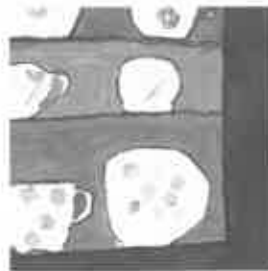


jugend- an drogenh llef

Fondation

Jahresbericht

2006



362.196860604935 JUG

CESIJE ASBL
Centre d'Études sur la Situation
des Jeunes en Europe
LUXEMBOURG

Illustrations:

Les illustrations émaillant les pages de ce rapport annuel ont été réalisées à l'Atelier Artistique du CHNP. Nous les remercions chaleureusement pour leur collaboration et leur laissons carte blanche pour présenter leur projet (page 65)

Layout:

Éilenger KonschtWierk ATP a.s.b.l.

Photos:

© Jugend- an Drogenhëllef

Inhaltsverzeichnis

Wir über uns **3**

Tätigkeitsbericht 2006

1. Überblick über Arbeitskonzept und Arbeitsbereiche	7
2. Das Jahr 2006	9
3. Beratungsstelle Luxemburg	13
4. Kontakt 28	17
5. Beratungsstelle Esch/Alzette	21
6. Beratungsstelle Ettelbrück	25
7. Le programme de substitution	29
8. Le Service médical	33
9. Logements accompagnés	35
10. Service parentalité	39
11. Spritzenaustausch und -automaten	45
12. Elternselbsthilfe-Gruppe	47

Carte blanche Atelier Artistique CHNP



Jugend- an
Drogenhëllef



Wir über uns

Die «Jugend- an Drogenhöllef» ist eine gemeinnützige Stiftung und besteht seit 1986. 1998 hat der Verein seine Trägerstruktur verändert (ehemals a.s.b.l.) und funktioniert seitdem als «Fondation». Die Arbeit der Vereinigung wird finanziert über eine «Convention» mit dem Gesundheitsministerium.

Die Zusammensetzung des **Verwaltungsrates** der «Fondation» (Stand **Juni 2007**):

- Dr. Weydert Claude (Präsident)
- Birtz Paul (Vize-Präsident)
- Torno Caroline (Kassiererin)
- Dr. Lammar Yves
- Braun Andrée
- Michaelis Thérèse
- Rose Gitta
- Thinnès Catherine

Vertreter des Gesundheitsministeriums in der «**plate-forme de coopération**» der Jugend- an Drogenhöllef: Origer Alain.

Die Mitarbeiter/-innen der «Jugend- an Drogenhöllef» (Stand Juni 2007)

Im folgenden sind die Mitarbeiter/-innen der JDH aufgelistet, nach dem Stand von Juni 2007. Der Umfang der Wochenstunden ist unterschiedlich und reicht von 6 St./Woche bis zu 40 St./Woche. Es handelt sich um Fachleute aus dem psychosozialen, medizinischen und administrativen Bereich. Die Mehrzahl der Mitarbeiter/-innen hat eine **langjährige Berufserfahrung** im Umgang mit Problemsituationen vom Typ «Drogen, Sucht, Abhängigkeit» in unterschiedlichen Kontexten.

Mehrere Mitarbeiter arbeiten an unterschiedlichen Standorten. Unsere Mitarbeiter nehmen regelmäßig an **Fortbildungen** teil. Es handelt sich zum Teil um suchtspezifische Fortbildungen; ein Teil der Mitarbeiter/-innen befindet sich außerdem in längerfristigen Zusatzausbildungen in bestimmten Beratungs- und Therapiemethoden oder hat solche absolviert. Es handelt sich um folgende Methoden (in alphabetischer Reihenfolge): Integrative Gestalttherapie, Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie, Körperarbeit, Psychodrama, psychoanalytisch orientierte Einzeltherapie, Systemische Therapie, Lösungsorientierte Kurzzeittherapie, Traumatherapie, Verhaltenstherapie.

Unser Anliegen ist, diese Vielfalt der Zusatzqualifikationen indikationszentriert anzuwenden, d.h. nach Bedarf und nach Absprache mit unseren Klienten/-innen. Eine entsprechende Orientierung findet bei der Anmeldung oder nach den ersten Gesprächen statt.

Leitung und Verwaltung:

- Grün Henri, Dipl.- Psychologe, Direktor
- Neisius Catherine, Sekretariat
- Michely Pascale, Sekretariat
- Schulligen Birgit, Buchführung und Personal
- Thill Jacque, Gehälter

Beratungsstelle Luxemburg-Stadt:

- Leiterin der Beratungsstelle: Damjanovic Gaby, Dipl.-Psychologin
- André Freddy, Dipl.-Psychologe
- Brünnet Susanne, assistante sociale
- Denzel Dietmar, Dipl.-Pädagoge
- Klestadt Carmella, Dipl.-Psychologin
- Michely Pascale, Empfang und Sekretariat
- Neisius Catherine, Empfang und Sekretariat

Beratungsstelle Ettelbrück:

- Leiterin der Beratungsstelle: Damjanovic Gaby, Dipl.-Psychologin
- André Freddy, Dipl.-Psychologe
- Klestadt Carmella, Dipl.-Psychologin

Beratungsstelle Esch/Alzette:

- Leiter der Beratungsstelle: Biwersi Günter, Dipl.-Pädagoge
- Christen Anja, assistante sociale
- Denzel Dietmar, Dipl.-Pädagoge
- Klestadt Carmella, Dipl.-Psychologin
- Dupont Anne, assistante sociale
- Limpach Michelle, Empfang und Sekretariat
- Thill Jacque, Sekretariat

Service médical:

- Dr. De Winter Jean-Paul, médecin-généraliste
- Dr. Staut Werner, Facharzt f. Psychiatrie u. Psychotherapie

Methadonprogramm:

- Leiterin: Moyse Ariane, Dipl.-Psychologin
- André Freddy, Dipl.-Psychologe
- Brünnet Susanne, assistante sociale
- Damjanovic André, infirmier dipl.
- Ecker Anne, éducatrice grad.
- Recktenwald Markus, éducateur-instr.(Programm Esch)
- Neisius Catherine, Sekretariat
- Roesgen Marie-Anne, infirmière dipl. (Programm Esch)
- Schillé Corinne, infirmière psychiatrique (Programm Esch)
- Sorgen Werner, Dipl.- Sozialarbeiter

Service parentalité:

- Leiter: Lamborelle Robert, Dipl.-Psychologe
- Hick Hervé, assistant social, lic. en sciences pol. et soc.
- Lucas Nadia, assistante sociale
- Reuter Cathy, éducatrice grad.

Kontakt 28:

- Leiterin: Gianotti Nathalie, assistante sociale
- Da Fonseca Iranete, éducatrice. dipl.
- Schneider Daniel, assistant social
- Soisson Manuela, infirmière dipl.
- Teutsch Cécile, éducatrice graduée

«Les Niches» und Nachsorgehaus Neudorf:

- Leiter: Hick Hervé, assistant social, lic. en sciences pol. et soc.
- Christen Anja, assistante sociale
- Ecker Anne, éducatrice graduée
- Lafontaine Giselle, assistante sociale
- Lamborelle Robert, psychologue dipl.
- Recktenwald Markus, éducateur-instr.



«Die Schlafende» Trixy Thull

Tätigkeitsbericht 2006

1. Überblick über Arbeitskonzept und Arbeitsbereiche	7
2. Das Jahr 2006	9
3. Beratungsstelle Luxemburg	13
4. Kontakt 28	17
5. Beratungsstelle Esch/Alzette	21
6. Beratungsstelle Ettelbrück	25
7. Le programme de substitution	29
8. Le Service médical	33
9. Logements accompagnés	35
10. Service parentalité	39
11. Spritzenaustausch und -automaten	45
12. Elternselbsthilfe-Gruppe	47

Carte blanche Atelier Artistique CHNP



«Kaffeepause» Albertine Eiffes

1. Überblick über Arbeitskonzept und Arbeitsbereiche

1.1. Konzept

Die «Jugend- an Drogenhëllef» versteht sich als Teil eines größeren Behandlungsangebots für Drogengefährdete und -abhängige, zu dem neben Beratung, ambulanter Therapie und Substitutionsbehandlung die stationäre Entgiftung und Therapie und auch die verschiedenen Einrichtungen im Bereich der Sozial- und Arbeitslosenhilfe gehören. Die einzelnen Teile dieses Angebots haben unterschiedliche Aufgaben und zwar bezogen sowohl auf die Tragweite des Hilfesuchts oder Problemstellung der Klienten/-innen als auch bezogen auf die Möglichkeiten (Schwelle) des Zugangs zum Behandlungsangebot (niederschwellig bis hochschwellig).

Das Angebot der «Jugend- an Drogenhëllef» selbst umfasst verschiedene Arbeitsgebiete und Interventionsmethoden, die sich an unterschiedlichen Arbeitszielen orientieren und sich an unterschiedliche Problemlagen und Anfragen der Zielgruppe anpassen.

Die Drogenarbeit heute besteht aus einer Integration von klassischen Abstinenzansätzen einerseits („therapeutische Strategie“) und Ansätzen, deren erstes Ziel im «Begrenzen von Schäden» beim Abhängigen liegt («harm reduction»- „sanitäre Strategie“) andererseits. Neben den therapeutischen Ansätzen, die auf eine Veränderung im Suchtsystem zielen, spielen suchtbegleitende, unterstützende und vertrauensbildende Maßnahmen ohne Abstinenzforderung eine wichtige humanitäre, sozialhygienische und sanitäre Rolle. Nur so können bei einem großen Teil der Konsumenten die Schäden (körperliche, seelische, soziale) begrenzt werden und die Phase der Abhängigkeit mit den grösstmöglichen Rehabilitationschancen überstanden werden. Das übergeordnete Arbeitskonzept der Jugend- an Drogenhëllef besteht darin, die Ziele und Methoden der therapeutischen Strategie einerseits und der sanitären Strategie andererseits zu integrieren und aufeinander abzustimmen. Hilfreich ist dabei, sich an einer Zielhierarchie der Drogenarbeit zu orientieren, welche, als Pyramide vorgestellt, mit seinen niederschweligen, basalen Zielen eine grösstmögliche Zahl an Betroffenen der Zielgruppe aktual zu erreichen versucht (sanitäre Strategie) und mit seinen mittel- und hochschweligen Zielen (therapeutische Strategie) demgemäss weniger Betroffene aktual erreicht, aber jene Drogenkonsumenten, die zu Veränderungen bereit sind, in entsprechende Behandlungen einbindet.

Konkret sind das folgende Angebote:

- niederschwellige Kontakt – und Beratungsarbeit (Kontakt 28 in Luxemburg und Offene-Tür in Esch)
- konkrete Projekte im Bereich Gesundheitsprävention für Drogenkonsumenten: Spritzenaustausch (Ausgabe von sterilem Material), Spritzenautomaten
- medizinisches Angebot durch allgemeinärztliche und psychiatrische Betreuung, auch mit niederschwelligem Zugang
- „klassische“ Beratungsstellenarbeit: Information, Beratung und ambulante Therapie, Vermittlung in stationäre Therapie, ambulante Nachsorge (Luxemburg, Esch und Ettelbrück)
- methadongestützte ambulante Behandlung (Methadonprogr.)
- Gefängnisarbeit
- Wohnprojekte: Nachsorgehaus und betreutes Wohnen „les niches“
- spezialisiertes Angebot für Eltern und deren Kinder („service parentalité“)

1.2. Beschreibung der Arbeitsbereiche

Die JDH hatte im Jahr 2006 folgende Arbeitsbereiche und entsprechendes Personal:

a) Leitung und Verwaltung

Aufgabenbereiche:

- Leitung und Verwaltung der Einrichtung, Sekretariatsarbeit der Fondation, Buchführung, Gehälter, Personal

b) Beratungsstelle Luxemburg-Stadt

Aufgabenbereiche:

- Information, Orientierung, Beratung
- ambulante Therapie, Vermittlung in stationäre Therapie
- aufsuchende Arbeit in Kliniken auf Anfrage
- Nachbetreuung
- psychosoziale Betreuung der Patienten/-innen des Methadonprogrammes
- Öffentlichkeitsarbeit
- AIDS- und Hepatitisprävention

c) Beratungsstelle Ettelbrück

Aufgabenbereiche:

- siehe Beratungsstelle Luxemburg

d) Kontakt 28

Aufgabenbereiche:

- niederschwellige Kontaktarbeit
- Basishilfen beim Überleben
- Gesundheitsprävention, Spritzenaustausch etc.
- Beratungen ohne Terminvereinbarung, Vermittlung in weiterführende Behandlungen
- regelmässige aufsuchende Arbeit im Gefängnis, auf Anfrage in Kliniken

e) Beratungsstelle Esch/Alzette und „offene Tür“

Aufgabenbereiche:

- niederschwellige Kontaktarbeit, «Offene Tür»-Arbeit
- Information, Orientierung, Beratung
- aufsuchende Arbeit in Kliniken auf Anfrage
- Vermittlung in stationäre Therapie
- psychosoziale Betreuung der Patienten/-innen des Methadonprogrammes
- ambulante Therapie
- Öffentlichkeitsarbeit
- AIDS- und Hepatitisprävention: Spritzenaustausch
- Projekt Spritzenautomaten

f) Methadonprogramm („programme de substitution“) (Luxemburg und Esch)

Aufgabenbereiche:

- Organisation, Koordination und praktische Durchführung des Methadonprogrammes
- medizinische und psychosoziale Betreuung der Patienten/-innen

g) Service médical

Aufgabenbereiche:

- ärztliche Referenzpersonen des Methadonprogramms und der anderen Dienste der JDH
- Betreuung von Patienten des Methadonprogramms, Durchführung von ambulanten Entzügen in Zusammenarbeit mit den Beratungsstellen der JDH
- ärztliche Betreuung von Besuchern der niederschweligen Kontaktstrukturen
- psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung von Klienten der JDH-Dienste

h) Gefängnisarbeit

Aufgabenbereiche:

- psychosoziale Betreuung von inhaftierten Drogenkonsumenten, Vorbereitung auf Entlassung

i) Wohnprojekte

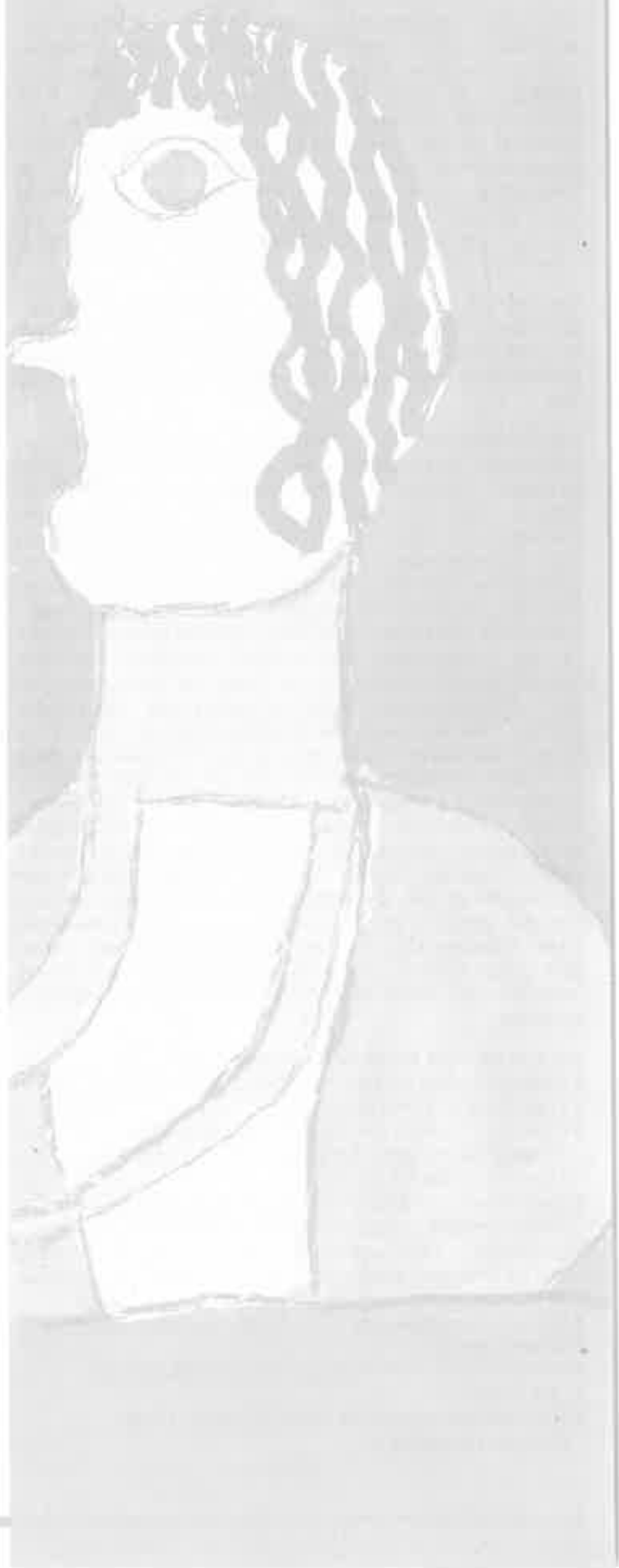
Aufgabenbereiche:

- betreutes Wohnen („les niches“)
- Nachsorgehaus Neudorf

j) Service parentalité

Aufgabenbereiche:

- Projekt für Eltern mit Drogenproblemen und deren Kinder



2. Das Jahr 2006

Vor den Kapiteln mit den detaillierten Tätigkeitsberichten der einzelnen Services, wollen wir an einige wichtige Themen und Ereignisse des Jahres 2006 erinnern, die für unsere Organisation insgesamt von Bedeutung waren und sind.

2.1. 20 Jahre Jugend- an Drogenhëllef



Réseau-Party: 20 Jahre Jugend- an Drogenhëllef

Das Jahr 2006 war ein **Jubiläumsjahr** für uns: 20 Jahre Jugend- an Drogenhëllef. Wir organisierten während des Jahres verschiedene Aktivitäten, die es uns ermöglichten, die Inhalte unserer Arbeit einem breiteren Kreis von Fachleuten und Interessenten nahe zu bringen und auch zur Problematik Drogen und Sucht im allgemeinen zu sensibilisieren.

Im Einzelnen fanden folgende Aktionen statt:

- Teilnahme am **ING Marathon** von 8 Mitarbeitern bzw. Mitgliedern des Verwaltungsrates im Mai 2006
- Offizielle Eröffnung unseres **neuen Lokals in Luxemburg** im Juli 2006
- Verkauf einer **Serigraphie** von **Robert Brandy** zu Gunsten unserer Foundation. Mit dem Erlös konnte u.a. die folgende Aktion finanziert werden.
- **Vorstellung der Fondation und ihrer verschiedenen Angebote** auf grossen, mobilen «roll-up» Panneaux. Auf 8 Panneaux werden die verschiedenen Dienste prägnant und graphisch ansprechend vorgestellt. Diese Panneaux können bei unterschiedlichsten Gelegenheiten zum Zwecke der Öffentlichkeitsarbeit und Sensibilisierung genutzt werden.
- **Réseau-Party:** wir luden unsere professionellen Partner aus dem psychosozialen und medizinischen Bereich ein zum gemeinsamen Feiern - in einem konvivialen Rahmen. Dies um für die Zusammenarbeit zu danken und Kontakte aufzufrischen. Wir feierten gemeinsam mit über hundert Teilnehmern in Hesperange im Oktober 2006.
- Ebenfalls im Oktober fand eine öffentliche Konferenz statt mit anschliessender 2-tägiger Fortbildung mit Prof. **Dr. Michael Klein** aus Köln zum Thema **«Kinder die mit suchtkranken Eltern aufwachsen»**. Diese Veranstaltung ermöglichte u.a. neue Kontakte zu knüpfen bzw. bestehende zu vertiefen sowie weitere Schritte zu planen in Richtung Etablierung eines funktionierenden Netzwerkes.

- Öffentliche Konferenz mit anschliessendem Fortbildungsseminar mit **Dr. Luc Isebaert** zum Thema **«Thérapie brève et le libre choix du patient»** (Januar 2007). Der bekannte belgische Psychiater und Psychotherapeut stellte seine Methode vor, die in der Tradition systemischen Denkens und kurzzeit-therapeutischer/lösungsorientierter Ansätze entwickelt wurde.
- Während des Jahres gab es eine **verstärkte Präsenz in den öffentlichen Medien** – Teilnahme an mehreren Rundfunksendungen sowie Berichte in Tages- und Wochenzeitungen.



Konferenz mit Dr. Luc Isebaert

2.2. Umzug in Luxemburg und Planung des Umzugs in Esch

Zufall oder nicht? Wir konnten im Jubiläumsjahr 2006 den seit einiger Zeit geplanten und vorbereiteten Umzug unseres Hauptsitzes in Luxemburg von der Rue Fort Wedell in die rue d'Anvers endlich durchführen – ein wichtiger und seit einiger Zeit absolut überfälliger Schritt zur Herstellung ordentlicher Arbeitsbedingungen für mehrere unserer Dienste. Zur gleichen Zeit zog auch der Kontakt 25 in Luxemburg um auf die andere Strassenseite und wurde zum Kontakt 28.

Gegen Ende des Jahres kam dann auch endlich Bewegung in das Problem «Lokal Esch». Der Vermieter kündigte den Mietvertrag und wir konnten ein bedarfsgerechteres, grösseres Haus anmieten. Der Umzug fand im Januar 2007 statt.

Fazit: ob der diversen Veränderungen, die im Jubiläumsjahr 2006 stattfanden, wird dieses Jahr ein «historisches» Jahr in der Entwicklung unserer Organisation bleiben.

2.3. Kooperation

Im Bereich Kooperation mit externen Partnern gab es im letzten Jahr – neben den spezifischen Kooperationen unserer einzelnen Dienste - zwei für die Jugend- an Drogenhëllef wichtige Entwicklungen, an denen wir auch aktiv beteiligt waren. Wir wollen diese kurz vorstellen.

2.3.1. «Réseau: Travail social concerté, qualité de vie et solidarité»

Allgemein gilt unter Professionellen aus dem psychosozialen Bereich in Luxemburg die Feststellung, dass es einerseits zwar nicht wenige psychosoziale Dienste gibt, es andererseits aber an übergreifender fachlicher Koordination und Planung mangelt sowie auch an Konzepten zur Gestaltung der klientenbezogenen Netzwerkarbeit zwischen den Diensten.

Aus diesem Grunde – als Auslöser fungierte ein Hearing der Stadt in Bonneweg – schlossen sich 12 Vereinigungen, die auf dem Gebiet der Stadt Luxemburg tätig sind, in einer Kooperation zusammen («Réseau: Travail social concerté, qualité de vie et solidarité»)¹ mit dem Ziel, die klientenbezogene Zusammenarbeit zu verbessern. Dies auch auf dem Hintergrund der Tatsache, dass in einigen dieser Dienste viele «chronische Fälle» stranden – also Menschen, die es nicht schaffen, sich aus der Abhängigkeit von Hilfsdiensten zu lösen. Zudem ist bekannt, dass manche dieser Klienten zwischen den Diensten pendeln – ohne dass die Hilfen zu einer Veränderung der Lebenssituation der Betroffenen führen.

Die Herausforderung bestand – und besteht – also darin, einen Leitfadens sowie eine Praxis zu entwickeln, die eine zielgerichtete Hilfe im Netzwerk ermöglichen. Die spezifischen Kompetenzen der einzelnen Dienste sollen auf die Bedürfnisse des jeweiligen Klienten genauer abgestimmt und komplementär eingesetzt werden.



Fortbildung mit Dr. Luc Isebaert

Zu Beginn wurde – mit finanzieller Unterstützung der Stadt Luxemburg – eine Bestandsaufnahme der bereits existierenden Formen von Zusammenarbeit – sowohl quantitativ als auch qualitativ – mit Hilfe eines spezialisierten Instituts erstellt. Als Folge deren Auswertung wurde das zu Beginn angedachte Konzept des «case-management» als Richtlinie zur Einzelfallplanung fallen gelassen, da ersichtlich wurde, dass es in seiner puristischen Ausprägung nicht zur gegenwärtigen Problemlage passen würde bzw. nur in einer beschränkten Anzahl von Fällen zur Anwendung kommen könnte. Auch wurde ersichtlich, dass zur

Verbesserung der Netzwerkarbeit einige elementare Richtlinien zur Routine werden müssten – eine Routine, die in der Kultur der luxemburgischen Sozialarbeit bisher nicht selbstverständlich ist.

Die im «Réseau» zusammengeschlossenen Dienste beschlossenen daraufhin, verbindliche Standards zur klientenbezogenen Arbeit im Netzwerk zu erarbeiten. Diese Standards existieren nun und sind seit 1. Januar 2007 in der praktischen Erprobung. Es versteht sich von selbst, dass sie im Lichte der Erfahrungen evaluiert und angepasst werden müssen. Kernelemente dieser Standards sind u.a. die Einführung eines jeweils ad hoc zu benennenden fachstellenübergreifenden Fallkoordinators, die schriftliche Festlegung eines Hilfeplanes in einer Helferkonferenz sowie dessen regelmässige Evaluation. Das Ganze selbstverständlich unter Implizierung und mit Einverständnis des Klienten.

Die Einführung dieser Standards stellt sicherlich eine Innovation in der luxemburgischen Sozialarbeit dar. Deren Umsetzung wird nur langsam vor sich gehen, da sie auch ein Umdenken bei den beteiligten Mitarbeitern – und nicht zuletzt auch bei den Klienten – benötigt.

2.3.2. COCSIT

Hinter dem zu manchen Assoziationen und Wortspielereien verleitenden Namen COCSIT verbirgt sich das «Comité de Coordination des Services Sociaux Intervenants en Toxicomanie». Dies ist ein Zusammenschluss der psychosozialen und medizinischen Dienste in Luxemburg, deren Haupttätigkeitsgebiet im Bereich «Drogen» liegt². Das COCSIT ersetzt die ehemaligen «Drogen-einrichtungen».

Ziele des COCSIT:

- fachlicher Austausch
- Information über neue Entwicklungen
- Reflexion über die Weiterentwicklung bestehender Angebote sowie Ausfindigmachen von Lücken bzw. Fehlentwicklungen im Angebot
- Ansprechpartner als Expertengruppe für Ministerien und öffentliche Stellen
- gemeinsame Stellungnahmen zu aktuellen, unser Arbeitsgebiet betreffende Themen

Das COCSIT funktioniert auf Basis einer «Convention» zwischen den teilnehmenden Vereinigungen. Ziel ist nicht die Kooperation im Sinne von Einzelfallarbeit.

Die erste grössere gemeinsame Aktion (in Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsministerium) ist die Durchführung einer Erhebung mit geplanten, anschliessenden Präventionsmassnahmen zum Bereich «overdose» – dies angesichts der besorgniserregenden Zunahme von Drogentoten seit Dezember 2006.

Henri Grün
Dipl.-Psychologe
Direktor der Stiftung

1. Folgende Einrichtungen nehmen daran teil: Aidserodung, ASTI, Caritas Accueil et Solidarité, Drop-In, Fondation Médecins Sans Frontières, Inter-Actions, Jugend-an Drogenhëllef, Ligue Médico-Sociale, Service Migrants et Réfugiés, Service Social de Proximité, Stamm vun der Stross, Tox-In. Diese Plattform ist offen für weitere Interessenten.

2. Das sind folgende Einrichtungen: Centre Emmanuel asbl, Centre Hospitalier Neuropsychiatrique/filière toxicomanies, Comité National de Défense Sociale/Tox-In, Fondation Centre de Prévention des Toxicomanies, Fondation Jugend-an Drogenhëllef, Fondation Médecins Sans Frontières/MSF-Solidarité Jeunes



«Madonna», Armand Huberty



**Beratungsstelle
Luxembourg**



3. Beratungsstelle Luxemburg

Das Jahr 2006 war für die Beratungsstelle u.a. geprägt durch den Umzug in neue Räumlichkeiten in die rue d'Anvers, weiter weg von der Szene am Bahnhof. Es scheint, dass die neue Adresse für die meisten Klienten keinen Hinderungsgrund darstellte, uns aufzusuchen. Im Gegenteil: die Kommentare zu den neuen Räumlichkeiten sind insgesamt sehr positiv, die Klienten fühlen sich wohl.

3.1. Angaben zu den Klienten/-innen

2006 konnten 213 Klient/-innen, bzw. Paare oder Familien betreut werden (2005: 230).

Hiervon waren 108 Neuzugänge (50%), das heisst Klient/-innen, die bis dato noch keinen Kontakt mit der Beratungsstelle hatten. Von den restlichen Personen waren 74 bereits im Jahr 2005 Klient, die weiteren 31 in den Jahren davor.

Tabelle 1: Gesamtzahl und Geschlecht der Klienten/-innen

Geschlecht	2006		2005	
	N	%	N	%
Männlich	125	58,5	141	61,5
Weiblich	85	40	85	37
Paare	3	1,5	4	1,5
Total	213	100	230	100

Von den 213 Klient/-innen war die Mehrheit männlich. Interessant ist die Feststellung, dass im Vergleich zur bekannten Geschlechteraufteilung unserer Zielgruppe, die weiblichen Klienten deutlich überrepräsentiert sind.

Tabelle 2: Alter der Klienten/-innen

Alter	2006		2005	
	N	%	N	%
<20	8	4	10	4,5
20-24 Jahre	37	17,5	45	19,5
25-29	41	19	45	19,5
30-34 Jahre	34	16	37	16
35-39 Jahre	30	14	43	18,5
>40 Jahre	63	29,5	50	22
Total	213	100	230	100

Die Altersgruppenverteilung ist in etwa gleich geblieben gegenüber dem Vorjahr. Bei der Altersgruppe über 40 ist ein leichter Anstieg zu verzeichnen. Dies kann unterschiedliche Ursachen haben: eine Zunahme bei der Anzahl der Eltern von Konsumenten, aber auch das Älterwerden der Konsumenten.

Tabelle 3: Grund der Betreuung

Grund der Betreuung	2006		2005	
	N	%	N	%
Heroinabhängigkeit, Polytoxikomanie	102	48	92	40
Konsum von Angehörigen	42	20	37	16
Cannabis	24	11	16	7
Psychosoziale Probleme ohne akute Abhängigkeit	18	9	44	19
Nachsorge	8	4	18	8
Amphetamine / Kokain	7	3	9	4
Alkohol	7	3	3	1,5
Andere (Psychoph., Bulimie)	5	2	11	4,5
Total	213	100	230	100

Die meisten Anfragen erhielten wir, wie im Vorjahr, in Bezug auf die Problematik der Heroinabhängigkeit und Polytoxikomanie (48%). Hierzu ist zu bemerken, dass Monoabhängigkeit von Heroin seltener geworden ist, aber zunehmend mehrere Substanzen gleichzeitig konsumiert werden.

Es gibt einige Verschiebungen in den einzelnen Kategorien. Auffallend ist die Abnahme in der Kategorie „psychosoziale Probleme ohne akute Abhängigkeit“, sowie die Zunahme bei „Konsum von Angehörigen“ sowie „Cannabis“.

Tabelle 4: Wohnsituation – mit wem?

Wohnsituation - mit wem?	2006		2005	
	N	%	N	%
Mit Partner/Familie	97	45	65	28
Allein	42	20	66	29
Herkunftsfamilie	40	19	62	27
Foyer/CHNP/Therapie/prison	23	11	22	9,5
Kein fester Wohnsitz	5	2	7	3
Andere	4	2	0	0
Unbekannt	2	1	8	3,5
Total	213	100	230	100

Im Vergleich zum Vorjahr ist die Zahl der Klient/-innen, welche mit Familie oder mit Partner zusammenleben, deutlich angestiegen, hingegen gab es eine entsprechende Abnahme bei den Klienten, die allein oder in der Herkunftsfamilie wohnen.

Tabelle 5: Wohnsituation - wie?

Wohnsituation - wie?	2006		2005	
	N	%	N	%
Feste Wohnung	161	76	165	72
Keine feste Wohnung (ausser Obdachlose)	21	10	29	12,5
Untergebracht	18	8	13	5,5
Obdachlose, Nachtfoyer	10	5	13	5,5
Unbekannt	3	1	10	4,5
Total	213	100	230	100

2006 geben 76% der Klientel der Beratungsstelle an, eine feste Wohnung zu haben. Dieser hohe Prozentsatz scheint darauf hinzuweisen, dass diese Gruppe sozial besser integriert ist als das Klientel der niederschweligen Strukturen der JDH («Kontakt 28» in Luxemburg-Stadt und «Porte Ouverte» in Esch/Alzette).

Tabelle 6: Berufliche Situation bzw. Lebensunterhalt

Berufliche Situation Lebensunterhalt	2006		2005	
	N	%	N	%
Mit Arbeit	81	38	85	37
Ohne Arbeit und geregeltes Einkommen (Unterstützung durch Angehörige, Sonstiges)	65	31	54	23,5
Sozialhilfe: RMG-Arbeitslosengeld	34	16	50	21,5
Schüler/Student/Azubi	15	7	12	5
Hausfrau/-mann	6	3	6	2,5
Rente/Pension	3	1	3	1,5
Andere	2	1	4	2
Unbekannt	7	3	16	7
Total	213	100	230	100

Mehr als die Hälfte verfügt über ein geregeltes Einkommen, sei es aus Arbeit oder aus Sozialhilfe. Auffallend ist die Zunahme der Klienten ohne Arbeit oder geregeltes Einkommen und die Abnahme derer, die eine Form von Sozialhilfe erhalten. Ca ein Drittel hat kein geregeltes Einkommen. Dies ist ein weiterer Anstieg gegenüber 2005 (23.5%) und 2004 (15%) und gibt Anlass zur Sorge, da diese Menschen in sehr prekären Situationen „überleben“.

Tabelle 7: Nationalität der Klienten/-innen

Nationalität	2006		2005	
	N	%	N	%
Luxemburgisch	128	60	143	62
Portugiesisch	37	17	40	17,5
Französisch	10	5	18	8
Italienisch	7	3	7	3
Deutsch	7	3	7	3
Belgisch	6	3	4	1,5
Andere	16	8	11	5
Unbekannt	2	1	0	0
Total	213	100	230	100

Die Prozentzahlen in Bezug auf die Nationalitäten unserer Klientel im Vergleich zum Vorjahr sind überwiegend gleichgeblieben. Die Zahl der unterschiedlichen Herkunftsländer hat zugenommen (Kategorie „Andere“: Angola, Senegal, Iran, Polen, Jugoslawien, Kolumbien, Venezuela).

Tabelle 8: Wohnregion der Klienten/-innen

Wohnregion	2006		2005	
	N	%	N	%
Zentrum	118	55	112	49
Süden	43	20	44	19
Norden	25	12	25	11
Osten	14	7	25	11
Unbekannt	2	1	12	5
Ausland	11	5	12	5
Total	213	100	230	100

Über die Hälfte unserer Klientel wohnt im Zentrum des Landes, gefolgt von jenen aus der Südregion (20%) und dem Norden (12%).

3.2. Beratungs- und Therapiesitzungen

2006 fanden 944 Sitzungen in der Beratungsstelle Luxemburg statt. Dies ist genau die gleiche Zahl wie 2005. Da etwas weniger Klienten kamen, hat sich die Anzahl der Sitzungen pro Klient erhöht.

808 (85%) waren Einzelsitzungen und 136 (15%) mit Partner, Familie oder einer betroffenen Drittperson (Psychiater, Erzieher, Sozialarbeiter, ...)

106 (11%) Sitzungen fanden ausserhalb der Beratungsstelle statt (Kliniken, Ämter, Gefängnis, ...)

Tabelle 8: Kontakthäufigkeit

Sitzungen	2006		2005	
	N	%	N	%
1 Sitzung	74	34	102	44,5
2 Sitzungen	41	20	38	16,5
3 Sitzungen	21	9	23	10
4 Sitzungen	16	8	12	5
5 Sitzungen	16	8	5	2
6-10 Sitzungen	19	10	29	12,5
11-15 Sitzungen	10	5	11	5
16-30 Sitzungen	13	6	10	4,5
Total	213	100	230	100

Unter Kontakthäufigkeit verstehen wir die Anzahl der Sitzungen pro Klient/-in und pro Jahr. Hierbei ist zu berücksichtigen dass eine Anzahl von Klient/-innen aus dem Vorjahr übernommen wurde. Bei verschiedenen Personen dauert die therapeutische Behandlung weiter fort ins Jahr 2007.

Im Längsschnitt über mehrere Jahre würde sich also eine deutlich höhere Kontakthäufigkeit ergeben, als dies in der folgenden Statistik, die nur den Ausschnitt des Jahres 2006 wiedergibt, zum Ausdruck kommt.

Die Anfrage eines Teils der Klienten kann mit nur einer Sitzung vorerst beantwortet werden (Information, Orientierung, Kurzberatung). Andere Klienten fragen unregelmässig und in unterschiedlichen Intervallen nach Sitzungen. Wiederum andere benötigen über eine längere Zeit eine regelmässige psychotherapeutische Betreuung, z.B. traumatisierte Personen.

3.3. Öffentlichkeitsarbeit und Prävention

Die Beratungsstelle hat an den Aktivitäten zur Aids- und Hepatitis-Prävention teilgenommen durch spezifische Beratungsangebote, Bereitstellung von Informationsmaterial, Verteilen von Kondomen. Bis zum Umzug im April 2006 nahm die Beratungsstelle ebenfalls am Spritzenaustauschprogramm teil.

Im Laufe des Jahres nahmen Mitarbeiter der Beratungsstelle an Interviews in öffentlichen Medien sowie an öffentlichen Diskussionsrunden teil. Dies geschah verstärkt im Jahr 2006, da hier diverse Aktivitäten zum 20-jährigen Bestehen unserer Stiftung durchgeführt wurden.

3.4. Kooperation

Im Bereich Kooperation ist für das Jahr 2006 vor allem die Zusammenarbeit mit folgenden Einrichtungen oder Institutionen hervorstreichend:

- Kliniken, in denen Entzüge durchgeführt werden (das waren in erster Linie: CHNP Ettelbrück, Hôpital Kirchberg, Hôpital de la Ville d'Esch/Alzette, Centre Hospitalier Luxembourg)
- niedergelassene Ärzte, im Rahmen der Durchführung von ambulanten Entzügen und Substitutionen
- Syrdallschlass Manternach, MSF-Solidarité Jeunes und andere Einrichtungen der Drogenhilfe
- Einrichtungen im Bereich der Arbeitshilfe, Sozialhilfe, Wohnungshilfe
- Elternkreis Drogenhilfe

3.5. Supervision und Fortbildung

Im Rahmen der Qualitätssicherung hatte das Team der Beratungsstelle regelmässig Fallsupervision mit einem externen Supervisor. Ausserdem nahmen Mitglieder des Teams an internen Interventionsitzungen (Fallgespräche), Arbeitsgruppen sowie an externen Fortbildungsseminaren teil.

3.6. Rückfall-Prophylaxe-Training (RPT)

Im Jahr 2006 wurde ab Frühjahr eine viermonatige feste Gruppe (1 Sitzung pro Woche) zum Thema RPT angeboten (auf 12 Teilnehmer/-innen begrenzt).

Dieses Training wurde von Therapeuten der JDH aus dem stationären Alkoholbereich auf ein ambulantes Setting mit Schwerpunkt „illegale Drogen“ angepasst. Es umfasst 18 Module. Zielgruppe sind stabilisierte (ehemalige) Abhängige (z.B. Absolventen stationärer Therapien, Ex-Häftlinge, sowie andere Betroffene).

Gaby Damjanovic, Dipl.-Psychologin
Cathy Neisius, Sekretariat und Statistiken





Kontakt 28
Luxembourg



4. Kontakt 28

Début avril 2006, le Kontakt 25 a déménagé vers le 28, rue Fort Wedell et se nomme maintenant Kontakt 28. En même temps, les heures d'ouverture ont été changées, dans un souci de complémentarité avec les autres services bas-seuil travaillant autour du quartier de la gare à Luxembourg: à partir d'avril, le Kontakt reste ouvert les jours ouvrables le matin de 9.00 hres à 13.00 hres.

4.1. Offres psychosociales

11.684 (15.019 en 2005) contacts/visites ont eu lieu

Tableau 1: Nombre de contacts/visites et sexe

Sexe	2006		2005	
	N	%	N	%
Hommes	8.295	71	10.277	68,5
Femmes	3.389	29	4.742	31,5
Total	11.684	100	15.019	100

Suite au déménagement et au changement des heures d'ouverture, nous avons constaté pendant quelques mois une diminution du nombre des visiteurs. De même, l'équipe a été confrontée à des pertes d'heures de travail suite à une maladie prolongée.

Concernant l'âge des visiteurs, le tableau 2 montre les détails.

Tableau 2: Age des visiteurs/contacts

Age des clients	2006		2005	
	N	%	N	%
<15	0	0	1	0,006
15-18	41	0,40	166	1,10
19-24	1.859	16	3.437	22,80
25-29	2.698	23	4.618	26,60
30-34	3.253	27,8	3.824	27,20
35-39	2.395	20,5	2.019	16
40-50	1.288	11	888	5,90
>50	150	1,30	66	0,399
Total	11.684	100	15.019	100

Le pourcentage des clients ayant 35 ans et plus a augmenté en 2006: 32,8% contre 22,3% en 2005.

533 consultations individuelles (1.622 en 2005) ont eu lieu avec les clients du K28, dont **227** avec des femmes (219 en 2005) et **306** avec des hommes (1403 en 2005) concernant leur problématique spécifique. De ces entretiens, **415** (950 en 2005) étaient centrés sur la situation sociale de la personne concernée, **99** (642 en 2005) sur la problématique de la consommation de drogues, **19** (30 en 2005) sur la prévention SIDA et hépatites.

A côté des permanences du K 28, l'équipe s'est déplacée dans différentes institutions. Dans ce cadre, **54** visites ont eu lieu au **Centre Pénitentiaire** pour **119** entretiens et **48** visites dans les **hôpitaux** pour **60** entretiens.

4.2. Diminution des risques

En 2006, **55.588** (110.665 en 2005) seringues ont été distribuées, **50.400** seringues utilisées (106.314 en 2005) ont été retournées. Le taux de retour est de 90,7%. La diminution du nombre de seringues distribuées par rapport à l'année précédente peut s'expliquer en partie par la diminution des visites, mais pas seulement, car dans les autres services d'échange à Luxembourgville on a pu constater le même phénomène en 2006.

3.357 préservatifs ont été distribués (entre autre préservatifs professionnels et lubrifiants). Dans le cadre de la réduction de risques, le service a continué à distribuer du papier aluminium, afin de favoriser une consommation de l'héroïne par inhalation au lieu d'une consommation intraveineuse, comportant moins de risques de contamination par les hépatites et le sida. **766** feuilles d'aluminium ont été distribuées (3.676 en 2005). Toujours dans ce cadre, des filtres stériles (stérifilt) ont été distribués afin de limiter les risques d'infection. Cette mesure de distribution a aussi permis d'avoir un contact avec une clientèle moins avancée dans leur carrière de consommateur de drogues dures.

4.3. Offre médicale

En 2005, les clients du K25 ont eu la possibilité de consulter le médecin généraliste ou le médecin psychiatre de la Jugend- an Drogenhëllef. L'équipe du K28 a prodigué **130 premiers soins dont 7 pour des situations d'urgence avec appel du SAMU**.

4.4. Travail conceptuel

Fin 2006, début 2007, l'équipe du Kontakt a retravaillé le concept du service. A la page suivante, se trouve un résumé des objectifs guidant le travail du service.

Nathalie Gianotti, assistante sociale

Résumé des objectifs du Kontakt 28

Objectifs spécifiques	Moyens mis en œuvre	Moyens spécifiques
Aide à la survie	<ul style="list-style-type: none"> - Mise à disposition d'un local - Distribution boissons et alimentations - Soins médicaux, conseils, liens/orientation vers les hôpitaux et médecins - Délivrance de bons (pharmacie et/ou alimentaire) - Promotion d'une hygiène de base 	<ul style="list-style-type: none"> - Aire de repos, de détente et de protection - Distribution de matériel d'hygiène de base - Mise à disposition d'une machine à laver - Mise à disposition de toilettes et de lavabos
Réduction des risques	<ul style="list-style-type: none"> - Échange de seringues et matériel pour injecter et/ou fumer - Distribution de préservatifs 	
Prévention santé physique et mentale	<ul style="list-style-type: none"> - Discussion dans la salle sur des thèmes en rapport avec la prévention - Entretiens individuels et/ou en couples - Mise à disposition de prospectus 	
Intervention de crise	<ul style="list-style-type: none"> - Rassurer et apaiser les clients en crise (dépressions, idées suicidaires, états post-traumatiques..) - Appel d'ambulance/Samu (overdoses, ...) 	
Stabilisation de la situation psycho-sociale	<ul style="list-style-type: none"> - Constitution des différentes étapes dans le processus d'aide 	<ul style="list-style-type: none"> - Entretiens individuels et/ou de couples - aide pour sevrage/hôpitaux (liste d'attente hôpital..) - recherche logement (service niches, petites annonces, différents foyers...) - recherche travail (aide pour rédiger un CV, petites annonces...) - questions juridiques (huissier de justice, demande d'assistance judiciaire...) - formulaire à remplir (assistance judiciaire FNS/co-assurance/AST...) - questions relatives au chômage/RMG - suivi en prison et hôpitaux
Aide au bien-être	<ul style="list-style-type: none"> - Mise à disposition d'un local - Activités créatives et récréatives 	<ul style="list-style-type: none"> - Aire de repos, de détente et de protection - Musique - Télévision, DVD - Jeux de société - journaux, quotidiens, livres - ateliers créatifs

Objectif général : Amélioration de la condition de la personne toxico-dépendante dans son environnement global



«Jazz Trio» Jean-Paul Ley



**Beratungsstelle
Esch/Alzette**



5. Beratungsstelle Esch/Alzette

5.1. Einleitung

Das Jahr 2006 ist für die Jugend- an Drogenhelfer Esch ein Jahr der Zäsur. Nach 16 Jahren in der «rue des charbons» steht mit Anfang des Jahres 2007 der Umzug in die «rue St. Vincent», etwas zentraler gelegen, an. Dies heisst, neben dem Abschiednehmen aus dem gewohnten Haus und der Umgebung, auch das Risiko und die Chance eines Neubeginns.

Der Umzug, sowie die Eingewöhnung des Personals ist mittlerweile (April 2007) geschafft. Auch der Grossteil der Klientel findet den Weg zur neuen Adresse «11, rue St. Vincent».

Es bleibt abzuwarten welche Angebote im «neuen» Haus mehr und welche weniger in Anspruch genommen werden.

Es ist uns allen klar, dass das alte Konzept nicht integral auf das neue Haus zu übertragen ist, von daher gibt es einige kleine organisatorische Veränderungen, welche prioritär durch die Raumsituation im Haus bedingt sind.

Die personelle Situation im Bereich der «offenen Tür» ist eher unstabil und wird es noch bis Ende des Jahres bleiben. Der «alte Stamm» der Beratung bleibt aber erhalten, wodurch die in diesem Bereich notwendige Kontinuität gewährleistet ist. Zudem ist eine Mitarbeiterin aus der Stadt für einen festen Tag in der Woche dazugekommen.

Das Methadonprogramm hat sich einen festen Platz im Haus gesichert und kommt schon fast wieder an seine Grenzen, sowohl hinsichtlich des Personals als auch was die Kapazität an Teilnehmern angeht.

Wichtig bleibt zu erwähnen, dass einmal die Woche der Arzt der JDH fest in Esch mitarbeitet, eine qualitative Verbesserung, die mittelfristig angestrebt wurde.

Die Kollegen aus den eher «zeit- und ort- flexiblen Arbeitsbereichen» wie «parentalité» und «niches» nutzen das neue Haus natürlich ebenso wie das Alte für Sitzungen mit Klienten aus dem Süden des Landes, wie auch für den Austausch und die Zusammenarbeit mit dem Escher Team.

5.2. Offene Tür – accueil ohne Terminvereinbarung

Im Jahr 2006 gab es im Vergleich zum Vorjahr einen **grossen Anstieg an Kontakten** im Rahmen der «Offenen Tür» Waren es im Jahr 2005 noch 4245 Kontakte, so zählten wir für das **Jahr 2006 5916 Einzelkontakte**. Wir müssen abwarten wie sich diese Entwicklung im neuen Haus fortsetzt, da dort die Grundbedingungen für einen «offenen Bereich» aus zweierlei Gründen anders sind.

Die räumlichen Gegebenheiten im «offenen Bereich» sind beengter, bzw. erlauben eine ähnliche Form wie in der «rue des charbons» nicht mehr und es gibt auch keine Wasch- und Duschmöglichkeiten mehr.

Wie bereits erwähnt ist durch einige Veränderungen im personellen Bereich die Kontinuität in diesem oft ersten Kontaktbereich mit der Drogenberatung nicht mehr gewährleistet.

Von daher steht im Jahr 2007 dieser Arbeitsbereich in gewisser Weise am meisten unter der Beobachtung der zukünftigen Entwicklungen.

Es bleibt abzuwarten wie das gesamte Personal in Esch adäquat auf die Anfragen der Klienten im Accueil reagieren kann. Ebenso stellt sich die Frage, ob und in welcher Form die Klienten auf die Veränderungen reagieren werden.

Im letzten Jahr nahmen 188 (168) Personen über den «niederschweligen Zugang» zum ersten Mal Kontakt mit der Jugend- an Drogenhelfer Esch auf.

Im Rahmen der Primärversorgung, sowie der Aids- und Hepatitisprävention, werden **sterile Spritzen** gegen gebrauchte eingetauscht zusätzlich werden steriles Wasser, Ascorbin, Filter und Alkoholtupfer ausgegeben. Wir versuchen verschiedene Klienten auch von der Sinnhaftigkeit und grösseren Sicherheit anderer Konsumformen zu überzeugen und geben zu diesem Zwecke Alufolie aus.

Präservative, sowie sterile Tücher werden zusammen mit Informationen zu «safer use und safer sex» ausgegeben.

Die **Anzahl getauschter Spritzen** stieg im Vergleich zum Vorjahr rasant an. Ob die hohe Zahl von 57391 (2005: 36.412) ausgegebenen Spritzen auf Verschiebungen aus der Stadt Luxemburg nach Esch, bzw. durch den Konsum von mehr Kokain zu erklären ist, ist nicht eindeutig zu klären. Es könnte jedoch auch sein, dass die Konsumenten unsere Informationen zum «safer use» mittlerweile klar umsetzen und eine Nadel nur einmal gebrauchen, was erfreulich wäre.

Festzuhalten bleibt auf jeden Fall nach einer Verdoppelung von 2004 auf 2005 gab es nochmals die oben erwähnte Erhöhung um 30% im Jahre 2006.

Wie im Jahresbericht 2006 des «Aidskomitees» nachzulesen ist, stieg erfreulicherweise die HIV-Infektionsrate durch i.-v. Drogenkonsum kaum im Vergleich zu den Vorjahren. Leider ist für Hepatitis C die Infektionsrate unter i.-v.-Konsumenten wesentlich höher, worauf verschiedene Indikatoren hindeuten.

Ungefähr 80% der Kontakte über die «Offene Tür» waren Männer, dementsprechend 20% Frauen.

Vergleicht man diese Verteilung mit den Zahlen der Beratungsstelle, könnte man sagen, dass Männer eher den «unverbindlichen Kontakt» suchen, während Frauen tendenziell eher bereit sind sich auf festgelegte Gesprächssituationen einzulassen.

Zahlreiche Gespräche drehten sich neben dem Konsum und Missbrauch von Drogen um gesundheitsrelevante Themen zu Körperlichkeit, Sexualität und Hygiene.

Zudem war die soziale sowie auch die finanzielle Situation des Klienten oft Gegenstand der Gespräche.

5.3. Beratungsstelle

Im Jahr 2006 wurden insgesamt 184 verschiedene Klienten von den Beratern und Therapeuten der JDH Esch empfangen. Dies bedeutet einen Rückgang im Vergleich zu 2005, der vielleicht durch die gleichzeitig gestiegenen Zahlen im Bereich des niederschweligen Bereichs, der «offenen Tür» zu erklären ist.

Die im Vergleich zur sonst bekannten Geschlechterverteilung (2/3 Männer – 1/3 Frauen) – es kamen prozentual mehr Frauen als im Vorjahr - erklärt sich aus der ebenfalls gestiegenen Anzahl Klienten, die wegen psychischer Probleme bzw. dem Konsum von Angehörigen kommen. Es sind vorwiegend die weiblichen Bezugspersonen bzw. meistens die Mütter, welche wegen ihrer Kinder beziehungsweise sich selbst zur Beratung kommen.

Tabelle 1: Gesamtzahl der Klienten

Geschlecht	2006		2005	
	N	%	N	%
männlich	100	54	136	60
weiblich	84	46	91	40
Total	184	100	227	100

Tabelle 2: Alter der Klienten

Alter der Klienten /innen	2006		2005	
	N	%	N	%
<19	8	4,5	22	10
20-24	29	15,5	29	13
25-29	42	23	39	17
30-34	23	12,5	37	16
35-39	30	16	43	19
40-50	31	17	41	18
Über 50	21	11,5	16	7
Total	184	100	227	100

Die Anzahl an Klienten unter 19 Jahren ist von 10% auf weniger als die Hälfte (4,5%) zurückgegangen. Die minderjährigen Klienten werden mehr und mehr gezielt an die Beratungsstelle von MSF-Solidarité Jeunes orientiert. Dieser Service ist spezialisiert in der Behandlung minderjähriger Konsumenten. Die Zahl der über 40-jährigen ist auf fast 30% der Gesamtzahl angestiegen. Im mittleren Altersbereich sind die Zahlen bis auf ein paar Verschiebungen stabil geblieben.

Tabelle 3: Grund der Betreuung

Grund der Betreuung	N	%
Heroinabhängigkeit, Polytoxikomanie	103	56
Konsum von Angehörigen	26	14
Cannabis	20	11
Psychische/psychiatrische Probleme ohne akute Abhängigkeit	20	11
Nachbetreuung	9	5
Alkohol	4	2
Medikamente	1	0,5
Kokain und Heroin	1	0,5
Total	184	100

Im Vergleich zum Vorjahr ist die Anzahl der polytoxikomanen Konsumenten um 16% auf jetzt 56% gestiegen. Einige davon konsultieren sicherlich auch durch ihre Anfrage nach Methadon oder Substitution im allgemeinen vermehrt in der Beratungsstelle. Dies sind die Auswirkungen des fest installierten Substitutionsprogramms in Esch, sowie der neuerdings wöchentlichen Präsenz unseres Arztes im Haus.

Die Zunahme von Klienten mit Cannabiskonsum verwundert ebenfalls nicht. Es scheint immer mehr - vorwiegend junge - Menschen zu geben die regelmässig Cannabis konsumieren und dadurch Probleme haben.

Die übrige Verteilung entspricht, bis auf ein paar leichte Verschiebungen, der des Vorjahres.

Zu betonen bleibt noch die Tatsache, dass wir 5% unserer Klienten im Rahmen der Nachsorge nach einer stationären Therapie betreuen.

Dies sind Klienten, die nach einer kurz- oder langfristigen stationären Behandlung eine ambulante Weiterbetreuung bei uns anfragen. Hier trägt die gute Zusammenarbeit mit stationären Einrichtungen im In- und Ausland ihre Früchte.

Tabelle 4: Wohnsituation – mit wem?

Wohnsituation	N	%
mit Partner/Familie	50	27
allein	42	23
Herkunftsfamilie	33	18
Kein fester Wohnsitz	33	18
Foyer/CHNP/Therapie	11	6
CPL Schrässig/Givenich	1	0,5
unbekannt	14	7,5
Total	184	100

Der relativ hohe Anteil an Personen ohne festen Wohnsitz erklärt sich auch aus der speziellen Escher Situation mit einem niederschweligen Zugang neben der Beratungsstelle.

Dort haben wir vorwiegend Kontakt mit Klienten, welche grosse soziale Probleme und damit auch Wohnungsprobleme haben. Oft wird ein Zimmer über einem Café schon als Luxus im Vergleich zu einer Übernachtungseinrichtung gesehen.

Tabelle 5: Berufliche Situation – Lebensunterhalt

Lebensunterhalt	N	%
ohne geregeltes Einkommen	55	30
Arbeitsverhältnis	41	22,5
RMG	35	19
Hausfrau/-mann	12	6,5
Rente	10	5,5
Schüler, Student, Azubi	8	4,5
Arbeitslosengeld	4	2
Therapie/Foyer/prison	4	2
unbekannt	15	8
Total	184	100

Ungefähr ein Viertel (22,5%) der Klienten befinden sich in einem Arbeitsverhältnis, hingegen ist fast ein Drittel (30%) ohne geregeltes Einkommen. Die angespannte Situation auf dem Arbeitsmarkt wirkt sich natürlich noch deutlicher aus bei Personen mit einem Suchtproblem und die zudem keine berufliche Qualifikation vorweisen können.

Tabelle 6: Nationalität

Nationalität	N	%
luxemburgisch	134	73
portugiesisch	27	14,5
italienisch	8	4,5
deutsch	7	4
französisch	4	2
belgisch	1	0,5
andere	3	1,5
Total	184	100

Die Verteilung bzgl. Nationalitäten ist grösstenteils gleich geblieben, die Luxemburger stellen fast drei Viertel, gefolgt von den Klienten portugiesischer Herkunft (14,5%).

Im Vergleich zum Vorjahr fällt der doch sehr geringe Anteil von nur 2 % an Klienten französischer Herkunft auf. Im Sinne der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit versuchen wir auch

in Einzelfällen mit den Beratungszentren im nahen Grenzgebiet zusammenzuarbeiten und französische Klienten dorthin zu orientieren. Möglicherweise ist dies eine Erklärung für die rückläufige Zahl bei französischen Klienten.

Tabelle 7: Wohnregion

Wohnregion	N	%
Süden	149	81
Zentrum	10	5,5
Norden	3	1,5
Osten	2	1
unbekannt	20	11
Total	184	100

Erwartungsgemäss kommt der Hauptteil der Klienten aus den Südgemeinden. Ein Teil der Escher Mitarbeiter arbeitet auch in unserer Beratungsstelle in Luxemburg-Stadt. Daher kommt es vor, dass einige Klienten aus anderen Regionen zur Beratung nach Esch wechseln.

Der relativ hohe Anteil von 11% mit unklarer/unbekannter Wohnregion erklärt sich zum Teil aus der allgemeinen Wohnungsnot. Viele Klienten haben keinen festen Wohnsitz und finden sich in der Kategorie «unbekannt» wieder. Auch jene, die in den Grenzregionen wohnen, werden in dieser Kategorie gezählt, was wir im nächsten Jahr genauer erfassen wollen.

5.4. Beratungs- und Therapiesitzungen

Tabelle 8: Gesamtzahl der Sitzungen

Jahr	2006	2005
Anzahl	751	750

Im Vergleich zum Vorjahr blieb die Gesamtzahl der Sitzungen stabil. Insgesamt waren es 751 Sitzungen im Jahr 2006. Betrachtet man die beiden Jahre davor, so scheint dies die aktuelle Kapazität der Therapeuten auch wiederzugeben. 50 Sitzungen fanden mit Angehörigen statt (7%).

5.5. Aufsuchende Arbeit und Zusammenarbeit mit anderen Institutionen

Oftmals werden auch andere Sozialpartner zu gemeinsamen Gesprächen mit den Klienten eingeladen. Dies geschieht unter Wahrung des Berufsgeheimnisses und zusehends auch nach einem festgelegten Plan, der individuell auf den Klienten zugeschnitten ist.

Weitere Kooperation findet viel mit anderen Beratungsstellen, Wohn- und Arbeitsprojekten, sowie Kliniken und Therapieeinrichtungen statt.

Im Rahmen sogenannter «Helferkonferenzen» wird mit dem Klienten zusammen die Rolle jedes einzelnen Service im «sozialen Netz» festgelegt – dies mehr und mehr auch in schriftlicher Form.

Somit hat der Klient soviel Transparenz wie möglich und nötig und wird im Sinne eines selbstständigen, verantwortungsvollen Handelns unterstützt.

Vielleicht ist es wichtig an dieser Stelle auf die Besonderheit der «Escher Monatsrunde» zu verweisen. Hierbei treffen sich soziale Einrichtungen, die auf dem Gebiet der Stadt Esch mit

marginalisierten Klienten arbeiten, regelmässig zu Gesprächen bezüglich Arbeitskonzepten sowie Zielen und Grenzen der Kooperation. Bisher daran beteiligt sind neben der JDH-Esch der Service «Stämm von der Strooss», die Übernachtungseinrichtung «Abrisud», sowie der «office social».

Im zweiten Teil des Treffens stossen noch die Sozialschöfin und der Sozialkoordinator der Gemeinde Esch, sowie ein Vertreter der Polizei dazu, um die eher sicherheitsrelevanten Bereiche, sowie die Auswirkungen verschiedener Massnahmen hinsichtlich der Akzeptanz durch die Bevölkerung zu diskutieren.

Im Jahr 2007 werden diese Treffen eventuell, je nach Machbarkeit und Interesse, noch um andere Einrichtungen und soziale Dienste aus der Gemeinde Esch erweitert.

Wir finden diese Kooperation sehr nützlich, im Hinblick auf unsere Klienten, auf die Zuständigkeitsbereiche jedes einzelnen Service, sowie einer klareren Abgrenzung und Ergänzung untereinander.

5.6. Aids-Komitee

An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass der Verantwortliche der Escher Beratungsstelle bereits seit über 10 Jahren als festes Mitglied im nationalen Aids-Komitee mitarbeitet.

Dort ist er mit zuständig für alle relevanten Fragen und Anregungen zur Problematik «Aids und Drogen».

Die Arbeit dieses Gremiums kann im gesonderten Jahresbericht des Aidskomitees nachgelesen werden. Der Bericht ist für Interessierte beim Gesundheitsministerium erhältlich.

5.7. Öffentlichkeitsarbeit und Prävention

Die Jugend an- Drogenhëllef hat mitgewirkt bei der Gründung des Vereins «Kanner stark maachen» und ist darin immer noch regelmässig vertreten.

Wenn Prävention auch nicht unsere zentrale Aufgabe ist, so erschien es uns aber wichtig in diesem Zusammenhang mit dem «Centre de prévention», sowie dem «Institut national des sports» und anderen Institutionen zusammenzuarbeiten um unsere langjährige Erfahrung in eine konstruktive Zusammenarbeit einfließen zu lassen.

Ebenso sind wir in der ständigen Arbeitsgruppe «Suchtprävention an der Gemeng» der Gemeinde Esch vertreten. Dort werden neue konzeptuelle Wege für die Stadt Esch beschritten. Die Meinung der Jugend- an Drogenhëllef als langjähriger und zuverlässiger Partner ist gefragt. Ihr Fachwissen fliesst in die konzeptuellen Ueberlegungen mit ein. Als eine punktuelle, aber regelmässige Aktivität bleibt noch zu erwähnen, dass wir alljährlich am «Diddelenger Gesondheetsdag» teilnehmen, der meist Ende Juni vor dem Rathaus in Dudelange stattfindet. Es ist wichtig der dortigen Bevölkerung unsere Arbeit näherzubringen und in unserem Sinne Öffentlichkeitsarbeit zu machen.

Etwas zurückgegangen ist unsere Zusammenarbeit mit Schulklassen. Auf Anfrage laden wir jedoch gerne Klassen zu einer Informations- und Diskussionsrunde zu uns ein, respektive gehen wir - soweit die Zeit es erlaubt - zu solchen Diskussionen auch schon mal in die Schulen. Hier geht es primär nicht um Suchtprävention, sondern um das Vorstellen unserer Angebote.

**Günter Bwersi, Dipl.-Pädagoge
Jacquie Thill u. Michelle Limpach,
Statistiken und Sekretariat**



**Beratungsstelle
Ettelbrück**



6. Beratungsstelle Ettelbrück

Die Beratungsstelle Ettelbrück funktioniert regulär seit September 2002 in Räumlichkeiten, die von der Gemeinde Ettelbrück zur Verfügung gestellt werden. 2006 hatten wir 40 Wochenstunden zur Verfügung, die wir auf 3 Psychologen/-innen aufgeteilt haben, für drei Tagen in der Woche Präsenz. Diese Arbeitsteilung haben wir durchgeführt um Teamarbeit und -dynamik zu ermöglichen. Ausserdem ist aus Sicherheitsgründen in der Regel die Präsenz von 2 Mitarbeiter/-innen in der Beratungsstelle erforderlich.

6.1. Angaben zu den Klienten/-innen

2006 haben wir 66 verschiedene Fälle betreut (2005: 54 Fälle; 2004: 47 Fälle), Einzelbetroffene, bzw. Paare oder Familien. Die Geschlechterverteilung war folgende:

Tabelle 1: Gesamtzahl und Geschlecht der Klienten/-innen

Geschlecht	2006		2005	
	N	%	N	%
männlich	41	62	34	63
weiblich	23	35	20	37
Paare	2	3	0	0
Total	66	100	54	100

Seit Beginn der Beratungsstelle Ettelbrück ist die Zahl der Anfragen langsam, aber konstant gestiegen. Die Geschlechterverteilung bleibt normal für die Klientel im Drogenbereich, d.h. etwa zwei Drittel Männer, ein Drittel Frauen werden bei uns vorstellig.

Tabelle 2: Alter der Klienten/-innen

Alter Klient/-innen	2006		2005	
	N	%	N	%
< 20	10	15	5	9
20-24	15	23	9	16,5
25-29	9	14	6	11
30-34	9	14	8	15
35-39	4	6	11	20,5
> 40	19	28	15	28
Total	66	100	54	100

Es gibt einige Verschiebungen hinsichtlich der Häufigkeitsverteilung auf die Alterskategorien, diese sind aber wegen der geringen Fallzahl mit Vorsicht zu interpretieren. Festzustellen bleibt, dass die Gruppe zwischen 20 und 34 Jahren 51% der Klientel ausmacht.

Bei der Altersgruppe über 40 Jahre handelt es sich vorwiegend um Eltern, die unsere Institution aufsuchen zwecks Beratung und Information in Zusammenhang mit ihren drogenkonsumierenden Söhnen oder Töchtern. Eine kleine, aber stetig wachsende Anzahl von Konsument/-innen über 40 findet ebenfalls den Weg zur Beratungsstelle.

Tabelle 3: Grund der Betreuung

Grund der Betreuung	2006		2005	
	N	%	N	%
Heroïnabhängigkeit, Polytoxikomanie	31	48	22	41
Konsum von Angehörigen	10	15	10	18,5
Psychosoziale Probleme ohne akutes Abhängigkeits-syndrom	3	4	9	16,5
Cannabis	15	23	5	9
Amphetamine / Kokain	0	0	3	5,5
Nachsorge	2	3	2	4
Alkohol	3	4	1	2
Andere (Psychoph., Bulemie)	2	3	2	3,5
Total	66	100	54	100

Nach wie vor sind es die Klient/-innen mit Heroinkonsum, bzw. Polytoxikomanie, die die Hauptgruppe stellen. Zugenommen im Vergleich zum Vorjahr haben Klienten mit problematischem Cannabis-Konsum.

Tabelle 4: Wohnsituation – mit wem?

Wohnsituation	2006		2005	
	N	%	N	%
Herkunftsfamilie	23	35	25	46
Alléin	12	18	15	28
Mit Partner / Familie	20	30	7	13
Kein fester Wohnsitz	5	8	1	2
Foyer/CHNP/Therapie/prison	6	9	3	5,5
Andere	0	0	3	5,5
Total	66	100	54	100

Tabelle 5: Wohnsituation – wie?

Wohnsituation	2006		2005	
	N	%	N	%
Feste Wohnung	53	80	43	79,5
Keine Feste Wohnung (ausser Obdachlose)	5	8	8	15
Untergebracht	2	3	3	5,5
Obdachlose, Nachtfoyer	6	9	0	0
Total	66	100	54	100

Aus den beiden Tabellen zum Wohnen wird ersichtlich - ähnlich wie im Vorjahr -, dass die Klienten/-innen im Norden des Landes eine wesentlich stabilere Wohnsituation haben als jene in der Stadt Luxemburg oder Esch/Alzette.

Tabelle 6: Berufliche Situation bzw. Lebensunterhalt

Berufliche Situation - Lebensunterhalt	2006		2005	
	N	%	N	%
Mit Arbeit	25	38	14	26
Sozialhilfe: RMG - Arbeitslosengeld	14	22	14	26
Ohne Arbeit und geregeltes Einkommen (Unterstützung durch Angehörige, Sonstiges)	14	22	13	24
Schüler / Student / Azubi	10	15	6	11
Hausfrau/-mann	1	1	2	4
Rente / Pension	1	1	2	4
Andere	1	1	0	0
Unbekannt	0	0	3	5
Total	66	100	54	100

Nimmt man die beiden ersten Kategorien zusammen, so haben immerhin 60% ein "geregeltes" Einkommen. Aber es sind immer noch 22 Prozent ohne geregeltes Einkommen.

Tabelle 7: Nationalität

Nationalität	2006		2005	
	N	%	N	%
Luxemburgisch	42	64	36	67
Portugiesisch	17	26	7	13
Französisch	2	4	3	5,5
Deutsch	1	1	2	3,5
Belgisch	1	1	2	3,5
Italienisch	1	1	1	2
Andere	2	3	3	5,5
Total	66	100	54	100

Die Mehrheit der Klientel besitzt die luxemburgische Nationalität. Ihr folgen die portugiesischen Landsleute. Andere Nationalitäten sind in sehr geringer Zahl vertreten.

Tabelle 8: Wohnregion der Klienten/-innen

Wohnregion	2006		2005	
	N	%	N	%
Norden	60	91	46	85
Zentrum	4	7	2	4
Osten	1	1	6	11
Süden	1	1	0	0
Total	66	100	54	100

91% der Klienten/-innen wohnen in den Nordgemeinden, die Beratungsstelle deckt also offensichtlich einen regionalen Bedarf. Für viele Klienten ist es eine Erleichterung, nicht nach Luxemburg zur Konsultation fahren zu müssen. Auch können sie so den Kontakt mit der hauptstädtischen Bahnhof-Szene vermeiden.

6.2. Beratungs- und Therapiesitzungen

Es wurden insgesamt 310 Beratungs- und Therapiegespräche durchgeführt (2005: 317), davon waren 256 Einzelsitzungen

(83%). In 54 Fällen (17%) nahmen Partner, Familie oder sonstige Drittpersonen (Psychiater, Sozialarbeiter,...) in Gegenwart der betroffenen Person teil.

15 Gespräche (5%) mit Klient/-innen fanden auswärts statt, sei es im Hôpital St-Louis, dem CHNP oder einer anderen sozialen Institution.

Tabelle 9: Kontakthäufigkeit

Sitzungen	2006		2005	
	N	%	N	%
1 Sitzung	25	38	14	26
2 Sitzungen	11	17	16	29,5
3 Sitzungen	4	6	3	5,5
4 Sitzungen	5	7,5	3	5,5
5 Sitzungen	4	6	2	3,5
6-10 Sitzungen	10	15	8	15
11-15 Sitzungen	4	6	3	5,5
16-30 Sitzungen	3	4,5	5	9,5
Total	66	100	54	100

Bei der Interpretation der Tabelle 9 gilt zu berücksichtigen, dass diese keinen Längsschnitt bezogen auf die einzelnen Klienten über mehrere Jahre wiedergibt, sondern nur einen Querschnitt des Jahres 2006. Oft genügt den Betroffenen eine Kurzberatung oder eine Orientierung in eine spezialisierte Institution, sei es eine Entzugsstation, stationäre Therapie, Substitutions-Programm, usw. Andere Betroffene benötigen mehrere Sitzungen in Folge oder auch in Abständen um etwas in ihrem Leben bewegen zu können.

Daneben gibt es Langzeit-Klienten/-innen, welche eine Anfrage nach regelmässigen Gesprächen über längere Zeit haben.

6.3. Kooperation

Besonders hervorzuheben ist, dass die JDH 2006 eine Konvention zur Kooperation mit dem Hôpital St-Louis unterschrieben hat. Dies geschah im Rahmen des beiderseitigen Wunsches der Vernetzung. Eine strukturierte und transparente Zusammenarbeit ermöglicht den Professionellen eine effektivere Zusammenarbeit und den Klienten eine bessere Orientierung.

Auch fand dieses Jahr ein Treffen mit dem Bürgermeister und einem Teil des Gemeinderates statt. Ihnen danken wir ganz besonders für die Unterstützung, die sie uns seit Beginn der Beratungsstelle Ettelbrück zukommen lassen.

Regelmässige Kontakte hatten wir 2006 mit folgenden Institutionen:

- Centres medico-sociaux
- CHNP Ettelbrück
- Hôpital St-Louis
- Forum pour l'Emploi
- Projet Arcade Ettelbrück
- Foyer de l'Entraides Vichten
- Inter-Action (Polygône)

Gaby Damjanovic, Dipl.-Psychologin
Cathy Neisius, Statistik und Sekretariat



«La femme effrayée» Monique Useldinger



Programme de
Substitution

7. Le programme de substitution

Le programme de substitution initié en 1989 propose une substitution à l'héroïne principalement par la méthadone. Le traitement est prévu à long terme pour permettre aux clients - qui très souvent ont une consommation excessive de drogues de longue date - de se stabiliser, de reprendre pied au niveau social et familial, d'arrêter leur consommation de drogues et d'améliorer leur santé physique et psychique.

Par rapport à la prescription libre chez un médecin hors programme, le programme de substitution offre outre une aide médicale, un cadre structuré, un travail relationnel, une distribution individuelle, un suivi psychologique, social et/ou psychiatrique.

1. Données sur les clients

a) Nombre de clients et sexe

Clients	2006		2005	
	N	%	N	%
Hommes	71	68	74	65
Femmes	34	32	40	35
Total	105	100	114	100

En 2006, le nombre de participants était de 105 dont 71 hommes (68%) et 34 femmes (32%). La baisse du nombre de clients par rapport à 2005 pourrait s'expliquer par la facilité de trouver de la méthadone en cabinet médical ou au marché noir par rapport au cadre plus strict du programme de substitution.

Par contre, les clients qui participent au programme présentent souvent une problématique psychiatrique et/ou sociale associée et demandent une prise en charge plus serrée.

29 clients ont débuté dans le programme de substitution et 47 personnes (45%) participent au programme depuis au moins 5 ans.

b) Catégorie d'âge

Catégories d'âge	N	%
moins de 20 ans	0	0
20 à 24 ans	5	4,8
25 à 29 ans	18	17,1
30 à 34 ans	24	22,9
35 à 39 ans	21	20
40 ans ou plus	37	35,2
Total	105	100

82 clients (78,1%) ont plus de 30 ans, tandis que 37 clients (35,2%) ont plus de 40 ans. L'âge des clients augmenté de façon très évidente: en 1997, seulement 35 % des clients avaient au-dessus de 30 ans et seulement 6% plus de 40 ans.

c) Nationalité

Nationalité	N	%
Luxembourgeoise	78	74,3
Portugaise	15	14,3
Italienne	5	4,8
Allemande	3	2,9
Française	3	2,9
Cap verdienne	1	1
Total	105	100

Le tableau montre que trois-quarts des personnes sont de nationalité luxembourgeoise (74,3%) avec en seconde position les personnes de nationalité portugaise (14,3%)

d) Lieu de résidence

Lieu de résidence	N	%
Sud	60	57
Centre	24	23
Nord	16	15
Est	3	3
France	1	1
Inconnu	1	1
Total	105	100

Plus de la moitié des clients vivent au sud du pays (57%).

e) Etat-civil

Etat civil	N	%
Célibataire	72	68,6
Vivant en relation stable	10	9,5
Divorcé(e)	8	7,6
Marié(e)	13	12,4
Séparé(e)	1	1
Veuf(ve)	1	1
Total	105	100

La grosse majorité des clients sont célibataires (68,6%) suivie de ceux qui sont mariés (12,4%).

44 personnes (41,9%) ont des enfants.

2. Mode de vie

a) Mode de vie: avec qui?

Mode de vie: avec qui?	N	%
Seul	43	41
Avec le partenaire	21	20
Avec les parents	12	11,4
Avec le partenaire et enfants	13	12,4
Seul avec enfants	8	7,6
Avec parents et enfants	2	1,9
Avec amis et enfants	1	1
Avec amis et connaissances	1	1
Autres	1	1
Inconnu	3	2,9
Total	105	100

La majorité des clients vit seule (41%). 20% des clients habitent avec leur partenaire et 23 % vivent avec leurs enfants que ce soit seul ou avec d'autres adultes.

Si l'on sait que 41,9 % des clients ont des enfants, on constate qu'un peu plus de la moitié de ces clients vit avec leurs enfants.

b) Mode de vie: comment?

Mode de vie: comment	N	%
Logement stable	84	80
Logement instable	10	9,5
En institution: thérapie	2	1,9
En institution: hôpital	0	0
En institution: prison	0	0
Autres	7	6,7
Inconnu	2	1,9
Total	105	100

La grosse majorité des clients (80%) vit dans un logement stable.

c) Mode de vie: où?

Mode de vie: où?	N	%
Propre logement	71	67,6
Logement d'autrui	16	15,2
En foyer	8	7,6
En communauté	2	1,9
Autres	3	2,9
Inconnu	5	4,8
Total	105	100

67,6% des participants au programme de substitution possèdent un logement propre tandis que 15,2 % habitent dans le logement d'autrui.

3. Activité professionnelle et source de revenus

a) Activité professionnelle

Activité professionnelle	N	%
Emploi stable	26	24,8
Chômage	46	43,8
ATI-mise au travail	11	10,5
Retraite, pension d'invalidité	5	4,8
Activité ménagère	6	5,7
En formation, études	1	1
Emploi ponctuel ou temporaire	4	3,8
RMG/RMI	4	3,8
Autres	2	1,9
Inconnu	0	0
Total	105	100

La majorité des clients (43,8%) est au chômage ce qui représente une augmentation par rapport à l'année d'avant (2005: 31,5 %).

b) Source principale de revenu

Source de revenu principale	N	%
RMG/RMI/Chômage	56	53,3
Salaire	25	23,8
Pas de revenu	6	5,7
Aide par les parents	5	4,8
Aide par le partenaire	4	3,8
Pension pour invalidité	4	3,8
Prostitution	2	1,9
Réserves, économies, héritage	1	1
Sources de revenus illégaux	1	1
Pension	1	1
Total	105	100

Plus de la moitié des clients (53,3%) vit du chômage ou du RMG. Une partie de ces clients travaille sous le régime de l'ATI ou d'une mise au travail. 23,8% des personnes vivent de leur salaire.

4. Sorties du programme

Sortie du programme	N	%
Abandon	17	60,7
Transfert	5	17,9
Traitement achevé	3	10,7
Convenance	3	10,7
Cure résidentielle	0	0
Prison	0	0
Décès par suicide	0	0
Décès par overdose	0	0
Décès par mort naturelle	0	0
Disparu	0	0
Total	28	100

En 2006, 28 clients ont arrêté le programme de substitution. La grande majorité (60,7%) a abandonné le programme c.-à-d. que ces clients ne sont simplement plus venus à la distribution de méthadone. 5 clients ont été transférés vers des médecins hors programme et 3 clients ont terminé le programme après avoir diminué progressivement leur dose de méthadone.

4. Entretiens

Type d'entretien	N	%
Intervention lors de la distribution	408 (1)	24,5
Entretien psychologique/ de soutien	366 (3)	22
Aspects pratiques concernant la distribution	186 (1)	11,5
Entretien social	137 (1)	8,5
Consultation par téléphone (>15 min)	118 (6)	7
Entretien avec tierce personne sans le client	76 (1)	4,5
Intervention de crise	60	3,5
Parentalité avec client	53 (14)	3
Bilan régulier	45	3
Contrat	41	2,5
Entretien avec le client et tierce personne	41 (1)	2,5
Entretien en vue d'une admission	39 (3)	2
Accompagnement pour une démarche extérieure	18	1
Soins infirmiers	17	1
Bilan irrégulier	16	1
Entretien familial	14 (10)	1
Autres	14	1
Parentalité avec le client et tierce personne	8	0,5
Total	1657 (41)	100

Ce tableau reprend l'ensemble des entretiens ou démarches réalisés par l'équipe du programme de substitution durant l'année 2006. Sont inclus dans ces chiffres 41 (chiffres entre parenthèses) entretiens faits avec des personnes ne participant plus ou pas encore au programme.

Les chiffres du tableau ne comprennent pas les contacts

réguliers avec les clients lors de la distribution ou les échanges entre membres de l'équipe.

Les entretiens «parentalité» ont été réalisés dans le cadre d'une prise en charge parents-enfants ou parents seuls avec des parents faisant souvent partie du programme de substitution. Ces entretiens sont également repris dans les chiffres du service parentalité puisqu'ils sont à cheval entre les deux services.

En regardant les chiffres du tableau, on peut constater qu'un quart des entretiens (24,5%) sont des interventions lors de la distribution. Ceci signifie que les clients ont eu besoin d'un espace et d'un temps de parole plus long lorsqu'ils sont venus chercher la méthadone.

Le deuxième grand groupe d'entretiens constitue les entretiens psychologiques ou de soutien qui eux se font le plus souvent sur rendez-vous.

Ariane Moyse, psychologue dipl.

Catherine Neisius, secrétariat et statistiques





Service Médical



8. Le service médical

8.1. Service médical généraliste

Les différentes tâches du médecin-généraliste engagé à mi-temps par la Fondation sont les suivantes:

- prise en charge de patients admis au programme méthadone JDH
- consultations médicales pour les patients des services de consultations avec selon les cas sevrage ambulatoire ou substitution à moyen ou long terme
- consultations médicales pour les patients de la structure ouverte Kontakt 28
- disponibilité pour des patients envoyés par des services externes, collaboration avec des services hospitaliers.

Durant l'année 2006, le médecin a commencé à travailler également au Centre JDH Esch/Alzette. 86 patients ont consulté pour un total de 718 consultations, dont 17 femmes (20%) et 69 hommes (80%). Les problématiques étaient la polytoxicomanie (71 patients, 82,5%) et la monodépendance (15 patients, 17,5%).

Dr. Jean-Paul de Winter,
médecin-généraliste

8.2. Service médical psychiatrique

Les tâches du médecin-spécialiste en psychiatrie et psychothérapie engagé à mi-temps par la Fondation sont définies comme suit:

- référent psychiatrique du programme de substitution et des autres services de la Fondation
- diagnostic psychiatrique (comorbidités psychiatriques – « doubles diagnostics »)
- prescription de médicaments psychotropes, suivis psychiatriques
- collaboration avec d'autres services psychosociaux externes, médecins-généralistes et psychiatres, services hospitaliers
- orientations vers des cures résidentielles à l'étranger

En 2006, 84 patients ont pu bénéficier de cette offre médicale gratuite, dont 56 hommes (67%) et 28 femmes (33%) pour 510 consultations. Pour 40 patients (48%), le travail consistait dans des interventions de substitution, soit de maintien, soit d'autres types. Pour les autres cas, il s'agissait de prises en charges psychopharmacologiques, psychothérapeutiques, demandes de cures et autres.

Dr. Werner Staut,
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie





Logements
Accompagnés



9. Logements accompagnés

9.1. Rappel du contexte

Pour pallier aux difficultés chroniques d'accès au marché locatif de nos clients, la Jugend -an Drogenhëllef gère depuis fin 2000 un parc de logements supervisés, encadrés.

Sans avoir la prétention d'être une démarche révolutionnaire au niveau de l'aide sociale, il s'agit d'appliquer à notre clientèle un modèle qui a largement fait ses preuves dans d'autres domaines de l'action sociale. Si nos clients n'ont pas accès à des logements convenables, c'est d'une part dû à leurs modestes conditions financières mais aussi à leur manque d'expérience de «vie autonome». Les aléas de la vie ont fait qu'ils n'ont pas eu l'occasion d'expérimenter l'indépendance, avec toutes les contraintes qui y sont liées.

Cette carence est souvent source pour eux d'inquiétudes, voire d'angoisses. Face à cela le désir d'autonomie de «vie normale dans un logement normal» est toujours présent. Faut-il rappeler ici que le fait de disposer d'un logement décent, loin des habitudes de vie de galère, constitue toujours le premier pas vers une intégration possible?

C'est donc dans ce champ, délimité d'une part par un très fort désir, mais contrebalancé d'autre part par de fortes angoisses, que va s'inscrire notre initiative de logement supervisés. Le principe étant de dire au client «nous allons t'aider et te soutenir dans ces premiers pas vers une autre vie».

L'aide sera concrète par une mise à disposition d'un logement que nous aurons loué, auprès d'un propriétaire privé ou d'un opérateur public. Mais elle sera surtout quotidienne dans l'accompagnement et l'apprentissage de toutes les petites choses et tracas de la vie. Elle sera surtout souple et modulable, adaptée aux réalités et difficultés de chaque client, en fonction du moment, de la phase de vie qu'il est en train de traverser.

9.2. Eléments statistiques

En date du 31.12.2006, nous gérons un parc de 27 logements, du studio à l'appartement 2 chambres. La répartition géographique des objets loués est la suivante: Sud 18, Centre 5 et Nord 4. Cette répartition n'est pas le fruit du hasard et ne correspond pas forcément aux souhaits de nos clients mais est à considérer comme une résultante du marché locatif national.

Sur ces 27 logements, 4 sont mis à la disposition de nos clients «au prix du marché», c'est-à-dire que nous répercutons sur nos clients l'entièreté du loyer que nous sommes amenés à payer au propriétaire.

23 logements sont subventionnés, d'une manière ou d'une autre. A savoir:

- 6 mises à disposition par le Fonds du Logement à coût modéré
- 4 mises à disposition par Wunnengshëllef asbl (durée maximum de 36 mois)
- 13 loyers peuvent être subventionnés à raison de maximum 25% via un subside de la Ville de Luxembourg

Fin 2006, nous hébergions 33 adultes et 18 enfants. Il y a au moins un enfant dans 13 logements.

Quant aux entretiens, ils se répartissent de la manière suivante:

• entretiens dans les locaux de la JDH	544
dont en co-intervention	124
• visites à domicile	379
dont en co-intervention	158
• entretiens téléphoniques (+ de 10')	199
• autres démarches avec clients	203

Pour 7 clients nous avons courant 2006 fait une gestion financière complète, c'est-à-dire que leur revenu (RMG) est versé sur le compte de notre Fondation et que nous gérons au quotidien -avec le client!- cet argent. Pour 8 autres, nous faisons une gestion financière partielle, c'est-à-dire que le revenu est également versé sur notre compte bancaire et qu'une fois le loyer retenu nous leur ristournons l'entièreté du solde sur leur compte.

Au niveau ressources humaines, la Ville de Luxembourg nous a octroyé un poste d'éducateur supplémentaire. Nous avons pu engager une éducatrice graduée 3/4 temps et une aide-comptable 1/4 temps à partir d'octobre 2006. Il va sans dire que ces nouvelles opportunités ouvrent des portes vers des prises en charge supplémentaires.

L'équipe des Niches a également dans ses attributions la gestion de la «Maison de Post-Cure Neudorf». Il s'agit d'une maison destinée à des personnes ayant terminé une thérapie résidentielle, au Luxembourg ou à l'étranger, et qui désirent bénéficier d'un sas de transition avant de vivre de manière tout à fait indépendante. Nous offrons une communauté de vie, jusqu'à 7 personnes, dans un milieu où l'abstinence de toutes substances non-prescrites par un médecin est de règle. Le principe de base est le soutien par les pairs, avec un soir par semaine l'intervention d'un collaborateur JDH. Après quelques années d'un semblant de désintérêt, la maison de Neudorf a pu répondre à un nombre croissant de demandes en 2006. Y ont ainsi séjourné une femme avec son bébé (6 mois) et 5 hommes (entre 3 et 12 mois).

9.3. Perspectives et conclusion

Nous écrivons chaque année que l'offre de services fait ses preuves, que l'offre de services correspond à un réel besoin. Que la phase de préparation que nous nous donnons avec chaque nouvelle situation est si utile pour la construction d'une relation de confiance. Qu'il est si important de se donner du temps pour l'action, de travailler à long terme, sans vouloir brûler les étapes, en respectant le rythme de chacun.

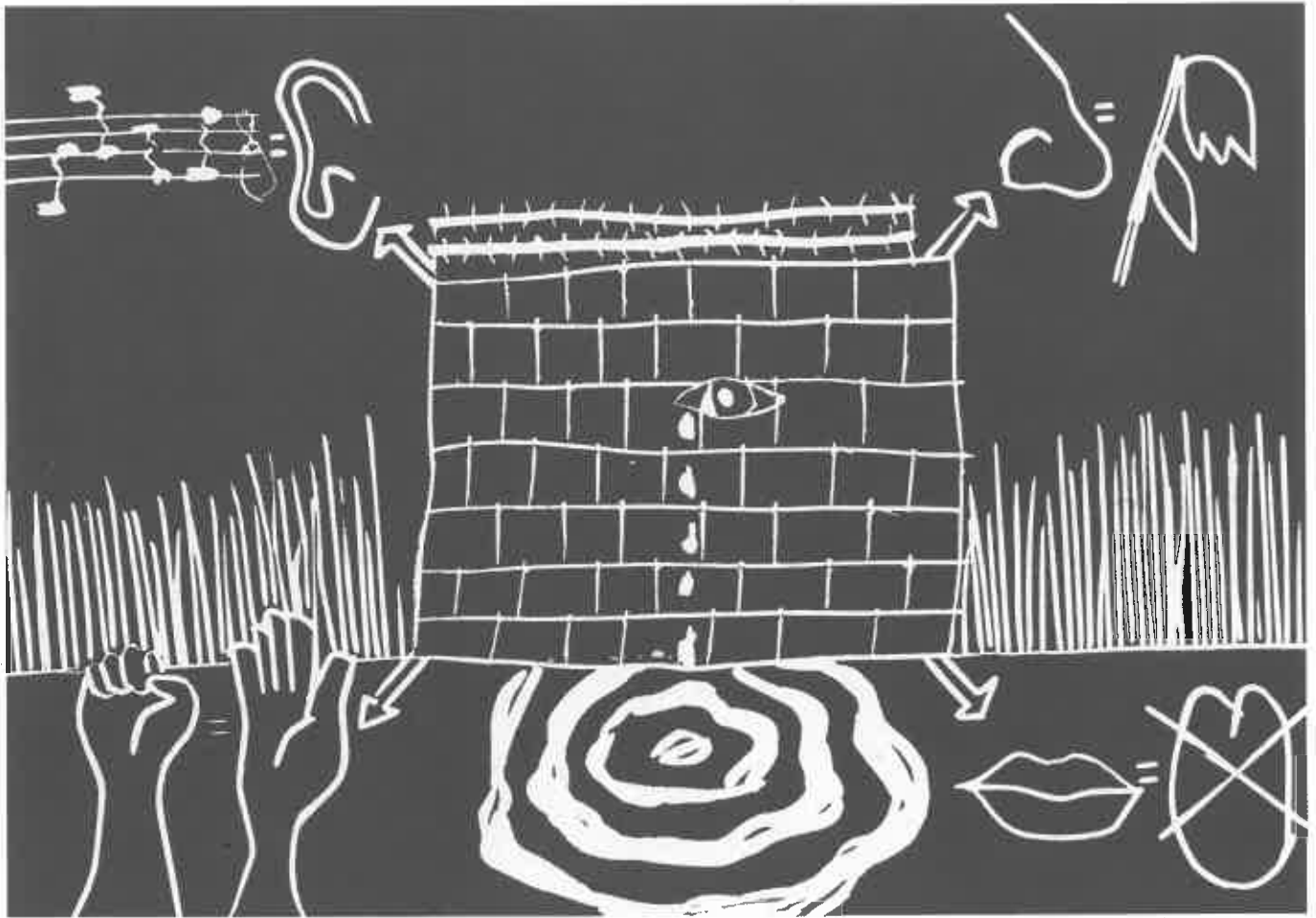
Nous pourrions y ajouter notre volonté de travailler avec les aléas de la vie de chacun, dans certaines limites. Ce n'est pas parce que tel ou tel ne va bien pour un petit laps de temps et qu'il décroche un peu de son parcours que nous allons le laisser tomber. Nous devons arriver à lui apprendre à reconnaître assez tôt les signaux d'alarme, à actionner à temps les freins d'urgence. Et ensuite décider ensemble ce que nous allons apprendre de ces dérapages de la vie. Cette attitude générale, et d'ailleurs pas nécessairement spécifique à l'intervention dans le cadre Niches, nous semble plus opérationnelle et réaliste qu'une attitude plus rigide et moins adaptée aux réalités de nos clients.

Comme annoncé par ailleurs, l'équipe s'est renforcée fin 2006 ouvrant ainsi de nouvelles perspectives, tant au niveau du nombre de prises en charge possibles que du type de prises en charge. En effet, l'équipe ne comptait pas encore d'éducateur dans ses rangs. Un tout premier bilan nous laisse présager que cette nouvelle qualification sera un enrichissement, pour l'équipe, mais aussi pour les clients via un élargissement de la palette des services offerts. L'arrivée d'une personne ayant dans ses attributions uniquement la comptabilité des niches constitue sans aucun doute, outre un soulagement nécessaire de la comptable JDH, une possibilité nouvelle de suivis «difficiles» qui s'offre à nous. Nous nous en réjouissons.

Tout comme nous nous réjouissons de continuer à travailler avec des personnes qui ont tant de choses à apprendre, à nous apprendre. En premier lieu une furieuse envie de s'en sortir et de se battre.

Hervé Hick
assistant social et lic. en pol. écon. et sociale





«Die kaputte Seele» Trixy Thull



Service Parentalité



10. Le Service Parentalité

10.1. Introduction

Institué en été 2003, le service Parentalité de la Fondation Jugend- an Drogenhëllef propose son aide à des femmes enceintes et des parents connaissant une problématique toxicomane et à leurs enfants. S'il s'agit en premier lieu de garantir la sécurité et le bien-être des enfants, le soutien des parents dans leurs habilités parentales et éducatives reste primordial.

Principes de travail: centration sur les besoins des enfants, engagement contractuel, co-intervention, travail en partenariat avec des intervenants de services internes et externes, réseau, visites à domicile, long terme.

Actuellement le service est constitué d'une équipe multidisciplinaire comprenant quatre collaborateurs travaillant à mi-temps.

10.2. Risques significatifs pour les enfants

Des études scientifiques internationales, ainsi que notre pratique professionnelle, indiquent que les enfants de parents toxicomanes risquent de développer des difficultés et/ou des troubles pendant leur enfance respectivement à l'âge adulte multipliés par rapport à une population normale.

Ces difficultés couvrent presque tous les troubles psychiques connus de l'enfance, l'adolescence et l'âge adulte. La probabilité de développer soi-même une assuétude par rapport à des substances est fortement accrue. Les risques pour les enfants de connaître des troubles de l'attachement ou de présenter des retards de développement sont significativement élevés. Les enfants présentent davantage d'échecs scolaires, des difficultés de concentration, des problèmes dyslexiques, et autres. Parmi les troubles psychiques, les dépressions, les angoisses, les comportements déviants et délinquants ou les comportements suicidaires dépassent largement la norme comparée à une population générale d'enfants. D'autres études indiquent une probabilité accrue de problèmes de santé physique et de risques d'accidents au ménage particulièrement pour des enfants en bas âge. Citons également les dangers de négligence grave ou d'autres formes de maltraitance et des séquelles qui s'ensuivent.

10.3. Facteurs contextuels

Souvent le contexte de vie et l'environnement dans lesquels évoluent ces familles sont autant de facteurs à risques pour le développement de troubles pour ces enfants. Généralement les conditions socio-économiques sont défavorables. Les parents n'ayant pas de diplôme de fin d'études ou de formation professionnelle connaissent souvent le chômage avec une chance réduite de réintégrer un marché de l'emploi. Ils dépendent de l'aide sociale et ne touchent qu'un RMG. L'insuffisance de moyens financiers entraîne généralement aussi la précarité au niveau du logement; la pénurie actuelle en logements locatifs, bon marché, au grand-Duché étant bien connue. La majorité des ménages est constituée de familles monoparentales ne disposant que d'un seul revenu.

Quelques autres facteurs de l'environnement risquent d'influencer négativement le devenir des enfants:

- La santé physique défaillante des parents, les maladies infectieuses comme les hépatites, un état général faible et sujet à diverses maladies et des traitements médicaux lourds ou des hospitalisations.

- Les problèmes de co-morbidité psychique telle que troubles d'angoisses, dépressions majeures, symptômes PTSD, états psychotiques, troubles de la personnalité.
- L'isolement des toxicomanes en rupture avec leur famille d'origine, n'ayant côtoyé que des connaissances faisant partie du milieu («Szene»).
- Les problèmes judiciaires et les incarcérations liés au caractère illicite de la prise de drogues.

Nous rencontrons dans notre réalité professionnelle des parents qui doutent de leur compétence parentale, présentent un niveau faible de leur estime de soi, se fient peu à l'efficacité de leurs moyens et de leur agir au niveau éducatif et souffrent de sentiments de culpabilité par rapport à leur consommation et leur défaillance.

10.4. Facteurs de protection et résilience

Aborder une situation familiale seulement sous un angle de facteurs à risques représente une approche incomplète trop orientée sur les problèmes et les déficits présents.

Or, chaque situation aussi défavorable soit-elle, présente des facteurs de protection dont nous devons tenir compte.

Ainsi, souvent il y a des personnes-ressources dans l'environnement familial comme la famille élargie, le voisinage, un médecin, le personnel de la crèche ou l'enseignant.

Il y a de plus en plus d'études soulignant les effets de résilience. La résilience se définit comme une capacité à rebondir malgré les pires épreuves ou cette faculté de résistance à l'adversité, aux stress ou au choc aussi extrêmes soient-ils.

En prenant acte du vécu traumatique, beaucoup d'enfants subissent moins les conséquences dépressives. Alimenté par les éléments positifs de son environnement, la résilience chez un enfant repose sur ses capacités à faire face à un environnement hostile, sur sa faculté d'insight (signification-évaluation du vécu), sa possibilité de prise de distance par rapport aux événements néfastes (responsabilisation), sa prise d'initiative (engagement-défi), sa grande capacité de sociabilité, de créativité, d'humour. En tant que professionnels intervenant dans le lieu privé de la famille, nous pourrions assumer un rôle important de «tuteur de résilience», selon Boris CYRULNIK.

10.5. Eléments statistiques

10.5.1. Types et nombre de situations (cas)

Tableau 1: Type et nombre de situations

Nombre et type de situations	N	%
Monoparentale		
-enfant(s) au ménage	18	
-enfant(s) hors ménage	13	
Sous-total	31	62
Couple		
-enfant(s) au ménage	15	
-enfant(s) hors ménage	4	
Sous-total	19	38
Total	50	100

Au total, nous sommes intervenus auprès de 69 adultes. Comme pour les années précédentes, les situations monoparentales restent majoritaires (62%).

Parmi les 18 familles monoparentales qui élèvent leurs enfants, 5 mères ont connu préalablement le placement d'au moins un enfant en famille d'accueil ou en foyer (un seul couple sur 15). 7 enfants élevés dans leur famille d'origine ont une fratrie aînée vivant séparée d'eux.

En ce qui concerne les 17 situations où les enfants vivent «hors» ménage (en famille d'accueil ou en foyer pour enfants), nous constatons,

- Qu'il s'agit majoritairement de monoparentaux (13 pour 31 situations).
- Qu'il y a des contacts réguliers entre parents et enfants pour 11 situations
- Que 2 nourrissons ont été placés dès l'accouchement, les conditions de vie des mères étant trop défavorables
- Qu'un bébé né prématurément est décédé peu après
- Qu'une femme a entrepris une interruption volontaire de grossesse
- Que dans 4 situations nos interventions se sont limitées entre 1 et 3 séances.

Parmi les 50 situations prises en charge en 2006, 22 situations (44%) étaient nouvelles et 28 (56%) étaient reprises des années précédentes.

Tableau 2: situations nouvelles/reprises des années précédentes

Situations nouvelles/reprises	N
Nouvelles situations en 2006	22
-dont interventions toujours en cours au 31.12.06	15
Situations rencontrées avant 2006	28
-dont interventions toujours en cours au 31.12.06	23
Total	50

L'accompagnement des familles à long terme reste une particularité de notre travail.

10.5.2. Enfants concernés

Tableau 3: nombre des enfants au ménage/hors ménage

	Nombre des enfants au ménage	Nombre des enfants hors ménage
Monoparental	19	19
Couple	21	8
Total	40	27

40 enfants vivent avec leurs parents (37 en 2005) et ont été en contact régulier avec notre service. 27 enfants vivent séparés de leurs parents (21 en 2005); nous avons été en contact avec 20 enfants.

Tableau 4: la répartition des enfants au ménage selon leur âge

Enfants au ménage Age au 31.12.2006	Monoparental	Couple	Total	%
<1 an	3	3	6	15
<5 ans	8	13	21	52,5
<12 ans	7	3	10	25
<18 ans	1	2	3	7,5
Total	19	21	40	100

Tableau 5: répartition des enfants hors ménage selon leur âge

Enfants hors ménage Age au 31.12.2006	Monoparental	Couple	Total	%
<1 an	1	1	2	7,5
<5 ans	4	3	7	26
<12 ans	11	2	13	48
<18 ans	2	1	3	11
>18 ans	0	2	2	7,5
Total	18	9	27	100

Comme pour l'année précédente, la majorité des enfants sont en dessous de 5 ans (53,7 % en 2006, 53,5 % en 2005).

Parmi les 27 enfants qui vivaient «hors» ménage, 2 sont majeurs, 1 enfant grandit chez son père d'origine, 8 enfants sont placés en centre d'accueil et 15 enfants vivent en famille d'accueil dont 9 enfants auprès de leurs grands-parents.

Selon notre expérience, ces situations d'enfants placés chez leurs grands-parents sont souvent délicates (risque de confusion des rôles parentaux auprès des enfants; relations difficiles entre parent biologique et grands-parents).

La moitié des situations (24 sur 50) connaît une mesure judiciaire du juge de la jeunesse à l'encontre des parents. Ainsi, les 17 placements d'enfants ont été prononcés par le juge. Pour 11 situations une mesure judiciaire était appliquée sous forme d'assistance éducative de la famille, les enfants demeurant au sein de leur famille d'origine.

10.5.3. Grossesses

Il y a eu 8 accouchements durant l'année 2006 (9 en 2005) dont le décès d'un nourrisson prématuré. 2 bébés ont été placés dès leur naissance. Les autres ont intégré leur famille.

A la date du 31.12.2006, 5 femmes enceintes sont accompagnées par notre service.

10.5.4. Contexte socio-économique des familles

Se limitant aux 33 situations «enfants présents dans le ménage», examinons la situation de logement et de revenus.

Tableau 6: Type de logement

Type de logement	Monoparental	Couple	Total	%
Logement propre	7 (dont 1 en log. social)	9	16	48,5
Les niches-logement encadré JDH	5	4	9	27,2
Autre forme de logement encadré	2	2	4	12,1
Co-habitant avec la famille d'origine	2		2	6,1
Thérapie résidentielle	2		2	6,1
Total	18	15	33	100

Tous les logements sont locatifs. Moins de la moitié des ménages (48,5%) dispose d'un logement loué sur le marché immobilier privé et adapté à la taille de la famille. Un tiers des familles vit en logement encadré (39,3%), logements loués par des associations et mis à disposition à des familles pour un loyer adapté à leur situation de revenus. Ainsi, le service «les Niches» de la Jugend- an Drogenhëllef y concourt avec 9 logements (s'y ajoutent 7 logements pour des ménages où les enfants vivent hors du ménage).

Tableau 7: Revenu

Revenu	Monoparental	Couple	Total	%
RMG/ATI	13	7	20	60,6
Salaire régulier	1	7	8	24,2
Rente	2	0	2	6,1
Chômage	1	1	2	6,1
Sans	1	0	1	3
Total	18	15	33	100

La précarité dans laquelle vivent ces familles est soulignée par le fait que presque deux tiers (60,6%) ne disposent que d'un revenu social minimal. Les salaires réguliers se situent tout en bas de l'échelle des rémunérations. Les situations d'endettement sont la règle.

10.5.5. Nombre, type et lieu des interventions

Le service Parentalité s'adresse à un système familial comprenant en général mère et enfant(s) et, minoritairement, le partenaire. Ces personnes sont généralement présentes lors des entretiens. Parfois nous estimons utiles de voir le(s) parent(s) sans les enfants dépendant des thèmes traités et naturellement de l'âge des enfants.

Tableau 8: Type et nombre des interventions

Type de consultation	2006		2005		2004	
	N	%	N	%	N	%
-entretien à un seul intervenant	467	70,1	381	60,3	397	69,3
-entretien en co-intervention (Parentalité et/ou autre service)	199	29,9	251	39,7	176	30,7
Total	666	100	632	100	573	100

Il y a une progression nette du nombre de consultations. Un tassement se constate au niveau des co-interventions. Néanmoins, le principe d'intervention impliquant deux collaborateurs du service parentalité reste d'application pour mieux répondre à la complexité des situations et garantir une disponibilité d'intervention.

Les réunions avec des intervenants, soit de services internes, soit externes et des familles concernées, répondent à notre souci d'améliorer notre soutien en intégrant les apports d'autres professionnels impliqués.

Tableau 9: Lieux des entretiens

Lieux de l'entretien	2006		2005		2004	
	N	%	N	%	N	%
Locaux JDH	241	36,2	337	53,3	328	57,2
Visite à domicile	323	48,5	168	26,6	165	28,8
Autre institution (hôpital, maternité, foyer,...)	102	15,3	127	20,1	80	14
Total	666	100	632	100	573	100

De plus en plus d'interventions se font lors de visites à domicile, c'est-à-dire en dehors des locaux de la Jugend- an Drogenhëllef. Une des composantes essentielles de notre travail est de rencontrer les familles dans leur lieu de vie habituel. Être en visite et assumer le rôle d'un invité permet d'une part d'agir avec plus de doigté et de respect, d'autre part, nous donne un regard plus riche sur la vie de la famille avec ses enfants dans leur chez soi.

10.5.6. Aperçu sur le travail en réseau

Tableau 10: Orientation par

Orientation par	2006		2005		2004	
	N	%	N	%	N	%
Services JDH	32	64	24	62	26	60,5
-Niches	8		6		8	
-Consultation	10		7		3	
-Programme méthadone	13		11		15	
-Service médical	1					
Maternité	10	20	8	20,5	9	21
Propre initiative	3	6	2	5	3	7
Médecin consultant	0	0	0	0	1	2,5
Foyer pour femmes	0	0	0	0	1	2,5
Service central d'assistance sociale	1	2	1	2,5	2	4
Autres	4	8	4	10	1	2,5
Total	50	100	39	100	43	100

Les services de la Jugend- an Drogenhëllef nous ont adressé la majorité des situations. La maternité du Centre Hospitalier de Luxembourg reste un partenaire important. Nous continuons à assister à des réunions hebdomadaires sur le sujet de grossesses à risque avec nos partenaires de services hospitaliers et externes.

Le tableau 11 montre les différents services internes et externes impliqués dans notre travail en réseau au cours de l'année 2006.

Tableau 11: Travail en réseau

Partenaires du réseau	Familles impliquées
Services JDH autres que parentalité	38
-Niches	16
-Programme de substitution	11
-Service médical	6
-Consultation	5
Justice (Juge, SCAS)	24
Crèches/écoles	10
Hôpital/maternité	8
Foyers d'accueil pour enfants (jour et nuit)	7
Service de placement familial (familles accueil, adoption)	6
Thérapies résidentielles	5
Aide familiale	5
Logements encadrés (Ennerdach, Wunnengshëllef)	4
Service d'aides à l'enfance (ex. Hëllef fir de Puppelchen,...)	3
Foyer pour femmes (+ enfants)	3
Médecins	3
Service d'accompagnement social	3
Ligue médico-social	
Total	119

Ces contacts se font avec l'accord des familles et nous insistons sur leur présence. Si les services internes de la Jugend- an Drogenhëllef restent nos partenaires privilégiés, il y a une multitude d'autres acteurs représentant des services très divers. Pour le futur, la consolidation du travail en réseau et le souci d'améliorer son efficacité d'un point de vue de collaboration et de coordination resteront majeurs.

10.5.7. Conclusions

Les statistiques montrent, comme pour les années précédentes, que le volume de travail augmente, qu'il y a de plus en plus de demandes, que le travail «parentalité» implique un suivi intensif et à long terme. Pour y faire face, le service parentalité devrait être nécessairement doté de moyens plus importants. Faut-il (re-)souligner le besoin de cet engagement dans sa dimension préventive tentant à éviter au mieux que ces enfants deviennent les toxicomanes de demain?

10.6. Perspectives

Avec le déménagement en 2006, nous disposons enfin de locaux mieux aménagés et délimités par rapport aux autres services. Dans le cadre du 20ème anniversaire de la Jugend- an Drogenhëllef, le séminaire avec le Prof. Dr Michael KLEIN de la «Westfälische Fachhochschule Köln» eut lieu avec pour thème „Kinder aus suchtbelasteten Familien. Zur deren Situation in Luxemburg“. Beaucoup d'intervenants avec lesquels nous travaillons en partenariat y ont participé. Une des conclusions

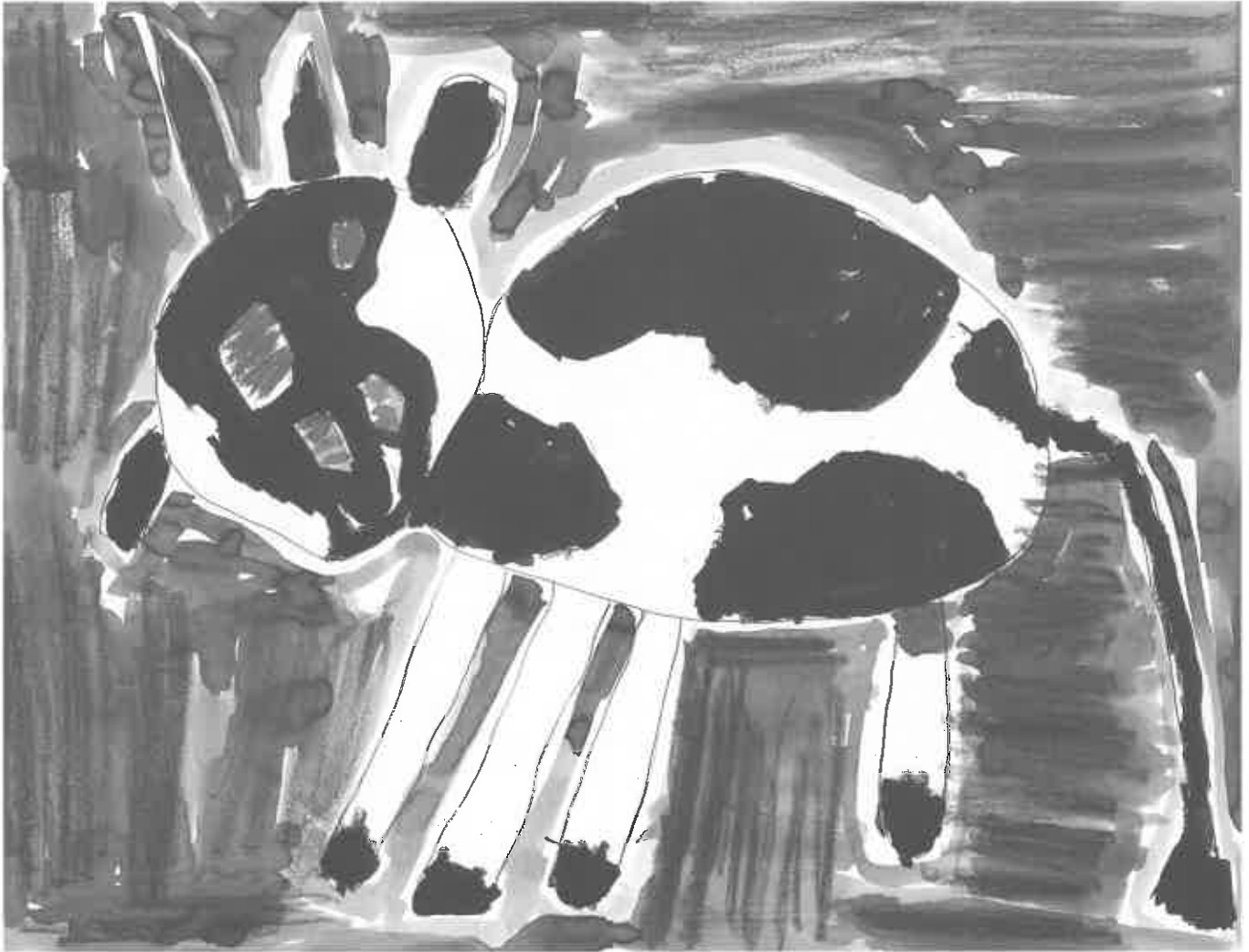
a été d'organiser des meetings de rencontre et d'échanges réguliers dans le but de mieux se connaître, d'échanger du savoir et de consolider le travail en réseau.

Jusqu'à ce jour, il n'y a pas de chiffres connus pour le Luxembourg concernant le nombre d'enfants vivant dans des ménages avec une problématique d'abus/dépendance aux drogues illicites (ni par rapport à un abus/dépendance alcoolique ou médicamenteux). Un défi pour la recherche universitaire?

Pour répondre à la demande accrue et diversifier notre offre à côté du travail d'accompagnement individualisé, la réflexion porte sur d'autres moyens d'interventions. Plusieurs voies à poursuivre nous semblent fructueuses:

- Une formation en groupe à la parentalité tenant compte des particularités des parents connaissant une problématique de drogues qui généralement boudent les offres de formation existante. En effet, pourquoi pas se réunir avec des partenaires professionnels extérieurs ayant une expérience dans ce genre de formation et réaliser en commun un programme qui tiendrait compte de ces particularités (étiquetage «toxicomane»; confiance en soi très diminuée)?
- Offrir un lieu de rencontre et d'échanges pour les enfants souvent isolés et en souffrance des problèmes de leurs parents. Si possible, situer cet endroit à l'extérieur des services de la Jugend- an Drogenhëllef sous la direction d'un partenaire extérieur. Proposer des activités de loisir régulières. L'inspiration, d'ailleurs pour les deux projets pourrait s'enrichir des expériences qui se font à l'étranger.
- Former des multiplicateurs, intervenants de première ligne, qui rencontrent des enfants de parents toxicomanes. Par exemple, intervenir dans des communes en sensibilisant, formant et encadrant des professionnels travaillant dans des crèches, des écoles ou des foyers scolaires et autres ...
- Enfin, que dire des enfants grandissant avec des parents connaissant ou développant une dépendance alcoolique? Souvent nos partenaires professionnels nous en parlent. Nous partageons leurs préoccupations par rapport au devenir de ces enfants et nous regrettons vivement l'absence d'un service adéquat pour s'occuper de manière plus spécifique et appropriée de ce problème.

Robert Lamborelle, psychologue dipl.



«Kou» René Adamy



«Die farbenfrohe Gestalt» Jean-Paul Jager

11. Sprizentausch und Spritzenautomaten

11.1. Sprizentausch und -verkauf 2005/2006

Tabelle 1: Anzahl ausgegebener und verkaufter Spritzen

Sprizentausch und -verkauf	2006	2005
Tausch in den Ausgabestellen	116.799	180.253
JDH Luxemburg und Esch/Alzette		
Spritzenverkauf über die Automaten	28.032	28.428
Total	144.831	208.681

2006 wurden 144.831 (2005: 208.681) sterile Spritzen von den Beratungsstellen der JDH und über die Spritzenautomaten an die Konsument/-innen ausgegeben bzw. verkauft.

Die Konsument/-innen schätzen seit Jahren die Sicherheit und die Zuverlässigkeit der Ausgabestellen. Diese garantieren ihnen eine große Anonymität. Zugleich haben sie die Möglichkeit die anderen Angebote der Beratungsstellen in Anspruch zu nehmen, wie Information, Beratung, ambulante Therapie oder Orientierung in körperliche Entzüge und stationäre Therapien. Der Sprizentausch ist zumindest ein erster Schritt im verantwortungsbewussteren Umgang mit Drogenkonsum und in der Gesundheitsprävention. Ein zusätzlicher Schritt besteht evtl. darin, weniger gefährliche Konsumformen zu wählen.

Die Anzahl der Neuinfektionen mit Aids bei intravenös konsumierenden Menschen ist niedriger als im Ausland. Besorgniserregend ist hingegen der hohe Prozentsatz an Personen, die mit Hepatitis C infiziert sind. Um einen weiteren Übertragungsweg des Virus auszuschließen, wäre es notwendig dem Konsumenten zusätzlich zum bisherigen Spritzenbesteck sogenannte Stericups (kleine Einweglöffel) anzubieten.

11.2. Spritzenautomaten

Standorte: Luxemburg, Esch-sur-Alzette, Dudelange, Ettelbrück

Tabelle 2: Anzahl der verkauften Spritzen

Anzahl der verkauften Spritzen	2006	2005	2004	2003	2002	2001
	28.032	28.428	36.744	44.442	36.881	59.970

Tabelle 3: Verteilung der verkauften Spritzen 2006

Ortschaft	Anzahl verkaufter Spritzen
Luxembourg	18.114
Esch-sur-Alzette*	6.378
Dudelange	1.695
Ettelbrück	1.845
Total	28.032

*Der Spritzenautomat in Esch/Alzette war über einen längeren Zeitraum durch Vandalismus defekt. Er wurde im Februar 2006 an einem neuen Standort installiert.

In den Entsorgungsbehältern, die neben den Spritzenautomaten installiert sind, wurden 2.200 gebrauchte Spritzen zurückgebracht. Seit Beginn des Verkaufes von Spritzen über die Automaten ist die Anzahl der so zurückgebrachten Spritzen gering.

Der Anreiz für den Konsumenten, eine gebrauchte Spritze in den Container zu werfen, ist nicht hoch.

11.3. Sprizentausch

Tabelle 4: Anzahl getauschter Spritzen in den Beratungsstellen der JDH (die Zahlen in Klammern beziehen sich auf das Jahr 2005)

Ortschaft	Ausgabe	Rücklauf
	Sterile Spritzen	gebrauchte Spritzen
JDH Luxemburg K28	55.584 (143.841)	50.400 (91%)
JDH Luxemburg Beratungsstelle*	3.824*	2.656 (69%)
JDH Esch	57.391 (36.412)	51.030 (89%)
Total	116.799 (180.253)	164.086 (89%)

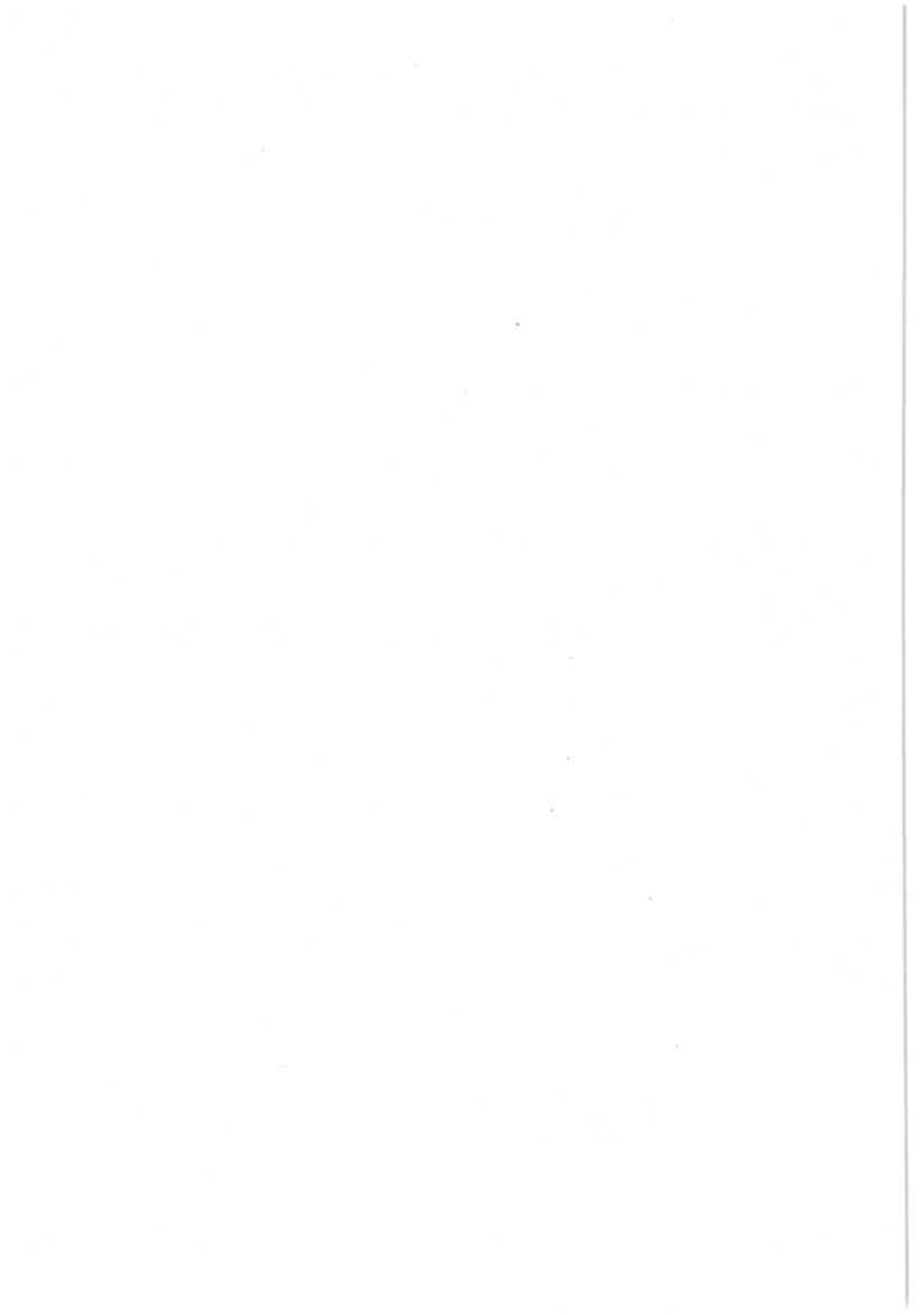
*seit April 2006 verteilt die Beratungsstelle in Luxemburg keine Spritzen mehr (Datum des Umzuges von der rue du Fort Wedell in die rue d'Anvers).

Der Rückgang in der Anzahl getauschter Spritzen insgesamt im Vergleich zum Vorjahr ist auf den substantiellen Rückgang in Luxemburg zurückzuführen, in Esch gab es hingegen relativ gesehen eine starke Zunahme. Auch bei den anderen Ausgabestellen in Luxemburg war 2006 ein Rückgang zu verzeichnen, was wahrscheinlich auf eine Abnahme des Kokainkonsums zurückzuführen ist. Eine weiterführende Interpretation der Zahlen bleibt einer im Juni 2007 stattfindenden Konferenz im Gesundheitsministerium vorbehalten.

Günter Bwersi, Dipl.-Pädagoge
Jacquie Thill u. Michelle Limpach,
Sekretariat und Statistiken



«Büffel» René Adamy





Atelier Artistique

L'Atelier Artistique existe depuis 1992 au Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique Ettelbruck. Depuis cette époque les patients du CHNP - résidant ou non - à l'hôpital peuvent participer aux activités proposées au sein de l'atelier.

Ces activités offrent aux participants la possibilité d'explorer divers médias artistiques, des matériaux et des méthodes différents (arts plastiques, photographie, sculpture, gravure...) afin de trouver le média qui correspond le plus à leurs besoins et à leurs personnalités.

Les personnes ont aussi la liberté de choisir une prise en charge individuelle ou en groupe. Pendant les séances individuelles le dessin et la peinture peuvent être utilisés pour exprimer une activité inconsciente plus profonde. La parole y prend une position importante car elle permet de structurer le matériel exprimé.

En ce qui concerne le travail de groupe, certains groupes fonctionnent selon le principe des ateliers libres, axés sur l'expression artistique; d'autres groupes ont une visée plus explicitement thérapeutique et traitent à chaque séance un thème spécifiques, chaque séance étant suivie d'une perlaboration verbale de cette thématique.

Les groupes sont souvent composés de personnes ayant des personnalités et des intérêts très différents, toutefois cette hétérogénéité stimule souvent le processus créatif.

Certaines personnes travaillent de façon très autonome, sans besoin de stimulation particulière, tandis que d'autres recherchent une relation plus étroite avec l'artiste thérapeute et ont donc besoin d'une prise en charge plus directive. Parmi les objectifs visés dans nos ateliers, il y a d'abord une augmentation de la qualité de vie à travers une meilleure perception de ses propres compétences, l'augmentation de la confiance en soi et de l'autonomie personnelle.

Mais le travail avec la créativité (et avec l'inconscient) ouvre d'autres voies de communication et constitue avant tout un moyen d'expression très personnel en vue de communiquer des sentiments, émotions et conflits. Vu la grande qualité des oeuvres produites, il y a des réactions très positives de la part de l'entourage ainsi que du public lors de nos expositions ce qui a un effet très favorable sur l'estime de soi de nos participants.

Atelier Artistique
Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique
17, Av. des Alliés
L-9012 ETTTELBRUCK
Tél: 2682-4050
Tél: 2682-2411

www.jdh.lu

**Centre de consultation, Programme de Substitution
et siège social**

93, rue d'Anvers L-1130 Luxembourg
Tél.: 49 10 40-1 e-mail: jdh-admin@jdh.lu

Kontakt 28

28, rue Fort Wedell L-2781 Luxembourg
Tél.: 48 13 81 e-mail: kontakt28@jdh.lu

Centre de consultation

11, rue St. Vincent L-4344 Esch/Alzette
Tél.: 54 54 44 e-mail: consult.esch@jdh.lu

Centre de consultation

9, place de la Libération L-9060 Ettelbruck
Tél. : 81 91 92 e-mail: consult.ett@jdh.lu