

Ensemble de recommandations

pour assurer une Couverture Sanitaire Universelle CSU et des mesures connexes au Luxembourg

CSU d'après l'**Organisation mondiale de la Santé (OMS)**,

« La couverture (sanitaire) universelle consiste à veiller à ce que l'ensemble de la population ait accès aux services préventifs, curatifs, palliatifs, de réadaptation et de promotion de la santé dont elle a besoin et à ce que ces services soient de qualité suffisante pour être efficaces, sans que leur coût n'entraîne des difficultés financières pour les usagers.

Cette définition contient trois objectifs de la couverture universelle, liés entre eux :

- *l'accès équitable aux services de santé – tous ceux qui ont besoin des services de santé, quels que soient leurs moyens financiers, doivent pouvoir y accéder ;*
- *la qualité – les services de santé doivent être d'une qualité suffisante pour améliorer la santé de ceux qui en bénéficient ;*
- *la protection financière – le coût des soins ne doit pas exposer les usagers à des difficultés financières. »¹*

Le présent Ensemble de recommandations se base sur un document interne établi par le groupe de travail « Santé » du Ronnen Dësch.

Constats

Au Luxembourg, la couverture sanitaire est en principe assurée à tout un chacun affilié à l'**Assurance Maladie**. Mais il peut exister des blocages économiques ou autres qui empêchent que des personnes puissent en bénéficier *de facto*.

Les présentes recommandations se concentrent, d'une part, sur les personnes exclues de l'**Assurance Maladie** et les moyens d'y remédier en assurant l'accès à des soins de base gratuits à tous et, d'autre part, sur les possibilités d'éliminer les blocages à l'accès aux soins pour les personnes couvertes par l'assurance maladie.

Les recommandations concernent l'accès à l'assurance, des dispositifs à améliorer, des moyens existants à (mieux) faire connaître, une nouvelle offre, un environnement indispensable au-delà des soins de santé. Une Couverture Sanitaire Universelle à travers les recommandations ci-dessous contribue à renforcer une politique de santé publique efficace et cohérente.

Au-delà des soins de santé, un certain nombre de facteurs doivent concourir à la réalisation de la définition de la santé de l'OMS :

« La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. »

Ceci explique que des aspects comme par exemple le logement, le travail ou la compréhension et l'expression interculturelles des concernés aient trouvé naturellement leur place dans la présente démarche.

¹ http://www.who.int/health_financing/universal_coverage_definition/fr/

Accord de coalition 2018 DP-LSAP-Gréng (Extraits)

SANTE

La politique du Luxembourg en matière de santé continuera à être articulée autour des valeurs fondamentales que sont l'universalité, l'accès à des soins de qualité, l'équité et la solidarité. Il sera œuvré en faveur d'un système de santé à la pointe du progrès médical, moderne, capable de s'adapter aux besoins et aux défis de la société. Les besoins du patient seront au centre de la politique de santé, laquelle met à disposition les informations nécessaires pour que le patient soit un acteur à part entière du système.

La politique dans le domaine de la santé veillera à :

- garantir la qualité des soins selon une démarche qualité systématique ;*
 - assurer l'égalité d'accès aux soins ;*
 - contribuer à la prévention des maladies ;*
 - donner la priorité aux soins primaires ;*
 - responsabiliser les patients et les prestataires ;*
 - adapter la prise en charge sanitaire nationale à l'évolution démographique de la population.*
- Une médecine de haut niveau basée sur des recommandations reconnues de bonnes pratiques médicales sera favorisée.*

SECURITE SOCIALE

Accès universel aux soins de santé

Le principe de l'assurance obligatoire garantit un accès égal et solidaire aux prestations de l'assurance maladie-maternité. Pour assurer l'accès aux soins de santé de base aux personnes particulièrement vulnérables vivant au sein de notre société et sans affiliation obligatoire, les moyens existants seront utilisés de la manière la plus adaptée. Cette prise en charge médicale sera à charge du budget de l'Etat.

Par ailleurs, l'attachement aux principes de la solidarité et de l'entraide mutuelle est réaffirmé. Les sociétés de secours mutuels qui mettent l'accent sur la solidarité entre membres continueront d'être soutenues.

• Accès aux soins

○ Accéder à l'assurance

- étendre au maximum l'accès à l'assurance maladie, notamment par l'assurance maladie facultative volontaire ;
- assurer la prise en charge des cotisations de l'assurance facultative par un tiers ;
- mieux faire connaître les dispositions concernant les mineurs et infirmes résidant au Luxembourg, quelle que soit leur situation légale ou celle de leurs parents qui ont droit à l'assurance, les cotisations étant payées par l'Etat (CSS, art. 1, alinéa 1, points 13 et 15 et art. 32)

A défaut d'adresse de résidence, promouvoir l'adresse de référence, voir l'adresse de correspondance

Une adresse de référence peut être fournie par l'Office Social ou par une structure bénéficiant du statut de l'ASFT.

Le paiement de la cotisation à la CNS peut être pris en charge par l'Office Social ou par une structure bénéficiant du statut de l'ASFT.

Il convient de définir des critères uniformes pour les Offices Sociaux pour le paiement de la cotisation.

Mieux faire connaître cette possibilité et informer les personnes qu'elles doivent faire le nécessaire pour rester inscrites dans leur commune si elles perdent leur logement.

A défaut d'adresse de résidence ou d'adresse de référence, promouvoir la mise en place d'une adresse de correspondance ouvrant droit à l'assurance facultative.

Pour les exclus de l'assurance maladie, créer une antenne d'accès aux soins

Créer une antenne (régionalisée) fournissant les soins de base. Elle pourrait être liée à un hôpital, à une maison médicale, aux centres de consultation de la Ligue, aux Offices Sociaux, les frais étant pris en charge par l'Etat.

Quelques exemples de solutions mises en place à l'étranger

- Des **Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS)** existent en France dans le cadre de la lutte contre l'exclusion. Ces permanences sont installées dans certains hôpitaux publics et privés et ont pour objectif de permettre aux patients les plus démunis d'avoir accès aux soins.
- **L'AIDE Médicale de l'Etat (AME) en France**

L'aide médicale de l'État (AME) en France est un dispositif permettant aux étrangers en situation irrégulière de bénéficier d'un accès aux soins.

Au Luxembourg, un tel système pourrait se concevoir de telle façon que les bénéficiaires de l'AME, tout en n'étant pas affiliés à l'assurance maladie, se verraient pris en charge par l'assurance maladie au moyen du tiers payant social ; quant à la CNS, elle bénéficierait d'un

remboursement intégral des frais exposés par le budget de l'Etat. Un tel crédit pourrait être inscrit au budget du Ministère de la Famille (FNS) ou alors au Fonds de solidarité du Ministère de la Santé.

Il ne faut pas oublier que certaines gens n'ont pas les moyens de payer les médicaments. Les antennes médicales, telles que proposées ci-dessus, répondraient peut-être mieux aux besoins, par exemple pour les personnes vivant dans la rue (et ne disposant pas de droits sociaux).

Par ailleurs, il y a lieu de noter que certaines personnes ne peuvent se déplacer pour accéder en urgence à des médicaments (monoparentaux, sans voiture, etc.)

- **L' Aide Médicale Urgente (AMU) en Belgique**

L'aide médicale urgente est une forme d'aide **pour les étrangers qui séjournent illégalement en Belgique et pour certains ressortissants européens** (chercheurs d'emploi, étudiants et personnes économiquement non-actives) **et les membres de leurs familles.**

Au Luxembourg, l'Office Social vérifie le statut de séjour, l'état d'indigence et l'assurabilité de la personne, ensuite il vérifie l'attestation d'urgence. Les OS demandent à l'Etat le remboursement des frais pris en charge.

L'article 34.011 du budget du Ministère de la Santé est doté d'un montant de 2.100.000 euros (non limitatif et sans distinction d'exercice) pour un poste libellé « Traitement des maladies sociales et d'autres affections; prise en charge de frais d'hospitalisation et frais de traitement de personnes indigentes : subsides ».

Un tel subside peut actuellement être attribué sur base d'une enquête sociale. Pour certaines situations, ce subside ne couvre pas la totalité des frais.

L'accès à ce fonds devrait être facilité et précisé et les critères d'attribution transparents.

- **Les intérimaires**

Pour éviter que les intérimaires perdent leur droit aux prestations de soins de santé lors de chaque cessation de contrat de travail, il faudrait supprimer la condition de continuité de l'affiliation au cours des six mois précédant immédiatement la désaffiliation (prévues à l'article 8 des statuts de la CNS) et la remplacer par une condition de densité de l'affiliation, par exemple 182 jours d'affiliation au cours des 12 mois précédant la désaffiliation prévue à l'article 8 des statuts de la CNS.

- **Obstacles économiques**

Pour les assurés, il y a des obstacles à la participation personnelle aux soins de santé (le « reste à charge ») :

- l'avance des frais en cas d'absence de tiers payant (remboursement à posteriori) ;
- la participation statutaire à charge des patients,

- les dépassements de tarifs et convenances personnelles.
 - Quelques mesures actuelles prévues par la loi et les statuts pour atténuer les obstacles économiques :
- le tiers payant légal (hôpitaux, pharmacie, analyses de laboratoire, ...);
- le tiers payant social,
- l'application de l'article 154bis des statuts (remboursement au-delà d'une participation statutaire de 2,5% du revenu annuel);
- les chèques au titre de l'article 163 des statuts;
- l'assistance exceptionnelle au titre de l'article 162 des statuts.
 - Modalités proposées pour réduire les obstacles économiques à l'accès à la santé :

Pour réduire les obstacles économiques à l'accès à la santé, on peut proposer plusieurs modalités.

- Extrait du programme gouvernemental :
 - « Un système électronique sera mis en place qui permettra un remboursement immédiat pour tous les assurés des frais de soins par la CNS. Le tiers payant sera étendu, avec une priorité pour les frais de santé élevés. Les modalités exactes seront négociées avec le corps médical.
 - En attendant la mise en place des systèmes informatisés et la fin des négociations, la réintroduction du tiers payant volontaire est préconisée et les procédures liées à l'obtention du tiers payant social seront simplifiées.*
- En attendant la réalisation de ce volet du programme gouvernemental, il y aurait lieu de généraliser le tiers payant à toutes les personnes en situation de vulnérabilité, aux demandeurs de protection internationale (DPI) et aux déboutés du droit d'asile.
- L'introduction du tiers payant pourrait être effectuée à la demande du patient, tel que cela est prévu déjà actuellement pour les soins infirmiers, les soins de kinésithérapie et les soins d'orthophonie.
- Comme la participation statutaire a été abolie en grande partie pour les prestations accordées aux personnes âgées de moins de 18 ans, on pourrait introduire parallèlement le tiers payant pour ces mêmes prestations.
- Comme la participation statutaire du tiers payant social pris en charge par l'Office Social est finalement remboursée par le Ministère de la Santé, il faudrait uniformiser, au niveau national, les critères d'attribution du tiers payant social. En outre il y a lieu d'étendre le tiers payant social au-delà des actes médicaux et médico-dentaires.
- Les demandes de remboursement sont des procédures trop lourdes; en outre, elles ne sont pas nécessaires. On peut citer en exemple le régime autrichien qui connaît aussi un type de participation statutaire; en revanche, pour des patients

aux ressources limitées, où la barre des 2,5% (LU) est atteinte fin février, la participation n'est plus prélevée par les acteurs (médecins, hôpitaux, pharmacies). En Autriche, la base de données des salaires (IGSS) et celle de la CNS sont liées, ce qui permet d'annuler la participation au moment X. En Norvège, un forfait est prélevé en début d'année ; ensuite, tout est gratuit. D'autres modèles pourraient être recherchés et présentés à titre d'illustration afin de concevoir l'art. 154bis de façon plus adaptée aux besoins des personnes aux revenus très limités.

○ **Les demandeurs et bénéficiaires de protection internationale (DPI et BPI)**

- Pour les DPI nouvellement arrivés au Luxembourg : développer un dispositif d'alerte de la vulnérabilité qui permette aux travailleurs psycho-socio-pédagogiques et aux avocats de déclencher directement l'article 16 de la Loi du 18 décembre 2015 relative à l'accueil des DPI, en vue de garantir l'accès à des mesures de détection de la vulnérabilité des personnes et de leurs besoins spécifiques, dispensées par une équipe multidisciplinaire formée aux problématiques de santé des migrants, de séquelles de traumatismes et de problèmes médicaux.
- Dans le cadre du travail de détection des signes de persécution par un professionnel de santé : d'une part garantir le libre choix du professionnel de santé et d'autre part encourager des professionnels de santé à se former au protocole d'Istanbul².
- Une solution intermédiaire entre le libre choix et le médecin désigné par le MAE consisterait à permettre au DPI de choisir sur une liste de médecins agréés et formés pour cette thématique, notamment au fait du protocole d'Istanbul.

○ **Les demandeurs de protection internationale (DPI)**

Abolir les 3 mois de carence de l'assurance volontaire pour les DPI

Comme les DPI bénéficient d'un statut légal, il faudrait introduire à l'article 2 du Code de la sécurité sociale (assurance volontaire) une disposition spécifique prévoyant que le stage de trois mois n'est pas applicable. Même après les 3 mois, les DPI dépendent du *placet* de l'OLAI pour la participation patient qu'ils ne peuvent guère couvrir avec les 25,- € d'argent de poche mensuels.

- Dès lors il faut étendre le tiers payant social pris en charge par l'OLAI.

² Le Protocole d'Istanbul (titre complet : Manuel pour enquêter efficacement sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants) définit le standard des Nations unies pour se prononcer sur la crédibilité d'allégations tenues par des personnes affirmant avoir été torturées ou maltraitées, pour enquêter sur et documenter les cas de torture présumée et pour annoncer les conclusions à la justice et aux autres autorités chargées des enquêtes.

- Actuellement les DPI bénéficient d'une « avance frais médicaux (AFM) » de la part de l'OLAI afin de pouvoir couvrir la part patient. Or ce système est difficile à comprendre pour une personne ne connaissant pas encore le système de santé luxembourgeois et administrativement très lourd.

- o Les cas « Dublin

Nombreux sont les cas Dublin³ qui sont hébergés à la SHUK⁴. En cas de problème médical, de trouble, d'idéation suicidaire, d'état de stress post-traumatique, ils sont envoyés à la permanence médicale de l'inspection sanitaire qui décide d'émettre ou non un bon pour une prise en charge psychiatrique.

Ces personnes devraient avoir accès aux antennes d'accès aux soins à créer.

En l'absence d'une équipe psychologique spécialisée au SHUK, il serait indiqué de renforcer l'équipe psycho-socio-éducative sur place.

- o Bénéficiaires de la protection internationale (BPI)

Les BPI ont droit au REVIS et sont donc - même à défaut d'un travail - affiliés à l'Assurance Maladie. Les jeunes de moins de 25 ans ne bénéficient pas du REVIS. Certaines écoles prennent en charge les frais d'assurance des 18 – 25 ans, excepté pour la période des vacances scolaires.

Tous les autres jeunes doivent s'adresser à l'Office Social afin de pouvoir bénéficier d'une affiliation.

Cette procédure devrait être simplifiée et son application par les Offices Sociaux devrait être harmonisée, pour en arriver à des prestations identiques pour des situations identiques.

- o Les déboutés du droit d'asile

Les déboutés de la procédure de protection internationale doivent se présenter une fois par mois à l'OLAI pour renouveler leur affiliation à la CNS. Si ce délai n'est pas respecté, l'affiliation à la CNS peut être interrompue. L'accès aux soins des déboutés ne devrait pas se limiter aux urgences et leur prise en charge devrait être assurée *via* le tiers payant social. En effet, les personnes déboutées doivent payer de leur poche les 20% non pris en charge par la CNS et par l'Inspection sanitaire, si leur problème n'est pas urgent. Des interruptions de soins ont été constatées parce que la personne voyait sa demande d'asile se solder par un refus.

Ces personnes devraient avoir accès aux antennes d'accès aux soins à créer comme les autres personnes en situation irrégulière ou sans droits sociaux.

- o Droit de connaître l'avis médical

En vue d'un retour «Dublin » ou d'autres éloignements du territoire, l'état de santé du concerné peut ne pas permettre un retour, par avion par exemple. Dans pareille situation le Ministère demande un avis à l'Inspection Sanitaire. Cet avis doit être porté à la connaissance

³ La convention de Dublin prévoit que le demandeur de protection doit faire sa demande dans le premier pays par lequel il entre dans l'UE. S'il parvient dans un autre Etat membre, celui-ci peut le renvoyer dans le premier.

⁴ « Structure d'hébergement d'urgence du Kirchberg »

du concerné selon l'article 8 de la loi modifiée du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient.

Il s'agit ni plus ni moins que de donner suite à la recommandation 1 du Deuxième rapport du Médiateur de la Santé, qui recommande « aux professionnels de santé chargés d'une mission dans le domaine de la médecine du travail, de la médecine de contrôle ou de l'expertise médicale, de veiller au respect des dispositions de la loi du 24 juillet 2014, notamment en ce qui concerne le droit du patient de se faire accompagner par une personne de son choix lors d'un examen médical ou encore en ce qui concerne le droit à la consultation du dossier patient. »

• Détection et prise en charge des vulnérabilités des DPI et BPI

- La détection et le traitement des vulnérabilités doit se faire rapidement après l'arrivée au Luxembourg.

Quatre facteurs majeurs risquent de renforcer et de maintenir des troubles mentaux et somatiques chez les DPI, pendant la phase postmigratoire⁵ :

- la durée de la procédure ;
- les conditions de logement dans les foyers ;
- le décalage entre les attentes et les réalités vécues ;
- des difficultés ethnolinguistiques.

- Il est indispensable d'agir par des mesures comme par exemple :

- l'information et la sensibilisation de tous les professionnels impliqués dans l'accueil et la procédure d'asile au sujet de la fréquence et de la nature des troubles mentaux que peuvent présenter les DPI/BPI, ainsi qu'aux facteurs susceptibles de les aggraver et aux ressources/facteurs qui peuvent améliorer leur état de santé.
- la formation de ces personnels à des approches pertinentes et à un guidage efficace vers des soins adaptés ;
- la prise en compte systématique de la vulnérabilité des personnes lors de décisions administratives concernant leur logement ;
- en vue de réduire l'insécurité et l'anxiété liée à la procédure :
 - des informations claires et régulières sur l'état d'avancement des dossiers ;
 - le respect strict des délais fixés par la loi ; au cas où cela n'est pas possible, des explications écrites motivant le report de la décision ;

⁵ Abbott A. The troubled minds of migrants. Nature 2016

Altérité et interculturelité en milieu de soins, Journée d'éthique, Centre Hospitalier de Luxembourg, 17 novembre 2017

Santé mentale des personnes déplacées en contexte postmigratoire, Direction de la Santé, Blannenheem Berschbach, 13 décembre 2017

- des courriers administratifs rédigés en langage simple ;
 - un accès facilité au travail.
- - élargir cette prise en charge des personnes en souffrance psychique à tous les centres d'accueil pour DPI ainsi que la SHUK. Une cellule ethnopsychologique existe : elle prend en charge le dépistage des DPI en souffrance psychique et organise la prise en charge, en les mettant en relation avec le réseau de soins existant dans le pays. Actuellement cette cellule n'agit que dans ses centres de premier accueil.

○ **L'insertion sociale, indispensable corollaire aux soins**

Pour certaines personnes, une CSU ne suffit pas, leur santé ne dépend pas des seuls soins de santé.

- Elles ont besoin de pouvoir recourir à des logements privés, stables et adaptés.
- De même, elles ont besoin de lits d'accueil d'urgence décentralisés pour personnes se trouvant sur le territoire.
- il faudrait des structures réservées aux femmes dans la précarité. Les foyers existants pour femmes en détresse au Luxembourg sont surchargés et sont généralement réservés aux femmes victimes de violences. Les femmes sans abri et ayant des problèmes psychologiques ont du mal à trouver un logement qui leur convienne.
- Les interventions interdisciplinaires de type *case management* (infirmiers, médecins, travailleurs sociaux) dans l'orchestration des différentes demandes des patients, leur permettrait à terme de mieux « naviguer » dans le système de soins et de prendre en charge la personne à l'endroit où elle se trouve, sans devoir l'obliger à se rendre à un endroit précis à une heure précise. Il faut tout d'abord garantir un accès bas seuil aux services de base des soins de santé.
- La préparation à l'accès au travail est indispensable pour une vie en société : une insertion sociale *via* un travail, une formation, une occupation, ... soit une journée structurée et, le cas échéant, des moyens financiers qui en découlent favorisent la santé des personnes. Pour accéder à un stage ou à un apprentissage, une assurance volontaire ne suffit pas, une personne ne peut bénéficier de l'assurance accidents que si elle a une assurance sociale « normale ».

○ **Comprendre et se faire comprendre**

La société multiculturelle et la situation multilingue (qui ne se limite pas aux trois seules langues officielles du pays ainsi qu'à l'anglais) interpelle le système de santé et de soins : comprendre et se faire comprendre ne va pas toujours de soi.

○ **Interprétariat**

L'interprétariat linguistique dans le domaine de la santé est une forme d'interprétariat, assuré entre des patients/usagers et des professionnels intervenant dans leur parcours de santé et ne parlant pas une même langue.

L'interprétariat linguistique garantit aux patients et usagers des services de santé, l'égalité d'accès aux soins et aux politiques sanitaires de prévention. Pour les professionnels, la collaboration avec des interprètes leur garantit les moyens d'assurer une prise en charge respectueuse du droit à l'information, du consentement libre et éclairé du patient et du secret médical.

Reconnaître l'interprétariat interculturel dans le domaine de la santé en tant qu'outil indispensable d'une politique de santé publique équitable, solidaire et accessible à tous :

- encourager le recours à des interprètes interculturels par les professionnels de la santé, en vue de protéger et renforcer le libre choix et l'autonomie des personnes ne parlant pas ou pas assez une des langues officielles du pays, dans les décisions qu'elles prennent au regard de leur santé

Garantir le droit à une assistance linguistique dans le domaine médical :

- garantir et améliorer l'accès à l'interprétariat pour les patients/usagers ET les professionnels ;
- assurer la prise en charge des frais par le Ministère de tutelle *via* convention ou budget (hôpitaux).

Agréer et financer l'interprétariat en milieu médical :

- reconnaître et soutenir financièrement l'interprétariat (gestion des demandes et prestations, coordination et qualité, logistique et infrastructure, frais de fonctionnement...);
- contribuer au financement des prestations (prise en charge des frais par la CNS ;
- permettre aux médecins libéraux d'avoir accès aux prestations des interprètes (pour éviter des situations de refus de soins en l'absence d'une langue commune) ;
- reconnaître et financer les formations de base et continues.

Etablir des normes de qualité pour l'interprétariat en milieu médical :

- définir un code de déontologie avec les acteurs professionnels ;
- définir des normes pour les formations de base et formations continues des interprètes interculturels (reconnaître et valider la formation de base existante et agrandir l'offre des formations continues) ;
- sensibiliser et former les professionnels au travail avec les interprètes interculturels ;
- informer les patients/usagers sur le rôle de l'interprète.

○ **Écrivain public**

Pour d'aucuns l'accès aux soins peut se heurter à la barrière de l'écrit. Il ne faut pas être analphabète pour ne pas saisir pleinement la signification des descriptions de médicaments, des conseils médicaux à suivre ou bien pour ne pas arriver à remplir des formulaires de manière pertinente.

L'écrivain public facilite la communication écrite avec l'Administration : sécurité sociale, allocations familiales, dossier médical, services des impôts, du permis de conduire, etc.

De tous temps, l'objet du métier d'écrivain public a été de se placer comme le trait d'union entre les individus et les nécessités administratives ou sociales.

Envisager la mise en place d'écrivains publics auprès des Offices Sociaux

• **Mettre en place des campagnes de sensibilisation**

Sur des sujets comme

- **l'assurance des mineurs**
Les mineurs et infirmes résidant au Luxembourg ont droit à l'assurance, les cotisations étant payées par l'Etat (CSS, art. 1, alinéa 1, points 13 et 15 et art. 32).
- **la possibilité du paiement par un tiers**
Un tiers peut régler les frais médicaux et se faire rembourser.
- **L'adresse de référence**
Cette possibilité doit être davantage portée à la connaissance des publics concernés.
- **Les traumatismes**
Il convient de sensibiliser pour mieux pouvoir prendre en charge.

Destinataires

- les concernés
- les professionnels du secteur de la santé
- les professionnels du secteur social

Luxembourg, le 1 octobre 2019

Cet Ensemble de Recommandations est porté par

- Le groupe de travail SANTE et la Coordination du Ronnen Dësch
- l'ASTI
- la CARITAS
- le Centre d'Information GAY et LEsbien – CIGALE
- le CLAE
- le CNDS
- le Comité de surveillance du SIDA, des hépatites infectieuses et des maladies sexuellement transmissibles
- la Croix-Rouge
- EAPN
- Médecins du Monde
- Médecins sans frontières
- Passerell
- le Planning Familial
- Suchtverband.