentes dans le domaine du contrôle alimentaire du Ministère de la Santé respectivement du Ministère de l'Agriculture.

C'est ainsi qu'en mai 2001 a été créé le comité de coordination en matière de sécurité alimentaire, nommé "Sécurité alimentaire - Cellule de concertation Agriculture - Santé". C'est un organe consultatif qui répond aux ministres de l'agriculture et de la santé sur toute question de sécurité alimentaire. Le comité peut aussi se prononcer de sa propre initiative sur des questions de sécurité alimentaire.

En mars 2007, l'Organisme pour la sécurité et la qualité de la chaîne alimentaire (OSQCA) a été créé par décision ministérielle dans un contexte d'urgence en vue d'assurer l'élaboration du plan de contrôle pluriannuel en collaboration avec les administrations chargées du contrôle officiel de la chaîne alimentaire au Luxembourg :

- Administration des services techniques de l'agriculture
- Administration des services vétérinaires
- Direction de la santé
- Laboratoire national de la santé

Au sein de la division de l'inspection sanitaire de la Direction de la Santé, le service de la sécurité alimentaire est responsable du contrôle officiel des denrées alimentaires et de la sécurité de la chaîne alimentaire.

d. hygiène de l'habitat

La loi modifiée du 25 février 1979 concernant l'aide au logement trace dans ses articles 32 à 36 les bases légales relatives à la location, la salubrité, l'hygiène, l'habitabilité et la sécurité des logements destinés à la location ou mis à la disposition aux fins d'habitation principale et permanente dont les critères sont plus particulièrement définis dans un règlement grand-ducal du 25 février 1979.

Ces textes distinguent entre deux types de logements, à savoir les logements "ordinaires" et les logements collectifs qui sont définis comme étant des "garnis hébergeant au moins six personnes" lesquelles se partagent plusieurs pièces communes.

En premier lieu, sont définies les dispositions communes aux deux types de logement:

1. Les surfaces au sol minimales:
 - 9m² pour le premier occupant
 - 18m² pour deux occupants
 - 24m² pour trois occupants
 - 30m² pour quatre occupants (...).

La hauteur des pièces d'habitation ne peut être inférieure à 2,20 mètres.

2. Sont ensuite prescrites les normes de sécurité, de salubrité et d'hygiène généralement applicables, notamment au niveau des matériaux de construction utilisés, mais aussi au niveau de l'habitabilité du logement; insolation, chauffage, isolation thermique et acoustique, étanchéité, installations électriques et sanitaires, aération, etc...
3. L'exploitant d'un logement garni (meublé) est tenu de meubler suffisamment les pièces louées en mettant à disposition de chaque locataire le mobilier nécessaire à une habitation normale.

Outre les dispositions communes, sont encore définis les critères additionnels applicables aux logements collectifs:

- les chambres à coucher ne peuvent héberger plus de quatre personnes;
- au moins un WC par six occupants, un lavabo/deux occupants, une douche chauffée/six occupants, une pièce de séjour de 12m² + 1,5m² par occupant au-delà du sixième, une chambre d'isolation (en cas de maladie) par 24 occupants, une cuisine équipée de dix feux + 1 feu par occupant au-delà du sixième, une buanderie et un local pour sécher le linge, un local de débarras;
- les installations permanentes et bouteilles à gaz, ainsi que les poubelles doivent se trouver à l'extérieur du bâtiment, ou dans un local aéré pour les poubelles;
- des extincteurs de feu doivent se trouver à chaque étage;
- l'entretien des locaux doit se faire quotidiennement.

Des délégués élus représentent les locataires dans leur rapport avec le bailleur/gérant et ont un droit de regard et d'information sur la gestion.

Toute personne ou organisation qui donne en location ou met à disposition des logements garnis et des logements collectifs est tenue de le déclarer au bourgmestre de la commune en indiquant le nombre maximum de personnes logées, le montant du loyer et en fournissant un état détaillé des locaux.

Outre les forces publiques et les médecins-inspecteurs, sont chargés du contrôle des logements les autorités communales et le commissariat aux étrangers. L'inspection des logements ne peut leur être refusée et le bourgmestre peut ordonner la fermeture des locaux si ceux-ci ne correspondent pas aux critères définis dans les textes légaux et réglementaires.

En cas de fermeture, les autorités communales, à défaut du propriétaire ou de l'exploitant-gérant, pourvoient au relogement des occupants.

Les infractions et les tentatives d'infraction aux dispositions légales et réglementaires sont punies d'une amende de 2.501.- francs à 5 millions de francs et d'un emprisonnement de 8 jours à 3 ans ou d'une de ces peines seulement.

e. mesures de lutte contre l'alcoolisme et les stupéfiants et notamment mesures restrictives de leur consommation et éventuellement du tabac pour les mineurs

1. Publicité
 - interdiction de la publicité dans les journaux et périodiques destinés aux mineurs;
 - condition en matière de publicité autorisée: le message publicitaire ne peut pas s'adresser à un public de mineurs.
2. Interdiction de fumer à l'intérieur des établissements scolaires de tous les types d'enseignement et dans les locaux destinés à accueillir ou à héberger des personnes de moins de 16 ans.
3. Les établissements scolaires doivent dispenser des informations de nature sanitaire prophylactique et éducative (Loi du 24 mars 1989).
4. La loi du 11 août 2006 relative à la lutte antitabac

E. Prière d'indiquer quelles sont les mesures qui ont été prises en vue de développer l'éducation sanitaire

a. Mesures générales

1. Création au sein de la Direction de la Santé d'une division ayant compétence pour la prévention des maladies et la promotion de la santé (loi du 21 novembre 1980).
2. Compte tenu des références retenues pour le rapport antérieur, les crédits budgétaires du ministère de la Santé pour l'éducation à la santé ont diminué de 4.9% entre 1993 et 1994 et de 3.5% entre 1994 et 1995.

Il convient de noter qu'un Centre de prévention des toxicomanies a été créé par la loi en 1994 et que les crédits pour le fonctionnement de ce centre sont inscrits au budget du ministère de l'Education nationale (dotation de 12.000.000 en 1994). Augmentation des crédits budgétaires de l'Etat pour les activités d'éducation pour la santé:
3. Développement d'une collaboration systématique avec d'autres administrations, organismes et associations travaillant dans les domaines de la prévention et de la promotion de la santé.
4. Elaboration d'un "livre blanc" en 1994 sur la santé par le ministère de la santé, adoptant l'approche générale de la "santé pour tous" de l'OMS avec définition d'objectifs à atteindre et description d'actions prioritaires pour la prévention, notamment:
 - des maladies cardio-vasculaires,
 - des cancers,
 - des accidents,
 - du diabète,
 - des maladies transmissibles et de l'infection à HIV, ainsi que dans les domaines
 - de la santé mentale
 - de la santé et de l'environnement

- de la santé à l'école
- de la santé au travail.

Une **remise à jour de ce livre blanc** est actuellement en cours en association avec les principaux partenaires du secteur santé et social au Luxembourg.

5. Depuis 2006, le Ministère de la Santé organise avec la collaboration et le soutien de ses principaux collaborateurs une Conférence Nationale de la Santé qui a pour but principal de développer le Plan National de la Santé, plan dans lequel, la promotion de la santé dispose d'une place essentielle. A l'occasion de la 4^{ème} édition de la Conférence Nationale de la Santé, en mars 2009, a été publiée une brochure présentant le bilan des programmes d'actions réalisés dans le cadre des initiatives de prévention et de promotion de la santé.

b. Actions de la division de la médecine préventive et sociale de la Direction de la santé
--

Les activités de la division de la médecine préventive et sociale s'inscrivent dans les programmes de promotion de la santé définis par la stratégie de la "Santé pour tous". Ils se développent dans le cadre de **partenariats pluridisciplinaires et intersectoriels** avec d'autres administrations mais aussi avec des associations actives dans l'un ou l'autre sujet de santé prioritaire.

1. Lutte contre le tabagisme
 - des vastes campagnes sont lancées chaque année dans les média ainsi que dans le secteur de la restauration et de l'hôtellerie notamment à l'occasion de la Journée mondiale contre le tabac;
 - des contacts réguliers sont entretenus avec les professionnels de la santé afin qu'ils agissent en tant que multiplicateurs des efforts de sensibilisation et d'information déployés par la division;
 - un rapport sur l'application de la loi anti-tabac a été élaboré par la direction de la Santé et ses divisions en 1995.
 - en avril 2005, un questionnaire a été envoyé aux différents établissements de santé et dans le Lycée technique pour professions de santé afin de dresser un état des lieux des **politiques anti-tabac** entamées dans ces secteurs.

2. Lutte contre le cancer
 - les thèmes de la semaine européenne de lutte contre le cancer sont réalisés sous une forme appropriée:
 - en 1994 une exposition itinérante sur une alimentation saine a été organisée au moyen du bus-santé,
 - en 1995, le code européen contre le cancer a été présenté;
 - cancer de la peau : une campagne d'information sur les effets néfastes des rayons UV a débuté en 1995 : une affiche et une brochure destinées aux personnels de santé et aux détenteurs de solariums a été produite, des cours à l'intention des personnels des solariums ont été organisés à la Chambre de commerce avec la participation de différentes divisions de la direction de la santé (radioprotection, inspection sanitaire); des actions sont régulièrement réalisées pour prévenir le cancer de la peau : brochure sur le protection contre les effets néfastes du soleil élaborée par la Direction de la santé, destinée aux petits enfants

- une nouvelle campagne pour la promotion du **dépistage du cancer du sein** par mammographie est lancée chaque année. Ce programme national de dépistage du cancer du sein par mammographie existe maintenant depuis plus que 14 ans. Chaque année, de plus en plus de femmes participent au dépistage organisé :

Le dépistage des petits cancers du sein en dessous de 10 mm

La diminution du nombre de biopsies mammaires réalisées pour des lésions bénignes

L'augmentation du nombre de cas où le sein est conservé

L'amélioration de la qualité du dépistage et du suivi médical des femmes pour lesquelles une procédure diagnostique a été recommandée

A long terme, la réduction de la mortalité par cancer du sein.

Les objectifs du programme ne seront atteints que si la majorité des femmes répondent régulièrement à leur invitation pour le dépistage (60% en 2001) ;

- un projet de sensibilisation a invité la population à subir le test de détection précoce du cancer du colon.

3) Lutte contre les toxicomanies et l'alcoolisme

- des actions de sensibilisation sur les drogues et le SIDA ont accompagné de nombreux événements sportifs et culturels en 1994

- une nouvelle campagne de lutte contre les abus d'alcool a débuté en 1995, elle s'adresse particulièrement aux jeunes, une initiative a été réalisée conjointement avec la Sécurité routière.

- depuis 2006 taxation spéciale des alcoops, interdiction de vente de boissons alcooliques aux jeunes de moins de 16 ans et un taux d'alcoolémie de 0,2g/l pour jeunes conducteurs (< à 21 ans).

4) Lutte contre le SIDA

- la campagne nationale qui a débuté en 1993 a été poursuivie depuis lors avec distribution de matériel d'information (brochures, dépliants), de pins et de préservatifs lors de manifestations attirant un nombreux public de jeunes,

- les actions entreprises chaque année à l'occasion de la Journée mondiale contre le SIDA visaient plus particulièrement les décideurs politiques, les personnels de santé et les jeunes par l'intermédiaire des écoles.
Voir aussi "Surveillance du SIDA".

- actuellement le Luxembourg n'a pas de coordinateur national pour HIV-Sida. Le Comité de Surveillance du Sida, institué en 1984, assure ce rôle et suit ce qui se passe en matière de lutte anti- HIV-Sida au niveau des différents ministères et de la société civile. Ayant reconnu l'importance et la recrudescence du phénomène HIV-Sida, le ministère de la Santé a chargé le Comité de Surveillance du Sida d'élaborer un « Plan d'action en matière de lutte contre le HIV-Sida 2006-2010, plan axé en premier lieu sur la prévention.

- 5) Education sanitaire à l'école
- la diffusion régulière de publications pour les élèves des différents ordres d'enseignement est poursuivie
 - la division de la médecine préventive et sociale participe à une semaine sportive organisée chaque année à l'intention des élèves de la 4e classe primaire par des actions pour la promotion d'une alimentation saine
 - en 1995, la division a participé au groupe de travail de l'Institut d'études et de recherches pédagogiques (formation des instituteurs et institutrices) pour l'élaboration du matériel d'éducation du programme d'éveil aux sciences.
 - en collaboration avec le « Panda Club », contribution du Ministère de la Santé pour insertion de matériel et informations de promotion de la santé dans le Panewippchen, brochure destinée aux enfants scolarisés dans l'enseignement primaire.
- 6) Promotion de modes de vie sains
- Plusieurs nouvelles initiatives ont été réalisées:
- campagne "carence en iode et pain iodé" organisée en collaboration avec la Fédération des patrons boulangers-pâtisseries,
 - début d'une campagne de prévention des accidents domestiques et de loisirs,
 - accents particuliers dans la campagne permanente pour l'hygiène bucco-dentaire chez les enfants.
 - depuis 1996 campagnes annuelles en rapport avec la journée mondiale de la santé organisée sur une thématique suggérée par l'OMS
 - 2003 : Préparer l'avenir
 - 2004 : La sécurité routière
 - 2005 : Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant
 - 2006 : Travailler ensemble pour la Santé
 - 2007 : La sécurité sanitaire internationale
 - 2008 : Protéger la santé face aux changements climatiques
 - 2009 : Sauver des vies : assurer la sécurité des hôpitaux dans les situations d'urgence
 - Elaboration d'un plan d'action pour la promotion de l'alimentation saine et de l'activité physique « Gesond iessen – méi bewegen » en partenariat avec les ministères de l'éducation nationale et de la formation professionnelle, de la famille et de l'intégration et la santé ainsi que le département ministériel des sports a trois objectifs principaux :
 - sensibiliser et informer sur l'importance de modes de vie favorables à la santé physique, psychique et sociale
 - manger sain et équilibré
 - augmenter en quantité et en qualité l'activité motrice de la population, notamment des enfants et adolescents
- 7) Promotion de la vaccination contre la grippe
- En collaboration avec le Conseil Supérieur d'Hygiène, une campagne de sensibilisation à la vaccination contre la grippe est entreprise en automne depuis 2002. L'objectif est double : informer le public sur l'importance de la vaccination et sensibiliser les professionnels de la santé à la nécessité de se faire vacciner pour éviter de transmettre la grippe aux personnes les

plus vulnérables. La vaccination est gratuite pour les groupes cibles suivants :

- personnes âgées de plus de 65 ans
- personnes atteintes de maladies chroniques des poumons et du cœur
- personnes atteintes de maladies métaboliques chroniques ou rénales
- personnes dont la défense naturelle de l'organisme est diminuée soit par une maladie, soit par un traitement

8) Lutte contre l'ostéoporose
Un outil didactique d'éducation à la santé « Les os sont vivants – tout savoir sur l'ostéoporose » a été élaboré en collaboration entre la division de la médecine préventive, le SCRIPT, l'Association luxembourgeoise contre l'ostéoporose, les médecins-rhumatologues et les jeunes, ces derniers étant le public cible de cet outil.

9) Santé sexuelle
Avec l'objectif de fournir des informations et des conseils détaillés en matière d'éducation sexuelle aux adolescents, la Division de la Médecine Préventive, le Planning Familial et l'Aidsberodung asbl ont élaboré ensemble une brochure : « Le guide de la santé affective et sexuelle des jeunes », en versions française, allemande et portugaise.

Parallèlement, une brochure a été élaborée expliquant le correct usage de la pilule du lendemain, en vente libre dans les pharmacies

F. Prière d'indiquer dans quelles conditions les différents services de santé sont mis à la disposition de toute la population de votre pays

1. Soins curatifs: couverture par les régimes d'assurance-maladie avec participation financière du bénéficiaire.

2. Mesures de médecine préventive: prestations gratuites.

La surveillance médicale systématique des femmes enceintes et des enfants en bas âge ainsi que les prestations des médecins et des centres de radiologie dans le cadre du programme de dépistage précoce du cancer du sein par mammographie sont couvertes par l'assurance-maladie.

3. La nouvelle législation sur l'assurance-maladie prévoit l'organisation conjointe de programmes de médecine préventive par la direction de la santé et l'union des caisses de maladie sur une base conventionnelle.

Réponses aux questions posées par le comité européen des droits sociaux

la mortalité maternelle

Tenant en compte de la grande rareté de l'évènement et de la relative sous-notification des décès maternels et considérant les décès maternels déclarés par les certificats de décès, sur les 35 dernières années, il y a eu sensible réduction du taux de mortalité maternelle : - 81 % entre 1970-74 et 2000-04. Entre les périodes 1990-94 et 2005-06, la tendance à la baisse se maintient passant de 7.72 décès maternels par 100.000 naissances vivantes à 5.25, ce qui représente une régression de 32 %. Sur la période allant de 1998 à 2006, le nombre de décès maternels demeure faible : 4 cas.

L'accès aux soins et les listes d'attente

Considérant notre système de santé basé sur le principe du libre choix du médecin traitant, les listes d'attente ne représentent pas un problème majeur de l'accès aux soins. En février 2009 a été commandité par le Ministère de la Santé et réalisé par ILReS un sondage cherchant à mesurer la perception du système national de santé dans un échantillon représentatif de personnes adultes résidentes au Luxembourg. Ainsi plus de 53 % des usagers ont accès au médecin en cas de maladie ou obtiennent des informations médicales dans un délai inférieur à un jour. Le délai d'attente pour une intervention chirurgicale non urgente est inférieur à 1 mois chez 90 % des personnes sondées. Aucune personne sondée n'a déclarée avoir dû attendre 6 mois ou plus. Les listes d'attente ne représentant un problème spécifique de l'accès aux soins au Luxembourg, aucune mesure particulière de gestion de liste d'attente n'a été développée.

A N N E X E

Statistiques des causes de décès 2006

STATISTIQUES DES CAUSES DE DECES EN 2006

Nombre de décès selon la cause et le sexe en 2006			
(toutes causes, classées par rubrique à 3 chiffres et par ordre décroissant de leur fréquence)			
Codes	Libellé	Hommes	Femmes
I20-I25	Cardiopathies ischémiques	251	213
I30-I52	Autres formes de cardiopathies	180	303
C30-C39	Tumeurs malignes des organes respiratoires et intrathoraciques	158	49
C15-C26	Tumeurs malignes des organes digestifs	136	117
I60-I69	Maladies cérébrovasculaires	135	203
J40-J47	Maladies chroniques des voies respiratoires inférieures	62	51
K70-K77	Maladies du foie	53	35
X60-X84	Lésions auto-infligées	50	18
C60-C63	Tumeurs malignes des organes génitaux de l'homme	46	
C81-C96	Tumeurs malignes primitives ou présumées primitives des tissus lymphoïde, hématopoïétique et apparentés	43	47
I70-I79	Maladies des artères, artérioles et capillaires	40	26
J10-J18	Grippe et pneumopathie	37	46
C76-C80	Tumeurs malignes de sièges mal définis, secondaires et non précisés	36	35
A30-A49	Autres maladies bactériennes	29	39
C64-C68	Tumeurs malignes des voies urinaires	27	11
E10-E14	Diabète sucré	26	30
I26-I28	Affections cardiopulmonaires et maladies de la circulation pulmonaire	24	42
W00-W19	Chutes	24	20
F00-F09	Troubles mentaux organiques y compris les troubles symptomatiques	21	39
C00-C14	Tumeurs malignes de la lèvre, de la cavité buccale et du pharynx	20	
G20-G26	Syndromes extrapyramidaux et troubles de la motricité	20	25
V40-V49	Occupant d'une automobile blessé dans un accident de transport	20	5
C69-C72	Tumeurs malignes de l'œil, du cerveau et d'autres parties du système nerveux central	18	17
N17-N19	Insuffisance rénale	18	13
X40-X49	Intoxication accidentelle par de substances novices et exposition à ces substances	18	4
R00-R09	Symptômes et signes relatifs aux appareils circulatoire et respiratoire	17	12
R95-R99	Causes de mortalité mal définies et inconnues	17	16
F10-F19	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives	16	4
G30-G32	Autres affections dégénératives du système nerveux	14	34
J95-J99	Autres maladies de l'appareil respiratoire	14	10
K55-K63	Autres maladies de l'intestin	14	23
R50-R69	Symptômes et signes généraux	14	25
I10-I15	Maladies hypertensives	12	36
K90-K93	Autres maladies de l'appareil digestif	11	11
E70-E90	Anomalies du métabolisme	10	15
X58-X59	Exposition accidentelle à des facteurs, autres et sans précision	10	23
C43-C44	Mélanome malin et autres tumeurs malignes de la peau	8	9
J60-J70	Maladies du poumon dues à des agents externes	7	8
K80-K87	Maladies de la vésicule biliaire, des voies biliaires et du pancréas	7	10

Nombre de décès selon la cause et le sexe en 2006			
(toutes causes, classées par rubrique à 3 chiffres et par ordre décroissant de leur fréquence)			
Codes	Libellé	Hommes	Femmes
V20-V29	Motocycliste blessé dans un accident de transport	7	1
C97	Tumeurs malignes de sièges multiples indépendants (primitifs)	6	9
D37-D48	Tumeurs à évolution imprévisible ou inconnue	6	19
G90-G99	Autres affections du système nerveux	6	9
J20-J22	Autres affections aiguës des voies respiratoires inférieures	6	6
W75-W84	Autres accidents affectant la respiration	6	17
I05-I09	Cardiopathies rhumatismales chroniques	5	2
J80-J84	Autres maladies respiratoires touchant principalement le tissu interstitiel	5	4
X85-Y09	Agressions	5	2
Y10-Y34	Événements dont l'intention n'est pas déterminée	5	1
B20-B24	Maladies dues au virus de l'immunodéficience humaine (VIH)	4	1
C45-C49	Tumeurs malignes du tissu mésothélial et des tissus mous	4	
F30-F39	Troubles de l'humeur [affectifs]	3	
I80-I89	Maladies des veines, des vaisseaux et des ganglions lymphatiques, non classées ailleurs	3	3
P00-P04	Fœtus et nouveau-né affectés par des troubles maternels et par des complications de la grossesse, du travail et de l'accouchement	3	
P20-P29	Affections respiratoires et cardio-vasculaires spécifiques de la période périnatale	3	1
W20-W49	Exposition à des forces mécaniques	3	
B99	Autres maladies infectieuses	2	7
D60-D64	Aplasies médullaires et autres anémies	2	7
G10-G13	Affections dégénératives systématiques affectant principalement le système nerveux central	2	3
G35-G37	Maladies démyélinisantes du système nerveux central	2	4
G40-G47	Affections épisodiques et paroxystiques	2	4
G60-G64	Polynévrites et autres affections du système nerveux périphérique	2	
G70-G73	Affections musculaires et neuro-musculaires	2	1
K20-K31	Maladies de l'œsophage, de l'estomac et du duodénum	2	3
K50-K52	Entérites et colites non infectieuses	2	7
K65-K67	Maladies du péritoine	2	3
M30-M36	Affections disséminées du tissu conjonctif	2	4
M60-M63	Myopathies	2	
N25-N29	Autres affections du rein et de l'uretère	2	
V01-V09	Piéton blessé dans un accident de transport	2	4
A00-A09	Maladies intestinales infectieuses	1	8
A15-A19	Tuberculose	1	
B00-B09	Infections virales caractérisées par des lésions cutanéo-muqueuses	1	
B25-B34	Autres maladies virales	1	
B35-B49	Mycoses	1	
C40-C41	Tumeurs malignes des os et du cartilage articulaire	1	
C50	Tumeur maligne du sein	1	84
E20-E35	Maladies des autres glandes endocrines	1	
E40-E46	Malnutrition	1	4
G80-G83	Paralysies cérébrales et autres syndromes paralytiques	1	1
J30-J39	Autres maladies des voies respiratoires supérieures	1	
K40-K46	Hernies	1	2
L80-L99	Autres affections de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	1	1
M45-M49	Spondylopathies	1	1
M80-M85	Anomalies de la densité et de la structure osseuses	1	1

Nombre de décès selon la cause et le sexe en 2006			
(toutes causes, classées par rubrique à 3 chiffres et par ordre décroissant de leur fréquence)			
Codes	Libellé	Hommes	Femmes
N40-N51	Maladies des organes génitaux de l'homme	1	
P70-P74	Anomalies endocriniennes et métaboliques transitoires spécifiques du fœtus et du nouveau-né	1	
Q65-Q79	Malformations congénitales du système ostéo-articulaire et des muscles	1	
Q80-Q89	Autres malformations congénitales	1	
R10-R19	Symptômes et signes relatifs à l'appareil digestif et à l'abdomen	1	2
R40-R46	Symptômes et signes relatifs à la connaissance, la perception, l'humeur et le comportement	1	
V60-V69	Occupant d'un véhicule lourd blessé dans un accident de transport	1	
W50-W64	Exposition à des forces animées	1	
W85-W99	Exposition au courant électrique, aux rayonnements et à des températures et pressions extrêmes de l'air ambiant	1	
X00-X09	Exposition à la fumée, au feu et aux flammes	1	1
X30-X39	Exposition aux forces de la nature	1	
Y85-Y89	Séquelles de causes externes de mortalité	1	
B15-B19	Hépatite virale		1
C51-C58	Tumeurs malignes des organes génitaux de la femme		44
C73-C75	Tumeurs malignes de la thyroïde et d'autres glandes endocrines	1	
D10-D36	Tumeurs bénignes		4
D50-D53	Anémies nutritionnelles		1
D80-D89	Certaines anomalies du système immunitaire	1	
E00-E07	Affections de la glande thyroïde	1	
J90-J94	Autres affections de la plèvre	2	
M05-M14	Polyarthropathies inflammatoires	3	
M15-M19	Arthroses		1
W65-W74	Noyade et submersion accidentelles	1	

Nombre de décès selon la cause extérieure et le sexe en 2006
(toutes causes extérieures, classées par ordre décroissant de leur fréquence)

CODES	LIBELLE	Hommes	Femmes
V01-V09	Piéton blessé dans un accident de transport	2	4
V20-V29	Motocycliste blessé dans un accident de transport	7	1
V40-V49	Occupant d'une automobile blessé dans un accident de transport	20	5
V60-V69	Occupant d'un véhicule lourd blessé dans un accident de transport	1	
W00-W19	Chutes	24	20
W20-W49	Exposition à des forces mécaniques	3	
W50-W64	Exposition à des forces animées	1	
W65-W74	Noyade et submersion accidentelles	1	
W75-W84	Autres accidents affectant la respiration	6	17
W85-W99	Exposition au courant électrique, aux rayonnements et à des températures et pressions extrêmes de l'air ambiant	1	
X00-X09	Exposition à la fumée, au feu et aux flammes	1	1
X30-X39	Exposition aux forces de la nature	1	
X40-X49	Intoxication accidentelle par de substances novices et exposition à ces substances	18	4
X58-X59	Exposition accidentelle à des facteurs, autres et sans précision	10	23
X60-X84	Lésions auto-infligées	50	18
X85-Y09	Agressions	5	2
Y10-Y34	Événements dont l'intention n'est pas déterminée	5	1
Y85-Y89	Séquelles de causes externes de mortalité	1	

Article 11 § 2

"En vue d'assurer l'exercice effectif du droit à la protection de la santé, les Parties Contractantes s'engagent:

à prendre soit directement, soit en coopération avec les organisations publiques et privées, des mesures appropriées tendant notamment à prévoir des services de consultation et d'éducation pour ce qui concerne l'amélioration de la santé et le développement de la santé et le développement du sens de la responsabilité individuelle en matière de santé;"

- A. Prière d'indiquer quelles sont les mesures qui ont été prises en vue de développer l'éducation sanitaire.**
- B. Prière d'indiquer quels sont les services de consultation et de dépistage:**
 - a. en milieu scolaire;**
 - b. pour les autres groupes.**

Pas d'éléments nouveaux à signaler

Article 11 § 3

"En vue d'assurer l'exercice du droit à la protection de la santé, les Parties Contractantes s'engagent:

à prendre, soit directement, soit en coopération avec les organisations publiques et privées, des mesures appropriées tendant notamment à prévenir, dans la mesure du possible, les maladies épidémiques, endémiques et autres;"

- A. Prière d'indiquer quelles sont les atteintes principales à la santé qui, par leur fréquence, leur gravité et éventuellement leurs séquelles, posent actuellement dans votre pays les problèmes de santé publique les plus importants. Prière d'indiquer les maladies qui sont les principales causes de décès.**
- B. Prière d'indiquer comment les services de santé publique sont organisés dans votre pays et de préciser dans la mesure du possible:**
- a. quel est le nombre des dispensaires de prévention et de dépistage publics ou privés (à compétence générale ou spécialisée, notamment dans les domaines de la tuberculose, des maladies vénériennes, de l'hygiène mentale, de la protection maternelle et infantile, etc.), avec la fréquentation annuelle de ces dispensaires. Prière de mentionner spécialement les services de médecins scolaires;
 - b. quels sont les examens systématiques de santé organisés au profit de la population en général, ou d'une partie de la population et quelle est la périodicité de ces examens;
 - c. quel est le nombre des hôpitaux généraux et des établissements de soins spécialisés, publics ou privés (parmi les spécialisations, notamment: tuberculose, psychiatrie, y compris hôpitaux de jour, cancer, post-cure, rééducation fonctionnelle et réadaptation professionnelle). Indiquer la répartition entre hôpitaux publics et établissements privés. Indiquer le nombre de lits disponibles (ou de places en ce qui concerne les hôpitaux de jour et les établissements de rééducation recevant des malades externes);
 - d. quel est le nombre pour X personnes de médecins, dentistes, sages-femmes, infirmières; préciser si possible, selon qu'il s'agit de villes ou de régions rurales;
 - e. quel est le nombre de pharmacies.
- C. Prière d'indiquer quelles sont les mesures qui ont été prises en vue de développer l'éducation sanitaire.**
- D. Prière d'indiquer quelles sont les mesures, autres que celles mentionnées ci-dessus, prises pour prévenir les maladies épidémiques, endémiques ou autres (vaccination obligatoire ou facultative, désinfection, police des épidémies).**

Pas d'éléments nouveaux à signaler à part les informations suivantes :

- par une loi du 11 août 2006 le Grand-Duché s'est doté d'une réglementation pour lutter contre le tabac;
- une loi du 22 décembre 2006 porte interdiction de la vente de boissons alcooliques à des mineurs de moins de seize ans

Les textes de ces deux lois se trouvent en annexe au présent chapitre.

Réponses aux questions du comité européen des droits sociaux

1) Pollution atmosphérique

En-dehors des règlements européens notamment sur les substances qui appauvrissent la couche d'ozone (Règlement (CE) n° 2037/2000), sur l'élimination des chlorofluorocarbures (Règlement (CE) n° 2037/2000), les valeurs limites de concentration des polluants émis dans l'air sont au moins celles fixées par différentes directives européennes dont celle sur l'anhydride sulfureux, le dioxyde d'azote et les oxydes d'azote, les particules et le plomb dans l'air ambiant (directive 1999/30/CE, règlement grand-ducal modifié du 24 juillet 2000), sur les émissions d'acidifiants, d'eutrophisants et des précurseurs de l'ozone (directive 2001/81/CE, règlement grand-ducal du 8 novembre 2002).

Par ailleurs, les valeurs limites de concentration des polluants émis dans l'atmosphère par les établissements classés sont celles qui correspondent aux meilleures techniques disponibles, conformément aux dispositions de la loi modifiée du 10 juin 1999 relative aux établissements classés, loi transposant e.a. la directive 2008/1/CE du Conseil relative à la prévention et à la réduction intégrées de la pollution. Les arrêtés ministériels d'autorisation délivrés sur base de la loi précitée du 10 juin 1999 fixent également les fréquences de contrôle et les normes applicables aux mesurages. En règle générale, les mesurages de contrôles sont effectués par des personnes spécialement agréées à ces fins par le ministre de l'Environnement.

2) Pollution des sols

La protection des sols est assurée par la loi modifiée du 17 juin 1994 relative à la prévention et à la gestion des déchets et par la loi précitée du 10 juin 1999 suivant laquelle un assainissement d'un sol, d'un sous-sol et des eaux souterraines est imposée en cas de cessation d'activité d'un établissement classé. Un cadastre des sites potentiellement pollués, s'étendant sur l'ensemble du pays, est à disposition de l'administration et du public.

3) Amiante

La fabrication, le traitement, la transformation et l'utilisation de l'amiante ou de produits contenant de l'amiante sont soumis à autorisation préalable du ministre de l'Environnement et du ministre du Travail et de l'Emploi, en application de la directive 2008/1/CE précitée et de la directive 85/337/CEE, telle que modifiée par les directives 97/11/CE et 2003/35/CE.

La mise sur le marché, la fabrication de produits contenant de l'amiante et l'usage de produits contenant de l'amiante sont interdits par le règlement grand-ducal du 16 mars 2001 concernant la mise sur le marché et de l'emploi de certaines substances et préparations dangereuse (Transposition de la directive 1999/77/CE).

Ces interdictions sont reprises par le règlement CE N° 1907/2007 (REACH).

Il n'y a au Luxembourg pas d'obligation de rechercher systématiquement la présence d'amiante dans les bâtiments publics.

Le volet concernant les déchets contenant de l'amiante relève de la compétence de l'Administration de l'Environnement. La protection des salariés procédant au dés-amiatage respectivement au traitement des déchets contenant de l'amiante est couverte par les dispositions du règlement grand-ducal du 15 juillet 1998 (transposition de la directive 83/477/CEE) modifié par le règlement grand-ducal du 4 juillet 2007 (transposition de la directive 2003/18/CE).

4) Sécurité alimentaire

Pour satisfaire à l'évolution de la législation alimentaire, le Gouvernement du Grand-duché de Luxembourg a créé l'Organisme pour la Sécurité et la Qualité de la Chaîne Alimentaire appelé l'OSQCA en avril 2007 avec la publication du règlement ministériel du 3 avril 2007. L'OSQCA travaille en étroite collaboration avec les différentes administrations compétentes pour coordonner les activités liées au contrôle de la sécurité alimentaires. D'autre part, pour améliorer l'efficacité des activités du contrôle alimentaire au sein du ministère de la Santé, le Service de la Sécurité Alimentaire a démarré ces activités au 1er avril 2009.

La réglementation alimentaire est mise en application grâce au plan pluri-annuel intégré national et grâce aux plans nationaux spécifiques suivis et mis à jour par les administrations compétentes. Toutes les informations sont disponibles sur le site : <http://www.securite-alimentaire.public.lu/organisme/pcnp/index.html>

Concernant l'étiquetage, un gros travail d'information a été effectué auprès du secteur grâce à des formations dispensées par les agents de contrôle via les chambres professionnelles. L'objectif de ces formations était d'aider le secteur à mettre en conformité leurs étiquettes. Parallèlement des campagnes de contrôles sur le terrain sont effectuées par l'autorité compétente. Toutes les informations concernant l'étiquetage sont accessibles sur le site internet de l'OSQCA :

http://www.securite-alimentaire.public.lu/professionnel/denrees_alimentaires/etiquetage/index.html

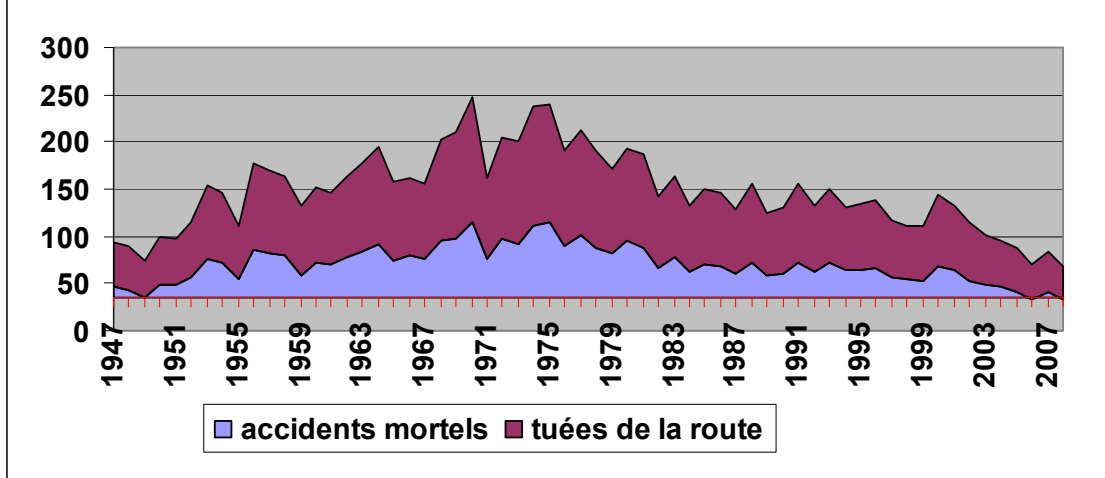
5) accidents de la circulation

5.1. Les accidents de la route en 2008

L'amélioration de la sécurité routière est une des préoccupations majeures du Gouvernement luxembourgeois depuis plusieurs décennies. Cette priorité a été réaffirmée dans le programme gouvernemental du 4 août 2004 et par la signature de la Charte de la Sécurité Routière en 2007 par les membres du Gouvernement. Cette charte considère, entre autres, qu'une «analyse circonstanciée des accidents mortels et des accidents avec des blessés graves par le biais d'une banque de données détaillée des accidents de la route», est inéluctable pour mieux pouvoir calibrer les actions des autorités et par là de parvenir dans les années à venir à une réduction sensible des accidents de la route. A cet effet, un groupe de travail a été mis en place, dont la mission principale consiste à recenser toutes les données en relation avec la genèse des accidents ayant comme conséquence des blessés graves, voire même des morts.

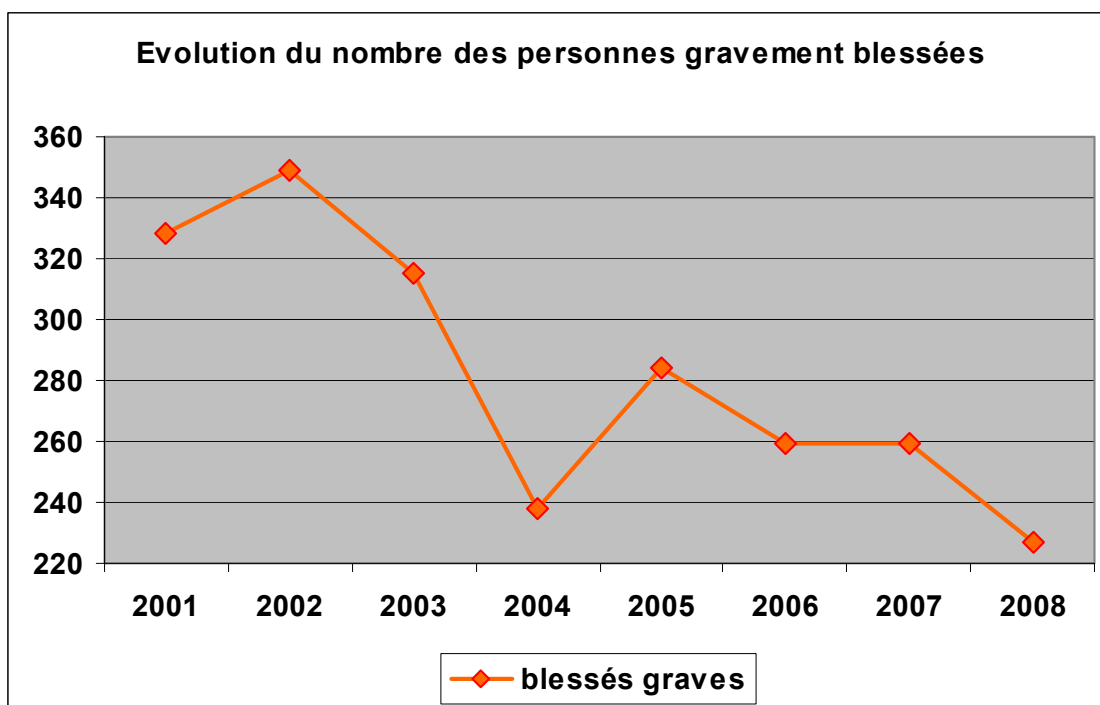
Du fait, les mesures préventives et répressives mises en œuvre de longue date commencent à porter des fruits: la diminution des victimes de la route en est le résultat le plus significatif, le plus encourageant et avant tout, le plus élémentaire. L'année 2008 était, en termes d'accidents mortels, une année historique pour le Grand-Duché de Luxembourg, en enregistrant le plus bas nombre de victimes de la route depuis 60 ans. En effet, le nombre des personnes tuées et gravement blessées a atteint le niveau le plus bas depuis le début du recensement en 1947.

Evolution du nombre des accidents mortels et tués de la route au cours des dernières soixante années



Le nombre de personnes tuées a connu une baisse de 50 % par rapport à l'année de référence utilisée par la Commission européenne pour atteindre l'objectif clé affiché par le livre blanc «*La politique européenne des transports à l'horizon 2010: l'heure des choix*» de 2001, à savoir une diminution de 50 % des victimes de la route jusqu'en 2010. Le Luxembourg est donc le premier pays de l'Union Européenne qui a jusqu'à présent atteint l'objectif affiché par la Commission européenne de réduire de moitié (- 49,3 %) le nombre des tués de la route.

Cette bonne nouvelle va de pair avec une réduction du nombre des personnes gravement blessées qui, depuis 2004, reste sous la barre de 300 blessés graves par an. Si en 1991, le Luxembourg connaissait encore plus de 600 blessés graves, ce chiffre a considérablement régressé (de 61 % par rapport à l'année 1991) pour atteindre 227 blessés graves en 2008.



L'introduction du permis à points en 2002, l'abaissement du taux d'alcoolémie de 0,8 ‰ à 0,5 ‰ (ou 0,2 ‰ pour certaines catégories de conducteurs) et l'instauration du retrait immédiat du permis de conduire en 2007 figurent parmi les changements réglementaires d'ordre répressif les plus profonds entrepris ces dernières années en vue de combattre le fléau des accidents de la route.

Ce combat ne se limite cependant pas aux mesures d'ordre répressif. Le tournant positif qui semble s'installer dans les mentalités des usagers de la route est sans doute également attribuable aux campagnes de sensibilisation (cf. l'aspect de la formation et de l'éducation routières) menées, d'une part, par les autorités étatiques et, d'autre part, par des importants partenaires non gouvernementaux qui jouent un rôle déterminant dans la mise en œuvre des initiatives en matière de sécurité routière.

En ce qui concerne la sécurité des véhicules routiers et notamment les efforts consentis par les constructeurs de véhicules automoteurs au niveau de la sécurité active et passive, il y a lieu de relever que le Luxembourg a marqué son soutien à ces initiatives par l'adhésion en 2008 à l'«European New Car Assessment Program» (EuroNCAP). Cet organisme a pour mission principale de tester la sécurité passive des véhiculées routiers. Par ailleurs, le Ministère des Transports est devenu membre en 2008 de l'association «eSafetyAware!» qui est une plateforme de communication sans but lucratif entre 36 partenaires publics et privés, ayant comme objectif la promotion de la sécurité passive des automobiles.

Enfin, il convient de mentionner les mesures qui sont en instance d'élaboration: installation de radars automatiques, introduction d'une formation initiale et continue pour les conducteurs professionnels de bus et de poids lourds, et l'introduction de tests de dépistage de stupéfiants.

En ce qui concerne les chiffres-clés des accidents routiers au 31 décembre 2008, le bilan se présente comme suit:

- 9.273 accidents recensés au total;
- 757 accidents corporels, dont 34 accidents mortels;

- 35 tués, dont 18 conducteurs, 4 piétons, 8 motocyclistes, 3 passagers, 1 cycliste et 1 sozius;
- 1.139 blessés, dont 227 blessés graves et 912 blessés légers;
- 459.024 véhicules font partie du parc automobile.

5.1.1. Les données générales des accidents routiers

Les tableaux suivants donnent une vue d'ensemble sur l'évolution des accidents en général.

Chiffres des accidents routiers

année	accidents au total	△	accidents corporels	△	accidents mortels	△
2000	7.794	+ 20,7 %	845	- 26,8 %	68	+ 28,3 %
2001	8.190	+ 5,1 %	793	- 6,1 %	64	- 7,2 %
2002	8.016	- 2,1 %	753	- 5,0 %	52	- 18,8 %
2003	8.084	+ 0,8 %	661	- 12,2 %	48	- 7,7 %
2004	8.011	- 0,9 %	692	+ 4,7 %	47	- 2,1 %
2005	7.827	- 2,3 %	708	+ 2,3 %	41	- 12,8 %
2006	8.239	+ 5,1 %	762	+ 7,6 %	34	- 17,1 %
2007	8.470	+ 2,7 %	749	- 1,7 %	40	+ 15,0 %
2008	9.273	+ 8,7 %	757	+ 1,1 %	34	- 15,0 %

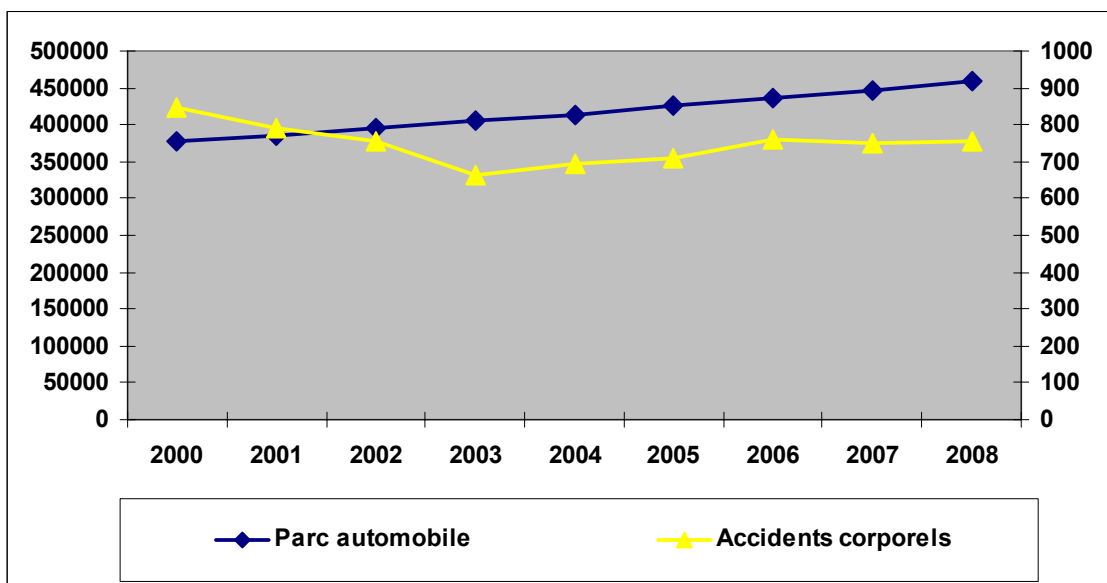
Chiffres des victimes de la route

année	blessés légers	△	blessés graves	△	tués	△
2000	948	0,0 %	329	+ 43,8 %	76	+ 32,7 %
2001	857	- 9,6 %	328	+ 0,3 %	69	- 10,4 %
2002	779	- 9,1 %	349	+ 6,0 %	62	- 10,1 %
2003	734	- 5,8 %	315	- 9,7 %	53	- 14,5 %
2004	841	+ 12,7 %	238	- 24,4 %	49	- 7,5 %
2005	759	- 9,7 %	284	+ 16,2 %	46	- 6,1 %
2006	869	+ 12,7 %	259	- 8,8 %	36	- 21,8 %
2007	934	+ 7,0 %	259	0,0 %	43	+ 16,3 %
2008	912	- 2,4 %	227	- 12,4 %	35	- 18,6 %

Le nombre total des accidents recensés par les forces de l'ordre accuse une hausse importante de 8,7 % par rapport à l'année 2007 pour s'établir à 9.273 en 2008.

Le nombre d'accidents corporels a augmenté de 1,1 % en 2008. En revanche, le nombre de blessés légers a connu une baisse par rapport à l'année 2007 (- 2,4 %), une baisse encore plus prononcée par rapport à l'année 2001 (- 23 %).

Le graphique ci-dessous met en évidence l'existence d'une corrélation entre le nombre d'accidents corporels et le parc automobile. Depuis 2003, le nombre d'accidents corporels augmente presque proportionnellement au nombre de véhicules immatriculés.



Evolution des chiffres-clé depuis 2001:

Tableau de comparaison des années 2007 et 2008

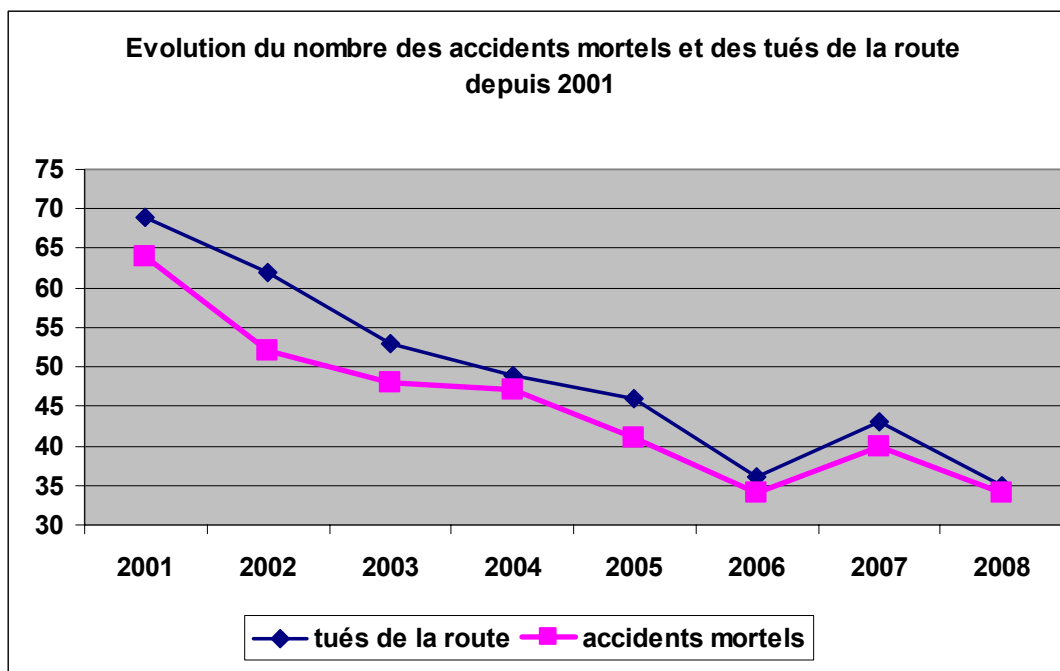
	2007	2008	% (07/08)
Accidents au total	8.470	9.273	+ 8,7 %
Accidents corporels	749	757	+ 1,1 %
Accidents mortels	40	34	- 15,0 %
Tués	43	35	- 18,6 %
Blessés graves	259	227	- 12,3 %
Blessés légers	934	912	- 2,4 %
Parc automobile	447.497	459.024	+ 2,6 %

Tableau de comparaison des années 2001 et 2008

	2001	2008	% (01/08)
Accidents au total	8.190	9.273	+ 11,7 %
Accidents corporels	737	757	+ 2,7 %
Accidents mortels	64	34	- 46,9 %
Tués	69	35	- 49,3 %
Blessés graves	328	227	- 30,8 %
Blessés légers	1.185	912	- 23,0 %
Parc automobile	385.120	459.024	+ 16,1 %

Par rapport à 2001 (l'année de référence de l'Union européenne) on obtient donc les résultats suivants :

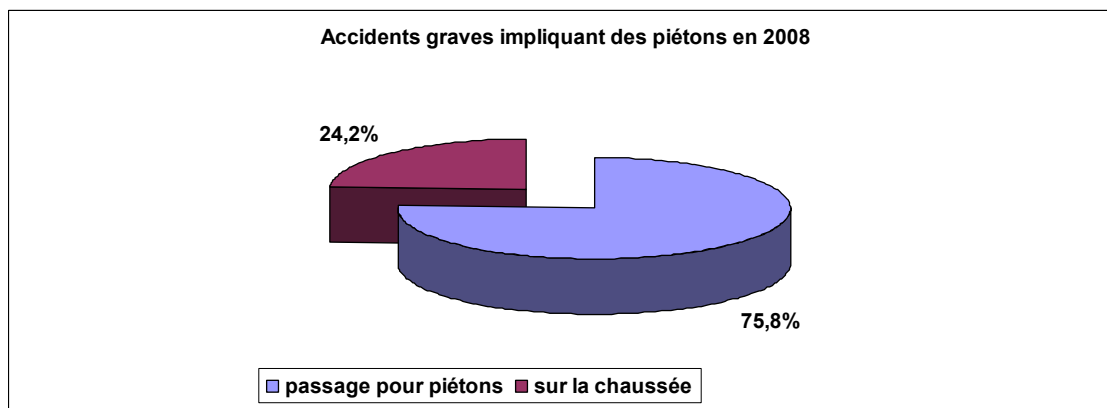
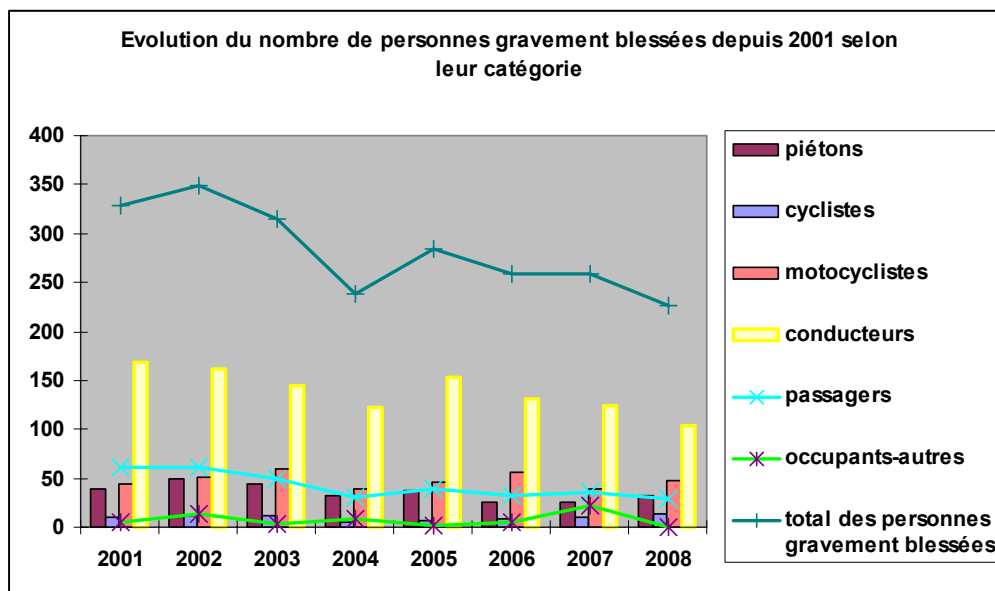
- une réduction du nombre des tués de la route de 49,3 %;
- une diminution du nombre de blessés graves de 30,8 %;
- une baisse du nombre de blessés légers de 23,0 %.



Malgré une baisse générale historique du nombre de blessés graves de 259 à 227 (- 12,3 %) en 2008, on retrouve parmi les blessés graves un nombre croissant d'usagers issus des catégories dites vulnérables, à savoir:

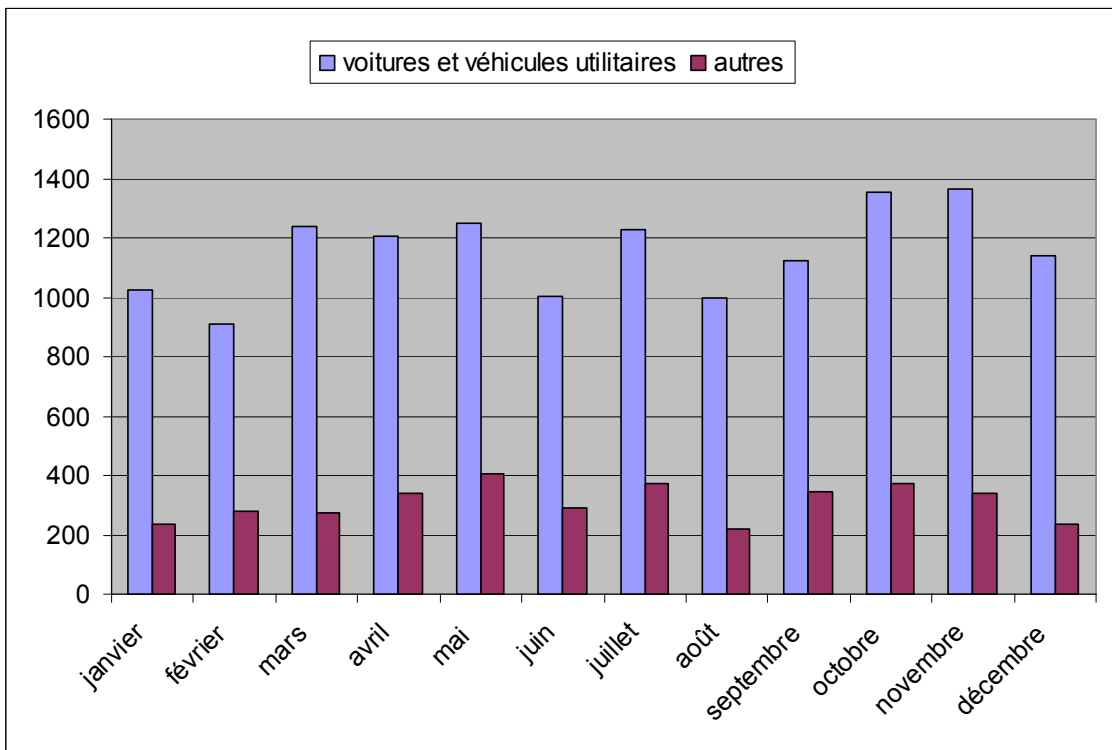
- une augmentation du nombre de piétons gravement blessés de 21,2 % par rapport à 2007;
- une augmentation du nombre de cyclistes gravement blessés de 21,4 % par rapport à 2007;
- une augmentation du nombre de motocyclistes gravement blessés de 16,7 % par rapport à 2007.

Toutefois, force est de constater que le bilan 2008 des accidents graves, malgré une augmentation de la part des catégories dites vulnérables, a atteint le chiffre le plus bas depuis le début du recensement en 1947. Cette évolution positive est imputable à une réduction significative du nombre de conducteurs gravement blessés, d'une part, et du nombre de passagers gravement blessés, d'autre part, qui est de l'ordre respectivement de 22 unités (17,6 %) et de 6 unités (17,1 %) par rapport à l'année 2007.

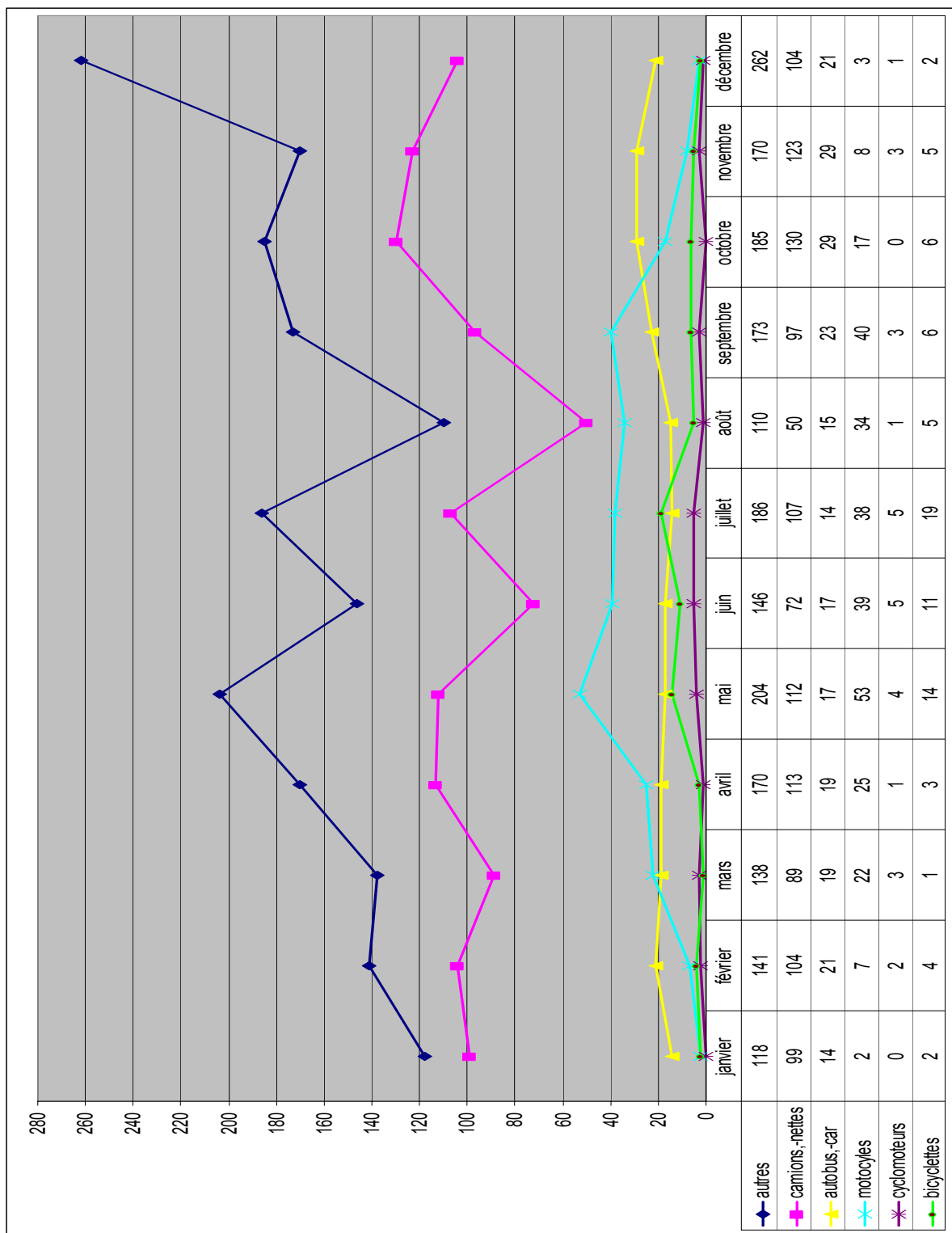


Ainsi, 25 des 33 piétons gravement blessés en 2008, donc 75,8 %, ont été touchés en traversant un passage pour piétons.

Le détail par catégories des véhicules impliqués dans les accidents en 2008 se présente comme suit:



Le tableau suivant reprend la répartition des accidents au cours de l'année 2008:

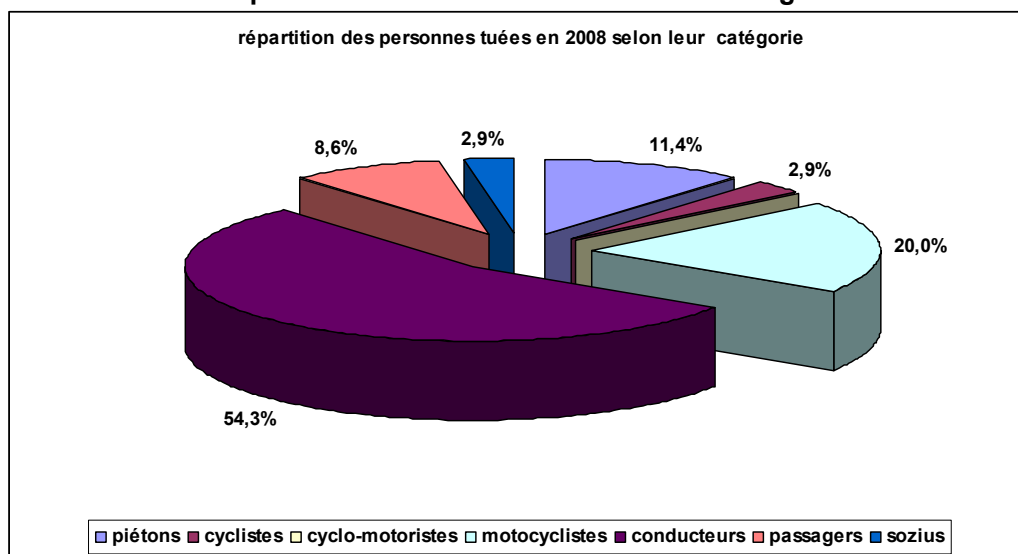


Ce tableau souligne une fois de plus la recrudescence des accidents impliquant les deux-roues dès le retour du beau temps. En outre, il met en évidence l'implication accrue de camions et de camionnettes dans des accidents routiers.

Il appert également que les conditions météorologiques influent sur la répartition des différents véhicules utilisés comme moyens de transport. Ainsi, on constate que dès le commencement des «bonnes saisons», le pourcentage des véhicules, tels que les motocycles et les bicyclettes impliqués dans un accident routier augmente de façon significative. De surcroît, il ressort du graphique que la saison des vacances, notamment les mois estivaux, impliquent que moins de camions et de camionnettes se trouvent parmi les véhicules accidentés.

5.1.2. Les détails concernant les accidents mortels

- La ventilation des personnes tuées en 2008 selon leur catégorie

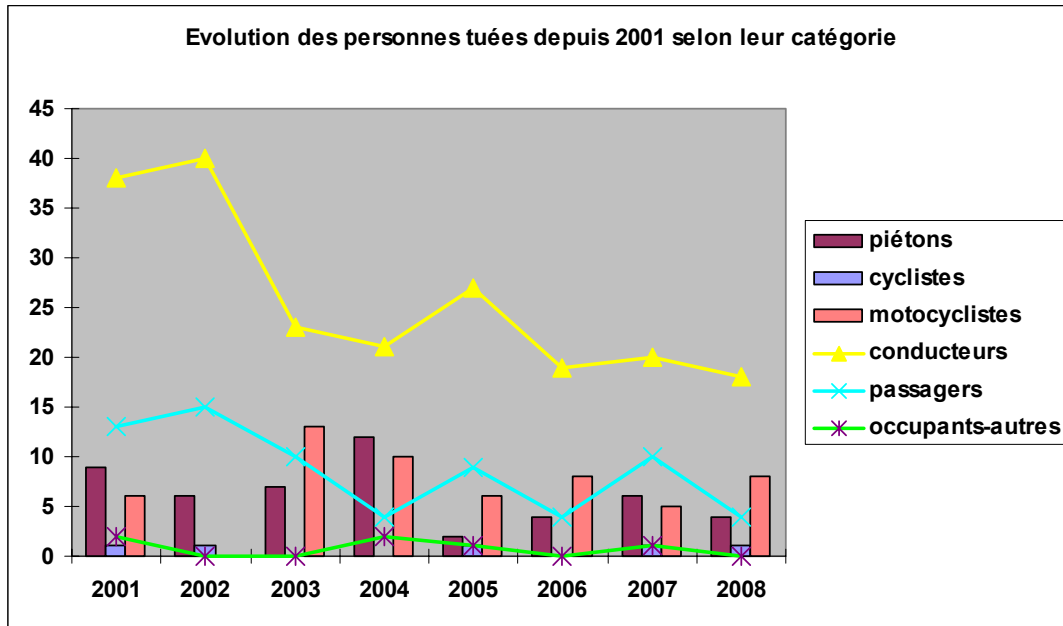


En 2008, 34 accidents mortels ont causé 35 morts dont 18 conducteurs, 8 motocyclistes, 3 passagers, 4 piétons, 1 cycliste et 1 sozius. Aucun cyclomotoriste n'a trouvé la mort.

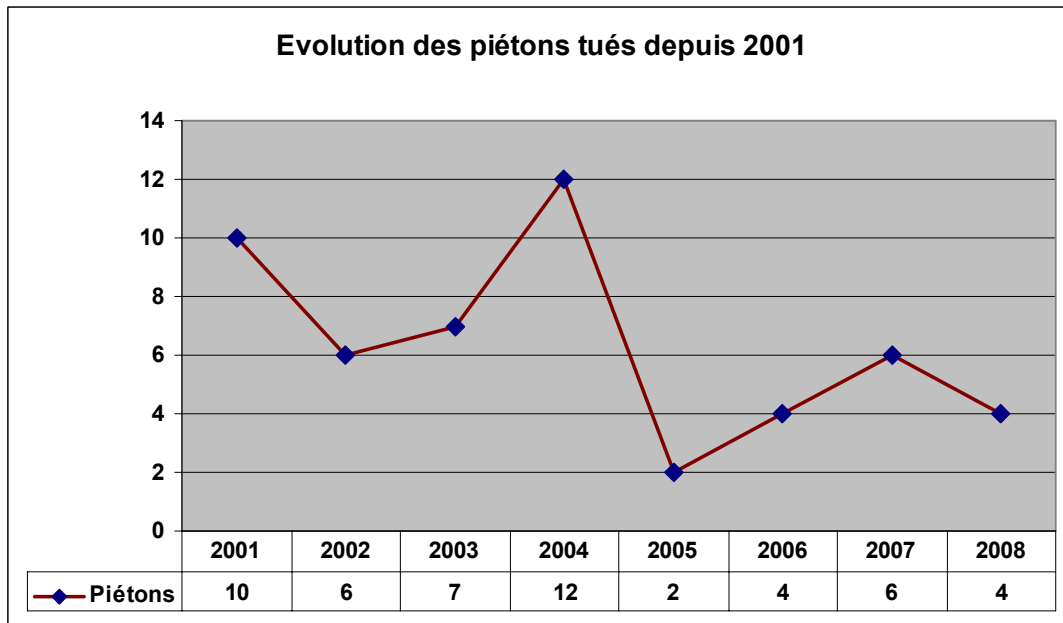
Plus précisément, la ventilation des victimes par catégories d'usagers de la route se récapitule comme suit:

	2007	2008
conducteurs de véhicules à 4 roues	22	18
passagers de véhicules à 4 roues	8	3
motocyclistes	5	8
passagers	1	1
cyclistes	1	1
piétons	6	4

- La répartition des personnes tuées depuis 2001 selon leur catégorie

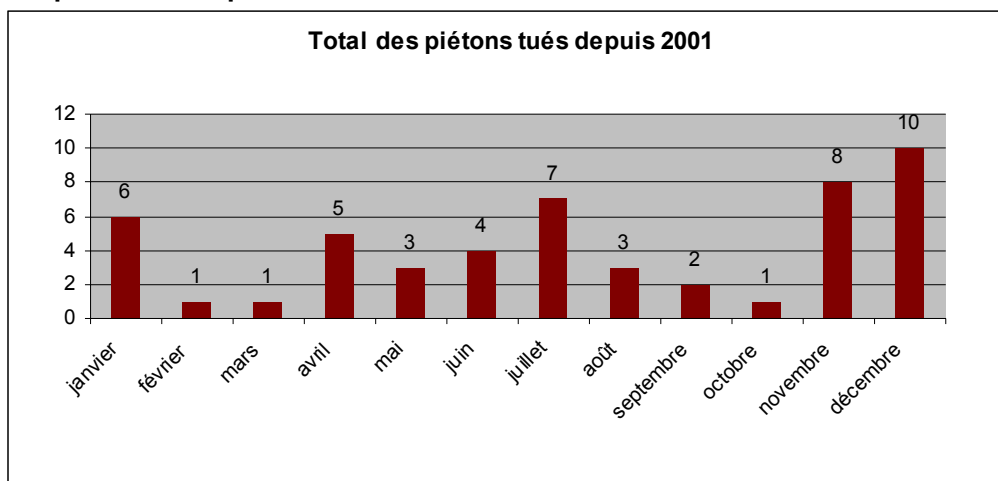


- L'évolution des piétons tués depuis 2001



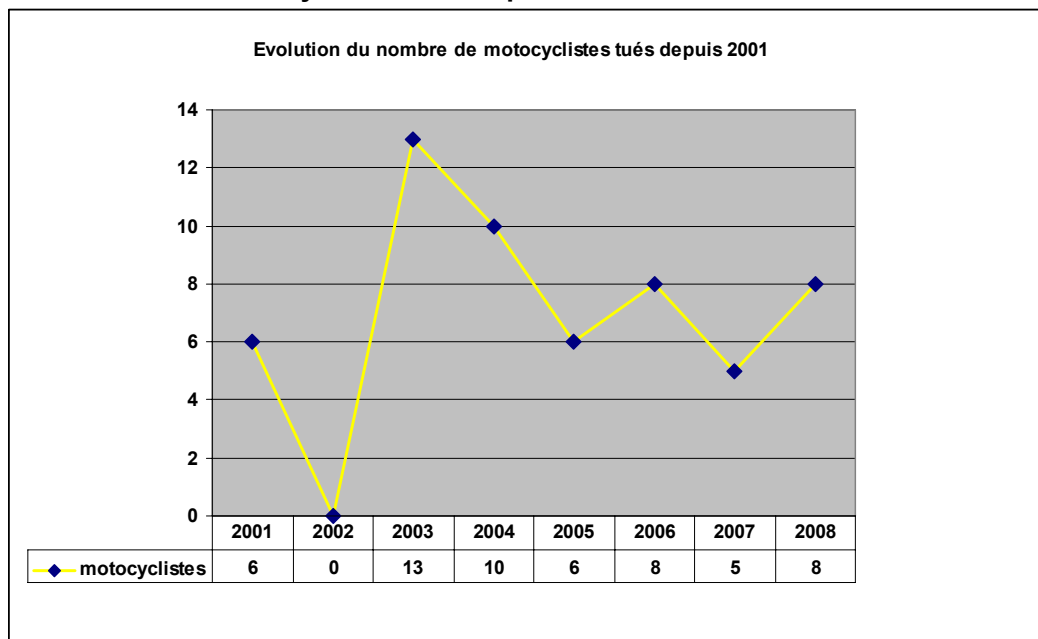
51 personnes des 392 tués sur la route depuis 2001 étaient des piétons dont 82 % ont été tués à l'intérieur d'une agglomération.

- **La répartition des piétons tués selon le mois de l'accident mortel**



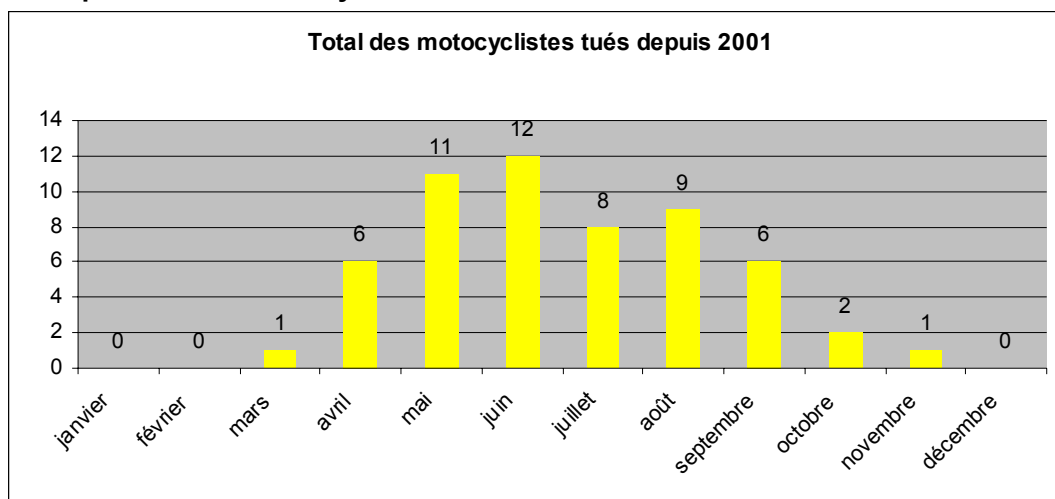
35 % des piétons concernés ont été tués pendant les mois de novembre et décembre.

- **L'évolution des motocyclistes tués depuis 2001**



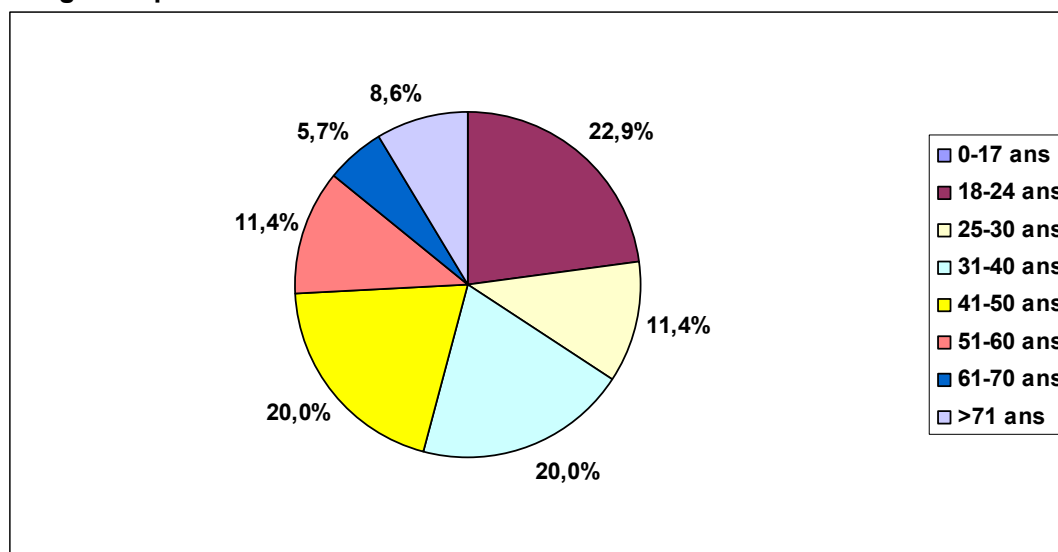
Le nombre de motocyclistes tués (y compris les cyclomotoristes) a augmenté de 3 unités par rapport à l'année 2007, passant ainsi au même niveau qu'en 2006 (8 morts). Il échet de mentionner que tous les motocyclistes tués en 2008 étaient des hommes. En moyenne, 7 motocyclistes décèdent chaque année sur nos routes.

- **La répartition des motocyclistes tués selon le mois de l'accident mortel**



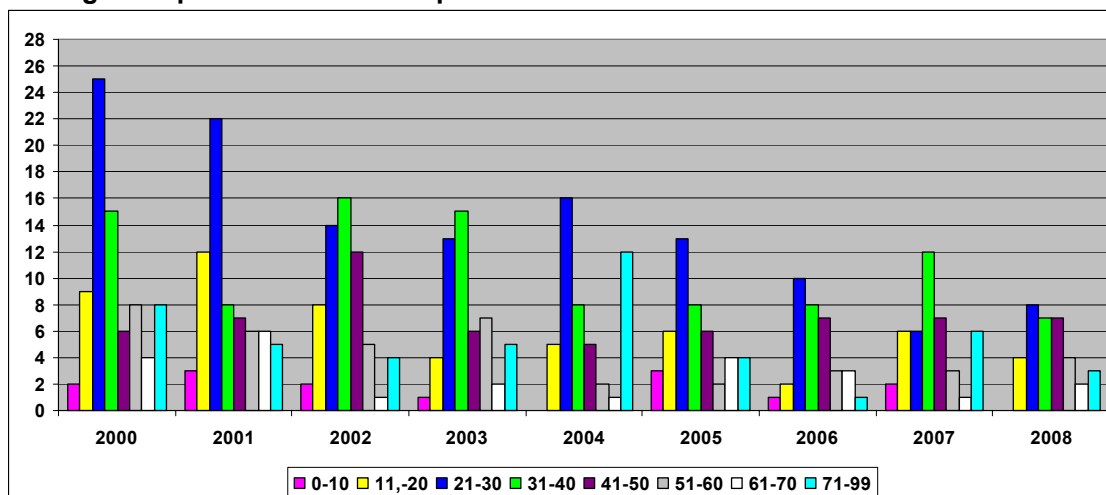
14 % de 392 tués depuis 2001 étaient des motocyclistes. 41 % de ces motocyclistes ont perdu leur vie sur la route pendant les mois de mai et de juin.

- **L'âge des personnes tuées en 2008**



En 2008, 34 % des personnes tuées avaient entre 18 et 30 ans alors que ces personnes ne représentent que 15 % de la population.

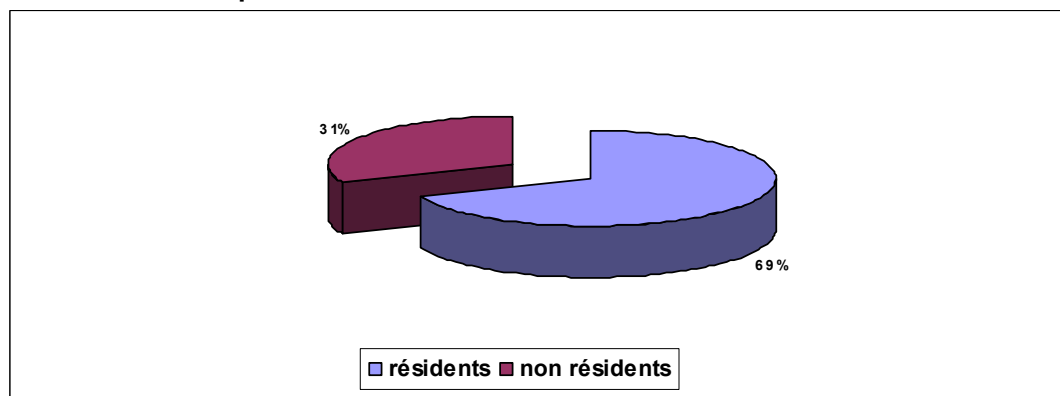
- **L'âge des personnes tuées depuis 2001**



En 2008, aucun enfant âgé de moins de 11 ans n'a trouvé la mort dans un accident routier. La part des personnes âgées de plus de 70 ans devenues victime d'un accident mortel a connu une baisse sensible en atteignant 3 morts (2007: 6), c'est-à-dire la moitié de ce qui a été recensé en 2007, respectivement un quart par rapport à l'année 2004.

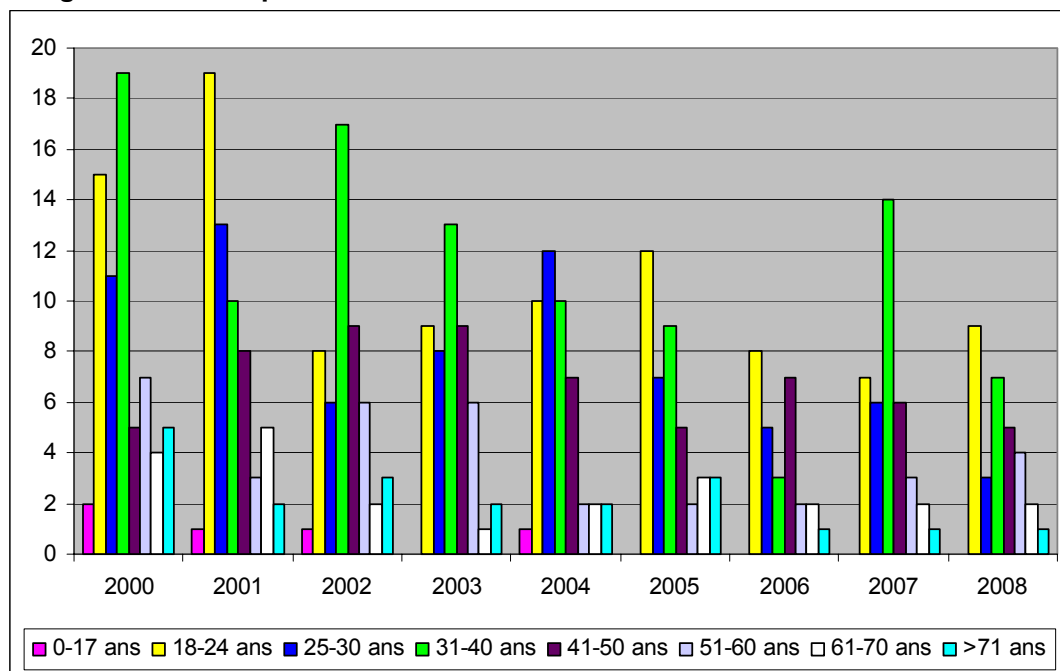
Si on compare l'ensemble des accidents mortels survenus depuis 2000, on constate que, contrairement aux années précédentes, aucune catégorie d'âge ne dépasse la barre de 8 décédés en 2008.

- **Provenance des personnes tuées en 2008**



10 (31 %) des personnes tuées en 2008 étaient des non-résidents.

- **L'âge des auteurs présumés des accidents mortels en 2008**

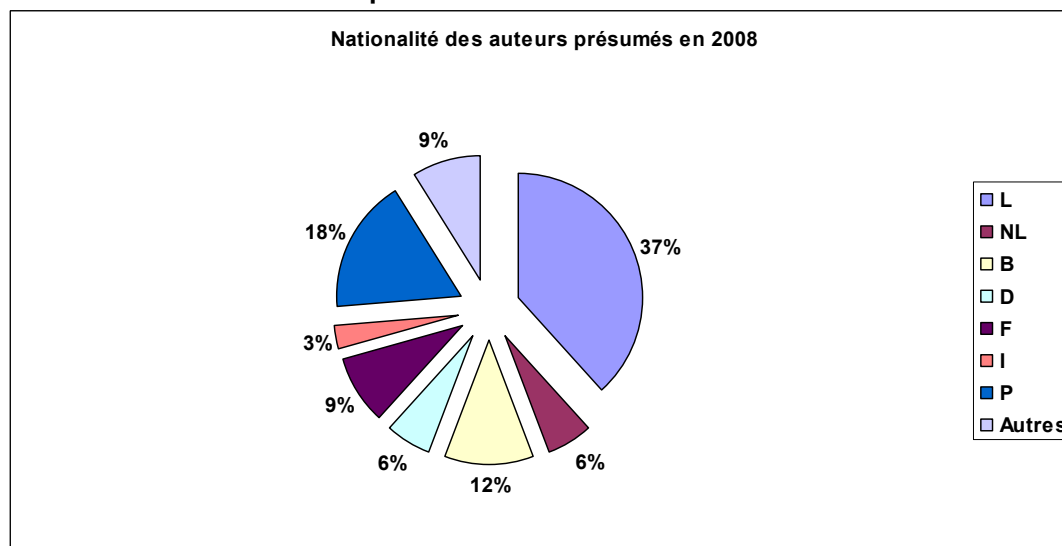


Le graphique ci-dessus met en évidence que depuis 2005 aucun accident mortel n'a été causé par un usager de la route âgé de moins de 18 ans.

En 2008, 26 % des accidents mortels ont été causés par des usagers appartenant à la tranche d'âge de 18-24 ans.

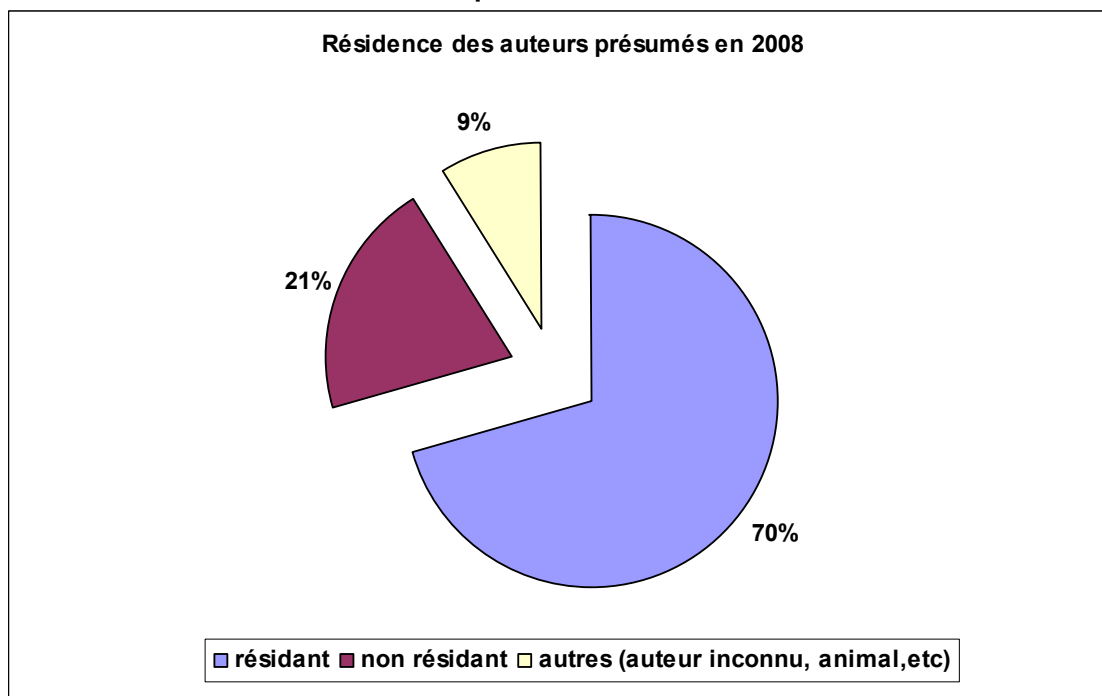
Le nombre d'accidents causés par des usagers appartenant à la catégorie d'âge de 25-30 ans a connu une diminution sensible par rapport à l'année 2007. En effet, seulement 9 % des accidents mortels ont été causés par des personnes appartenant à cette tranche d'âge, ce qui représente une baisse de 50 % par rapport à l'année 2007.

- **La nationalité des auteurs présumés des accidents mortels en 2008**



18 (53 %) des auteurs présumés n'étaient pas de nationalité luxembourgeoise.

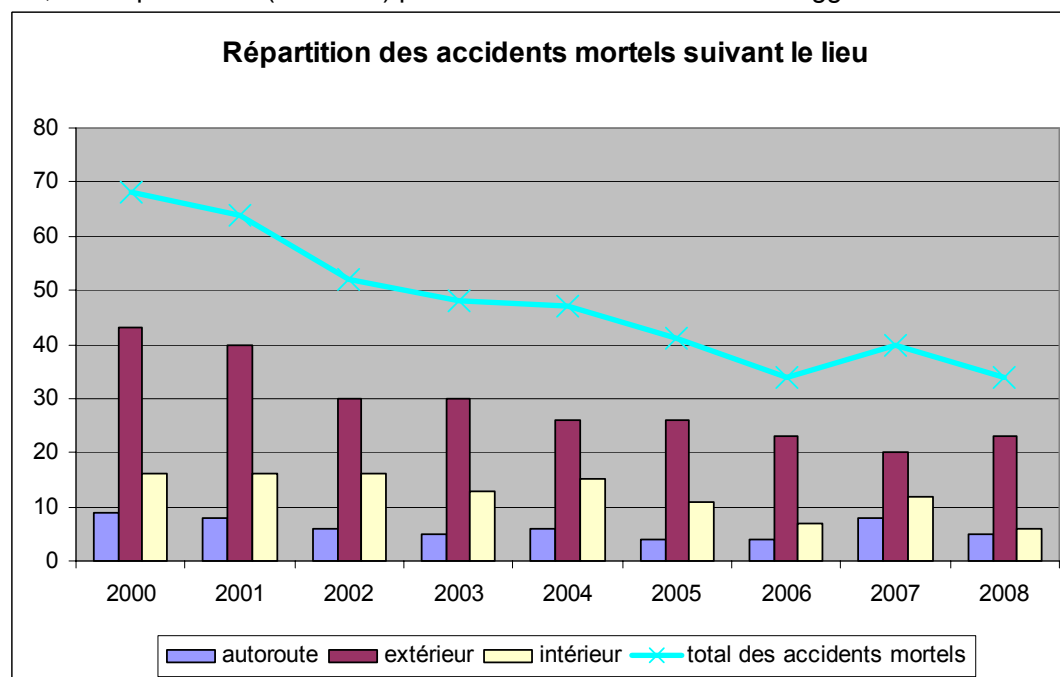
- **Le lieu de résidence des auteurs présumés des accidents mortels en 2008**



24 des auteurs présumés résident au Luxembourg (2007: 27).

- **La répartition des accidents mortels par catégorie de routes**

En 2008, 5 (2007: 8) accidents mortels avec 4 (2007: 8) tués ont eu lieu sur les autoroutes, 23 (2007: 20) ont été notés sur la voirie normale en rase campagne faisant 24 (2007: 22) morts, et uniquement 6 (2007: 13) personnes ont trouvé la mort en agglomération.



Le graphique montre que la part des accidents mortels survenus sur les autoroutes a diminué de 37 % par rapport à l'année 2007, tandis que celle des accidents mortels

survenus à l'extérieur de l'agglomération a connu pour la première fois depuis 2001 une légère hausse en passant de 20 à 23 victimes (+ 13 %).

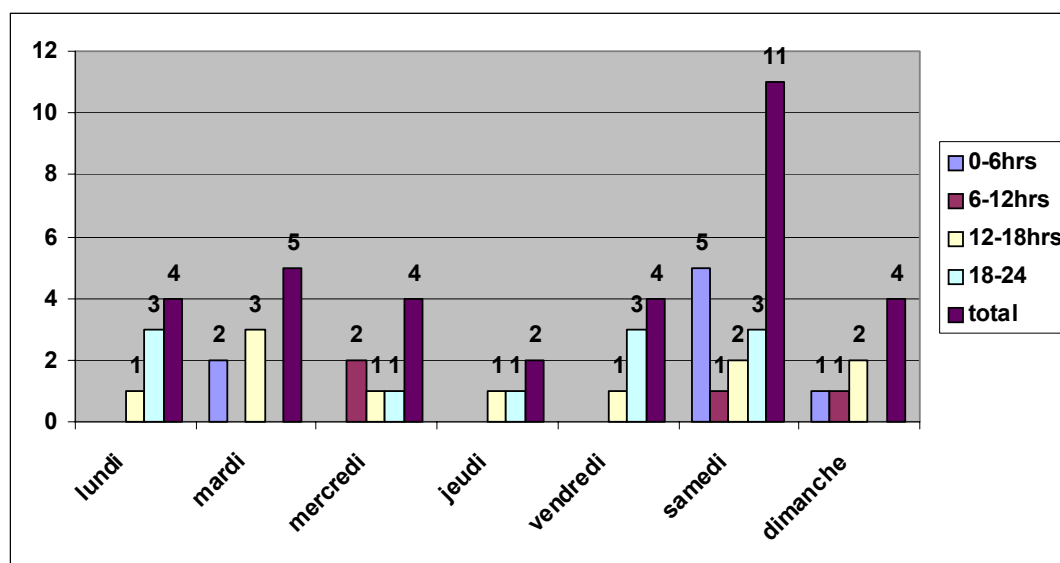
En revanche, le meilleur résultat en termes de réduction du nombre des accidents graves est à noter à l'intérieur des agglomérations: seulement 6 (2007: 12) des accidents mortels sont survenus à l'intérieur de l'agglomération. Ce chiffre correspond à un recul de 62 % par rapport à l'année de référence 2001. Il convient d'attirer l'attention sur le fait que 4 des 6 personnes tuées ont été des piétons. Il en résulte que tous les piétons tués ont été tués à l'intérieur d'une agglomération.

- **La répartition des accidents mortels dans le temps**

En 2008 les accidents mortels se répartissent comme suit:

Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
4 (2*)	5 (5*)	4 (5*)	2 (10*)	4 (6*)	11 (6*)	4 (6*)

* 2007



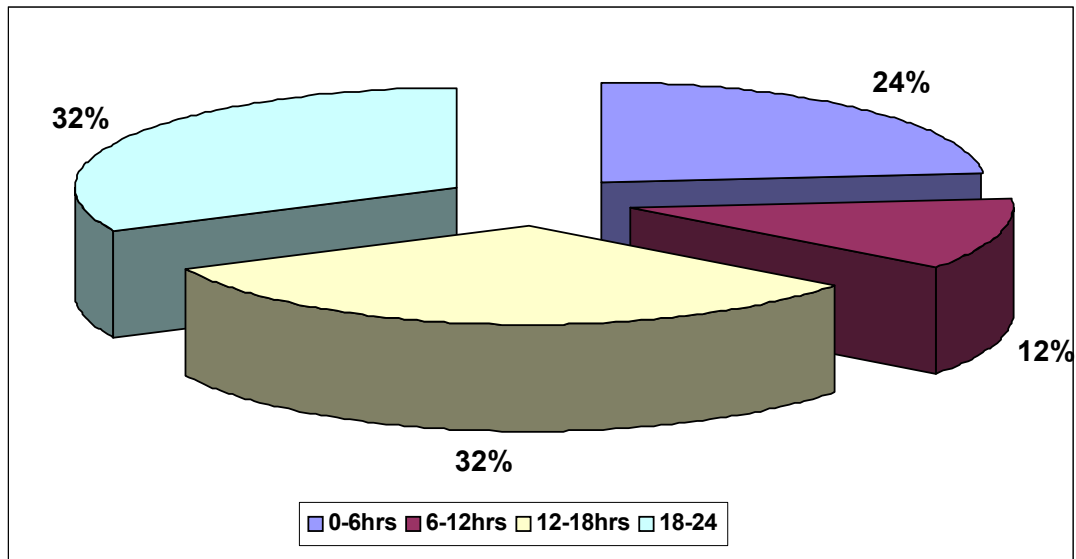
Ce graphique met en évidence que le samedi a été le jour le plus meurtrier en 2008 avec 11 accidents mortels en 2008 (2007: 6), c'est-à-dire plus que le double par rapport aux autres jours de la semaine.

En 2008, 19 (56 %) de l'ensemble des accidents mortels sont survenus du lundi au vendredi, dont 15 pendant la journée (06h00 - 22h00) (2007: 1) et 4 pendant la nuit (22h00 - 06h00) (2007: 7).

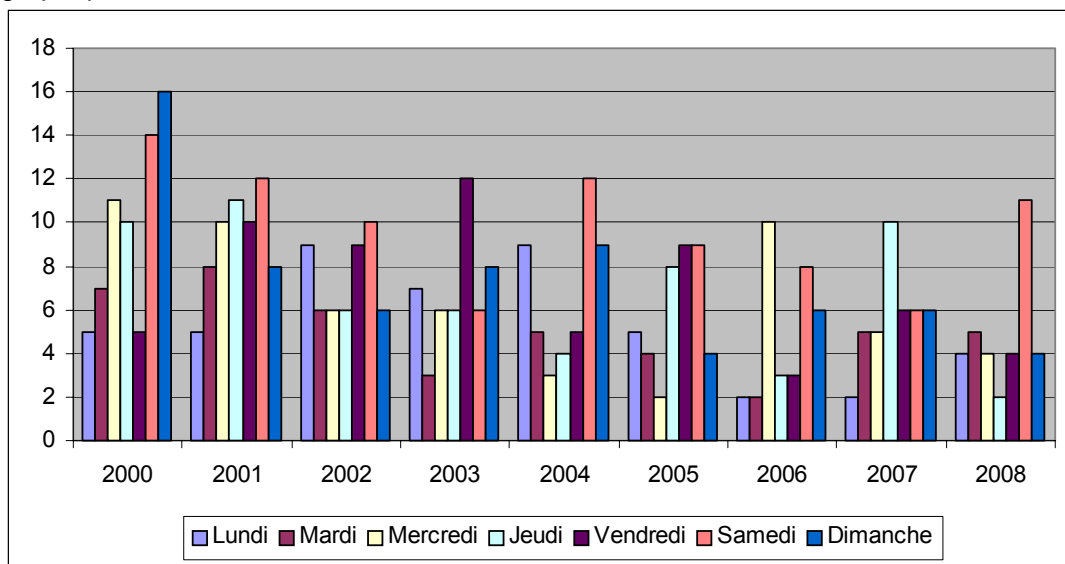
En fin de semaine (samedi et dimanche) sont survenus 15 (44 %) de l'ensemble des accidents mortels, dont 8 au cours de la journée (2007: 5) et 7 au cours de la nuit (2007: 7). Presque la moitié des accidents mortels sont survenus pendant les deux derniers jours de la semaine alors que le weekend ne représente que 28,5 % du temps d'une semaine.

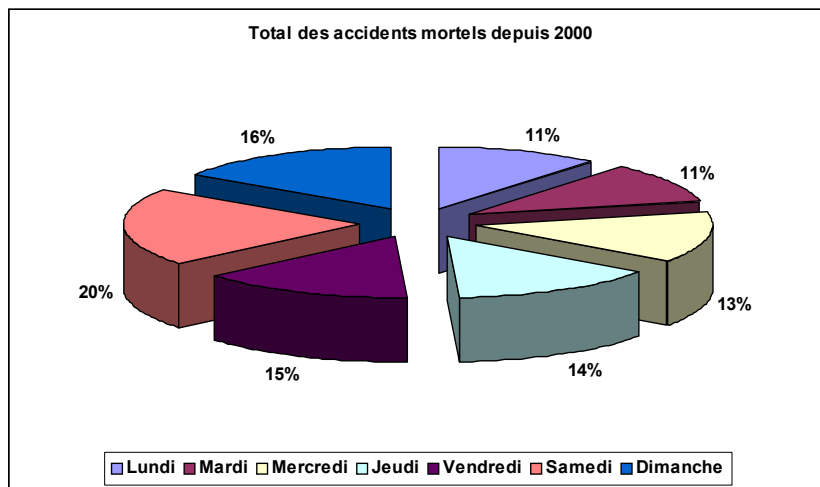
Force est donc de constater que le risque d'être impliqué dans un accident mortel est plus que deux fois plus élevé en fin de semaine.

La répartition des accidents mortels selon les plages horaires principales se présente en 2008 comme suit:



La répartition des accidents mortels sur les jours de la semaine depuis 2001 est illustrée par le graphique suivant:

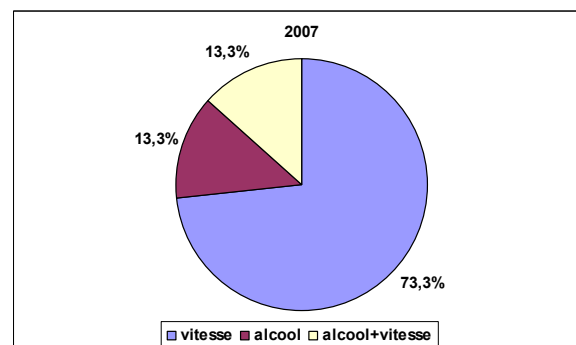
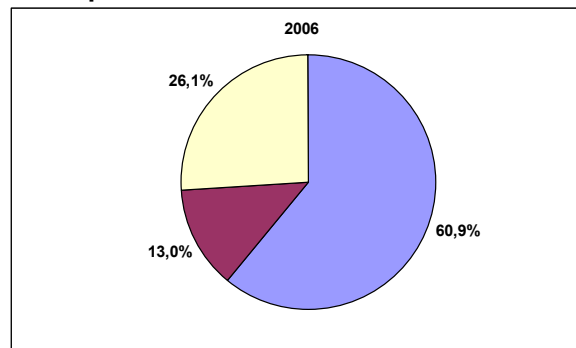


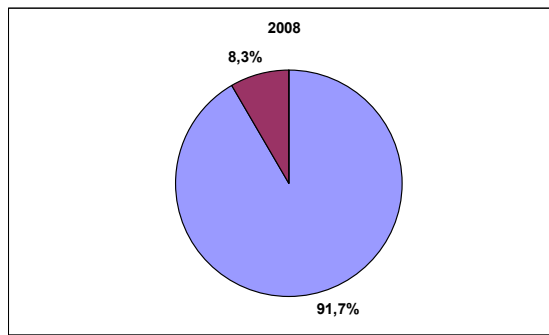


En moyenne, plus que la moitié (51 %) des accidents mortels sont survenus pendant les trois derniers jours de la semaine, c'est-à-dire un vendredi, samedi ou dimanche.

En comparant l'ensemble des accidents mortels survenus depuis 2000, on peut constater que le jour le plus meurtrier en matière d'accidents routiers varie d'année en année, de façon qu'il n'est pas possible d'en déduire des conclusions fiables. Ce problème résulte notamment (du point de vue statistique) de l'absence au Grand-Duché d'une masse critique au niveau des accidents mortels.

- **Les principales causes présumées des accidents mortels**





Malgré les nouvelles mesures en matière d'alcool au volant ou de vitesse excessive, ces deux infractions continuent à mener la liste des facteurs qui sont à l'origine de la majorité des accidents routiers.

Toutefois, les graphiques ci-dessus montrent que la vitesse (partie bleue) devienne de plus en plus la principale cause présumée des accidents mortels tandis que la part de l'alcool se trouve en phase de régression depuis plusieurs années. Ce constat est à relativiser alors que les données en matière d'imprégnation éthylique des personnes impliquées dans des accidents mortels sont à considérer avec prudence.

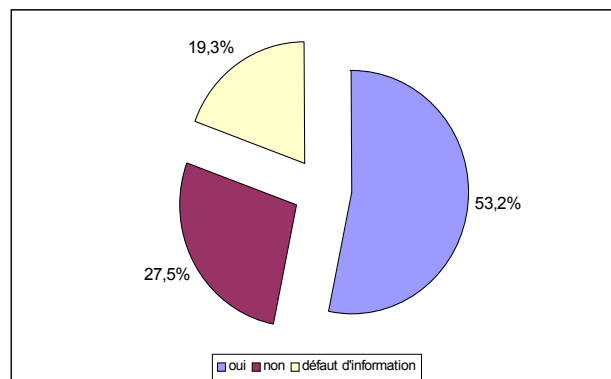
- **Conditions météorologiques**

En 2008 14 accidents mortels ont eu lieu sur une chaussée humide (2007: 14) et 20 sont survenus par temps sec (2007: 25).

- **Ceinture de sécurité**

Le tableau suivant donne un aperçu du port de la ceinture de sécurité dans les accidents mortels de 2001 à 2008. Il convient de souligner qu'en moyenne (de 2001 à 2008), 53 % des personnes tuées sur la route ont porté la ceinture de sécurité.

année	oui	non
2001	50 %	25 %
2002	39 %	48 %
2003	64 %	23 %
2004	58 %	18 %
2005	69 %	22 %
2006	41 %	28 %
2007	49 %	28 %
2008	57 %	23 %
moyenne	53 %	28 %

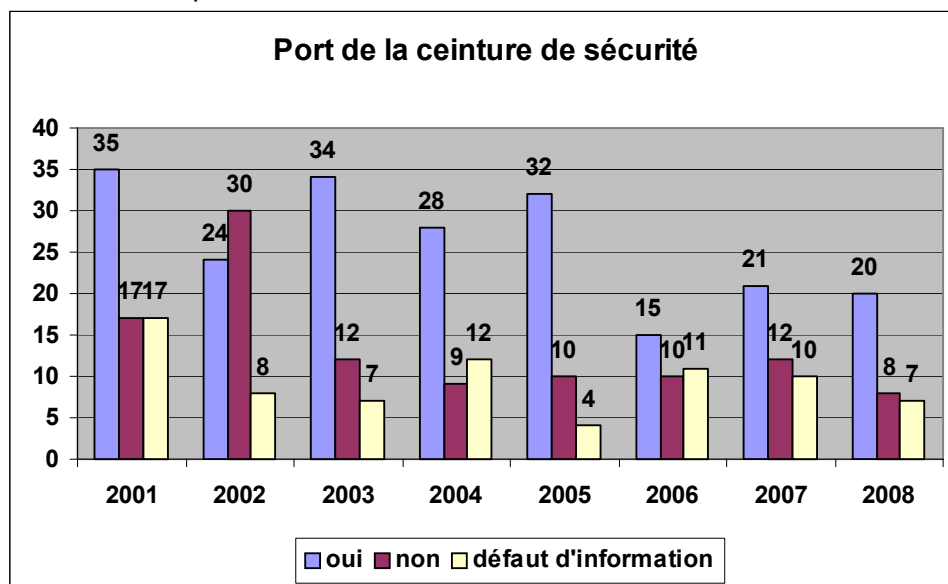


En 2008, au moins 8 (23 %) des victimes n'ont pas porté de ceinture de sécurité.

35

Le taux d'implication des personnes tuées dans un accident routier n'ayant pas mis la ceinture de sécurité reste élevé. Il convient toutefois de souligner que les chiffres obtenus en 2008 sont mieux que la moyenne calculée pour les années 2001 à 2008.

Les chiffres relatifs au port de la ceinture de sécurité:



ANNEXES

- 1) Loi du 11 août 2006 relative à la lutte anti-tabac
- 2) Loi du 22 décembre 2006 portant interdiction de la vente de boissons alcooliques à des mineurs de moins de seize ans
- 3) Règlement grand-ducal du 16 mars 2001 portant dixième modification de l'annexe 1 de la loi modifiée du 11 mars 1981 portant réglementation de la mise sur le marché et de l'emploi de certaines substances et préparations dangereuses.
- 4) Règlement grand-ducal du 4 juillet 2007 portant modification du règlement grand-ducal modifié du 15 juillet 1988 concernant la protection des travailleurs contre les risques liés à une exposition à l'amiante pendant le travail

Loi du 11 août 2006 relative à la lutte antitabac

Art. 1er. La présente loi a pour objet, dans l'intérêt de la santé publique, de mettre en oeuvre des mesures de lutte antitabac.

Art. 2. Aux fins de la présente loi, on entend par :

- a) «produits du tabac», tous les produits destinés à être fumés, prisés, sucés ou mâchés, dès lors qu'ils sont, même partiellement, constitués de tabac;
- b) «tabacs à usage oral», tous les produits destinés à un usage oral, à l'exception de ceux destinés à être fumés ou mâchés, constitués totalement ou partiellement de tabac, sous forme de poudre, de particules fines ou toute combinaison de ces formes – notamment ceux présentés en sachets-portions ou sachets poreux – ou sous une forme évoquant une denrée comestible;
- c) «publicité», toute forme de communication commerciale qui a pour but ou effet direct ou indirect de promouvoir un produit du tabac;
- d) «parrainage», toute forme de contribution publique ou privée à un événement, à une activité ou à un individu, ayant pour but ou effet direct ou indirect de promouvoir un produit du tabac;
- e) «établissement de restauration», tout local accessible au public où des repas sont préparés ou servis pour consommation sur place ou non, et ce même gratuitement.

Art. 3. (1) La publicité en faveur du tabac, de ses produits, de ses ingrédients en rapport avec le tabac, ainsi que toute distribution gratuite d'un produit du tabac, sont interdites.

Cette interdiction englobe l'utilisation de l'emblème de la marque ou du nom de la marque du tabac ou de produits du tabac ainsi que l'utilisation de toute autre représentation ou mention susceptible de s'y référer sur des objets usuels autres que ceux qui sont directement liés à l'usage du tabac.

Cette disposition ne s'applique pas aux catégories d'objets présentés sur le marché avant le 9 avril 1989 sous des noms, marques ou emblèmes identiques à ceux du tabac ou de produits du tabac.

(2) Ne sont pas à considérer comme publicité au sens du paragraphe qui précède:

- les panneaux ou enseignes apposés aux fins de les signaler sur les bâtiments des établissements dans lesquels les produits visés par la présente loi sont fabriqués ou entreposés, du moment qu'ils ne contiennent pas d'autre indication que le nom du fabricant ou distributeur, le nom de la marque produite ou distribuée ou une représentation graphique ou photographique de la marque ou de son emballage ou de son emblème;
- la simple indication, sur un véhicule servant ordinairement au commerce du tabac ou de ses produits, de la dénomination du produit, de sa composition, du nom et de l'adresse du fabricant et, le cas échéant, du distributeur, ainsi que la représentation graphique ou photographique du produit, de son emballage et de l'emblème de la marque.

(3) Les dispositions du paragraphe 1er ne s'appliquent pas:

- aux publications et services de communication en ligne édités par les organisations professionnelles de producteurs, fabricants et distributeurs des produits du tabac, réservés à leurs adhérents, ni aux publications professionnelles spécialisées, ni aux services de communication en ligne édités à titre professionnel qui ne sont accessibles qu'aux professionnels de la production, de la fabrication et de la distribution des produits du tabac;
- aux publications imprimées et éditées et aux services de communication en ligne mis à disposition du public par des personnes établies dans un pays n'appartenant pas à

l'Union européenne, lorsque ces publications et services de communication en ligne ne sont pas principalement destinés au marché communautaire.

(4) Les dispositions du paragraphe (1) ne s'appliquent pas à la publicité faite à l'intérieur des débits de tabac. Dans les commerces offrant en vente également des produits ne relevant pas de la présente loi, la présente dérogation ne vaut que dans les surfaces réservées à la vente des produits du tabac et, dans les commerces ne comportant aucune subdivision en surfaces de vente, à proximité immédiate des étalages exposant des produits du tabac.

La publicité autorisée en vertu de l'alinéa qui précède ne peut être effectuée qu'au moyen d'affiches et de panneaux réclames. Elle ne peut s'adresser spécialement à un public de mineurs, ni faire usage d'arguments axés sur la santé, ni comporter un texte, une dénomination ou un signe figuratif laissant croire qu'un produit particulier est moins nocif qu'un autre, ni contenir une représentation d'une personne connue du grand public.

(5) Toute opération de parrainage en faveur du tabac ou de produits du tabac est interdite.

Art. 4. Les règles relatives aux avertissements sanitaires devant figurer sur chaque unité de tabac ou de produits du tabac, ainsi que celles relatives à la mention de la teneur en substances nocives susceptibles d'être dégagées par la combustion devant figurer sur chaque paquet de cigarettes sont établies par voie de règlement grand-ducal.

Ce même règlement détermine la limitation de la teneur maximale en goudron et autres substances nocives des cigarettes mises en vente ou fabriquées au Luxembourg ainsi que les informations relatives à la composition et aux émissions des produits du tabac que les fabricants et les importateurs de tabac et de produits du tabac doivent soumettre au ministre ayant dans ses attributions la Santé et précise les méthodes de mesure des teneurs en substances nocives.

Art. 5. Le Gouvernement met en place ou subventionne des activités structurées de consultation et d'information, ayant pour mission:

- de sensibiliser le public aux risques pour la santé liés à la consommation de tabac et à l'exposition à la fumée du tabac, ainsi qu'aux avantages du sevrage tabagique et des modes de vie sans tabac;
- de fournir au public des informations relatives aux ingrédients des différents produits du tabac commercialisés, indiquant les teneurs en substances nocives;
- d'offrir des consultations au public, notamment aux personnes désireuses d'arrêter de fumer.

Des informations de nature sanitaire en rapport avec le tabagisme et une éducation à la santé sont dispensées à tous les niveaux de l'enseignement scolaire.

Art. 6. (1) Il est interdit de fumer:

1. à l'intérieur et dans l'enceinte des établissements hospitaliers;
2. dans les locaux à usage collectif des institutions accueillant des personnes âgées à des fins d'hébergement, y compris les ascenseurs et corridors;
3. dans les salles d'attente des médecins, des médecins-dentistes et des autres professionnels de la santé ainsi que des laboratoires d'analyses médicales;
4. dans les pharmacies;
5. à l'intérieur des établissements scolaires de tous les types d'enseignement ainsi que dans leur enceinte;
6. dans les locaux destinés à accueillir ou à héberger des mineurs âgés de moins de seize ans accomplis;
7. dans tous les établissements couverts où des sports sont pratiqués;
8. dans les salles de cinéma, de spectacles et de théâtre ainsi que dans les halls et couloirs des bâtiments qui les abritent;

9. dans les musées, galeries d'art, bibliothèques et salles de lecture, ouverts au public;
10. dans les halls et salles des bâtiments de l'Etat, des communes et des établissements publics;
11. dans les autobus des services de transports publics de personnes, même à l'arrêt ou en stationnement;
12. dans les voitures de chemin de fer et dans les aéronefs;
13. dans les établissements de restauration et les salons de consommation des pâtisseries et des boulangeries;
14. dans les discothèques au sens de la réglementation portant nomenclature et classification des établissements classés, dont l'accès n'est pas expressément réservé aux personnes ayant atteint ou dépassé l'âge de seize ans;
15. dans les galeries marchandes et les salles d'exposition ouvertes au public;
16. dans les locaux de vente de tous commerces de denrées alimentaires.

(2) L'interdiction dont question au point 1 du paragraphe 1er ne vaut pas dans des fumoirs spécialement aménagés à cette fin par l'exploitant d'un établissement hospitalier.

Exception faite de fumoirs aménageables à l'intérieur de services psychiatriques fermés, un seul fumoir peut être admis par établissement hospitalier. Ce fumoir devra être localisé à distance des services et aménagé de façon à ce que la fumée de tabac n'atteigne ni le personnel ni le public. L'accès aux fumoirs est strictement réservé aux patients hospitalisés qui en font la demande.

(3) Pour les lieux dont question au point 13, une pièce séparée peut être installée dans laquelle l'interdiction dont question au présent article ne vaut pas.

La pièce séparée doit être munie d'un système d'extraction ou d'épuration d'air. Les caractéristiques techniques du système d'extraction ou d'épuration d'air seront fixées par règlement grand-ducal.

La pièce séparée doit être installée de manière à réduire au maximum les inconvénients de la fumée vis-à-vis des non-fumeurs et ne peut être une zone de transit.

La superficie de la pièce séparée ne peut excéder un quart de la superficie totale du local dans lequel des plats préparés sont servis à la consommation.

La pièce séparée doit être clairement identifiée comme local réservé aux fumeurs. Un ou plusieurs signaux rappelant l'interdiction de fumer dans les espaces réservés aux non-fumeurs doivent être posés de telle sorte que toute personne présente puisse en prendre connaissance.

L'exploitant des lieux est tenu de prendre des mesures empêchant les mineurs âgés de moins de seize ans accomplis d'avoir accès à la pièce séparée.

L'exploitation de la pièce séparée est soumise à l'autorisation préalable du ministre ayant la Santé dans ses attributions, qui ne l'accorde sur rapport de l'Inspection sanitaire que si les exigences prévues au présent article sont remplies.

L'Inspection sanitaire veille au respect des exigences précitées.

(4) L'interdiction de fumer s'applique également aux débits de boissons où des plats sont servis, aux plages horaires situées entre douze et quatorze heures ainsi qu'entre dix-neuf et vingt et une heures.

Art. 7. La mise sur le marché, la vente, la détention en vue de la vente et l'importation à des fins commerciales des tabacs à usage oral sont interdites.

Art. 8. La mise sur le marché, la vente, la détention en vue de la vente et l'importation à des fins commerciales de confiseries et de jouets destinés aux enfants et fabriqués avec la nette intention de donner au produit ou à son emballage l'apparence d'un type de produit du tabac sont interdites.

Art. 9. Il est interdit de vendre du tabac et des produits du tabac à des mineurs âgés de moins de seize ans accomplis.

Tout exploitant d'appareils automatiques de distribution délivrant du tabac et des produits du tabac est tenu de prendre des mesures empêchant les mineurs âgés de moins de seize ans accomplis d'avoir accès auxdits appareils.

Art. 10. Les infractions aux dispositions des articles 3, 7 et 8 de la présente loi, ainsi que celles aux dispositions du règlement grand-ducal à prendre en vertu de son article 4, sont punies d'une amende de 251 à 50.000 euros.

Les infractions aux dispositions de l'article 6 de la présente loi sont punies d'une amende de 25 à 250 euros.

L'exploitant d'un établissement visé au paragraphe (1) sous 13 de l'article 6 et au paragraphe (4) du même article, ou la personne qui le remplace, qui omet délibérément de veiller dans son établissement au respect de l'interdiction énoncée à l'article précité est puni d'une amende de 251 à 1.000 euros. Est puni de la même peine l'exploitant ou la personne qui le remplace qui installe dans son établissement une pièce séparée clairement identifiée comme local réservé aux fumeurs, mais ne répondant pas aux exigences définies au paragraphe (3) de l'article précité.

Les infractions aux dispositions de l'article 9 de la présente loi sont punies d'une amende de 251 à 1.000 euros.

En cas de récidive dans les deux ans qui suivent une condamnation définitive, les amendes prévues aux alinéas 1 et 4 du présent article peuvent être portées au double du maximum.

Les dispositions du livre 1er du Code pénal ainsi que les articles 130-1 à 132-1 du code d'instruction criminelle sont applicables aux peines prévues aux alinéas 1 et 4 du présent article.

Art. 11. En cas de contraventions punies conformément aux dispositions de l'article 6 des avertissements taxés peuvent être décernés par les fonctionnaires de la police grand-ducale habilités à cet effet par le directeur général de la police grand-ducale et par les fonctionnaires de l'administration des douanes et accises habilités à cet effet par le directeur de l'administration des douanes et accises.

L'avertissement taxé est subordonné à la condition soit que le contrevenant consent à verser immédiatement entre les mains des fonctionnaires préqualifiés la taxe due, soit, lorsque la taxe ne peut pas être perçue sur le lieu même de l'infraction, qu'il s'en acquitte dans le délai lui imparti par sommation. Dans cette deuxième hypothèse le paiement peut notamment se faire dans le bureau de la police grand-ducale, dans le bureau des douanes et accises ou par versement au compte postal ou bancaire indiqué par la même sommation.

L'avertissement taxé est remplacé par un procès-verbal ordinaire:

1. si le contrevenant n'a pas payé dans le délai imparti;
2. si le contrevenant déclare ne pas vouloir ou ne pas pouvoir payer la ou les taxes;
3. si le contrevenant a été mineur au moment des faits.

Le montant de la taxe ainsi que les modes du paiement sont fixés par règlement grand-ducal qui détermine aussi les modalités d'application du présent article.

Les frais de rappel éventuels font partie intégrante de la taxe.

Le montant à percevoir par avertissement taxé ne peut pas dépasser le maximum de l'amende prévue à l'article 10 alinéa 2.

Le versement de la taxe dans un délai de 30 jours, à compter de la constatation de l'infraction, augmentée le cas échéant des frais prévus au cinquième alinéa du présent paragraphe a pour conséquence d'arrêter toute poursuite.

Lorsque la taxe a été réglée après ce délai, elle est remboursée en cas d'acquiescement, et elle est imputée sur l'amende prononcée et sur les frais de justice éventuels en cas de condamnation.

Art. 12. Si le contrevenant qui n'a pas sa résidence normale au Luxembourg, ne s'acquiesce pas de l'avertissement taxé sur le lieu même de l'infraction, il devra verser aux fonctionnaires de la police grand-ducale ou de l'administration des douanes et accises une somme destinée à couvrir l'amende et les frais de justice éventuels en vue de la consignation de cette somme entre les mains du receveur de l'Enregistrement du siège de la Justice de paix compétente. Un règlement grand-ducal en fixe le montant et les modalités d'application; le montant ne peut pas excéder le double du maximum de l'amende, fixé à l'article 10 alinéa 2.

Art. 13. En cas d'infraction aux dispositions de l'article 3 de la présente loi, sont poursuivis comme auteurs principaux:

1. les producteurs, fabricants et commerçants de tabac ou de produits du tabac, ainsi que les exploitants des lieux, à la demande desquels est effectuée la publicité irrégulière;
2. l'entrepreneur de publicité qui a prêté son service aux opérations irrégulières;
3. celui qui assure la diffusion de la publicité interdite;
4. celui qui a diffusé ou fait diffuser dans une salle de spectacle ou autre lieu public ou ouvert au public, dont il assure la direction, la publicité interdite;
5. celui qui a laissé apposer une affiche, un panneau ou une enseigne irrégulière sur ou dans un immeuble bâti ou non bâti ou une installation dont il a la jouissance.

Art. 14. En cas d'infraction aux dispositions du règlement grand-ducal pris en vertu de l'article 4 de la présente loi, sont poursuivis comme auteurs principaux ceux qui fabriquent, mettent sur le marché, importent à des fins commerciales, vendent en gros ou détiennent en vue de la vente en gros des tabacs ou produits du tabac qui:

- sont dépourvus d'un avertissement sanitaire conforme,
- sont dépourvus d'une mention de la teneur en substances nocives conforme et exacte,
- dépassent la teneur maximale en goudron et/ou autres substances nocives.

La vente au détail de tabac ou d'un produit du tabac non conforme aux prédites dispositions n'est pas constitutive d'infraction.

Art. 15. Les contrats relatifs à des activités de publicité ou de parrainage interdites en vertu de la présente loi, mais autorisées avant son entrée en vigueur, peuvent encore être exécutés jusqu'à leur terme, sans que celui-ci puisse se situer plus de deux ans après cette entrée en vigueur.

La disposition de l'alinéa qui précède ne s'applique pas aux contrats relatifs à des activités de publicité ou de parrainage rentrant dans le champ d'application de la directive 2003/33/CE du Parlement européen et du Conseil du 26 mai 2003 concernant le rapprochement des dispositions législatives, réglementaires et administratives des Etats membres en matière de publicité et de parrainage en faveur des produits du tabac.

Dispositions modificatives

Art. 16. L'article 5 de la loi modifiée du 17 juin 1994 concernant la sécurité et la santé des travailleurs au travail est complété par un paragraphe (3) nouveau libellé comme suit:

«3. L'employeur doit prendre toutes les mesures pour assurer et améliorer la protection de la santé physique et psychique des travailleurs, notamment en assurant des conditions de travail ergonomiques suffisantes, en évitant dans la mesure du possible le travail répétitif, en organisant le travail de manière appropriée et en prenant les mesures nécessaires afin que les travailleurs soient protégés de manière efficace contre les émanations résultant de la consommation de tabac d'autrui.

Un règlement grand-ducal, pris sur avis du Conseil d'Etat et de l'assentiment de la Conférence des Présidents de la Chambre des Députés pourra préciser les obligations de l'employeur ci-avant définies.»

Art. 17. L'article 32 de la loi modifiée du 16 avril 1979 fixant le statut général des fonctionnaires de l'Etat est modifié et complété comme suit:

Le paragraphe 2 alinéa 1er est complété par un point c) libellé comme suit:

«c) en prenant les mesures nécessaires afin que les fonctionnaires soient protégés de manière efficace contre les émanations résultant de la consommation de tabac d'autrui.»

Art. 18. L'article 36, paragraphe 2, alinéa 1 de la loi modifiée du 24 décembre 1985 fixant le statut général des fonctionnaires communaux est complété par une lettre c) libellée comme suit:

«c) en prenant les mesures nécessaires afin que les fonctionnaires soient protégés de manière efficace contre les émanations résultant de la consommation de tabac d'autrui.»

Disposition abrogatoire

Art. 19. La loi modifiée du 24 mars 1989 portant restriction de la publicité en faveur du tabac et de ses produits, interdiction de fumer dans certains lieux et interdiction de la mise sur le marché des tabacs à usage oral est abrogée.

Ses dispositions restent applicables aux contrats visés à l'article 15.

Art. 20. La référence à la présente loi pourra se faire sous une forme abrégée en recourant à l'intitulé suivant: «Loi du 11 août 2006 relative à la lutte antitabac».

Loi du 22 décembre 2006 portant interdiction de la vente de boissons alcooliques à des mineurs de moins de seize ans

Article unique. Dans tous les débits de boissons, dans tous les commerces et dans tous les lieux publics il est interdit de vendre ou d'offrir à titre gratuit à des mineurs de moins de seize ans des boissons alcooliques ou des mélanges de boissons alcooliques avec d'autres boissons, titrant plus de 1,2% d'alcool en volume, à consommer sur place ou à emporter.

Toute infraction à la présente loi est punie d'une amende de 251 à 1.000 euros.

Règlement grand-ducal du 16 mars 2001 portant dixième modification de l'annexe 1 de la loi modifiée du 11 mars 1981 portant réglementation de la mise sur le marché et de l'emploi de certaines substances et préparations dangereuses.

Vu la loi modifiée du 11 mars 1981 portant réglementation de la mise sur le marché et de l'emploi de certaines substances et préparations dangereuses, et notamment son article 4;

Vu la directive 1999/43/CE du Parlement européen et du Conseil du 25 mai 1999 portant dix-septième modification de la directive 76/769/CEE concernant le rapprochement des dispositions législatives, réglementaires et administratives des Etats membres relatives à la limitation de la mise sur le marché et de l'emploi de certaines substances et préparations dangereuses;

Vu la directive 1999/51/CE de la Commission du 26 mai 1999 portant cinquième adaptation au progrès technique de l'annexe I de la directive 76/769/CEE du Conseil concernant le rapprochement des dispositions législatives, réglementaires et administratives des Etats membres relatives à la limitation de la mise sur le marché et de l'emploi de certaines substances et préparations dangereuses [étain, pentachlorophénol (PCP) et cadmium];

Vu la directive 1999/77/CE de la Commission du 26 juillet 1999 portant sixième adaptation au progrès technique (amiante) de l'annexe I de la directive 76/769/CEE du Conseil concernant le rapprochement des dispositions législatives, réglementaires et administratives des Etats membres relatives à la limitation de la mise sur le marché et de l'emploi de certaines substances et préparations dangereuses;

Vu l'avis de la Chambre des Employés privés, de la Chambre de travail, de la Chambre de commerce;

Vu la demande d'avis adressée à la Chambre des métiers et à la Chambre d'agriculture;

Vu l'avis de l'Administration de l'environnement, du Laboratoire national de santé et de l'Inspection du travail et des mines;

Notre Conseil d'Etat entendu;

Sur le rapport de Notre ministre du Travail et de l'Emploi, de Notre ministre de la Justice, de Notre ministre de l'Environnement et de Notre ministre de la Santé, et après délibération du Gouvernement en Conseil;

Arrêtons:

Art. 1er. L'annexe 1 de la loi modifiée du 11 mars 1981 portant réglementation de la mise sur le marché et de l'emploi de certaines substances et préparations dangereuses est modifiée comme suit :

a) Les points 6.1. et 6.2. sont remplacés par les points 6.1. et 6.2. suivants :

6.1. Crocidolite, no. CAS 12001-28-4	6.1. La mise sur le marché et l'emploi de ces
Amosite, no. CAS 12172-73-5	fibres et des produits auxquels elles ont
Amiante anthophyllite, no. CAS 77536-67-5	été délibérément ajoutées sont interdits.
Amiante actinolite, no. CAS 77536-66-4	
Amiante tremolite, no. CAS 77536-68-6	

6.2. Chrysotile, no. CAS 120001-29-5

6.2. La mise sur le marché et l'emploi de cette fibre et des produits auxquels elle a été délibérément ajoutée sont interdits.

Toutefois, le Ministre ayant le travail dans ses attributions peut, sur demande motivée, exempter les diaphragmes des cellules d'électrolyse existantes jusqu'à ce qu'elles atteignent la fin de leur vie utile ou que, auparavant, des substituts appropriés sans amiante apparaissent sur le marché. L'utilisation de produits contenant les fibres d'amiante visées au points 6.1. et 6.2. qui étaient déjà installés et/ou en service avant la date de mise en œuvre du présent règlement grand-ducal continue d'être autorisée jusqu'à leur élimination ou leur fin de vie utile.

Sans préjudice de l'application d'autres dispositions réglementaires concernant la classification, l'emballage et l'étiquetage des substances et préparations dangereuses, la mise sur le marché et l'utilisation de ces fibres et des produits contenant ces fibres peuvent être, en application des dérogations précitées, autorisées seulement si le produit porte une étiquette conformément aux dispositions de l'annexe 2 de la loi modifiée du 11 mars 1981 portant réglementation de la mise sur le marché et de l'emploi de certaines substances et préparations dangereuses.

b) Le point 21 est remplacé par le point 21 suivant :

21. Composés organostanniques

- 1) Ne peuvent être mis sur le marché comme substances et composants de préparations lorsqu'ils sont utilisés en tant que biocides dans des peintures antisalissures à composants non liés chimiquement.
- 2) Ne sont pas admis comme substances et composants de préparations lorsqu'ils sont utilisés en tant que biocides pour empêcher la formation de salissures, sous forme de micro-organismes, de plantes ou d'animaux, sur :
 - a) les coques :
 - de bateaux d'une longueur hors tout, au sens de la norme ISO 8666, inférieure à 25 mètres,
 - les coques de navires principalement destinés à être utilisés sur des voies de navigation intérieure ou sur des

- lacs, quelle que soit leur longueur;
- b) les cages, les flotteurs, les filets ainsi que tout autre appareillage ou équipement utilisés en pisciculture et en conchyliculture;
 - c) tout appareillage ou équipement totalement ou partiellement immergé,

Ces substances et préparations ne peuvent :

- être mises sur le marché que dans des emballages de capacité égale ou supérieure à 20 litres;
- être vendues au grand public, mais uniquement aux utilisateurs professionnels.

Sans préjudice de l'application d'autres dispositions réglementaires en matière de classification, d'emballage et d'étiquetage des substances et préparations dangereuses, l'emballage de ces préparations doit porter d'une manière lisible et indélébile les mentions suivantes :

«Ne pas utiliser sur des bateaux d'une longueur hors tout inférieure à 25 mètres ou sur des navires principalement destinés à être utilisés sur des voies de navigation intérieure ou sur des lacs, quelle que soit leur longueur, ou sur un appareillage ou un équipement, quel qu'il soit, utilisé en pisciculture ou en conchyliculture;

Réservé aux utilisateurs professionnels.»

- 3) Ne sont pas admis comme substances et composants de préparations destinées à être utilisées pour le traitement des eaux industrielles.

c) Le point 23 est remplacé par le point 23 suivant :

23. Pentachlorophénol (CAS n° 87-86-5) et ses sels et esters Ne sont pas admis en concentration égale ou supérieure à 0,1% en masse dans les substances et les préparations mises sur le marché.

Art. 2. Disposition modificative

Afin de corriger une erreur matérielle dans la numérotation de l'appendice de l'annexe 1 du règlement grand-ducal du 22 avril 1999 portant neuvième modification de l'annexe 1 de la loi

modifiée du 11 mars 1981 portant réglementation de la mise sur le marché et de l'emploi de certaines substances et préparations dangereuses, les points 29, 30 et 31 de l'appendice sont changés en points 30, 31 et 32.

Art. 3.

- a) Les substances énumérées à l'annexe 1 du présent règlement sont ajoutées aux substances figurant dans l'appendice aux points 30, 31 et 32 de l'annexe 1 de la loi modifiée du 11 mars 1981 susmentionnée.
- b) Les substances énumérées à l'annexe 2 du présent règlement sont supprimées de la liste des substances figurant dans l'appendice au point 30 de l'annexe 1 de la loi modifiée du 11 mars 1981 susmentionnée.

Annexe I

Point 30 – Substances cancérigènes: catégorie 2

Substances	Numéro d'index	Numéro CE	Numéro CAS	Notes
Dichromate de potassium	024-002-00-6	231-906-6	7778-50-9	
Dichromate d'ammonium	024-003-00-1	232-143-1	7789-09-5	
Dichromate de sodium	024-004-00-7	234-190-3	10558-01-9	
Dichromate de sodium, dihydrate	024-004-01-4	234-190-3	7789-12-0	
Dichlorure de chromyle	024-005-00-2	239-056-8	14977-61-8	
Chromate de potassium	024-006-00-8	232-140-5	7789-00-6	
Composés de chrome (VI) à l'exception du chromate de baryum et de ceux nommément désignés dans l'annexe 1 de la loi du 15 juin 1994	024-017-00-8	-	-	
Bromoéthylène	602-024-00-2	209-800-6	593-60-2	
5-allyl-1,3-benzodioxole; safrole	605-020-00-9	202-345-4	94-59-7	
Colorants azoïques dérivant de la benzidine; colorants de 4,4' - diarylazobiphényle, à l'exception de ceux nommément désignés dans l'annexe 1 de la loi du 15 juin 1994	611-024-00-1	-	-	
4-amino-3-[[4'-(2,4-diaminophényl) azo][1,1'-biphényl]-4-yl]azo]-5-hydroxy - 6-(phénylazo)naphthalène-2,7-disulfonate de disodium; C.I. Direct Black 38	611-026-00-7	217-710-3	1937-37-7	
3,3'-[[1,1'-biphényl]-4,4'diylbis(azo)] bis[5-amino-4-hydroxynaphthalène-2,7-disulfonate] de tétrasodium; C.I. Direct Blue 6	611-026-00-2	220-012-1	2602-46-2	
3,3'-[[1,1'-biphényl]-4,4'diylbis(azo)] bis[4-	611-027-00-8	209-358-4	573-58-0	

aminonaphthalène-1-sulfonate) de disodium; C.I. Direct Red 28				
Sulfate de toluène- 2,4-diammonium	612-126-00-9	265-697-8	65321-67-7	

Point 31 – Substances mutagènes : catégorie 2

Substances	Numéro d'index	Numéro CE	Numéro CAS	Notes
Dichromate de potassium	024-002-00-6	231-906-6	7778-50-9	
Dichromate d'ammonium	024-003-00-1	232-143-1	7789-09-5	
Dichromate de sodium	024-004-00-7	234-190-3	10558-01-9	
Dichromate de sodium, dihydrate	024-004-01-4	234-190-3	7789-12-0	
Dichlorure de chromyle	024-005-00-2	239-056-8	14977-61-8	
Chromate de potassium	024-006-00-8	232-140-5	7789-00-6	
1,3,5-tris(oxiranylméthyl)-1,3,5-triazine-2,4,6(1H,3H,5H)-trione; TGIC	615-021-00-6	219-514-3	2451-62-9	

Point 32 – Substances toxiques pour la reproduction : catégorie 1

Substances	Numéro d'index	Numéro CE	Numéro CAS	Notes
1,2-dibromo-3-chloropropane	602-021-00-6	202-479-3	96-12-8	

Point 33 – Substances toxiques pour la reproduction : catégorie 2

Substances	Numéro d'index	Numéro CE	Numéro CAS	Notes
Phthalate de bis(2-méthoxyéthylène)	607-228-00-5	204-212-6	117-82-8	

Annexe 2

Substances	Numéro d'index	Numéro CE	Numéro CAS	Notes
Hydrocarbures aromatiques en C8-10; distillat d'huile légère, haut point d'ébullition	648-011-00-5	292-695-4	90989-39-2	J
Goudron de lignite, distillat; huile phénolique [Huile obtenue par distillation de goudron de lignite. Se compose principalement d'hydrocarbures aliphatiques, d'hydrocarbures nathéniques et d'hydrocarbures aromatiques comportant un à trois cycles, de leurs dérivés alkylés, d'hétéroaromatiques et de phénols monoou bicycliques dont le point d'ébullition est compris approximativement entre 150	648-025-00-1	309-885-0	101316-83-0	J

et 360° C.]				
Coke (goudron de houille), brai haute température	648-157-00-X		140203-12-9	
Coke (goudron de houille), mélangé avec du brai de houille de haute température	648-158-00-5		140203-13-0	
Coke (goudron de houille) basse température, brai haute température	648-159-00-0		140413-61-21	

Règlement grand-ducal du 4 juillet 2007 portant modification du règlement grand-ducal modifié du 15 juillet 1988 concernant la protection des travailleurs contre les risques liés à une exposition à l'amiante pendant le travail

ARTICLE 12

Droit à la sécurité sociale

Article 12 § 1

"En vue d'assurer l'exercice effectif du droit à la sécurité sociale, les Parties Contractantes s'engagent :

à établir ou à maintenir un régime de sécurité sociale;"

Prière d'indiquer les mesures donnant effet à cet engagement, en précisant la nature du système existant et les catégories de personnes couvertes ⁽¹⁾.

Aucune modification n'est à signaler.

Article 12 § 2

"En vue d'assurer l'exercice effectif du droit à la sécurité sociale, les Parties Contractantes s'engagent :

à maintenir le régime de sécurité sociale à un niveau satisfaisant, au moins égal à celui nécessaire pour la ratification de la Convention internationale du Travail n° 102 concernant la norme minimum de la sécurité sociale;"

- A. Prière d'indiquer dans quelles branches de sécurité sociale le système de sécurité sociale en vigueur dans votre pays satisfait ou dépasse les exigences de la Convention internationale du Travail n° 102.**
- B. En ce qui concerne les branches du système de sécurité sociale en vigueur dans votre pays qui n'atteignent pas le niveau fixé dans ladite Convention, prière d'indiquer dans quelle mesure les normes qui ont été fixées se différencient de celles de la Convention.**

Le Luxembourg a ratifié la convention n° 102 de l'OIT (norme minimum) et a accepté les obligations de cette convention pour toutes les branches de la sécurité sociale; le système de sécurité sociale en vigueur au Luxembourg satisfait aux exigences de la convention n° 102.

⁽¹⁾ Conventions internationales du Travail n° 102 (Sécurité sociale. Norme minimum), n° 121 (Prestations en cas d'accidents et maladies du travail), n° 128 (Prestations d'invalidité, de vieillesse et de survivants) et n° 130 (Soins médicaux et indemnités de maladie).

Article 12 § 3

"En vue d'assurer l'exercice effectif du droit à la sécurité sociale, les Parties Contractantes s'engagent:

à s'efforcer de porter progressivement le régime de sécurité sociale à un niveau plus haut;"

Prière d'indiquer les mesures qui ont été prises par votre pays depuis l'entrée en vigueur de la Charte Sociale Européenne à l'égard de votre pays, en vue de fixer des normes de sécurité sociale plus élevées.

Ces informations devraient être fournies par rapport :

- a. aux normes prévues par la Convention internationale du Travail n° 102 (Sécurité sociale, Norme minimum) ⁽¹⁾,**
- b. aux normes prévues par le Code européen de sécurité sociale,**
- c. aux normes prévues par le Protocole annexé au Code européen de sécurité sociale.**

Si votre pays a ratifié le Code et le Protocole, prière d'indiquer également toutes les mesures qui dépasseraient les exigences de ce dernier.

Aucune modification de grande importance n'est à signaler.

Des améliorations ponctuelles ont été apportées à la législation dans l'ensemble des branches de sécurité sociale (cf rapports MISSOC établis annuellement).

⁽¹⁾ Conventions internationales du Travail n° 121 (Prestations en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles), n° 128 (Prestations d'invalidité, de vieillesse et de survivants) et n° 130 (Soins médicaux et indemnités de maladie).

Article 12 § 4

"En vue d'assurer l'exercice effectif du droit à la sécurité sociale, les Parties Contractantes s'engagent:

à prendre des mesures, par la conclusion d'accords bilatéraux ou multilatéraux appropriés ou par d'autres moyens et sous réserve des conditions arrêtées dans ces accords, pour assurer:

- a. l'égalité de traitement entre les nationaux de chacune des Parties Contractantes et les ressortissants des autres Parties en ce qui concerne les droits à la sécurité sociale, y compris la conservation des avantages accordés par les législations de sécurité sociale, quels que puissent être les déplacements que les personnes protégées pourraient effectuer entre les territoires des Parties Contractantes;*
- b. l'octroi, le maintien et le rétablissement des droits à la sécurité sociale par des moyens tels que la totalisation des périodes d'assurance ou d'emploi accomplies conformément à la législation de chacune des Parties Contractantes."*

[L'Annexe à la Charte sociale déclare que les mots "et sous réserve des conditions arrêtées dans ces accords" figurant dans l'introduction à ce paragraphe, sont considérés comme signifiant que, en ce qui concerne les prestations existant indépendamment d'un système contributif, une Partie Contractante existant indépendamment d'un système contributif, une Partie Contractante peut requérir l'accomplissement d'une période de résidence prescrite avant d'octroyer ces prestations aux ressortissants d'autres Parties Contractantes.]

- A. Prière de donner la liste des accords du type mentionné dans ce paragraphe.**
- B. Prière d'indiquer si, indépendamment de tout accord bilatéral ou multilatéral, les ressortissants des autres Parties Contractantes bénéficient du droit aux diverses prestations de la sécurité sociale sur un pied d'égalité avec les nationaux.**
- C. Prière d'indiquer les périodes de résidence requises des ressortissants des autres Parties Contractantes pour l'ouverture du droit aux prestations existant indépendamment d'un système contributif. ⁽¹⁾**

Ad A. Le tableau des accords bilatéraux de sécurité sociale conclus par le Luxembourg (hors U.E.) se trouve ci-après.

Ad B. La législation nationale en matière de sécurité sociale ne connaît pas de discriminations par rapport à la nationalité pour l'ouverture du droit aux prestations de sécurité sociale.

Ad C. Le revenu minimum garanti (RMG) est la principale prestation de protection sociale non contributive. Aucun changement de législation n'est à signaler.

⁽¹⁾ Convention internationale du Travail n° 118 (Égalité de traitement-Sécurité sociale).

Instruments bilatéraux

Pays*)	Nature de l'instrument	Lieu et date de signature		Loi d'approbation / Publication		Entrée en vigueur
BRÉSIL	convention	Rio de Janeiro	16 septembre 1965	12 juillet 1966	M. 1966 A 620	1er août 1967
CANADA	convention	Ottawa	22 mai 1986	24 mai 1989	M. 1989 A 693	1er avril 1990
	avenant	Ottawa	6 février 1992	8 juillet 1993	M. 1993 A 1043	1er janvier 1994
	arrangement administratif	Ottawa	22 mai 1986		M. 1989 A 700	1er avril 1990
CAP VERT	convention	Luxembourg	24 mai 1989	28 avril 1992	M. 1992 A 909	1er avril 1992
	arrangement administratif	Luxembourg	24 mai 1989		M. 1999 A 920	1er août 1992
CROATIE	convention	Luxembourg	17 mai 2001	29 mai 2003	M. 2002 A 1221	1er novembre 2002
	arrangement administratif	Luxembourg	29 mai 2003			1er novembre 2002
CHILI	convention	Luxembourg	3 juin 1997	6 avril 1999	M. 1999 A 36	1er juin 1999
	arrangement administratif	Santiago de Chili	4 décembre 1998		M. 1999 A 36	1er juin 1999
ÉTATS- UNIS D'AMÉRIQUE	convention	Luxembourg	12 février 1992	8 juillet 1993	M. 1993 A 1034	1er novembre 1993
	arrangement administratif	Luxembourg	12 février 1992		M. 1993 A 1041	1er novembre 1993
MACÉDOINE	convention	Luxembourg	28 novembre 2006	19 décembre 2008	M. 2008 A 3096	1er mai 2009
	arrangement administratif	Luxembourg	29 novembre 2006			
QUÉBEC	entente	Québec	22 septembre 1987	24 mai 1989	M. 1989 A 703	1er avril 1990
	avenant	Québec	2 avril 1992	8 juillet 1993	M. 1993 A 1047	1er novembre 1993
	arrangement administratif	Québec	22 septembre 1987		M. 1989 A 713	1er avril 1990
SERBIE-MONTÉNÉGRO	convention	Belgrade	27 octobre 2003	8 avril 2005	M. 2005 A 51	1er septembre 2005
	arrangement administratif	non encore signé				
TUNISIE	convention	Tunis	23 avril 1980	29 juillet 1981	M. 1981 A 1287	1er mai 1982
	arrangement administratif	Luxembourg	2 mars 1982		M. 1982 A 710	1er mai 1982
TURQUIE	convention	Luxembourg	20 novembre 2003	8 avril 2005	M. 2005 A 51	1er juin 2006
	arrangement administratif	Luxembourg	8 décembre 2004			1er juin 2006
EX-YOUGOSLAVIE**)	convention	Belgrade	13 octobre 1954	10 août 1955	M. 1955 A 1229	1er juin 1956
	avenant	Belgrade	28 mai 1970	27 juillet 1971	M. 1971 A 1430	1er octobre 1971
	arrangement administratif	Luxembourg	14 mars 1972		M. 1972 A 789	1er octobre 1971

*) Des procédures de négociation de conventions bilatérales sont en cours avec les pays suivants : Maroc, Inde, Brésil, Argentine et Japon.

**) Cette convention a été remplacée par une nouvelle convention dans les relations avec la Croatie, la Macédoine, la Serbie-Monténégro et la Slovaquie. Elle continue encore à s'appliquer avec la Bosnie-Herzégovine. Mais de nouvelles conventions bilatérales sont en cours de préparation.

ARTICLE 13

Droit à l'assistance sociale et médicale

Article 13 § 1

"En vue d'assurer l'exercice effectif du droit à l'assistance sociale et médicale, les Parties Contractantes s'engagent:

à veiller à ce que toute personne qui ne dispose pas de ressources suffisantes et qui n'est pas en mesure de se procurer celles-ci par ses propres moyens, ou de les recevoir d'une autre source, notamment par des prestations résultant d'un régime de sécurité sociale, puisse obtenir une assistance appropriée et, en cas de maladie, les soins nécessités par son état;"

- A. Prière d'indiquer les mesures prises pour faire porter effet à cette disposition en précisant notamment:**
- pour quelles catégories de personnes la législation prévoit des prestations d'assistance publique; quel est le critère d'appréciation de l'état de besoin;
 - quelle est la procédure qui permet de déterminer si une personne "ne dispose pas de ressources suffisantes";
 - si le système d'assistance publique en vigueur prévoit une assistance en espèces ou en nature, ou une combinaison de ces deux formes et selon quel critère est déterminée la forme de l'assistance à donner.
- B. Prière d'indiquer si les prestations d'assistance constituent un droit et dans l'affirmative par quel mécanisme ce droit est garanti**
- C. Prière d'indiquer le montant des fonds publics (gouvernement central et collectivités locales) et si possible donner une estimation des fonds privés consacrés à l'assistance.**

Aucune modification n'est à signaler pour la période d'observation (voir également Document MISSOC «La protection sociale dans les Etats Membres»).

S'agissant du niveau du RMG, celui-ci est adapté tous les deux ans au même moment que le salaire social minimum.

Quant à la législation sur le domicile de secours, elle était toujours en vigueur durant la période d'observation. Il convient cependant de noter que la législation sur le domicile de secours fait actuellement l'objet d'une réforme ayant pour objet d'introduire un droit à l'aide sociale à l'égard de toute personne séjournant au Grand-Duché de Luxembourg. Le projet de loi n°5830 organisant l'aide sociale a été déposée à la Chambre des Députés en date du 22 janvier 2008.

Quant à la législation sur l'immigration, il est à noter qu'en dehors de la période de référence une nouvelle législation est entrée en vigueur. Il s'agit de la loi du 29 août 2008 portant sur la libre circulation des personnes et l'immigration. Cette loi, entrée en vigueur le 1^{er} octobre 2008, a aboli les dispositions de la loi du 28 mars 1972 concernant 1. l'entrée et le séjour des étrangers; 2. le contrôle médical des étrangers; 3. l'emploi de la main-d'oeuvre étrangère.

Réponses aux questions du comité des droits sociaux

Données chiffrées :

Evolution du nombre des bénéficiaires du RMG sur la période 2005 à 2007 :

Année	2005		2006		2007	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
Nombre	7334	6541	7467	6579	7506	6616
Total	13875		14046		14122	

Dépenses publiques pour les bénéficiaires du RMG :

Dépenses totales en 2008 : 109.292.405,56 € (Rapport d'activité du MIFA 2008 page 180)

Dépenses totales en 2007 : 110.275.860,14 € (RA 2008 page 180)

Dépenses totales en 2006 : 104.677.699,85 €

Dépenses totales en 2005 : 103.519.074,62 €

Article 13 § 2

"En vue d'assurer l'exercice effectif du droit à l'assistance sociale et médicale, les Parties Contractantes s'engagent:

à veiller à ce que les personnes bénéficiant d'une telle assistance ne souffrent pas pour cette raison, d'une diminution de leurs droits politiques ou sociaux;"

Prière d'indiquer brièvement comment est assurée l'application de cet article et quelles mesures sont notamment prises pour empêcher toute diminution directe ou indirecte des droits politiques ou sociaux.

Aucune modification n'est à signaler.

Article 13 § 3

"En vue d'assurer l'exercice effectif du droit à l'assistance sociale et médicale, les Parties Contractantes s'engagent:

à prévoir que chacun puisse obtenir, par des services compétents de caractère public ou privé, tous conseils et toute aide personnelle nécessaire pour prévenir, abolir ou alléger l'état de besoin d'ordre personnel et d'ordre familial;"

Prière d'indiquer comment les services de consultation et d'aide personnelle en faveur des personnes dépourvues de ressources sont organisés et fonctionnent.

Aucune modification n'est à signaler. Les personnes bénéficiant de l'assistance sociale et médicale ne souffrent pas, pour cette raison, d'une diminution de leurs droits civiques

Article 13 § 4

"En vue d'assurer l'exercice effectif du droit à l'assistance sociale et médicale, les Parties Contractantes s'engagent:

à appliquer les dispositions visées aux paragraphes 1, 2 et 3 du présent article, sur un pied d'égalité avec leurs nationaux, aux ressortissants des autres Parties Contractantes se trouvant légalement sur leur territoire, conformément aux obligations qu'elles assument en vertu de la Convention européenne d'assistance sociale et médicale, signée à Paris le 11 décembre 1953."

[L'Annexe à la Charte précise que les gouvernements qui ne sont pas Parties à la Convention européenne d'assistance sociale et médicale peuvent ratifier la Charte sociale en ce qui concerne ce paragraphe, sous réserve qu'ils accordent aux ressortissants des autres Parties Contractantes un traitement conforme aux dispositions de ladite Convention.]

Prière d'indiquer comment est assurée l'égalité entre les nationaux et les ressortissants des autres Parties Contractantes en ce qui concerne le bénéfice du droit à l'assistance sociale et médicale.

Aucun changement n'est à signaler.

Réponse à une question du comité des droits sociaux

Urgence médicale et assistance sociale d'urgence

Dans le cadre de ses obligations humanitaires, le Grand-Duché de Luxembourg veille à ne laisser aucune personne, qu'elle que soit sa situation où son origine, sans soins ou sans abri.

Ainsi pour le volet médical tous les soins urgents sont délivrés. Un budget spécial est disponible auprès du Ministère de la Santé au cas où le médecin ou l'établissement hospitalier se verrait confrontés à des frais dépassant le cadre de la simple intervention souvent gratuite.

Par ailleurs, une « ambulance de la rue » fonctionne tout au long de l'année avec des médecins de garde bénévoles qui assurent un travail de diagnostic, d'orientation, de traitement et de distribution de médicaments pour les personnes n'ayant pas d'assurance santé y compris les personnes se trouvant en situation illégale.

Les foyers pour sans-abris ne laissent personne à la rue. Au cours de la période d'hiver (décembre à avril) jusqu'à 75 % des personnes prises en charge sont en situation irrégulière. Tous se voient offrir un abri pour la nuit (lit), la possibilité de prendre une douche, de laver leurs vêtements et de prendre des repas de bonne qualité. Durant cette période ils sont accompagnés pour, soit mettre

leur situation en ordre (demande du statut de demandeur d'asile), soit se voir offrir un ticket de transport pour retourner dans leur pays d'origine. Au cours de cette période les soins de santé nécessaires et urgents sont fournis ainsi qu'éventuellement des pièces d'habillement adaptées au climat. En dehors de cette période la même aide est limitée à 2-3 jours.

Tous les frais de personnel, de structures, ainsi que de fournitures sont pris en charge par le Gouvernement via des conventions conclues entre les organismes opérant sur le terrain et le Ministère de la Famille et de l'Intégration ou le Ministère de la Santé.

ARTICLE 14

Droit au bénéfice des services sociaux

Article 14 § 1

"En vue d'assurer l'exercice effectif du droit à bénéficier des services sociaux, les Parties Contractantes s'engagent :

à encourager ou organiser les services utilisant les méthodes propres au service social et qui contribuent au bien-être et au développement des individus et des groupes dans la communauté, ainsi qu'à leur adaptation au milieu social,"

- A. Prière d'indiquer les mesures prises pour mettre en application cette disposition et d'énumérer, notamment, les principaux services sociaux du type mentionné, en précisant les tâches qui leur incombent et les catégories de personnes auxquelles ils s'adressent.**
- B. Prière d'exposer brièvement l'organisation et la gestion, le mode de financement et les méthodes de travail de ces services, leurs liens financiers et autres avec les organes de la sécurité sociale et les qualifications du personnel de ces services.**
- C. Prière d'indiquer de quelle manière ces services sont encouragés, si la loi autorise les individus à en faire usage ou si latitude est donnée aux administrateurs de ces services d'en accorder ou d'en refuser le bénéfice.**

Article 14 § 2

"En vue d'assurer l'exercice effectif du droit à bénéficier des services sociaux, les Parties Contractantes s'engagent:

à encourager la participation des individus et des organisations bénévoles ou autres à la création ou au maintien de ces services."

Prière d'indiquer quelles mesures ont été prises pour permettre ou encourager la participation des individus et des organisations bénévoles, ou autres organisations appropriées, à la création et au maintien de ces services. ⁽¹⁾

Remarque préliminaire :

(1) Au cas où le paragraphe 1 de cet article a été accepté, il suffira de compléter la réponse qui aura été faite dans ce contexte.

La présente réponse enchaîne avec les éléments de réponse donnée par le Ministère de la Famille, de la Solidarité Sociale et de la Jeunesse en 2002 au sujet de l'article 14 de la Charte sociale lorsqu'il s'agissait de couvrir la période comprise entre les années 1999 et 2002.

La présente réponse complète et met à jour les données y relatives jusqu'en 2007.

Pendant deux législatures la politique familiale, les enfants, la politique de la jeunesse, la protection sociale, la politique des personnes âgées, la politique pour les personnes handicapées, l'intégration des étrangers et l'action sociale en faveur des étrangers, de même que tout ce qui a trait à la solidarité y compris la lutte contre le sans-abrisme relevaient de la compétence du ministre ayant la Famille dans ses attributions.

Certains services sociaux concernant les services de soins à domicile, la prévention et la lutte contre la toxicomanie, de même que les services de rééducation et les services relatifs aux malades mentaux et la dépendance relèvent du ministre ayant la Santé dans ses attributions et ne sont pas traitées dans la présente réponse.

Paragraphe1- Encouragement ou organisation des services sociaux

1.1. Remarque préliminaire :

Suite aux commentaires figurant dans les conclusions relatives notamment à l'article 14 de la Charte concernant le Luxembourg, la présente réponse ne traitera pas en détail les services sociaux visés par les articles 7§10, 16, 17, 23, 27, 30 et 31 à savoir les structures de garderie et assistantes maternelles, les structures s'occupant des violences familiales, la médiation familiale, l'adoption, le placement d'un enfant en famille d'accueil ou en institution, les services s'occupant des mauvais traitements infligés aux enfants et les services destinés aux personnes âgées comme ces services sont traités par des articles de la charte sociale autres que ceux visés par l'article 14 de la Charte.

1.2. La loi ASFT

Le cadre juridique¹ permettant à l'Etat d'assurer une certaine qualité dans le travail social par la mise en place d'infrastructures et de personnel encadrant formé assurant une prise en charge adéquate des usagers des services et d'accorder un soutien financier pour l'exercice des activités dans les domaines social, socio-éducatif, médico-social ou thérapeutique a permis le développement de tout un ensemble de services sociaux permettant de contribuer au bien-être et au développement des individus et des groupes qui dans notre société ont besoin d'un accès à ces services. Cette base légale est restée la même pendant la période sous examen.

Comme l'ensemble des services sociaux est financé à partir de moyens financiers provenant de la part de l'Etat toute personne en ayant besoin a accès aux services sociaux mis en place.

¹ A savoir la loi du 8 septembre 1998 réglant les relations entre l'Etat et les organismes oeuvrant dans les domaines social, familial et thérapeutique, loi dite ASFT (loi publiée aux pages 1599 et ss du Mémorial A n°82 du 24 septembre 1998) et ses règlements grand-ducaux d'exécution.

1.3. La qualification du personnel, le caractère adéquat des services et le respect de la vie privée dans le cadre des services entrepris dans les domaines social, familial et thérapeutique

La qualification du personnel de même que l'adéquation des services intervenant dans les domaines social, familial et thérapeutique sont assurées par la loi dite ASFT², qui sert de loi cadre à la réglementation des relations entre l'Etat et les organismes oeuvrant dans ces domaines. Ainsi, tout organisme désireux d'entreprendre une activité contre rémunération dans lesdits domaines doit se soumettre à la procédure de l'agrément permettant à l'Etat de contrôler notamment si les services mis en place disposent 1. d'infrastructures salubres et répondant aux normes de sécurité ainsi qu'aux besoins des usagers à prendre en charge 2. d'un personnel qualifié en nombre suffisant pour assurer la prise en charge des usagers et 3. que l'accès à ces activités agréées soit garanti aux usagers indépendamment de toute considération d'ordre idéologique, philosophique ou religieux et que l'utilisateur de services ait droit à la protection de sa vie privée et au respect de ses convictions religieuses et philosophiques.

2. Les services sociaux

2.1. Les services visant l'enfance et la jeunesse

2.1.1. La loi du 16 décembre 2008 relative à l'aide à l'enfance et à la famille

Le dépôt du projet de loi n°5754 relatif à l'aide à l'enfance et à la famille à la Chambre des Députés en date du 22 août 2007 par le Ministre de la Famille et de l'Intégration, qui entretemps est devenu texte de loi³ a notamment pour objet de déjudiciariser l'aide et la protection de la jeunesse et de permettre la coordination du réseau social et la coopération entre les services sociaux conventionnés et la justice dans l'intérêt supérieur des enfants. Le volet de la protection de la jeunesse se trouve ainsi complété du volet de l'aide à l'enfance, tout en mettant l'accent sur la prévention.

La mise en réseau de services d'aide à l'enfance et à la famille permettra de mieux répondre aux besoins spécifiques des enfants et aux jeunes adultes en détresse et à leurs familles et de cibler et d'adapter davantage les aides offertes pour faire face aux situations rencontrées sur le terrain.

Le droit à la demande de l'aide à l'enfance et à la famille est conditionné par les situations de détresse auxquelles sont confrontés les enfants concernés⁴. Par ailleurs la loi prévoit expressément que les enfants en détresse capables de discernement, de même que leurs parents ou représentants légaux sont associés à l'élaboration du projet d'intervention socio-éducatif et psychosocial établi ou validé par l'office national de l'enfance.

Par la même loi il fut créé un Conseil supérieur de l'aide à l'enfance et à la famille avec la mission de 1. conseiller le gouvernement et les ministres compétents dans

² Loi du 8 septembre 1998 réglant les relations entre l'Etat et les organismes oeuvrant dans les domaines social, familial et thérapeutique.

³ Loi du 16 décembre 2008 relative à l'aide à l'enfance et à la famille (Mémorial A n° 192 du 22 décembre 2008 pages 2583 et ss).

⁴ L'article 4 de la loi dispose que «Dans des situations d'enfants en détresse, les parents ou représentants légaux ainsi que l'enfant capable de discernement sont en droit de demander l'assistance de l'Office national de l'Enfance.

toute question ayant trait à l'aide à l'enfance et à la famille 2. d'évaluer les besoins en matière d'aide à l'enfance et à la famille 3. de suivre l'évolution de l'Office national de l'enfance et des prestataires dans le domaine visé et 4. de promouvoir les relations d'échange et de coordination entre les prestataires.

2.1.2. Structures créées dans le cadre de l'aide à l'enfance :

En rapport avec l'aide à l'enfance il convient de mentionner les structures suivantes, à savoir:

- structures de placement pour enfants en détresse
- centres d'accueil privés pour enfants et jeunes adultes
- les services sociaux en milieu ouvert
- le placement familial

a. Les structures de placement pour enfants en détresse de 2002 à 2007

Type de placement	31.12.2002	31.12.2003	31.12.2004	31.12.2005	31.12.2006	31.12.2007
Centres d'accueil conventionnés	309	318	321	320	344	361
Foyers d'accueil et de dépannage conventionnés	47	36	39	38	38	40
Maisons d'Enfants de l'Etat	64	60	60	60	69	64
Centre socio-éducatif de l'Etat	73	79	68	82	65	58
Placement à l'étranger	83	103	114	123	149	153
Placement familial	224	227	233	249	259	265
Total	800	823	835	872	924	941

Source : Rapport d'activité du Ministère de la Famille et de l'Intégration année 2007

Le taux des mineurs placés se situe autour de 0,8%. Il convient de souligner que le placement d'un mineur peut se faire non seulement dans une structure socio-éducative, mais également dans une structure (médico)-thérapeutique de jour et de nuit. Il peut s'agir des structures thérapeutiques conventionnées par le Ministère de la Famille et de l'intégration ou, en cas d'indications médicales, des services de la pédopsychiatrie ou de la psychiatrie juvénile.

b. Les centres d'accueil privés pour enfants et jeunes adultes

Les centres d'accueil privés pour enfants et jeunes adultes sont régis par le règlement grand-ducal du 16 avril 1999 concernant l'agrément gouvernemental à accorder aux gestionnaires de centres d'accueil avec hébergement pour enfants et jeunes adultes . Ces centres visent les structures suivantes, à savoir : Les centres d'accueil classique (CAC), les foyers d'accueil et de dépannage (FADEP), les centres d'accueil spécialisés (CAS).

La plupart des centres d'accueil sont gérés par des organismes privés (associations sans but lucratif ou fondations). Les centres d'accueil privés offrent la majorité des places disponibles et bénéficient pour leurs services de conventions avec le Ministère de la Famille et de l'Intégration. La convention garantit au gestionnaire une participation financière de l'Etat et confère aux autorités publiques un droit de regard et de coopération. Environ 20 % des dépenses des centres d'accueil conventionnés sont couvertes par des recettes propres (allocations diverses, participation des communes dans le cadre du domicile de secours, participation des parents et des pensionnaires eux-mêmes). Le solde des frais d'exploitation est garanti par la participation du ministère de tutelle. Le budget de l'Etat prévoyait pour l'exercice 2007 une participation de 20.668.985.-€. Le financement des nouvelles structures d'accueil socio-éducatif, orthopédagogique et psycho-thérapeutique pour mineurs en détresse est garanti par un crédit non-limitatif doté de 2.600.000.-€. En 2007, l'Etat avait conclu des conventions avec 15 organismes gestionnaires pour 371 places « centre d'accueil classique » et pour 62 places « centre d'accueil spécialisé ». Parmi les 62 places « centre d'accueil spécialisé » on compte 37 places d'accueil de jour et de nuit et 25 places d'accueil de jour.

Les foyers d'accueil et de dépannage (FADEP) offrent 42 places pour des urgences et des placements de courte durée. La capacité de lits s'accroît de 10 unités en comptabilisant le FADEP Meederchershaus, géré par Femmes en Détresse asbl qui dispose d'une convention avec le Ministère de l'Égalité des chances.

Nom de l'organisme gestionnaire	Nom du centre d'accueil conventionné	Places CAC	Places CAS	Places FADEP	Total Convention
Jongenheem asbl	Jongenheem	72			72
Caritas Jeunes et Famille asbl	Institut St Joseph y compris le Foyer Thérèse	39		10	49
Clara Fey asbl	Foyer Sainte Claire	24			24
Fondation Létzebuerger Kannerduerf	Vesos Mersch ainsi que les Foyers Cales et Leir	53			53
Association Française Dufaing asbl	Institut St François	18			18
Anne asbl	Foyer Ste Elisabeth Esch/Alzette	29		3	32
Anne asbl	Kannerland	24			24
Fondation Kannerschlass	Kannerschlass Centre thérapeutique « la Passerelle » Foyers Tikkun+Demian	16	15 14		45
KMA Association Victor Elz asbl	Kannerheem Itzeg	24			24
Fondation Maison	FADEP St	11		9	30

de la Porte ouverte	Joseph, Foyer St Joseph FADEP Don Bosco			10	
Noémi asbl	Foyer Storm	8		8	8
Croix-Rouge Luxembourgeoise	Fondation De Colnet d'Huart Kannerhaus Jean	18	10		28
Fondation Pro Familia	Centre polyvalent pour enfants			10	10
Croix-Rouge luxembourgeoise	Foyer Norbert Ensch	15			15
Anne asbl	Maison Françoise Dolto		23		
Aide familiale asbl	Kannerhaus Jonglënster	20			
Total		371	62	42	475

Source : Rapport d'activité du Ministère de la Famille et de l'Intégration année 2007

c. Les services sociaux en milieu ouvert

Selon le règlement grand-ducal du 11 avril 1999 concernant l'agrément gouvernemental à accorder aux gestionnaires de centres d'accueil avec hébergement pour enfants et jeunes adultes, sont qualifiés de services sociaux en milieu ouvert, les 3 types de services suivants :

1. La structure de logement en milieu ouvert⁵ (SLEMO)
2. Le Centre d'insertion socio-professionnelle⁶ (CISP)
3. Le Centre d'accompagnement en milieu ouvert⁷ (CAEMO)

Nom de l'organisme gestionnaire	Nom du centre d'accueil conventionné	Places SLEMO	Places CAEM	Places CISP	Total
Jongenheem asbl	Jongenheem	28		44	72
Caritas Jeunes et Familles asbl	Institut Saint Joseph y compris le	12	8		20

⁵ Il s'agit d'un service qui vise à préparer les enfants et jeunes adultes issus d'un Centre d'accueil classique ou spécialisé ou d'un Foyer d'accueil et de dépannage à une vie en autonomie et à l'insertion dans la société par différents régimes de logement social encadré. Les organismes gestionnaires conventionnés offrent 117 places « structure de logement en milieu ouvert » pour les jeunes adultes. Cette aide peut aller d'un simple soutien financier jusqu'à la mise à disposition d'un logement avec un encadrement socio-pédagogique.

⁶ Il s'agit d'un service qui offre aux enfants et jeunes adultes un enseignement pratique dans le cadre de programmes spécifiques de mise au travail. Le service permet aux jeunes âgés entre 15 et 25 ans d'apprendre à s'adapter à un rythme de travail dans des ateliers de production et d'acquérir un certain savoir de base pratique. Le centre d'accueil Jongenheem ainsi que la Fondation Letzebuenger Kannerduerf offrent 44 respectivement 8 places « centres d'insertion socioprofessionnelle ».

⁷ Il s'agit d'un service qui offre, en alternative ou en complément à un placement, un accompagnement psychopédagogique et social aux enfants, aux jeunes adultes et à leur entourage par des prestations de formation sociale, de consultation, de médiation familiale, d'aide, d'assistance et de guidance ainsi que d'animation.

	Foyer Thérèse				
Clara Fey asbl	Foyer Sainte Claire	4			4
Fondation Létzebuerger Kannerduerf	Vesos Mersch ainsi que les Foyers Cales et Leir	15		8	23
Association Française Dufaing asbl	Institut St François	10			10
Anne asbl	Foyer Ste Elisabeth Esch / Alzette	10			10
Anne asbl	Kannerland	4			4
Fondation Kannerschlass	Kannerschlass	8	10		18
KMA Association Victor Elz asbl	Kannerheem Izeg	14			14
Fondation Maison de la porte Ouverte	FADEP St.Joseph Foyer St Josphe		5		5
Noémi asbl	Foyer Storm	2			2
Croix-Rouge Luxembourgeoise	Fondation De Colnet d'Huart	10			10
Croix-Rouge Luxembourgeoise	Families First		7		7
Total		117	30	52	199

Source : Rapport d'activité du Ministère de la Famille et de l'Intégration année 2007

d) Le placement familial

Le Ministère de la Famille et de l'Intégration a conclu avec trois organismes gestionnaires privés des conventions pour la gestion de services de placement familial, à savoir:

- Croix Rouge Luxembourgeoise,
- Fir ons Kanner asbl (FOK),
- Entente des gestionnaires des centres d'accueil asbl (EGCA).

Les services gérés par les organismes précités ont la mission d'assister le placement d'enfants ou de jeunes en détresse en dehors de leur milieu familial chez des particuliers appelés « familles d'accueil ». Les activités desdits services consistent plus particulièrement à :

- recruter, sélectionner, préparer et accompagner les familles d'accueil;
- recevoir les parents, les représentants légaux d'un enfant, les travailleurs sociaux impliqués pour examiner ensemble le projet éducatif de l'enfant;
- arranger le placement et déterminer les conditions de collaboration entre les parties concernées;
- assurer l'encadrement pédagogique et psycho-social des familles d'accueil, veiller au bon déroulement de l'accueil et plus particulièrement au bien des mineurs d'âge;

- offrir une assistance aux parents dont l'enfant est placé, lors de son retour dans sa famille ou pendant les visites, ainsi qu'aux jeunes adultes ayant grandi en placement;
- assurer le suivi après une réintégration familiale.

Les périodes pendant lesquelles une famille a accueilli un enfant en placement comptent comme périodes effectives d'assurance obligatoire au régime des pensions pour la personne qui s'occupe principalement de l'enfant. Les cotisations sont prises en charge par les services conventionnés de même que l'assurance responsabilité civile conclue pour toute famille d'accueil. L'Etat participe aux frais y relatifs dans le cadre de conventions conclues entre l'Etat et les organismes gestionnaires des services de placement. Le budget de l'Etat prévoyait pour l'exercice 2007 une participation de 7.697.719.-€.

Le placement d'un enfant ou jeune en détresse peut également se faire auprès de particuliers qui sont des membres de la famille élargie de l'enfant. La famille d'accueil concernée peut obtenir une aide financière de la part du Ministère de la Famille et de l'Intégration, au cas où sa situation financière est reconnue comme précaire. En 2007, 9 familles d'accueil profitaient d'un tel secours. Le montant total dudit secours versé par l'Etat aux familles s'élevait à 61.913,85.-€.

Evolution des placements réalisés par les services

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Nombre d'enfants placés au 31.12	222	227	224	227	233	249	259	265
Nombre de familles d'accueil au 31.12	169	137	153	156	154	166	172	171

2.1.3. La mise en place et l'évolution des maisons relais (MRE) depuis leur création en 2005 jusqu'en 2007

Les maisons relais pour enfants furent créées par le règlement grand-ducal du 20 juillet 2005 concernant l'agrément à accorder aux gestionnaires de maisons relais pour enfants (Mémorial A n°123 du 10 août 2005 page 2145). La maison relais pour enfants vise l'activité d'accueil socio-éducatif temporaire sans hébergement d'enfants de moins de 18 ans. L'activité de la maison relais comprend obligatoirement les prestations suivantes, à savoir : 1. l'ouverture du service d'accueil pour usagers, en principe en dehors des heures de classe, pour des plages horaires à définir l'ouverture du service et l'accueil des usagers, en principe en dehors des heures de classe, pour des plages horaires à définir par le gestionnaire, pendant au moins 200 jours et 500 heures par année civile;

- la restauration des usagers comprenant le repas de midi et des collations intermédiaires;
- la surveillance des usagers, des prestations d'animation et des activités à caractère socio-éducatif;
- l'accompagnement des usagers pour la réalisation des devoirs à domicile.

L'exploitation d'une maison relais est soumise à une autorisation d'agrément délivré par le ministre ayant la Famille dans ses attributions.

Evolution des maisons relais depuis leur création en 2005

		Nombre MRE	Nombre des antennes	Nombre des places conventionnées	Participation de l'Etat (en €)
2005	Enfants non scolarisés (0-3)	1	2	64	541.083
	Enfants scolarisés (4-12)	86	176	7936	13.311.033
	Total	87	178	8000	13.852.116
2006	Enfants non scolarisés (0-3)	4	5	218	984.856
	Enfants scolarisés (4-12)	88	183	10029	14.288.711
	Total	92	188	10247	15.273.567
2007	Enfants non scolarisés (0-3)	7	7	326	2.081.084
	Enfants scolarisés (4-12)	93	195	11425	16.970.407
	Total	100	202	11751	19.052.255

Accès aux structures maisons relais

Pour ce qui est de l'accès aux maisons relais, il est tenu compte de la situation de revenu du ménage et les enfants issus de familles vulnérables bénéficient d'une préférence d'admission dans la maison relais et bénéficie d'un tarif à bas prix leur permettant l'accès à ces structures.

Répartition géographique des maisons relais (MRE) en 2007

Le nombre d'enfants âgés de 0 à 12 ans et enregistrés par les différentes administrations communales du pays a été évalué à 64.480. Suivant la répartition géographique des MRE en annexe, le nombre total de places existantes en MRE correspond à un taux de 18 % par rapport à la population de 0 à 12 ans.

Région suivant circonscription électorale	Nombre de places en MRE	Nombre d'enfants de 0 à 12 ans	Pourcentage de places / enfants
Centre	4695	16349	29
Sud	3614	27685	13
Est	1849	8967	21
Nord	1593	11479	14
Toutes les régions	11751	64480	18

confondues			
------------	--	--	--

La création d'un comité luxembourgeois pour les droits de l'enfant « Ombuds-Comité fir d'Rechter vum Kand » (ORK)

Le « Ombuds-Comité fir d'Rechter vum Kand », ORK, a été créé par la loi du 25 juillet 2002 portant institution d'un comité luxembourgeois des droits de l'enfant. Cette instance indépendante a pour mission de veiller à la sauvegarde et à la promotion des droits et des intérêts des enfants.

En 2007, le sujet clé traité par l'ORK était l'enfant confronté au système de la justice. Son rapport annuel informe sur l'accueil des enfants dans le système judiciaire, les enquêtes policières et les jeunes détenus.

3. Les services pour personnes handicapées

En exécution des articles 1er et 2 de la loi du 8 septembre 1998, le règlement grand-ducal du 23 avril 2004 vise à déterminer des standards de base et de qualité pour l'ensemble des services pour personnes handicapées par le biais d'un agrément à octroyer par le ministre.

Les services qui relèvent directement de la compétence du Ministère de la Famille et de l'Intégration sont gérés par des associations privées qui offrent en principe plusieurs types d'activités à une population bien déterminée. En ce qui concerne les structures d'accueil pour personnes handicapées, l'extension de l'offre en la matière se fait selon les besoins constatés.

Les différents types de services offerts par des associations dans le domaine du handicap sont : 1. le service d'aide précoce qui offre une prise en charge précoce au jeune enfant à besoins spéciaux ainsi qu'un soutien à la famille concernée 2. le service d'assistance à domicile qui offre en milieu familial des soins, voire une aide matérielle et psychologique aux personnes handicapées et à leurs familles en promouvant le maintien à domicile de la personne handicapée 3. le service d'hébergement offrant un hébergement voire un encadrement professionnel multidisciplinaire à des personnes présentant un handicap 4. le service de formation offrant une formation professionnelle aux personnes handicapées ayant dépassé l'âge de l'obligation scolaire 5. le service d'emploi permettant aux personnes ayant la reconnaissance de travailleur handicapé et après avoir fait l'objet d'une orientation à cet effet de la part de la Commission d'orientation et de reclassement vers un milieu de travail protégé d'exercer au sein d'une unité économique de production une activité professionnelle salariée dans des conditions adaptées à leurs besoins et à leurs attentes 6. le service d'activités de jour offrant des activités de jour à des personnes présentant un handicap grave ou polyhandicap et 7. le service d'information, de consultation et de rencontre offrant des activités d'information, de consultation, d'animation et de rencontre aux personnes handicapées et à leurs familles.

L'évolution du nombre des différents types de services existants pendant la période 2002 à 2007 est la suivante :

Types de structures	En 2002	En 2003	En 2004	En 2005	En 2006	En 2007
Service d'aide précoce	2	2	2	3	3	3

Service d'assistance à domicile	1	4	4	4	6	10
Service d'hébergement	33	38	43	45	47	44
Service de formation	5	6	6	8	8	10
Service d'emploi	2	2	16	15	19	22
Service d'activités de jour	5	9	11	12	11	15
Service d'information, de consultation et de rencontre	8	8	8	12	13	14

Ces services sont financés moyennant la conclusion d'une convention entre le gestionnaire du service et le Ministère de la Famille et de l'Intégration.

Pour ce qui est de l'accès aux droits et aux services il convient de noter que le Grand-Duché de Luxembourg figure parmi les pays ayant signé la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées en date du 30 mars 2007. Les articles 10 bis et 111 de la Constitution consacrent le principe d'égalité de tous devant la loi⁸.

Il convient de noter par ailleurs que sur le plan du droit de travail le principe de l'égalité de traitement en matière d'emploi et de travail consacré par les articles L-251-1 et suivant du Code de travail introduit l'interdiction de la discrimination directe et indirecte fondée notamment sur le handicap (Loi du 28 novembre 2006).

L'accès aux différents services des personnes handicapées se fait en fonction des besoins éprouvés.

Dans la mesure où la personne handicapé se trouve dans un état de dépendance au sens de l'article 348 du Livre 1^{er} du Code des assurances sociales, il bénéficie d'une prise en charge par des prestations en nature, des aides et des soins fournis dans le cadre d'un maintien à domicile ou d'un établissement d'aides et de soins ainsi que des aides techniques et des adaptations du logement. Le bénéfice des prestations découlant de l'assurance dépendance est ouvert à l'ensemble des personnes protégées en application des dispositions du Code des assurances sociales.

Pour ce qui est de la situation de revenu des personnes handicapées, l'année 2004 est marquée par l'entrée en vigueur de la loi du 12 septembre 2003 relative aux personnes handicapées ayant pour objectif de promouvoir la sécurité et l'indépendance économique des personnes handicapées et visant à parfaire la protection socio-économique de celles-ci. L'article 1^{er} §1 de ladite loi prévoit l'octroi de la qualité de travailleur handicapé à toute personne présentant une diminution de sa capacité de travail de 30% au moins à condition d'être reconnue apte à exercer

⁸ Voir arrêts de la Cour constitutionnelle numéros 29/06, 30/06, 31/06, 32/06 et 33/06 publiés au Mémorial A n°69 du 21 avril 2006 page 1334 et ss. et les développements par le Conseil d'Etat dans « Le Conseil d'Etat gardien de la Constitution et des droits et des Libertés fondamentaux », édition 2006 page 53 et ss.

un emploi salarié sur le marché du travail ordinaire ou dans un atelier protégé à condition de travailler auprès d'une entreprise légalement établie au Luxembourg ou d'être inscrit comme demandeur d'emploi auprès des bureaux de placement de l'Administration de l'Emploi. Le travailleur en question bénéficie des règles applicables en matière de droit de travail que tout autre travailleur. Il en est de même pour le travailleur handicapé engagé dans un atelier protégé sous la réserve d'engagements imposés à l'atelier protégé à assurer au travailleur handicapé une mise au travail dans des conditions adaptées à ses besoins et à ses possibilités, à promouvoir l'accès du travailleur handicapé à des emplois sur le marché de travail ordinaire et à l'obligation faite au travailleur handicapé à rester disponible pour le marché de travail ordinaire et à participer aux mesures d'insertion proposées par l'atelier protégé ou par l'Administration de l'Emploi.

Ladite loi porte également introduction d'un revenu pour personnes gravement handicapées au profit des personnes remplissant les conditions suivantes à savoir d'être âgé de 18 ans au moins, de présenter une diminution de la capacité de travail d'au moins 30%, de présenter un état de santé qui est de nature à ce que tout effort de travail s'avère contreindiqué et d'avoir l'autorisation de résider sur le territoire du Grand-Duché de Luxembourg d'y être domicilié et d'y résider effectivement.

Les personnes⁹ visées par l'avant dernier alinéa du paragraphe 2 de l'article 1^{er} de la loi du 12 septembre 2003 sont soumises en outre à une condition de durée de résidence de 5 ans au cours des 20 dernières années¹⁰.

La loi¹¹ sur le revenu minimum garanti (RMG) permet à toute personne majeure qui, par suite de maladie ou d'infirmité, n'est pas en état de gagner sa vie de pouvoir prétendre aux prestations du RMG sans avoir atteint la condition d'âge de 25 ans.

4. Les services pour personnes âgées

La loi¹² du 8 septembre 1998 réglant les relations entre l'Etat et les organismes oeuvrant dans les domaines social, familial et thérapeutique et le règlement¹³ grand-ducal du 8 décembre 1999 concernant l'agrément à accorder aux gestionnaires de services pour personnes âgées fixent les modalités du contrôle d'agrément et déterminent les activités/services mis à la disposition des personnes âgées.

Le tableau ci-après retrace l'évolution des structures existantes au profit des personnes âgées sur la période 2002 à 2007 :

⁹ Il s'agit de toute personne qui n'est pas ressortissant du Grand-Duché de Luxembourg ou d'un autre Etat membre de l'Union européenne ou d'un Etat ayant adhéré à l'Accord sur l'Espace économique européen et qui n'est pas reconnue apatride sur base de la Convention relative au statut des apatrides faite à New York le 28 septembre 1954, ni reconnue réfugiée au sens de la Convention relative au statut des réfugiés, faite à Genève, le 28 juillet 1951.

¹⁰ Il convient cependant de noter que cette condition de durée de résidence a été abolie à l'égard des membres de la famille du ressortissant luxembourgeois, du ressortissant d'un autre Etat membre de l'Union européenne ou d'un Etat ayant adhéré à l'Accord sur l'Espace économique européen ou de la Confédération suisse, définis par la loi du 29 août 2008 sur la libre circulation et quelque soit leur nationalité ; par la loi du 29 août 2008 sur la libre circulation des personnes et l'immigration (Mémorial A n°138 du 10 septembre 2008, page 2003).

¹¹ Loi du 29 avril 1999 portant création d'un droit à un revenu minimum garanti, telle qu'elle a été modifiée (Mémorial A n° 103 du 2 juillet 2004 page 1625).

¹² Loi dite loi ASFT publiée au Mémorial A n°82 du 24 septembre 1998 page 1599.

¹³ Mémorial A n°145 du 16 décembre 1999 page 2621.

Dénomination des activités	En 2002	En 2003	En 2004	En 2005	En 2006	En 2007
Centre intégré pour personnes âgées	34	35	35	34	34	33
Maisons de soins	15	16	15	15	15	16
Logement encadré pour personnes âgées	16	13	12	9	9	10
Centre psychogériatrique	22	24	24	24	27	28
Centre régional d'animation et de guidance pour personnes âgées	12	14	15	16	16	17
Aide à domicile	6	7	8	8	9	8
Soins à domicile	7	7	6	6	6	8
Repas sur roues	33	67	71	61	66	67
Appel assistance externe	1	6	7	10	9	9
Activités sénior	4	4	5	5	5	5

Comme pour l'ensemble des activités/services agréés et organisés dans le cadre de la loi ASFT, ils sont accessibles aux usagers indépendamment de toutes considérations d'ordre idéologique, philosophiques ou religieux. L'accès à ces structures se fait en fonction des besoins constatés auprès des usagers.

La prise en charge des prestations offertes et ayant trait aux actes essentiels de la vie dans le cadre des structures suivantes tels les centres intégrés pour personnes âgées, les Maisons de soins, les Centres de récréation, d'orientation, de validation et de réactivation, les Logements encadrés pour personnes âgées, les Centre psychogériatriques, de l'aide à domicile se fait par l'assurance dépendance. Le bénéfice des prestations de l'assurance dépendance est ouvert aux personnes protégées en application des dispositions du Code des assurances sociales.

Depuis l'introduction de l'assurance dépendance en 1999, le Ministère de la Famille et de l'Intégration garantit l'accès¹⁴ aux aides et soins aux personnes âgées qui le

¹⁴ Loi du 30 avril 2004 autorisant le Fonds national de solidarité à participer aux prix des prestations fournies dans le cadre de l'accueil aux personnes admises dans un centre intégré pour personnes

requièrent, mais qui ne relèvent pas du champ d'application de l'assurance dépendance et qui n'ont pas les ressources nécessaires pour s'acquitter du prix d'équilibre, qui s'élevait en 2007 à 52,44 EUR par heure pour les réseaux d'aides et de soins et à 53,30 EUR par heure pour les centres semi-stationnaires.

Pour le surplus il convient de noter que l'accès des personnes âgées ne disposant pas de ressources propres suffisantes pour l'accueil dans une structure gériatrique est assuré moyennant le versement du complément par le Fonds national de solidarité¹⁵. L'article 6 de la loi du 30 avril 2004 précise que les allocations, prestations ou secours touchés de la part d'un organisme public ou privé font partie des ressources personnelles prises en compte dans la détermination du complément à verser par le Fonds national de solidarité en guise de participation au prix des prestations fournies dans le cadre de l'accueil aux personnes admises dans un centre intégré pour personnes âgées, une maison de soins ou un autre établissement médico-social assurant un accueil de jour et de nuit. Dès lors les personnes âgées confrontées à une situation de pauvreté ou d'exclusion sociale sont expressément protégées par la législation mise en place.

Par ailleurs une convention avait été signée avec 5 prestataires de services de maintien à domicile. La participation de l'usager aux frais d'une heure d'aides et de soins à domicile varie en fonction de son revenu net mensuel. Les différents tarifs sont revus annuellement en fonction de l'évolution de la valeur monétaire et de l'indice du coût de la vie. La différence entre le montant dû par le prestataire et la participation de l'usager est à charge de l'Etat.

Depuis 2004, les usagers des centres psycho-gériatriques peuvent également bénéficier d'une aide matérielle au niveau de leur participation financière journalière. La convention établit, selon une formule spécifique, un montant seuil pour cette participation qui tient notamment compte de la situation familiale et matérielle de la personne.

Autres services mis en place ou développés au cours de la période sous examen pour les personnes âgées :

- Accompagnement en fin de vie

Depuis 2004, le Ministère de la Famille et de l'Intégration s'est doté de moyens financiers pour garantir un accompagnement en soins palliatifs à domicile. Actuellement, une association dispose du cadre et du personnel adéquats pour pouvoir bénéficier d'une telle convention. En 2007, le soutien financier du département ministériel a garanti l'encadrement en soins palliatifs de 113 personnes.

âgées, une maison de soins ou un autre établissement médico-social assurant un accueil de jour et de nuit.

¹⁵ La législation mise en place vise 1. la loi du 30 avril 2004 autorisant le Fonds national de solidarité à participer aux prix des prestations fournies dans le cadre de l'accueil aux personnes admises dans un centre intégré pour personnes âgées, une maison de soins ou un autre établissement médico-social assurant un accueil de jour et de nuit (Mémorial A n° 70 du 11 mai 2004 page 1057) ainsi que le règlement grand-ducal du 27 septembre 2004 portant exécution de la loi du 30 avril 2004 autorisant le Fonds national de solidarité à participer aux prix des prestations fournies dans le cadre de l'accueil aux personnes admises dans un centre intégré pour personnes âgées, une maison de soins ou un autre établissement médico-social assurant un accueil de jour et de nuit (Mémorial A n°168 du 15 octobre 2004 page 2535).

2.552 journées, correspondant à une moyenne de 22,58 jours de prise en charge par client, ont été couvertes par la convention.

- Club seniors

Le Club Senior constitue un dispositif d'action qui se situe dans le cadre très large des mesures visant l'autonomie, l'indépendance et le maintien à domicile des personnes âgées.

Le Club Senior organise ses nombreuses activités au bénéfice de toutes les personnes qui:

- a) désirent préparer de façon consciente, créative et responsable leur départ de la vie professionnelle active,
- b) souhaitent organiser de façon consciente, créative et responsable le passage de la deuxième à la troisième ou à la quatrième phase du cycle de vie,
- c) investissent de leur personne pour mieux préserver leur santé physique et psychique, pour mobiliser et exploiter leurs ressources et leurs compétences ainsi que pour contribuer à la prévention optimale des déficiences éventuelles liées au vieillissement,
- d) acceptent de participer activement à la vie sociale et culturelle de la société, d'y assurer des responsabilités et de cultiver des relations d'échange et de coopération avec les autres générations.

Les frais de fonctionnement sont couverts par des participations à part égale des usagers, de l'administration locale et de l'Etat (Ministère de la Famille). Il est entendu que la participation des usagers est fonction des prestations dont ils bénéficient effectivement.

5. Les personnes visées par l'exclusion sociale

La loi du 29 avril 1999 portant création d'un droit à un revenu minimum garanti constitue l'outil principal de lutte contre l'exclusion sociale.

De par l'introduction de cette loi il est institué un droit à un revenu minimum garanti qui confère, dans les conditions fixées par la loi, des moyens suffisants d'existence ainsi que des mesures d'insertion professionnelle et sociale. Le revenu minimum garanti consiste, soit en l'octroi d'une indemnité d'insertion, soit en l'octroi d'une allocation complémentaire destinée à parfaire la différence entre les montants maxima du revenu minimum garanti et la somme des ressources dont la communauté domestique dispose, soit en l'octroi d'une indemnité d'insertion et d'une allocation complémentaire sans dépasser les limites déterminées par la loi.

Evolution du nombre des bénéficiaires du RMG sur la période 2002 à 2004 :

Année	2002		2003		2004	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
Nombre	5643	4854	6343	5620	6832	5921
Total	10497		11963		12753	

Evolution du nombre des bénéficiaires du RMG sur la période 2005 à 2007 :

Année	2005		2006		2007	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
Nombre	7334	6541	7467	6579	7506	6616
Total	13875		14046		14122	

Le bénéficiaire du RMG a le droit de bénéficier, sur demande, d'un accompagnement social adapté à sa situation et à ses besoins. Le service national d'action sociale veille à la réalisation de ce droit et coordonne, le cas échéant, les interventions des services intervenant dans la réalisation de l'accompagnement social tel notamment le service régional d'action sociale.

Dans la mesure où le service régional à l'action sociale est géré par un office social communal, par une association sans but lucratif ou par un établissement d'utilité publique ; les droits et les devoirs des parties sont réglés par convention à passer avec le Gouvernement , sur proposition du comité interministériel.

L'accès au RMG est soumis à un certain nombre de conditions spécifiées par l'article 2 de la loi RMG¹⁶ et ayant trait à la résidence sur le territoire luxembourgeois, à l'âge du demandeur, à ses ressources et à sa volonté d'épuiser toutes les possibilités non encore utilisées dans la législation luxembourgeoise ou étrangère pour améliorer sa situation.

Pour ce qui est des sans-abri, ces derniers peuvent bénéficier du RMG en indiquant comme adresse le foyer d'accueil qui les héberge temporairement. A cet effet une commission instituée par le ministre ayant la Famille dans ses attributions et composée des représentants du Ministère de l'Intérieur, du Ministère des Affaires étrangères et de l'Immigration ainsi que du Fonds national de solidarité a été créée avec l'objectif de régulariser ces situations grâce à une domiciliation dans un service conventionné.

Les bénéficiaires du RMG bénéficient également de l'assurance maladie.. Les bénéficiaires d'une mesure d'insertion dans le cadre de la loi sur le RMG bénéficient en outre de l'assurance pension.

¹⁶ Article 2 de la loi sur le RMG : « (1) Peut prétendre aux prestations de la présente loi, toute personne qui remplit les conditions suivantes:

a) Être autorisée à résider sur le territoire du Grand-Duché., y être domiciliée et y résider effectivement;
b) être âgée de vingt-cinq ans au moins;
c) disposer de ressources d'un montant inférieur aux limites fixées à l'article 5 ci-après, soit . titre individuel, soit ensemble avec les personnes faisant partie d'une communauté domestique;
d) être prête à épuiser toutes les possibilités non encore utilisées dans la législation luxembourgeoise ou étrangère afin d'améliorer sa situation.

(2) La personne doit avoir résidé au Grand-Duché de Luxembourg pendant cinq ans au moins ou cours des vingt dernières années, sauf si elle est reconnue apatride au sens de l'article 23 de la Convention relative au statut des apatrides, faite à New York, le 28 septembre 1954, ou si elle est reconnue réfugiée politique au sens de l'article 23 de la Convention relative au statut de réfugié politique, faite à Genève, le 28 juillet 1951.

(3) Peut prétendre aux prestations de la présente loi sans avoir atteint l'âge de vingt-cinq ans:

a) la personne qui élève un enfant pour lequel elle touche des allocations familiales;
b) la personne majeure qui soigne une personne atteinte d'une infirmité grave nécessitant l'aide constante d'une tierce personne;
c) la personne majeure qui, par suite de maladie ou d'infirmité, n'est pas en état de gagner sa vie dans les limites prévues à l'article 5.

Les personnes ne remplissant pas les conditions d'octroi du RMG peuvent prétendre à une aide organisée dans le cadre de la législation applicable au domicile de secours et dispensée par l'Office social de la commune sur le territoire de laquelle elles séjournent¹⁷.

Pour ce qui est du logement des personnes en situation d'exclusion sociale, il convient de noter que le cadre juridique de la loi ASFT permet de promouvoir et d'agréer des structures permettant l'accueil de personnes adultes en difficulté seules ou accompagnées de leurs enfants¹⁸.

En 2007, le Ministère de la Famille et de l'Intégration a signé une convention avec 3 gestionnaires en vue de la gestion de foyers. Il s'agit de l'asbl Caritas Accueil et Solidarité, de l'asbl Comité National de Défense Sociale et de la Ville d'Esch/Alzette.

En outre, le Ministère a conclu des conventions avec 7 associations en vue de l'organisation de services en faveur de personnes adultes se trouvant dans des situations spécifiques et ayant besoin d'aide. La contribution financière prévue par l'Etat pour l'année budgétaire 2007 s'élève à 7.125.000 €, déduction faite des recettes ordinaires qui sont estimées à 553.000 €. Elle englobe 89,025 postes de personnel pour un coût de 6.028.000 €.

Pour ce qui est de l'accès aux soins de santé à l'égard des personnes ne remplissant pas les conditions d'accès au revenu minimum garanti, il convient de noter que les jeunes sans abri âgés de moins de 25 ans bénéficient de l'extension de l'assurance obligatoire de leurs parents jusqu'à l'âge de 30 ans¹⁹. Les enfants âgés de moins de 18 ans résidant au Grand-Duché de Luxembourg qui ne sont pas assurés à un autre titre et qui ne bénéficient pas de la coassurance d'un parent sont assurés obligatoirement (article 1^{er} du CAS) et bénéficient de ce fait de l'accès aux soins médicaux. Les jeunes âgés de 18 ans et qui résident au Grand-Duché de Luxembourg et qui perd la qualité d'assuré ou la protection dans le cadre d'une coassurance peut demander au centre Commun de la sécurité sociale la continuation de son assurance dans le cadre d'une assurance volontaire. Les cotisations y relatives sont comprises dans le cadre des aides dispensées dans le cadre de la législation applicable au domicile de secours.

6. Les réfugiés

Sur la période 2000 à 2007 l'autorité compétente de la prise en charge sociale des réfugiés et des demandeurs d'asile est le Commissariat de Gouvernement aux étrangers (CGE)...

Base légale :

¹⁷ Sur ce point il convient de noter que la législation sur le domicile de secours fait actuellement l'objet d'une réforme ayant pour objet d'introduire un droit à l'aide sociale à l'égard de toute personne séjournant au Grand-Duché de Luxembourg. Le projet de loi n°5830 organisant l'aide sociale a été déposée à la Chambre des Députés en date du 22 janvier 2008.

¹⁸ Base légale : Loi du 8 septembre 1998 réglant les relations entre l'Etat et les organismes oeuvrant dans les domaines social, familial et thérapeutique (Mémorial A n° 82 du 24 septembre 1998 page 1599). Règlement grand-ducal du 9 janvier 2001 portant exécution des articles 1^{er} et 2 de la loi du 8 septembre 1998 réglant les relations entre l'Etat et les organismes oeuvrant dans les domaines social, familial et thérapeutique pour ce qui concerne l'agrément gouvernemental à accorder aux gestionnaires de services pour personnes adultes seules ou avec enfants (Mémorial A n° 11 du 30 janvier 2001 page 607).

¹⁹ Article 7 du CAS.

La période 2002 à 2007 a été marquée par une réforme dans le domaine de la législation applicable au droit d'asile et aux formes complémentaires de protection. et ce grâce à l'introduction de la loi du 5 mai 2006 relative au droit d'asile et à des formes complémentaires de protection (Mémorial A n° 78 du 9 mai 2006 page 1401) et au règlement grand-ducal du 1^{er} septembre 2006 fixant les conditions et les modalités d'octroi d'une aide sociale aux demandeurs de protection internationale (Mémorial A n°171 du 22 septembre 2006 page 3105).

Aide sociale :

L'aide sociale en question comprend les prestations suivantes, à savoir : l'hébergement, assorti d'une pension complète ou bien d'une fourniture de repas respectivement de denrées alimentaires ; une allocation mensuelle, des soins médicaux d'urgence, la prise en charge des cotisations à titre d'assurance volontaire prévue par l'article 2 du CAS pour la durée de maintien de l'aide sociale, les moyens de transport publics du réseau du Grand-Duché de Luxembourg, le guidage sociale et l'encadrement des mineurs non accompagnés.

Situation :

Le nombre des nouveaux demandeurs d'asile sur la période 2000 à 2007 s'établit comme suit :

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
628	686	1043	1549	1575	801	523	426

Les nouveaux arrivants viennent des régions suivantes :

- 76,29 % d'Europe (70 % du total viennent de la région des Balkans)
13,62 % du continent africain (10,50 % du total sont originaires de
pays
d'Afrique sub-saharienne)
- 9,62 % d'Asie
- 0,47 % d'Amérique du Sud

Au courant de l'année 2007 160 personnes ont été reconnues comme réfugiés en application de la Convention de Genève et elles ont obtenu une autorisation de séjour au Luxembourg. Celles d'entre elles qui n'arrivent pas à trouver un emploi ont droit aux indemnités et aides prévues dans le cadre de la législation sur le RMG. Elles restent partiellement à charge du CGE dans l'attente d'un revenu et surtout de trouver un logement.

155 personnes ont obtenu le statut de tolérance après avoir été déboutées de leur demande d'asile. Elles viennent s'ajouter aux quelques personnes bénéficiaires d'une tolérance au 1^{er} janvier 2007 et elles continuent à bénéficier des mêmes aides que les demandeurs de protection internationale (DPI) en procédure.

A ceci s'ajoutent 224 demandeurs d'asile déboutés qui ont vu leur situation régularisée pour diverses raisons telles que p.ex. la maladie grave d'un membre de la famille, la scolarisation d'un enfant. Ces personnes, qui ont droit à une autorisation de travail, sont censées quitter les structures d'hébergement du CGE dans les 6 mois suivant l'obtention de l'autorisation de séjour. Force est de constater que la plupart d'entre elles restent entre 6 et 12 mois après avoir obtenu une autorisation de séjour dans les foyers d'accueil.

La prise en charge sociale des demandeurs de la protection internationale :

Le CGE assure respectivement l'accueil administratif, la guidance et le suivi psycho-social, sanitaire et socio-éducatif des demandeurs de protection internationale pendant toute la durée de la procédure de détermination du statut.

Pour ceux d'entre eux qui sont déboutés et pour les personnes qui obtiennent un statut de tolérance l'aide et l'assistance continuent au-delà de la procédure d'asile. Les agents administratifs du CGE ont accordé quelque 13500 aides financières et matérielles (allocations mensuelles, aides matérielles, tickets de transport, aides à l'habillement, bons pour prise en charge des soins de santé, divers).

A côté de l'*approche individuelle ou familiale* des problèmes, le service social du CGE poursuit une *approche communautaire* pour le traitement d'un certain nombre de questions liées au séjour des DPI : 6 professionnels du service social assurent ainsi un contact régulier avec les personnes dans les structures d'hébergement.

Après avoir déposé une demande de Protection internationale auprès de la Direction de l'Immigration/ service réfugiés, du Ministère des Affaires étrangères et de l'Immigration, les DPI s'adressent au Commissariat du Gouvernement aux étrangers : le premier accueil est assuré par un assistant social et/ou un employé administratif. Sauf situation particulière qui nécessite un traitement spécial, toute personne ou famille se voit attribuer le 1^{er} jour un logement, une aide financière pour la durée de 15 jours et un titre de transport gratuits. Dans les 2 jours ouvrables qui suivent le DPI rencontre un assistant social qui l'informe sur ses droits et devoirs en tant que demandeur d'asile pendant la durée de la procédure et du séjour au Luxembourg. Au-delà de ces premiers contacts les DPI ont tous un assistant social de référence auquel ils peuvent s'adresser à tout moment.

A la prise en charge par l'assistante social s'ajoute une prise en charge en cas de besoin par des éducatrices graduées et par l'infirmière du CGE.

Le logement des demandeurs de protection internationale :

Le service logement du CGE comprend des employés à tâche administrative, ainsi qu'une équipe technique qui assure l'entretien des différents foyers d'hébergement. Ce service a pour tâche la gérance des différents types de foyers d'accueil pour demandeurs de protection internationale. Il organise et administre l'hébergement de quelques 1 300 personnes, toutes catégories confondues : demandeurs du statut de protection internationale (DPI), DPI déboutés ayant obtenu une tolérance provisoire au Grand - Duché, déboutés en attendant leur retour volontaire dans le pays d'origine, réfugiés reconnus à la recherche d'un logement indépendant et personnes ayant obtenu une 1^{ère} autorisation de séjour provisoire. Il contrôle également les logements mis à disposition du demandeur d'asile par des personnes privées. Au 1^{er} janvier 2007 le nombre de personnes hébergées par le CGE s'élevait à 1 309 unités.

L'aide aux résidents étrangers et aux personnes en situation irrégulière

En 2007 le CGE a accordé 138 fois des aides matérielles ou financières à des réfugiés reconnus et à des personnes en situation irrégulière au Luxembourg. Pour ces derniers il s'agit de la prise en charge 1. de soins de santé et 2. de frais de voyage dans le pays d'origine.

Le service logement est chargé d'assister les familles, ayant obtenu une autorisation de séjour provisoire respectivement le statut de réfugié en application de la

Convention de Genève, afin de trouver un logement indépendant. 95 famille régularisées au courant de l'année 2007 se sont adressées au CGE afin d'obtenir une aide pour la recherche d'un logement et d'un travail. 40 de ces familles séjournent jusqu'à ce jour dans les foyers pour DPI.

En règle générale, ces personnes trouvent un emploi stable endéans quelques mois et quittent le logement mis à disposition par le CGE, 2 à 4 mois après l'obtention du permis de travail

Les relations avec les associations :

Les contacts avec les associations sont réguliers, pour certaines hebdomadaires voire même journalier. Les conventions conclues entre le Commissariat du Gouvernement aux étrangers et respectivement l'association CLAE-Services asbl, l'Agence Interculturelle de l'ASTI asbl et le SESOPI du Centre Intercommunautaire asbl ont été reconduites. Le Commissariat soutient une panoplie d'associations par l'intermédiaire de subsides. Deux associations, Caritas et la Croix Rouge, actives dans le domaine des demandeurs d'asile continuent à être appuyées financièrement dans le cadre de deux accords de collaboration. Des contacts ont été maintenus avec les organisations patronales et syndicales, notamment à travers le CNE (Conseil national des étrangers) et de ses sous-organes, ainsi qu'avec les représentations officielles des communautés étrangères, surtout celles présentes au Luxembourg. De nouveaux contacts ont été établis avec des associations représentant les ressortissants de pays tiers, avant tout capverdiennes et des centres culturels islamiques avec lesquels une collaboration sur plusieurs projets s'est réalisée au cours de l'année.