

Jahresbericht
2007



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 45)

Layout:

Éilenger KonschtWierk ATP a.s.b.l.

Photos:

© Jugend- an Drogenhëllef

Inhaltsverzeichnis

Wir über uns **3**

Tätigkeitsbericht 2007

1. Überblick über Arbeitskonzept und Arbeitsbereiche	7
2. Les offres et structures bas-seuil	9
3. Beratungsstellen Luxemburg, Esch/Alzette und Ettelbrück	13
4. Programme de substitution	19
5. Le Service médical	25
6. Logements accompagnés	29
7. Service parentalité	35
8. Distributeurs de seringues et échange de seringues	41
9. Elternselbsthilfe-Gruppe	43

Carte blanche Atelier Artistique CHNP



Jugend- an
Drogenh llef



Die «Jugend- an Drogenhëllef» 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 2008):

- 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 Drogenhëllef: Origer Alain.

Die Mitarbeiter/-innen der «Jugend- an Drogenhëllef» (Stand Juni 2008)

Im folgenden sind die Mitarbeiter/-innen der JDH aufgelistet, nach dem Stand von Juni 2008. Der Umfang der Wochenstunden ist unterschiedlich und reicht von 16 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. 2008 hat eine interne Fortbildung in „motivierender Gesprächsführung“ begonnen.

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, Buchführung
- Schulligen Birgit, Buchführung und Personal
- Thill Jacquie, Gehälter

Kontakt 28:

- Leiterin: Gianotti Nathalie, assistante sociale
- Weber Benoît, éducateur dipl.
- Da Fonseca Iranete, éducatrice. dipl.

- Lucas Nadia, assistante sociale
- Teutsch Cécile, éducatrice graduée

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
- Limpach Michelle, 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 und porte ouverte

- 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 Jacquie, Sekretariat

Service médical:

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

Methadonprogramm:

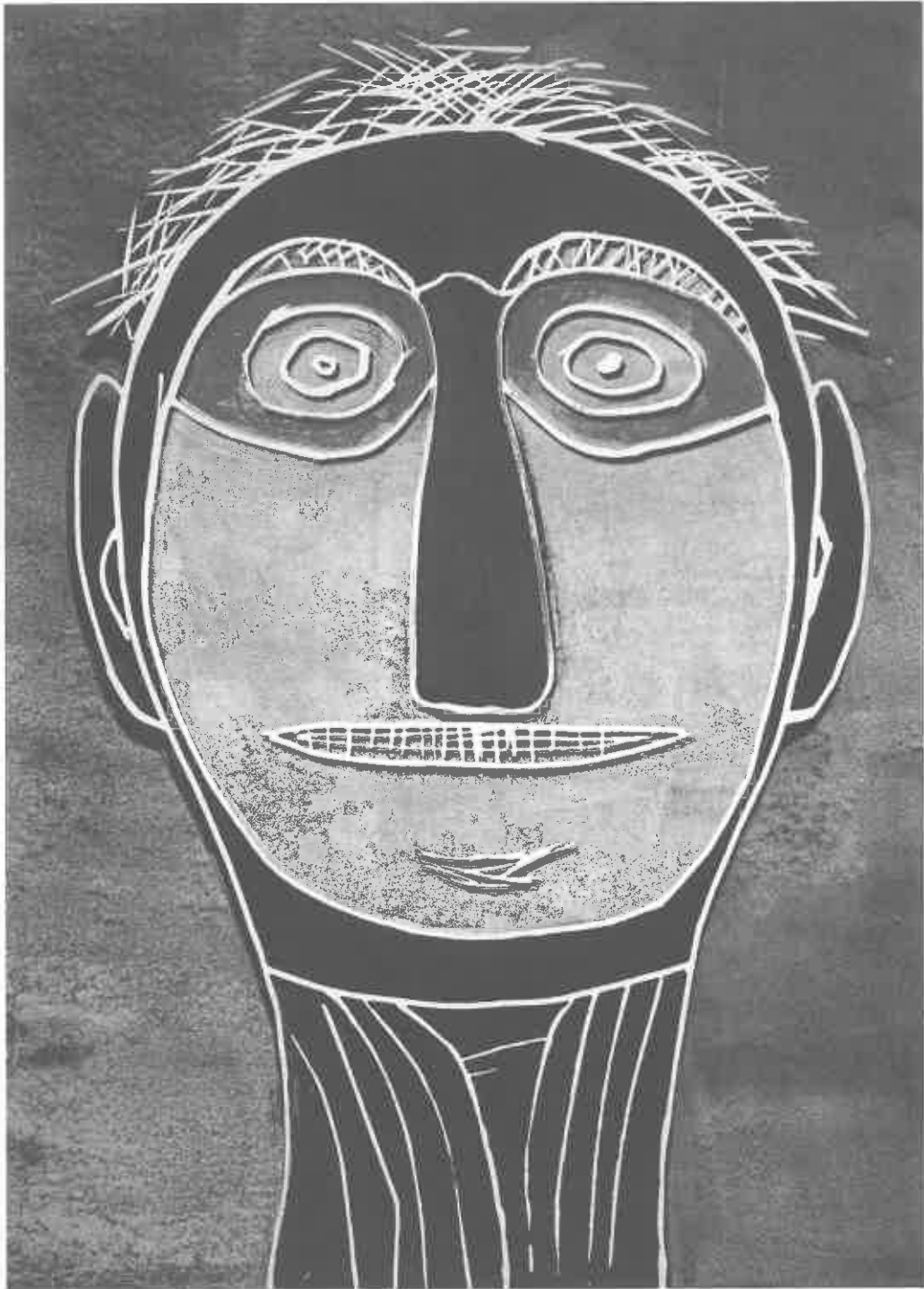
- Leiterin: Moyse Ariane, Dipl.- Psychologin
- André Freddy, Dipl.-Psychologe
- Brünnet Susanne, assistante sociale
- Damjanovic André, infirmier spéc. en anesth.
- Recktenwald Markus, éducateur- instr.
- Neisius Catherine, Sekretariat
- Roesgen Marie- Anne, infirmière dipl. (Programm Esch)
- Schillé Corinne, infirmière psychiatrique (Programm Esch)
- Schneider Daniel, assistant social (Programm Esch)
- Sorgen Werner, assistant social

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.

«Les Niches» und Nachsorgehaus Neudorf:

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



«Portrait» Annibal Bisaro

Tätigkeitsbericht 2007

1. Überblick über Arbeitskonzept und Arbeitsbereiche	7
2. Les offres et structures bas-seuil	9
3. Beratungsstellen Luxemburg, Esch/Alzette und Ettelbrück	13
4. Programme de substitution	19
5. Le Service médical	25
6. Logements accompagnés	29
7. Service parentalité	35
8. Distributeurs de seringues et échange de seringues	41
9. Elternselbsthilfe-Gruppe	43

Carte blanche Atelier Artistique CHNP



«Portrait de femme» Jean-Paul Ley

1. Überblick über Arbeitskonzept und Arbeitsbereiche

1.1. Konzept

Die "Jugend- an Drogenhöllef" 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 Drogenhöllef" 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 Drogenhöllef 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 niederschwelligen, basalen Zielen eine grösstmögliche Zahl an Betroffenen der Zielgruppe aktuell zu erreichen versucht (sanitäre Strategie) und mit seinen mittel- und hochschwelligen Zielen (therapeutische Strategie) demgemäss weniger Betroffene aktuell 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: Spritzentausch (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 (Methadonprogramm)
- 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 2007 folgende Arbeitsbereiche:

a) Die niederschwelligen Angebote: Kontakt28 in Luxemburg-Stadt und „porte ouverte“ in Esch/A.

Aufgabenbereiche:

- niederschwellige Kontaktarbeit
- Basishilfen beim Überleben
- Gesundheitsprävention, Spritzentausch etc.
- Beratungen ohne Terminvereinbarung, Vermittlung in weiterführende Behandlungen
- aufsuchende Arbeit im Gefängnis und in Kliniken

b) Die Beratungsstellen: Luxemburg-Stadt, Esch/Alzette und Ettelbrück

Aufgabenbereiche:

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

c) Das Methadonprogramm („programme de substitution“): Luxemburg und Esch

Aufgabenbereiche:

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

d) 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 niederschwelligen Kontaktstrukturen
- psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung von Klienten der JDH-Dienste

e) Gefängnisarbeit

Aufgabenbereiche:

- psychosoziale Betreuung von inhaftierten Drogenkonsumenten, hauptsächlich, Vorbereitung auf Entlassung

h) Wohnprojekte

Aufgabenbereiche:

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

i) Service parentalité

Aufgabenbereiche:

- Angebot für Eltern mit Drogenproblemen und deren Kinder

j) Leitung und Verwaltung

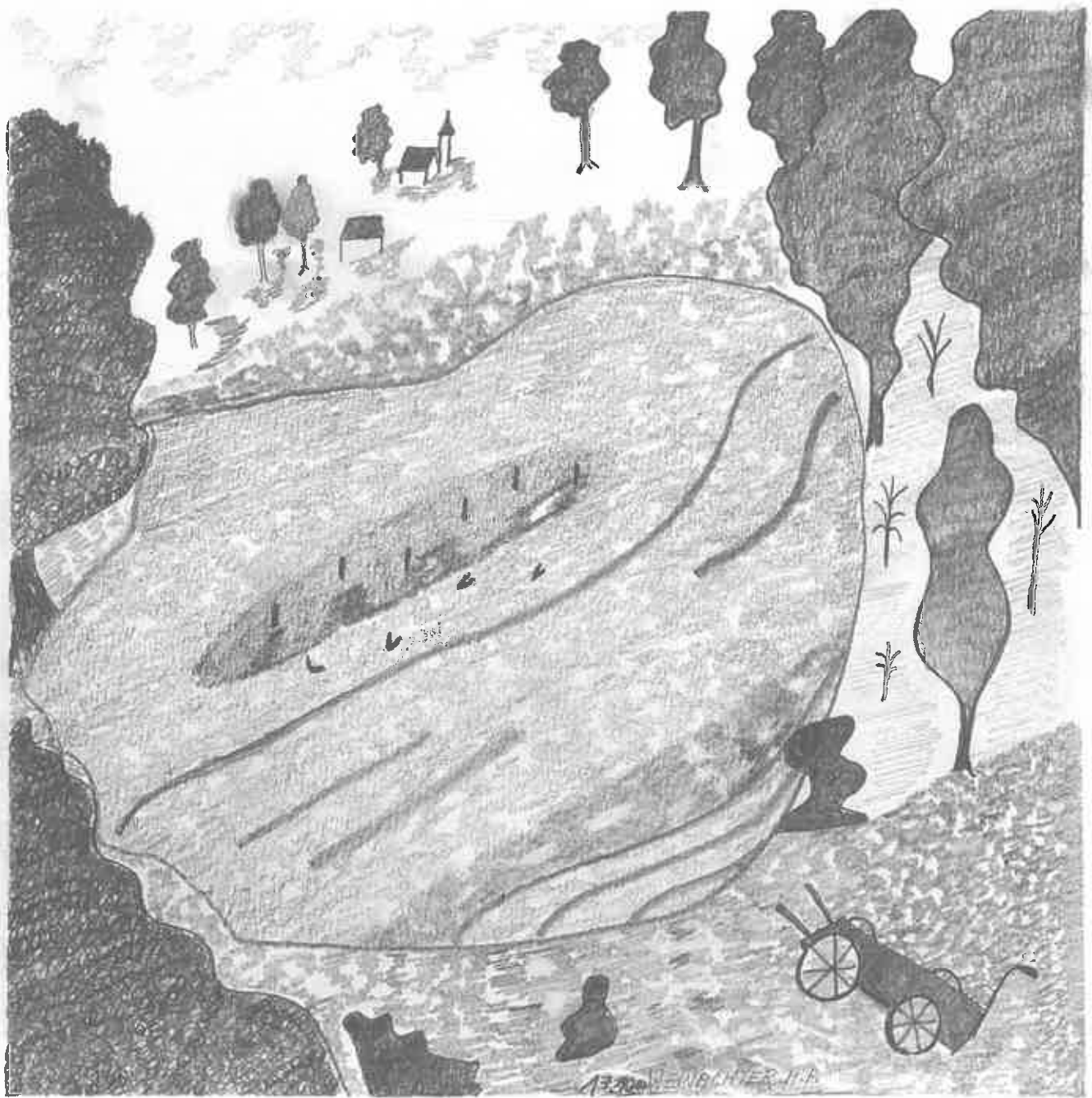
Aufgabenbereiche:

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

Henri Grün

Dipl.-Psychologe, Direktor

VIR
29.04.06



«Landschaft 3» Marie-Paul Weinachter



Structures bas-seuil



2. Les offres et structures bas-seuil: Kontakt 28 (Luxembourg) et Porte Ouverte (Esch/Alzette)

1. Description générale de l'offre bas seuil

La JDH propose des aides élémentaires à la survie du consommateur problématique telles que l'accès gratuit aux boissons, à la nourriture, à l'hygiène, à une salle de repos de même que des interventions visant une réduction des risques. Il s'agit de prévenir les risques de santé les plus évidents (maladies infectieuses, surtout SIDA et hépatites) et d'augmenter la qualité de vie des personnes toxicodépendantes en leur offrant un lieu où il est possible de tisser des liens, de se restaurer, de se laver, de lire ou tout simplement de se reposer.

C'est un lieu d'accueil et de prévention ouvert sur la rue. Il se distingue des centres traditionnels par le fait qu'il est à seuil d'exigence bas.

La conception d'une structure «bas seuil» est aussi d'offrir à des toxicomanes la possibilité de ne pas se tenir à des obligations (prendre des rendez-vous, donner des coordonnées personnelles), car ce sont des exigences qui peuvent être trop exigeantes pour la population spécifique.

A partir de ces offres établissant un contact relationnel sans contrepartie d'engagement, il devient possible de faire passer les messages de prévention susceptibles de faire évoluer une partie des clients en question vers des démarches de soins ultérieurs. Le bas-seuil peut donc aussi être un tremplin pour entreprendre des démarches vers d'autres structures ou interventions: travail social, suivi psychologique, hospitalisation, désintoxication, substitution, hébergement, travail.

Le travail de prévention qui se fait dans les services bas-seuil est centré sur les problèmes de santé. Il s'agit d'attirer l'attention des clients sur les conduites à risques liées à la consommation des drogues. Les rapports sexuels non protégés sont également abordés. Des explications sont données sur l'utilisation des outils de réduction des risques.

2. Le service Kontakt 28 à Luxembourg - Gare

Le Kontakt 28 était ouvert du lundi au vendredi de 9.00 à 13.00 heures. Il y a minimum deux collaborateurs présents pour les permanences. En 2007 faisaient partie de l'équipe du K28 des assistants sociaux, une infirmière et des éducateurs.

Les après-midi sont prévus pour les visites extérieures dans les différentes institutions (prison, hôpitaux,...), pour faire les démarches sociales avec les clients, pour la documentation des interventions et la mise à jour des dossiers.

2.1. Offres psycho-sociales

Tableau 1: Nombre de contacts/vistes et sexe

Sexe	2007		2006	
	N	%	N	%
Hommes	10.417	73	8.295	71
Femmes	3.847	27	3.389	29
Total	14.264	100	11.684	100

Le nombre de contacts a augmenté substantiellement depuis l'année d'avant avec une moyenne de 50 à 60 personnes qui passent quotidiennement dans les locaux et qui profitent donc des offres.

Tableau 2: Age des clients

Âge des clients	2007		2006	
	N	%	N	%
15-18	35	0,25	41	0,40
19-24	2.232	15,5	1.859	16
25-29	3.936	27,5	2.698	23
30-34	3.559	25	3.253	27,8
35-39	3.538	25	2.395	20,5
40-50	930	6,5	1.288	11
>50	34	0,25	150	1,30
Total	14.264	100	11.684	100

La tranche d'âge la plus représentée est celle des 25 à 29 ans. Les clients ayant 30 ans ou plus font 56,75% du total.

Une grande partie du travail effectué au K28 est axée sur le volet psycho-social. L'équipe peut agir au cas par cas et proposer des entretiens afin d'entreprendre des démarches sur différents plans (social, juridique, santé, travail, hébergement, financier). L'objectif principal de ces démarches se résume dans la stabilisation de la situation psycho-sociale des toxico-dépendants.

Dans ce cadre, 999 consultations individuelles (533 en 2006) ont eu lieu avec les clients du K28, dont 274 avec des femmes (227 en 2006) et 725 avec des hommes (306 en 2006) concernant leurs problématiques spécifiques.

L'équipe intervient quotidiennement en situation de crise (overdoses, crises d'angoisses, épilepsies, idées suicidaires, dépression aiguë, conflits,...). Parfois, il devient cependant nécessaire de recourir à des aides extérieures. Ainsi, l'ambulance a dû être appelée 6 fois et la police 5 fois durant toute l'année 2007.

104 actes de soins infirmiers (130 en 2006) ont été pratiqués au bénéfice des usagers.

Les professionnels du K28 se déplacent aussi hebdomadairement dans diverses institutions (hôpitaux et prisons) selon les besoins et les demandes de nos clients. Dans ce cadre, 39 visites ont eu lieu au Centre Pénitentiaire pour 102 entretiens et 44 visites dans les hôpitaux pour 48 entretiens.

2.2. Diminution des risques

En 2007, 53.215 (55.588 en 2006) seringues ont été distribuées, 49.800 seringues utilisées (50.400 en 2006) ont été retournées. Le taux de retour est de 93,6% contre 90,7% en 2006. Malgré le nombre de visites en augmentation, une légère diminution du nombre de seringues distribuées par rapport à l'année précédente est à constater, une évolution que l'on peut aussi constater dans d'autres services. Différentes hypothèses peuvent être avancées pour expliquer cette évolution, dont e.a. un changement dans les habitudes de consommation (diminution de la consommation de cocaïne, qui engendre en général un plus grand nombre d'injections que la consommation d'héroïne).

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. 1.204 feuilles d'aluminium ont été distribuées (766 en 2006). Toujours dans ce cadre, des filtres stériles (stérifilt) ont été distribués afin de limiter les risques d'infection. Approximativement 3.000 préservatifs ont été distribués.

Nathalie Gianotti, assistante sociale

Résumé des objectifs du Kontakt 28

Objectifs spécifiques	Moyens mis en oeuvre	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

3. Le service «porte ouverte» à Esch/Alzette

3.1 Offres psychosociales

Le service bas-seuil de la JDH de Esch a pour nom commun «porte ouverte». La maison de la JDH à Esch située à la rue Saint Vincent est unique dans le sens où elle regroupe tous les services - la porte ouverte, la consultation (psychologues, assistants sociaux), le programme méthadone et le service niches sous un même toit. Occasionnellement, le service médical (1x par semaine) et le service parentalité occupent nos locaux.

La «porte ouverte» se trouve au rez-de-chaussée du bâtiment et est ouverte les jours ouvrables de 8h30 à 12h et de 14h à 17h. Les permanences de cette porte ouverte sont assurées par une équipe composée de 2 mi-temps assistantes sociales (qui sont aussi les A.S. du centre de consultation) et d'une secrétaire. Elle consiste dans l'accueil du public, informations, l'échange de seringues, l'écoute et le conseil des clients, la permanence téléphonique ainsi que la gestion des agendas des collaborateurs au niveau des r.-d.-v.

Tableau 4: Nombre de contacts/visites et sexe

Sexe	2007		2006	
	N	%	N	%
Hommes	4.024	88	4.732	80
Femmes	557	12	1.184	20
Total	4.581	100	5.916	100

On peut constater une baisse des contacts/visites: de 5.916 en 2006 à 4.581 en 2007. Nous interprétons cette baisse comme étant en rapport avec la baisse de consommation de cocaïne, ce qui se montre e.a. dans une baisse du nombre d'échange de seringues et dans une hausse des demandes d'acide ascorbique. Il est possible aussi que le déménagement du service en 2007 et une certaine restriction de l'offre (dans la nouvelle maison il n'y a plus de place pour une machine à laver, une douche ou encore une cuisine pour les clients) ait contribué à cette baisse.

Tableau 5: Âge des clients

Âge des clients	2007	
	N	%
>15	5	0,1
15-19	75	1,6
20-24	687	15
25-29	1.333	29,1
30-34	1.048	22,9
35-39	759	16,6
40-50	609	13,3
über 50	65	1,4
Total	4.581	100

Dans le cadre de la porte ouverte il y a eu 62 entretiens individuels, dont 45 entretiens axés sur des problématiques sociales et 17 entretiens spécifiques sur le sujet de la drogue.

Des activités diverses sont organisées avec les clients comme le «Let's talk about...» qui a lieu une fois par mois. Il s'agit d'une manière d'aborder différents thèmes avec les clients et d'en débattre. Les sujets sont choisis par les clients eux-mêmes ou proposés par les AS.

Des visites en hôpital ou encore en prison sont possibles sur demande des clients eux-mêmes ou de l'institution concernée.

3.2. Diminution des risques

En 2007, le nombre de seringues distribuées était de 47.018 (2006: 57.391) et le taux de retour de 99%. Après les augmentations du nombre de seringues distribuées en 2005 et 2006, il y a eu en 2007 une diminution très nette de 10.373 unités, ce qui fait 18%. C'est une tendance à constater en 2007 au niveau national, et ceci malgré que le nombre de visites/contacts a augmenté. L'hypothèse qui nous semble la plus plausible et que cette tendance est due à un changement dans les habitudes de consommation.

3.3. Travail en réseau

Ce thème est bien sûr important dans tout travail social et encore plus au sein de la JDH Esch. Pour rappel, la JDH Esch regroupe sous un même toit différents services; ce qui constitue la base d'une collaboration efficace entre ces services et notre public. En effet, le suivi pluridisciplinaire permet d'aborder «le toxicomane» sous toutes ses facettes.

Dès «la porte ouverte», les clients peuvent, s'ils le désirent, être orientés vers les psychologues ou A.S. de la maison. (35% des nouveaux clients du service consultation Esch ont été orientés par le service bas-seuil Esch). Les réunions d'équipe permettent un échange régulier sur le travail interne avec les clients. Aussi, un travail en réseau est effectué avec les services externes à la JDH: foyer de nuit, Stëmm vun der Strooss ou autres services de la région de Esch,...

Anne Dupont, assistante sociale, Anja Christen, assistante sociale, Michelle Limpach, Statistiques



Beratungsstellen



3. Die Beratungsstellen: Luxemburg, Esch/Alzette und Ettelbrück

Die drei Beratungsstellen der JDH arbeiten in Luxemburg, Esch und Ettelbrück und spiegeln das Anliegen wieder, unser Angebot dezentral und klientennah zu gestalten. Die Beratungsstellen arbeiten selbstständig und haben aufgrund ihrer unterschiedlichen räumlichen und personellen Ausstattung ihre Besonderheiten. Die Beratungsstellen verfügen über insgesamt sechs Mitarbeiter (3 Frauen und 3 Männer), davon sind 3 Dipl.-Psychologen/-innen, 2 Dipl.-Pädagogen und 1 Dipl.-Sozialarbeiterin. Alle Mitarbeiter haben Zusatzausbildungen in einem oder mehreren beraterischen bzw. psychotherapeutischen Verfahren abgeschlossen: klientenzentrierte Gesprächstherapie, integrative Gestalttherapie, systemische Therapie, lösungsorientierte Kurzzeittherapie, Traumatherapie. Die Mitarbeiter der Beratungsstellen arbeiten teamübergreifend an unterschiedlichen Orten und haben regelmässig gemeinsame Interventionen und Supervisionen. Je nach Anfrage des Klienten und Problemstellung werden Einzel-, Paar- oder Familiengespräche angeboten. Abhängig von der Situation arbeiten die Kollegen allein oder zu zweit. Besuche im Gefängnis und/oder in Kliniken werden nach Absprache mit dem Klienten und dem zuständigen Personal vor Ort durchgeführt. Falls es für den Klienten nützlich scheint, wird eine Zusammenarbeit mit anderen Angeboten der JDH oder mit externen Partnern angestrebt. Grundbedingung dieser Zusammenarbeit ist die Einhaltung der Schweigepflicht und die Einbeziehung des Klienten in die Gestaltung der Arbeitsschritte. Viel Wert wird auf die Anwesenheit der Klienten bei Gesprächen mit anderen Akteuren des Netzwerkes gelegt.

1. Beratungsstelle Luxemburg

1.1. Allgemeines zur Beratungsstelle Luxemburg

Die Beratungsstelle ist in einer grossen, renovierten Villa in der rue d'Anvers untergebracht, in der auch noch weitere Dienste der JDH arbeiten. Die Öffnungszeiten waren im Jahr 2007 von 9.00-13.00 und von 14.00-18.00 Uhr. Auf Anfrage fanden regelmässig Gespräche ausserhalb dieser Zeiten statt, früh morgens, in der Mittagsstunde oder abends. Im Jahr 2007 hatte die Beratungsstelle folgendes Personal zur Verfügung: 3 Dipl.-Psychologen/-innen, 1 Dipl.-Pädagoge, 1 Sozialarbeiterin (insgesamt 76 Wochenstunden) sowie eine Sekretärin. Alle Mitarbeiter arbeiteten auch noch in anderen Teams der JDH.

1.2. Angaben zu den Klienten/-innen

2007 wurden 224 Klienten/-innen bzw. Paare oder Familien betreut (2006: 213).

Tabelle 1: Gesamtzahl und Geschlecht der Klienten/-innen

Geschlecht	2007		2006	
	N	%	N	%
Männlich	138	61,5	125	58,5
Weiblich	77	34,5	85	40
Paare	9	4	3	1,5
Total	224	100	213	100

Tabelle 2: Klienten Neuzugänge/Vorjahr/Alt

Klienten Neu/Vorjahr/Alt	2007		2006	
	N	%	N	%
Neuzugänge	122	54,5	108	51
Vorjahr	70	31	74	35
Alt >1 Jahr	32	14,5	31	14
Total	224	100	213	100

Tabelle 3: Alter der Klienten/-innen

Alter	2007		2006	
	N	%	N	%
< 20	13	5,5	8	4
20-24 Jahre	36	16	37	17,5
25-29 Jahre	47	21	41	19
30-34 Jahre	31	14	34	16
35-39 Jahre	26	11,5	30	14
> 40 Jahre	71	32	63	29,5
Total	224	100	213	100

Tabelle 4: Grund der Betreuung

Grund der Betreuung	2007		2006	
	N	%	N	%
Heroïnabhängigkeit, Polytoxikomanie	118	52,5	102	48
Konsum von Angehörigen	43	19	42	20
Psychosoziale Probleme ohne akute Abhängigkeit	21	9,5	18	9
Amphetamine / Kokain	13	6	7	3
Cannabis	9	4	24	11
Alkohol	8	3,5	7	3
Nachsorge	7	3	8	4
Anderer (Psychoph., Bulemie)	5	2,5	5	2
Total	224	100	213	100

Tabelle 5: Nationalität der KlientInnen

Nationalität	2007		2006	
	N	%	N	%
Luxemburgisch	138	61,5	128	60
Portugiesisch	36	16	37	17
Französisch	12	5,5	10	5
Deutsch	11	5	7	3
Italienisch	8	3,5	7	3
Belgisch	7	3	6	3
Anderer	12	5,5	16	8
Unbekannt	0	0	2	1
Total	224	100	213	100

Tabelle 6: Wohnregion der Klienten/-innen

Wohnregion	2007		2006	
	N	%	N	%
Zentrum	130	58	118	55
Süden	42	19	43	20
Norden	15	6,5	25	12
Osten	20	9	14	7
Ausland	16	7	11	5
Unbekannt	1	0,5	2	1
Total	224	100	213	100

1.3. Beratungs- und Therapiesitzungen

Tabelle 7: Gesamtzahl und Art der Beratungs- und Therapiesitzungen

Art der Sitzungen	2007		2006	
	N	%	N	%
Einzelsitzungen	890	82	808	85
Mit Familien/Partnern oder anderen Dritten	191	18	136	15
Total	1081	100	944	100

Tabelle 8: Ort der Sitzungen

Ort der Sitzungen	2007		2006	
	N	%	N	%
In der Beratungsstelle	957	88,5	838	89
Ausserhalb	124	11,5	106	11
Total	1081	100	944	100

1.4. Prävention

Aids- und Hepatitisprävention ist ein wichtiges Anliegen im Angebot der Beratungsstelle. Sowohl durch spezifische Gespräche mit dem Klienten als auch durch Bereitstellung von Informationsmaterial und von Präservativen machen wir unsere Klientel auf Risikoverhalten aufmerksam und sensibilisieren für Schutzmassnahmen.

1.5. Öffentlichkeitsarbeit

Mitarbeiter der Beratungsstelle nahmen an öffentlichen Veranstaltungen teil, wie z.B. dem Gesundheitstag des CPA in Givenich. Ebenso waren Mitarbeiter präsent bei öffentlichen Diskussionsabenden im Rahmen von Prävention. Auch wurden Mitarbeiterinnen von verschiedenen Service-Clubs eingeladen um die Jugend- an Drogenhëllef mit ihren verschiedenen Angeboten vorzustellen. Mit dem «Pärverband Hesper» fand 2007 ein intensiver Austausch statt. Die JDH wurde 2006/2007 als Empfänger einer substantiellen Spende von diesem Pfarrverband ausgesucht. Um den Sinn der Spende zu vermitteln waren Mitarbeiter der Beratungsstelle im Kommuniionsunterricht, bei Gottesdiensten, beim Adventsbazar, usw. präsent um die kleinen sowie die grossen Pfarrmitglieder für den Umgang mit Suchtmitteln zu sensibilisieren und über die verschiedenen Facetten der Drogenproblematik zu informieren. Interviews mit Radio und Presse fanden ebenfalls statt.

1.6. Kooperation

- Im Rahmen des Netzwerkes «Travail social, qualité de vie et solidarité», welches soziale Organisationen verbindet, die auf dem Gebiet der Stadt Luxemburg arbeiten, kam es zu regelmässigen Treffen mit dem Ziel, die Qualität der Netzwerkarbeit und Kooperation zu verbessern.
- Die Kooperation mit anderen Einrichtungen, wie z.B. Kliniken, niedergelassenen Ärzten, Arbeitshilfemassnahmen, usw. blieb weiterhin ein wichtiger und fester Bestandteil unserer Arbeit. Ebenso war uns der Kontakt und Austausch mit den anderen Einrichtungen aus dem Drogenbereich, wie Syrdallschlass Manternach, wichtig.
- Der Elternkreis Drogenhilfe nutzt seit 2007 unsere Räumlichkeiten für ihre regelmässigen gemeinsamen Treffen und hatte mehrere gezielte Anfragen an die Jugend- und Drogenhëllef.
- MitarbeiterInnen der Beratungsstelle Luxemburg nahmen im Jahre 2007 an Weiterbildungsseminaren teil, welche von verschiedenen Institutionen aus dem psychosozialen Bereich organisiert wurden.

Gaby Damjanovic, Diplom-Psychologin
Cathy Neisius, Statistiken und Sekretariat

2. Beratungsstelle Esch/Alzette



Unser neues Lokal in Esch

2.1. Allgemeines zum Escher Haus

- Das Jahr 2007 war für die JDH Esch das Jahr des Umzugs. Seit Ende Januar 2007 sind wir in den neuen Räumlichkeiten in der 11, rue St. Vincent untergebracht. Innerhalb dieses ersten Jahres im neuen Haus arbeiteten wir vom Konzept her ähnlich wie in den Jahren zuvor im alten Haus.
- Die Öffnungszeiten für die Klienten sind gleichgeblieben. Wir sind von Montags bis Freitags von 8.30h bis 12.00h und von 14.00h bis 17.00h immer telefonisch und im Haus direkt zu erreichen. Ausserhalb dieser festen Öffnungszeiten werden Gesprächstermine angeboten morgens früh, in der Mittagszeit oder am frühen Abend.
- Es gibt eine enge Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Teams im Haus. Es sind dies:
 - das Team «Beratung» mit zwei Pädagogen und einer Psychologin (insgesamt ca 60 Wochenstunden)
 - das Team «accueil» bestehend aus zwei Sozialarbeiterinnen (insgesamt 40 Stunden) und einer Sekretärin (12 Stunden). Diese garantieren den Empfang und die Begleitung der «niederschweligen Klientel» im Haus, sind zuständig für den Spritzentausch und die Betreuung des «offenen Bereichs» (siehe hierzu Kapitel 1. in diesem Jahresbericht «Les offres bas-seuil»). Ausserdem garantieren sie den Empfang der Personen mit «rendez-vous», sowie die Telefonpermanence. Zusätzlich sind die Sozialarbeiterinnen für einen Teil der Klienten der Beratungsstelle und des Methadonprogramms zuständig. Die Sekretärin hat zudem zusammen mit einer Kollegin den administrativen Teil der Arbeit als Arbeitsbereich
 - das Team «Methadon» setzt sich aus 3 Mitarbeitern mit jeweils 20 Wochenstunden zusammen. Während der Öffnungszeiten des Programms Montags bis Freitags von 8h30 bis 12h garantieren diese die Organisation und den Ablauf der Substitution
 - der Allgemeinarzt stand für einen Tag/Woche für das Escher Haus zur Verfügung – vornehmlich in enger Zusammenarbeit mit dem Methadonteam
 - der service «les niches» war durch eine Mitarbeiterin (20 Stunden) im Haus fest vertreten, andere Mitarbeiter kamen zeitweise hinzu. Der service «parentalité» bot unregelmässig fest vereinbarte Termine im Haus an.



Eröffnung in Anwesenheit des Gesundheitsministers
(Januar 2007)

2.2. Angaben zu den Klienten/-innen

Tabelle 1: Gesamtzahl und Geschlecht der Klienten/-innen

Geschlecht	2007		2006	
	N	%	N	%
männlich	133	66,5	100	54
weiblich	67	33,5	84	46
Total	200	100	184	100

Tabelle 2: Klienten Neuzugänge/Alt

Klienten Neu/Alt:	2007		2006	
	N	%	N	%
Neuzugänge	112	56	68	37
Vorjahr/Alt	88	44	116	63
Total	200	100	184	100

Tabelle 3: Alter der Klienten/-innen

Alter	2007		2006	
	N	%	N	%
unter 15	1	0,5	0	0
15-19	12	6	8	4,5
20-24	32	16	29	15,5
25-29	33	16,5	42	23
30-34	29	14,5	23	12,5
35-39	26	13	30	16
40-50	50	25	31	17
über 50	17	8	21	11,5
Total	200	100	184	100

Tabelle 4: Grund der Betreuung

Art des Drogenkonsums bzw. Grund der Betreuung	2007		2006	
	N	%	N	%
Heroinabhängigkeit/ Polytoxikomanie	126	63	103	56
Konsum von Angehörigen	30	15	26	14
Psychische/psychiatrische Probleme	17	8,5	20	11
Cannabis	14	7	20	11
Alkohol	6	3	4	2
Kokain und Heroin	6	3	1	0,5
Nachbetreuung	5	2,5	9	5
Medikamente	1	0,5	1	1,5
Halluzinogene/Sedativa	1	0,5	0	0
Total	200	100	184	100

Tabelle 5: Nationalität der Klienten/-innen

Nationalität	2007		2006	
	N	%	N	%
Luxemburgisch	140	70	134	73
Portugiesisch	25	12,5	27	14,5
Französisch	10	5	4	2
Italienisch	8	4	8	4,5
Deutsch	4	2	7	4
Belgisch	3	1,5	1	0,5
Andere	10	5	3	1,5
Unbekannt	0	0	0	0
Total	200	100	184	100

Tabelle 6: Wohnregion der Klienten/-innen

Wohnregion	2007		2006	
	N	%	N	%
Süden	173	86,5	149	81
Grenzregion	12	6	0*	0
Zentrum	4	2	10	5,5
Norden	2	1	3	1,5
Osten	2	1	2	1
Westen	1	0,5	0	0
unbekannt	6	3	20*	11
Total	200	100	184	100

* 2006 wurde die Kategorie «Grenzregion» noch unter «unbekannt» gezählt.

2.3. Beratungs- und Therapiesitzungen

Tabelle 7: Gesamtzahl und Art der Beratungs- und Therapiesitzungen

Art der Sitzungen	2007		2006	
	N	%	N	%
Einzel Sitzungen	600	77	701	93
Mit Familien/Partnern	139	18	50	7
Mit Dritten	37	5	*	*
Total	776	100	751	100

* keine Zahlen verfügbar für 2006

Tabelle 8: Ort der Sitzungen

Ort der Sitzungen	2007		2006	
	N	%	N	%
In der Beratungsstelle	761	98	*	*
Ausserhalb	15	2	*	*
Total	776	100	751	100

* keine Zahlen verfügbar für 2006

2.4. Kooperation

- Im Bereich der Suchtprävention ist ein Mitarbeiter in der Vereinigung «Kanner staark maachen» engagiert, die in Zusammenarbeit mit der ENEPS (Ecole nationale de l'éducation physique

et des sports) und dem CePT (Centre de prévention des toxicomanies) 2005 gegründet wurde. Diese Vereinigung hat sich zum Ziel gesetzt, Erwachsene dabei zu unterstützen suchtpreventive Methoden bei Kindern und Jugendlichen im Sport einzusetzen. Die JDH unterstützt die Arbeit durch ihre fachliche Kompetenz bei der Ausarbeitung von Konzepten und der Organisation von Veranstaltungen.

- Das Engagement der JDH im Rahmen des nationalen Aidskomitees (Comité de surveillance du SIDA) dauert bereits seit über 15 Jahren an. Dieses Komitee trifft sich in der Regel alle 4-6 Wochen. Einzelheiten sind dem Aktivitätsbericht (www.Santé.lu) zu entnehmen.
- Die Zusammenarbeit mit der Escher Gemeinde und anderen sozialen Einrichtungen funktioniert seit 5 Jahren ausgezeichnet. Seit etwa 2 Jahren finden regelmässige Versammlungen zwischen den sozialen Einrichtungen statt, die in Esch arbeiten. Ziel ist eine bessere Vernetzung im Hinblick auf die Betreuung der Klientel. Der regelmässige Austausch ermöglicht zum einen die aktuelle Wirklichkeit der einzelnen Dienste besser kennen zu lernen. Durch die Teilnahme der Gemeindeverantwortlichen ist es aber auch möglich, neue Perspektiven direkt mit diesen zu diskutieren.

2.5. Öffentlichkeitsarbeit

Mitarbeiter des Escher Hauses nahmen an verschiedenen öffentlichen Veranstaltungen teil, die zum Thema Drogen und Sucht von unterschiedlicher Seite organisiert wurden (tables rondes u.ä.). Zu notieren ist auch die Teilnahme mit einem Informationsstand an den Gesundheitstagen in Dudelange (Juni 2007).

Günter Bwersi, Diplom-Pädagoge

3. Beratungsstelle Ettelbrück

3.1. Allgemeines zur Beratungsstelle Ettelbrück

Die Ettelbrücker Beratungsstelle ist in einem von der Gemeinde angemieteten, renovierten Lokal untergebracht. Präsent sind jeweils 2 Mitarbeiter (Diplom-Psychologen/-innen) an 3 Tagen in der Woche, in der übrigen Zeit werden die Termine für Ettelbrück über die Zentrale in Luxemburg vergeben. Das Angebot der Beratungsstelle beschränkt sich auf Beratungs- und Therapiegespräche auf rendez-vous. Ein niederschwelliges Angebot mit Spritzentausch ist zur Zeit aufgrund der Personalausstattung und der Räumlichkeiten nicht möglich, obwohl ein solches in der «Nordstaad» sicherlich sinnvoll wäre.

3.2. Angaben zu den Klienten/-innen

Geschlecht	2007		2006	
	N	%	N	%
männlich	31	58,5	41	62
weiblich	21	39,5	23	35
Paare	1	2	2	3
Total	53	100	66	100

Tabelle 2: Klienten Neuzugänge/Alt

Klienten Neu/Alt	2007	
	N	%
Neuzugänge	27	51
Vorjahr/Alt	16	30
Alt	10	19
Total	53	100

Tabelle 3: Alter der Klienten/-innen

Alter	2007		2006	
	N	%	N	%
<16	1	2	0	0
16-17	2	4	5	7,5
18-19	2	4	5	7,5
20-24	12	22,5	15	23
25-29	10	19	9	13,5
30-34	8	15	9	13,5
35-39	6	11	4	6
40-44	8	15	13	20
45-49	2	3,75	2	3
>49	2	3,75	4	6
Total	53	100	66	100

Tabelle 4: Grund der Betreuung

Grund der Betreuung	2007		2006	
	N	%	N	%
Heroinabhängigkeit, Polytoxikomanie	29	55	31	47
Cannabis	7	13	15	23
Konsum von Angehörigen	7	13	10	15
Kokain	4	7,5	0	0
Psychosoziale Probleme ohne akute Abhängigkeit	3	5,5	3	4,5
Alkohol	1	2	3	4,5
Nachsorge	0	0	2	3
Andere	2	4	2	3
Total	53	100	66	100

Tabelle 5: Nationalität der Klienten/-innen

Nationalität	2007		2006	
	N	%	N	%
Luxemburgisch	36	68	42	64
Portugiesisch	11	21	17	26
Französisch	0	0	2	4
Deutsch	0	0	1	1
Belgisch	2	4	1	1
Italienisch	1	2	1	1
Andere	3	5	2	3
Total	53	100	66	100

Tabelle 6: Wohnregion der Klienten/-innen

Wohnregion	2007		2006	
	N	%	N	%
Norden	45	85	60	91
Zentrum	2	4	4	7
Osten	6	11	1	1
Süd	0	0	1	1
Total	53	100	66	100

3.3. Beratungs- und Therapiesitzungen

Tabelle 7: Gesamtzahl und Art der Beratungs- und Therapiesitzungen

Art der Sitzungen	2007		2006	
	N	%	N	%
Einzel Sitzungen	274	84	256	83
Mit Familien/Partnern oder Drittpersonen	52	16	54	17
Total	326	100	310	100

Tabelle 8: Ort der Sitzungen

Ort der Sitzungen	2007		2006	
	N	%	N	%
In der Beratungsstelle	317	97	295	95
Ausserhalb	9	3	15	5
Total	326	100	310	100

3.4. Kooperation

- Die Mitarbeiter hatten regelmässige Kontakte mit dem Personal der Klinik St-Louis (und deren Tagesklinik), mit welcher wir eine «convention de collaboration» abgeschlossen haben, ebenso wie mit den in Ettelbrück niedergelassenen Psychiatern und Allgemeinärzten.
- Auch mit dem CHNP (BU5) wurden regelmässige Gespräche geführt in Bezug auf Orientierung, weitere Begleitung, usw. der KlientInnen.
- Zur Vernetzungsarbeit gehörten auch die Treffen mit den regionalen Vertretern der verschiedenen Sozialämter, Arbeitsbeschaffungsmassnahmen, usw. Ein Informationsaustausch über die jeweiligen Arbeitsweisen mit der Ettelbrücker Polizei fand ebenfalls statt.

Gaby Damjanovic, Diplom-Psychologin
Cathy Neisius, Statistiken und Sekretariat



Programme de substitution



4. Programme de substitution

Le programme de substitution de la JDH, lancé en 1989, a plusieurs objectifs: diminution de la consommation de produits psychotropes, amélioration de la santé physique et psychique, diminution du taux de mortalité par overdoses, diminution de la criminalité, réinsertion sociale. Il propose une substitution à l'héroïne, principalement par la méthadone, combinée à un cadre structuré, un travail relationnel et une prise en charge médicale, psychologique et sociale. A noter que le programme de la JDH se distingue du reste du programme national de substitution par le fait qu'il est mis en pratique par des équipes multidisciplinaires, s'orientant aux recommandations internationales au niveau des standards de qualité et de bonnes pratiques en la matière.

En 2007, la fondation JDH avait un centre de substitution à Luxembourg-ville et à Esch/Alzette, tandis qu'une partie des participants allait prendre leur méthadone dans une pharmacie ou au BU5 du CHNP.

1. Données sur les clients

a) Nombre de clients et sexe

Clients	2007		2006	
	N	%	N	%
Hommes	79	69,9	71	68
Femmes	34	30,1	34	32
Total	113	100	105	100

En 2007, le programme de substitution a dénombré 113 participants ce qui constitue une légère hausse par rapport à 2006 (105 clients). 69,9% (79 clients) étaient des hommes et 30,1 % (34 clientes) des femmes.

37 personnes ont commencé le programme en 2007, alors que 47 personnes participent au programme depuis au moins 5 ans. La moitié des clients a des enfants.

b) Âge des clients

Catégories d'âge	2007		2006	
	N	%	N	%
20 à 24 ans	10	8,8	5	4,8
25 à 29 ans	21	18,6	18	17,1
30 à 34 ans	19	16,8	24	22,9
35 à 39 ans	19	16,8	21	20
40 ans ou plus	44	38,9	37	35,2
Total	113	100	105	100

La tendance du vieillissement de la population du programme de substitution se renforce encore 2007 puisque 44 clients (38,9%) ont plus de 40 ans et plus de la moitié des clients (55,7%) ont plus de 35 ans.

c) Nationalité

Nationalité	2007		2006	
	N	%	N	%
Luxembourgeoise	80	70,8	78	74,3
Portugaise	18	15,9	15	14,3
Italienne	4	3,5	5	4,8
Allemande	3	2,7	3	2,9
Iran	2	1,8	0	0
Française	2	1,8	3	2,9
Belge	2	1,8	0	0
Yougoslavie	1	0,9	0	0
Cap verdienne	1	0,9	1	1
Total	113	100	105	100

La grande majorité de nos clients (70,8%) reste de nationalité luxembourgeoise, suivie par les Portugais (15,9 %).

d) Lieu de résidence

Lieu de résidence	2007		2006	
	N	%	N	%
Sud	66	58,4	60	57
Centre	28	24,8	24	23
Nord	11	9,7	16	15
Est	7	6,2	3	3
Ouest	1	0,9	0	0
France	0	0	1	1
Inconnu	0	0	1	1
Total	113	100	105	100

Plus de la moitié des clients vit au sud du pays (58,4%).

e) Etat-civil

Etat civil	2007		2006	
	N	%	N	%
Célibataire	66	58,4	72	68,6
Relation stable non marié(e)	25	22,1	10	9,5
Marié(e)	14	12,4	13	12,4
Divorcé(e)	7	6,2	8	7,6
Marié(e) mais vivant séparé(e)	1	0,9	1	1
Veu(f)ve	0	0	1	1
Total	113	100	105	100

Plus de la moitié des clients sont célibataires (58,4%), tandis que 34,5 % sont mariés ou ont un partenaire fixe.

f) Domicile

Domicile, avec qui?	2007		2006	
	N	%	N	%
Seul	40	35,4	43	41
Avec le partenaire et enfants	21	18,6	13	12,4
Avec les parents	18	15,9	12	11,4
Avec le partenaire	17	15	21	20
Seul avec enfants	4	3,5	8	7,6
Avec parents et enfants	3	2,7	2	1,9
Avec amis et connaissances	2	1,8	1	1
Avec autres consommateurs	1	0,9	0	0
Avec amis et enfants	0	0	1	1
Autres	5	4,4	1	1
Inconnu	2	1,8	3	2,9
Total	113	100	105	100

f.1.) Domicile: avec qui ?

Domicile: avec qui?	2007		2006	
	N	%	N	%
Seul	40	35,4	43	41
Avec le partenaire et enfants	21	18,6	13	12,4
Avec les parents	18	15,9	12	11,4
Avec le partenaire	17	15	21	20
Seul avec enfants	4	3,5	8	7,6
Avec parents et enfants	3	2,7	2	1,9
Avec amis et connaissances	2	1,8	1	1
Avec autres consommateurs	1	0,9	0	0
Avec amis et enfants	0	0	1	1
Autres	5	4,4	1	1
Inconnu	2	1,8	3	2,9
Total	113	100	105	100

Un tiers des clients (35,4%) loge seul et un autre tiers vit avec un partenaire (33,6%). On constate également que 18,6% des personnes habitent chez leurs parents. 28 personnes (24,8 %) vivent avec leurs enfants. Si l'on sait que 56 clients (49,6%) ont des enfants, on voit que la moitié de ceux-ci vivent avec leurs enfants.

f.2) Domicile: comment ?

Domicile: comment?	2007		2006	
	N	%	N	%
Logement stable	95	84,1	84	80,0
Logement instable	2	1,8	10	9,5
En institution: hôpital	1	0,9	0	0,0
En institution: thérapie	1	0,9	2	1,9
En institution: prison	0	0	0	0,0
Autres	11	9,7	7	6,7
Inconnu	3	2,7	2	1,9
Total	113	100	105	100

La grosse majorité des participants au programme de substitution (84,1%) a un logement stable. Le pourcentage a augmenté par rapport à 2006 (80%).

f.3) Domicile: où ?

Domicile: où?	2007		2006	
	N	%	N	%
Propre logement	73	64,6	71	67,6
Logement d'autrui	22	19,5	16	15,2
En foyer	9	8	8	7,6
En communauté	3	2,7	2	1,9
Autres	3	2,7	3	2,9
Inconnu	3	2,7	5	4,8
Total	113	100	105	100

Pratiquement deux tiers des clients (64,6%) vivent dans leur propre logement acheté ou loué. Ce qui signifie aussi qu'un tiers ne possède pas de logement propre.

g. Activité professionnelle et source de revenus

g.1.) Activité professionnelle

Activité professionnelle	2007		2006	
	N	%	N	%
Sans emploi	47	41,6	50	47,6
Emploi stable	37	32,7	26	24,8
ATI - mise au travail	9	8	11	10,5
Activité ménagère	7	6,2	6	5,7
Retraite, pension d'invalidité	4	3,5	5	4,8
Emploi ponctuel ou temporaire	2	1,8	4	3,8
En formation, études	2	1,8	1	1,0
Inconnu	4	3,5	0	0,0
Autres	1	0,9	2	1,9
Total	113	100	105	100,0

Plus d'un tiers de clients du programme de substitution (41,6%) n'a pas d'emploi tandis qu'un tiers indique avoir un emploi stable.

g.2.) Source principale de revenu

Source principale de revenu	2007		2006	
	N	%	N	%
RMG/RMI/Chômage	46	40,7	56	53,3
Salaire	36	31,9	25	23,8
Pas de revenu	10	8,8	6	5,7
Aide par les parents	7	6,2	5	4,8
Pension pour invalidité	4	3,5	4	3,8
Aide par le partenaire	2	1,8	4	3,8
Prostitution	1	0,9	2	1,9
Aides sociales	1	0,9	0	0,0
Réserves, économies, héritage	0	0	1	1,0
Sources de revenus illégales	0	0	1	1,0
Pension	0	0	1	1
Inconnu	5	4,4	0	0
Autre	1	0,9	0	0
Total	113	100	105	100,0

40,7% des clients vivent du RMG ou du chômage. Ce chiffre a baissé par rapport à 2006 (53,3 %), tandis que le pourcentage de personnes touchant un salaire a augmenté par rapport à l'année précédente (2006: 23,8% 2007: 31,9%).

2. Répartition des clients selon les lieux de distribution

Lieu de distribution	N	%
JDH Luxembourg	52	46
JDH Esch	28	24,8
Pharmacies ou BU5 (CHNP)	33	29,2
Total	113	100

Presque la moitié des clients (46 %) sont allés chercher leur méthadone à la JDH Luxembourg, tandis qu'un quart (24,8 %) sont allés en distribution à la JDH Esch et le reste (29,2 %) a reçu sa méthadone en dehors des locaux de la JDH c'est-à-dire au CHNP ou en pharmacie. A noter que le nombre de clients dans la distribution Esch est limitée à 20.

3. Sorties du programme

Sortie du programme	2007		2006	
	N	%	N	%
Abandon	22	43	17	60,7
Transfert	10	20	5	17,9
Traitement achevé	8	16	3	10,7
Convenance	6	12	3	10,7
Prison	1	2	0	0
Décès par mort naturelle	1	2	0	0
Exclusion	3	6	0	0
Total	51	100	28	100

En 2007, 51 personnes ont quitté le programme. La majorité (43%) ont abandonné c'est-à-dire qu'ils ne sont plus venus à la distribution de méthadone. 20% ont été transférés vers un médecin hors programme, un hôpital ou une thérapie stationnaire. 16 % ont achevé leur traitement ce qui signifie qu'ils ont pu arrêter la prise de méthadone.

Le nombre plus élevé de sorties en 2007 (51) par rapport à 2006 (28) s'explique par le fait que certains clients ont été pris en charge en dehors du programme de substitution de la JDH, soit parce qu'ils étaient assez stabilisés, soit parce qu'ils n'avaient plus de demande de prise en charge.

4. Prise en charge des clients

En 2007, 7195 contacts entre l'équipe du programme de substitution et les clients qui sont venus chercher leurs doses de méthadone à la distribution de la JDH Luxembourg (4262 contacts) et de la JDH Esch (2933 contacts) ont eu lieu. Chaque contact est une occasion d'aider à construire une relation stable avec le client, ressource importante pour le travail thérapeutique. Certains clients viennent tous les jours en distribution, tandis que les clients stabilisés reçoivent de la méthadone à emporter et ne viennent que une, deux ou trois fois par semaine selon les cas. En dehors de ce travail relationnel informel, toute une série d'entretiens et de démarches ont été réalisés (voir tableau).

Type d'entretien	2007		2006	
	N	%	N	%
Entretien psychologique/ de soutien	486	28,43	366	22
Intervention lors de la distribution	283	16,5	408	24,5
Consultation par téléphone (> 15 min)	225	13,16	118	7
Entretien social	180	10,53	137	8,5
Aspects pratiques concernant la distribution	93	5,44	186	11,5
Entretien avec tierce personne sans le client	71	4,15	76	4,5
Bilan régulier	69	4,03	45	3
Parentalité avec le client	67	3,92	53	3
Contrat	59	3,45	41	2,5
Intervention de crise	42	2,45	60	3,5
Entretien avec le client et tierce personne	42	2,45	41	2,5
Bilan irrégulier	24	1,4	16	1
Autres	23	1,34	14	1
Soins infirmiers	14	0,82	17	1
Entretien familial	9	0,52	14	1
Parentalité avec le client et tierce personne	9	0,52	8	0,5
Entretien en vue d'une admission	7	0,4	39	2
Accompagnement pour démarche extérieure	6	0,35	18	1
Total	1709	100	1657	100

Le tableau nous montre que le nombre d'entretiens a légèrement augmenté par rapport à 2006 (2006: 1657 ; 2007: 1709). Plus d'un quart (28,43%) des entretiens sont de nature psychologique ou de soutien suivis par les interventions lors de la distribution (16,55 %). Ceci nous montre que la plus grande demande des clients est de parler de leur vécu ou de leurs préoccupations avec des membres de notre équipe. Certains de ces entretiens ont eu lieu pendant les contacts lors de la distribution. Le travail en réseau c'est-à-dire les contacts par téléphone ou en réunion avec nos partenaires sociaux ou médicaux, n'apparaît pas dans le tableau, mais il prend une place non négligeable dans le travail de l'équipe puisque les clients sont souvent suivis par plusieurs professionnels.

Ariane Moyse, psychologue dipl.
Catherine Neisius, secrétariat et statistiques

Ce que la métha „donne“

A l'occasion de la journée de réflexion interne de la JDH de décembre 2007, les 2 collaboratrices du programme méthadone d'Esch/Alzette devaient préparer une intervention pour présenter leur travail. Au même moment, des rencontres individuelles avec les patients furent organisées afin de préparer les évaluations/bilans annuels. L'idée est venue de demander à chacun ce qui avait changé dans sa vie depuis son entrée au programme méthadone „Nous voulons partager ce recueil de citations, d'une part parce que nous souhaitons donner la parole à nos clients qu'ils nous disent ce que la métha"donne". D'autre part ils nous rappellent, par ces mots simples et vrais, le sens de notre intervention, de notre travail, des phrases qui raisonnent dans notre tête comme autant de raisons d'exister.“

Corinne Schillé, infirmière psychiatrique, Marie-Anne Roesgen, infirmière

La parole des clients:

- „la garantie de ne plus connaître la crise de manque“
- „ne plus être malade“
- „pas besoin de drogue“
- „arrêter de consommer“
- „se sentir autrement....“

La métha:

- „m'a sorti de la rue“
- „ne plus être dans la scène“
- „être éloignée de la scène“
- „avoir un chez soi“

- „j'ai retrouvé le sommeil et le plaisir de dormir“
- „j'ai retrouvé un rythme: le jour – la nuit“
- „la motivation pour me lever le matin et ne plus me recoucher dans la journée“
- „je rêve de nouveau....“

- „c'est aussi le long retour à une «vie normale», petit à petit, avoir des marques, des obligations quotidiennes, retrouver des repères“
- „avoir une vie normale et retrouver une activité professionnelle, la méthadone permet d'aller travailler tous les jours“
- „elle donne une garantie, un équilibre, une assurance... autant de choses qui aident à assumer la vie de famille, les courses, les repas, le ménage, tout le travail quotidien de la maison“
- „ne plus vivre au jour le jour sans aucune relation sociale“
- „avoir des relations avec des personnes normales, pas tous les jours dans la drogue“
- „être comme tout le monde, se sentir comme tout le monde, même si on sait qu'on est toxico à long terme, cela doit m'aider à devenir comme tout le monde“
- „qu'on s'intéresse à moi, avant les gens n'avaient pas envie de me parler, j'avais un comportement fuyant“
- „je n'ai plus mauvaise conscience, maintenant à la sortie de l'école je peux parler aux autres mamans“
- „ça m'aide à vivre et à être accepté par les autres“
- „avoir une vie à côté de la drogue, même si le retour à la vie normale est difficile et qu'on est souvent seul“
- „permet de rester debout – vivant- en relation chaque jour, un lieu où il y a quelqu'un qui nous connaît“
- „un endroit où l'on est = attendu“
accueilli“
reconnu“
- „m'a permis d'être mère et de pouvoir assumer“
- „de penser autrement, avant je n'acceptais aucune critique et chaque fois que j'étais en désaccord je fuyais- j'avais toujours raison. Maintenant j'accepte mieux la critique et j'essaye d'assumer mes erreurs“
- „j'ai gagné la confiance en moi“
- „cela m'a vraiment aidé à changer, je savais que j'avais besoin de provoquer un changement dans ma vie, je ne pouvais pas m'imaginer que la méthadone pouvait m'aider à ce point.... si j'avais su..... j'aurais commencé beaucoup plus tôt....“



«Farm» Jean-Paul Ley



Le Service médical



5. Le service médical

1. Le service médical généraliste

Les différentes tâches du médecin-généraliste engagé à 24 heures/semaine 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.
- Auriculothérapie (acupuncture de l'oreille): dans le cadre d'un projet de pilote évalué, traitement de soutien aux sevrages ou à la substitution (2 séances par semaine de 45 minutes)

Durant l'année 2007, le médecin a travaillé au centre JDH Luxembourg et également au centre JDH Esch (6 heures/semaine). 83 patients (2006: 86 patients) ont consulté pour un total de 759 consultations (2006: 718 consultations), dont 18 femmes (22%) et 65 hommes (78%). La problématique principale était la poly-toxicomanie.

Depuis le début du projet pilote d'acupuncture (en avril 2007) 14 patients ont participé aux séances d'acupuncture. Participation en tant que formateur à un séminaire pour les professions de santé sur le traitement de la toxicomanie.

Dr. Jean-Paul de Winter, médecin-généraliste

2. Le service médical psychiatrique

Les tâches du médecin-spécialiste en psychiatrie et psychothérapie engagé à 16 heures/semaine 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
- préparation de cures résidentielles à l'étranger (demandes pour le contrôle médical)

En 2007, 73 patients (2006: 84 patients) ont pu bénéficier de cette offre médicale gratuite, dont 49 hommes (67%) et 24 femmes (33%) pour 565 consultations (2006: 510 consultations). Pour 37 patients (50%), 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.

Le psychiatre participait en tant que formateur à un séminaire pour les professionnels de la santé sur le traitement de la toxicomanie.

Dr. Werner Staut, médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie

3. Le médecin Généraliste et le travail en réseau dans le cadre de la prise en charge de patients toxicomanes

Le présent article a été initialement rédigé par le Dr. De Winter comme présentation de cas dans un groupe de supervision de médecins prescripteurs de méthadone au Luxembourg. Légèrement adapté, il est publié ici pour illustrer le travail quotidien du médecin généraliste au sein de la JDH.

Médecin généraliste depuis 25 ans, ma pratique privée m'avait vite montré les difficultés et limites du travail en solo lors de la prise en charge de patients toxicomanes fortement désintégré socialement. J'avais alors refusé de les prendre en charge. Jusqu'au jour où l'opportunité s'est présentée à moi de travailler au sein d'une équipe pluridisciplinaire d'aide aux toxicomanes (Jugend an Drogenhëllef-JDH) où éducateurs, assistants sociaux, psychologues, secrétaires, médecins travaillent ensemble, se soutiennent et s'aident à toujours croire que «c'est possible» ... et aller de l'avant car nos clients ont grand besoin de sentir notre optimisme surtout quand eux-mêmes n'y croient plus. Au sein de la JDH existe

- un service appelé «Programme Méthadone» où la substance est délivrée suivant un protocole établi dit «par phases» et dans un encadrement où la consommation est sécurisée. Ceci est important car ainsi des inquiétudes qui assaillent les médecins prescripteurs quand aux risques d'overdose, sont diminuées. Ce service est en communication avec les médecins de ville qui font partie du «programme national de substitution» (càd avec ceux qui ont fait la demande d'une agrégation auprès du Ministère de la Santé)
- un service de consultation psychothérapeutique
- un service d'accueil bas seuil en milieu ouvert
- une structure d'aide aux parents toxicomanes (équipe parentalité),
- un service d'aide au logement (logement encadré)
- des «cours de prévention des rechutes»
- un service médical constitué d'un psychiatre et d'un médecin généraliste
- un secrétariat

Cas clinique

Le cas sera présenté sous forme de journal, ce qui a comme avantage de voir comment se déroule le travail et les relations avec les autres services.

Seules les consultations significatives seront reprises ici, les consultations «ordinaires» seront passées sous silence mais nous savons tous que celles-ci préparent les autres...et que dès lors n'y a pas à proprement parler de consultation ordinaires.

Il s'agit de Mr X né en 1969, de nationalité luxembourgeoise, séparé de sa compagne avec qui il a eu un enfant âgé aujourd'hui de 9 ans et qu'il n'a plus vu depuis 2 ans.

Il m'est adressé par une assistante sociale qui le connaît bien depuis des années et qui a senti chez lui une demande d'aide suffisamment sérieuse que pour me l'adresser. Elle le décrit comme un patient renfermé, timide, qui a peu confiance en lui, a toujours peur du jugement des autres et dès lors quand il a un



problème il se renferme, n'en parle pas, ce qui l'amène dans des situations de crises.

-Ainsi donc, je vois Mr X pour la première fois en décembre 2003, il a 34 ans.

Comme beaucoup de relations interhumaines, c'est la qualité du premier contact qui détermine beaucoup l'avenir des suivants, mais avec ce type de patient, ce premier contact est encore plus déterminant. Il s'agit d'éviter d'être suspicieux quand à la demande d'aide...mais ne pas être naïf... Il s'agit de trouver la «bonne distance»: être empathique mais rester professionnel...en fait il s'agit d'être avec ces patients toxicomanes comme avec des patients ordinaires...en sachant qu'ils ne le sont pas vraiment.

Je fais donc une anamnèse la plus complète possible avec

- Volet médicochirurgical: Mr X est asthmatique.
- Volet vaccinal: vacciné pour l'hépatite B et A, - Mr X dit être en ordre de vaccination diphtérie & tétanos.
- Volet infectieux: dépistage BK avec Rx thorax, il est VHC positif -VIH négatif
- Volet socioprofessionnel: Mr X est travailleur ATI- c'est l'assistante sociale qui l'a aidé dans les démarches pour rentrer dans le circuit du travail. Par ailleurs c'est toujours son AS de la JDH qui l'a référé à l'équipe des Niches pour qu'il puisse bénéficier d'un logement encadré
- Volet psychologique du niveau du médecin généraliste: il s'agit de comprendre le parcours affectif, de rechercher une comorbidité psychiatrique éventuelle: ici pas de notion de TS, il semble y avoir une névrose d'échec, patient très peu sûr de lui et qui présente un sentiment de culpabilité omniprésent. Alors qu'il avait +/- 9ans, Mr X vivait dans une petite maison, les parois des cloisons des chambres étaient minces et le soir il entendait les difficultés respiratoires de sa maman asthmatique que sévère: il ne supportait pas l'entendre siffler, haleter et donc il mettait son oreiller sur les oreilles mais alors il était envahi d'un sentiment de culpabilité car il se disait «tu fais cela alors qu'elle va peut être mourir». dès lors il fuyait la maison (son père est décédé alors qu'il avait 3-4ans)
- Volet judiciaire: ici, pas de prison
- Volet économique: a des dettes
- Historique de la consommation de substances psycho-actives et évaluation de la consommation actuelle: il a commencé par THC à 13 ans et est passé à l'héroïne à 18 ans, de la fumette il est passé à l'injection IV en quelques mois. Il a déjà fait partie du Programme Méthadone (PM) dans le passé. A cette époque, il est passé progressivement de 60 mgr de méthadone/j à 10 mgr/j en 3 ans puis a été hospitalisé pour sevrage des dix derniers mgr...alors qu'il reprenait de l'héroïne en fumette... mais ne l'avouait pas à son médecin. L'hospitalisation fut un échec, il quitta le service prématurément et disparut de la circulation pendant 5 jours avec consommation importante. Quelques jours plus tard il reprend contact avec son référent du PM, il redemande une hospitalisation qui a lieu en août 2003. Cette fois le sevrage réussit et le patient reste 3 mois sans plus rien consommer. Début décembre, il devait commencer un travail encadré (ATI), mais le WE l'anxiété a été trop forte et il a rechuté avec de l'héroïne en fumette. Quand je le vois, il travaille depuis 3 semaines mais fume de l'héroïne 3 fois/j pour contenir son anxiété. Parfois, mais rarement, cocaïne, pas d'alcool, mais bien des benzodiazépines: il prend du

lexotan au marché noir 12mgr/j, tabagisme

- Examen clinique avec recherche de contre indication thérapeutique et de signes d'injections: ici patient maigre: 58,5 Kg pour 176 cm, examen pulmonaire: ronchis et sibilances pas de souffle cardiaque, pas de traces d'injection visibles, examen abdominal normal, examen neurologique rapide normal
- Une analyse d'urine est faite pour une recherche de psychotrope, surtout pour s'assurer, le cas échéant, de la véracité de la toxicomanie

S'il faut prendre le temps de ces interrogations c'est qu'une décision doit être prise à la fin de cette évaluation:

- différer la prise en charge en cas de doute, il y a très rarement urgence
- sevrage ambulatoire ou hospitalier ?
- substitution ? avec méthadone ? buprénorphine ? autres ?
- faudra-t-il envisager une thérapie stationnaire
- faut-il avoir recours à l'aide de service d'aide aux toxicomanes qui offrira une structure pour la délivrance des médicaments ? qui pourra épauler le patient dans sa réinsertion dans le monde du travail, l'aider à trouver un logement, l'aider dans son couple et à l'éducation des enfants

Il s'agit d'élaborer le traitement AVEC le patient ce qui n'indique pas une démission mais une reconnaissance de sa qualité de sujet.

Cette première consultation a une durée qui est semblable à celle qui est consacrée à un patient qui souffre d'une maladie chronique et que l'on voit pour la première fois...cependant elle est parfois plus courte en fonction des possibilités physiques et cognitives du moment, les différents volets repris ci avant seront complétés lors des consultations suivantes.

Je définis le cadre dans lequel nous allons travailler en expliquant l'importance de vivre les consultations dans la **vérité** afin de construire une relation de confiance réciproque et ainsi éviter les erreurs thérapeutiques qui seraient dues à des mensonges (risques d'overdose par exemple). J'explique la nécessité qu'il y a de **dire** ce qu'il pense vraiment (ce qui diminue les frustrations et une agressivité éventuelle) et que s'il n'est pas d'accord avec certaines des décisions prises, il faut qu'il le dise mais que c'est la manière de dire les choses qui importe car je ne saurais accepter des **violences verbales ou gestuelles**.

Ensuite je demande expressément de **respecter les rendez-vous** ou de prévenir s'il y a empêchement.

Proposition thérapeutique: je lui prescris du Méphénon 15 mgr/j avec délivrance quotidienne et consommation «sur place» (il consomme peu et en fumette) et propose de rentrer à nouveau dans le cadre du **Programme Méthadone** de la JDH (il a confiance en son ancien référent, il a besoin de beaucoup de soutien et d'encouragement, avoir un contact chaleureux et quotidien avec des gens pour qui il compte).

Deuxième consultation: elle a lieu 3 jours plus tard: évaluation du traitement, effets secondaires ? État de manque ?

Troisième consultation: 7j plus tard: idem que la deuxième, je continue l'investigation des différents volets. Cette fois je débute un syndrome dépressif primaire ? Ou réactionnel ? =>

Je traite avec antidépresseur sédatif et anxiolytique
Il me raconte qu'à la mort de sa maman avec qui il vivait, il a été mis à la porte de la maison parentale du jour au lendemain et que sa famille lui a interdit d'être présent à l'enterrement car pour eux il était le responsable de sa mort.

Il consomme encore de l'héroïne mais moins souvent, j'augmente la dose de méphénon à 20 mgr/j.

10° consultation: Il a une bronchite que je traite – Nous parlons prévention des MST: je sonde ses connaissances à ce propos et les complète – Il est prévu de faire le vaccin anti-pneumococque

Petit à petit les consommations parallèles d'héroïne diminuent... enfin !... 10 j sans consommer => enfin je peux faire un screening urinaire qui revient négatif => il est fier
Puis un jour il revient fâché sur lui et il a peur de mon jugement car il a recommencé... il faut croire avec lui que l'important c'est de recommencer..., recommencer..., recommencer..., jusqu'au jour où

28° consultation: Il vient avec son fils. Mr X a une grippe que je traite; il est sous méphénon 15mgr /j

43° consultation: Il semble avoir fait un gros progrès: il a OSE demander à son chef d'équipe de le changer d'équipe.

48° consultation: manifestement il n'a aucune image paternelle et n'a que peu de savoir quand à comment être un papa: il se comporte plus comme un copain de jeux que comme papa. Ce sera pour moi l'occasion d'avoir des échanges à ce sujet. C'est aussi l'occasion que je saisis pour proposer l'Equipe Parentalité qui pourra répondre à ses questions et pourra l'aider à grandir comme père.

51° consultation: ...X a son fils qui vient souvent chez lui les W-E. Il ne va pas bien à l'école, son «beau-père» et sa mère consommeraient devant lui. X est inquiet, je téléphone à son référent pour partager ses inquiétudes. Peut être serait-il mieux que X ait en charge son fils mais d'une part il sent ne pas avoir encore les compétences suffisantes et d'autre part son logement n'est pas adapté.
Affaire à suivre...

Depuis un an, périodes d'abstinences alternent avec des périodes de rechutes plus ou moins longues ou...courtes. La dose de méphénon est toujours de 15 mgr/jour; Il va toujours tous les jours à la JDH pour recevoir sa dose, cela participe à structurer sa journée mais surtout à avoir des contacts avec des personnes qui savent l'estimer et le valoriser...pour lui les personnes de la JDH sont un peu comme de sa famille.

Depuis 6 mois, avec moi, il ne progresse plus. Il reste encore avec des consommations régulières et semble redéprimer. Je l'adresse au psychiatre.
C'est l'occasion d'un nouveau départ, nouveaux petits progrès. Je continue à le voir pour tout ce qui est somatique et la prescription de méthadone, histoire de bien séparer la prescription et sa psychothérapie.

Juin 2006

Il a abandonné le suivi psychiatrique depuis la disparition de son syndrome dépressif et je le vois régulièrement.

Je sais que X consomme beaucoup moins (une fois par mois en moyenne), qu'il a des périodes de bonheur avec son fils, comme papa. Socialement il travaille régulièrement bien que son référent ait dû par deux fois arranger des problèmes et par deux fois lui retrouver du travail mais maintenant cela fait un an qu'il travaille au même endroit...il est très fier de le dire, lui qui présentait une névrose d'échec. Maintenant il voit les choses avec plus d'optimisme, ne rejette plus mes félicitations face à des situations qu'il a bien dépassées et même un jour c'est lui qui m'a repris et m'a montré le positif d'une situation où je ne voyais que du négatif.

Par deux fois j'ai essayé de le convaincre de diminuer encore sa méthadone. En vain. Il ne se sent pas prêt. Je me demande s'il n'a pas peur de sortir du Programme Méthadone et de perdre ses contacts. Je lui ai expliqué que si un jour il était sevré complètement, il pourrait toujours venir mais je ne l'ai pas convaincu.

Dr. Jean-Paul de Winter
médecin-généraliste



Logements
accompagnés

6. Logements accompagnés

1. Rappel du contexte

Depuis fin 2000 la Fondation Jugend – an Drogenhëllef dispose d'une offre de logements supervisés, «les niches». Il s'agit de parfaire l'offre de services pour nos clients, visant une intégration sociale la meilleure possible.

Or, s'il est un élément particulièrement important pour une intégration réussie, c'est sans aucun doute celui du logement. Les clients avec lesquels nous sommes amenés à travailler rencontrent deux difficultés majeures dans ce domaine:

- de par leurs antécédents de vie, ils n'ont pas, ou très peu, d'expériences de vie dans un logement qui est le leur, dans un logement «normal» comme nous l'entendons si souvent dire
- de par leur situation socio-économique toujours fragile et précaire, ils n'ont pas accès au marché locatif privé, n'en ayant pas les moyens et n'inspirant pas assez confiance à des propriétaires pour que ces derniers consentent à leur louer un objet. Les organismes de logements publics sont par ailleurs désespérément débordés de demandes qu'ils ne peuvent satisfaire et ne sont dès lors que trop rarement une opportunité de solution pour notre clientèle.

Nous avons donc par notre initiative voulu pallier à cette double problématique du manque d'expérience et de faiblesse économique. Sans avoir révolutionné le travail social, nous avons adapté à notre population cible une méthode éprouvée depuis longtemps avec d'autres publics, à savoir celle des logements accompagnés, supervisés. En tant que Fondation nous louons un certain nombre de biens immobiliers, à des propriétaires privés ou à des opérateurs publics, pour ensuite les mettre, via contrat d'hébergement, à la disposition de nos clients. Nous ne nous contentons évidemment pas d'être une agence immobilière, mettant en relation des «demandeurs» et des «offreurs» de logements.

Pour l'exercice 2007, l'équipe de 7 personnes comprenait les qualifications suivantes: 1 assistant social et licencié en politique économique et sociale (40 hres), 1 psychologue (20 hres), 2 assistantes sociales (20 hres resp. 30 hres), 1 éducateur/instructeur (20 hres), 1 éducatrice graduée (20 hres), 1 comptable (20 hres). A noter qu'un poste n'a pas été occupé pendant 6 mois suite à un long congé de maladie.

2. Eléments conceptuels

Avant même un emménagement éventuel, nous considérons comme primordial de nous donner, avec le client, le temps nécessaire à l'élaboration d'une relation de confiance, d'un bilan des compétences et des expériences individualisées, ainsi que, dans la mesure du possible, les premiers objectifs à atteindre. Cette phase de préparation peut durer quelques semaines, étant aussi dépendante de notre capacité de trouver un logement correspondant aux besoins de la personne ou de la famille en question.

Une fois que la personne est installée dans le logement, nous adaptons notre accompagnement à ses besoins spécifiques du moment, de la phase de vie qu'il est en train de traverser. C'est ainsi que nous sommes amenés à intervenir sur des paramètres

très différents et variés tels que gestion financière, aménagement et entretien d'une habitation, soins de santé, travail et loisirs, gestion des problèmes liés à la dépendance

Dans le cas où nous accueillons des familles avec enfant(s), nous exigeons de nos clients une étroite collaboration avec le Service Parentalité de la Jugend- an Drogenhëllef, dont nous partageons une valeur essentielle, c.-à-d. celle de la primauté absolue du droit de l'enfant à sa sécurité et à son bien-être.

Quant aux outils que l'équipe multidisciplinaire s'est donnés, ils sont variés, et variables dans le temps:

- Visites à domicile: nous estimons que souvent il est pertinent de se rendre à domicile chez nos clients. Nous arrivons ainsi à mieux saisir la personne dans son quotidien avec ses petites et grandes évolutions, dans son contexte, dans ses coulisses
- Co-intervention: nous avons choisi de toujours être à deux intervenants, les deux mêmes, pour chaque situation. Ceci a comme avantage de faciliter les visites à domicile, tout au moins au début quand nous ne nous connaissons pas encore suffisamment et de pallier aux absences de l'un ou l'autre collaborateur. Par ailleurs, des échanges du type intervision sont ainsi toujours possibles. Précisons que la co-intervention n'est pas une règle absolue et que dans le quotidien des prises en charge des interventions peuvent se faire par un collaborateur seul.
- Travail dans le temps: la mise à disposition n'est en principe pas limitée dans le temps. Ceci signifie que nous nous donnons le temps pour travailler avec les clients, que nous préférons nous fixer des objectifs à leur portée et réalisables, travailler avec des échecs et des contretemps, agir avec une certaine «acceptance», tout ceci en n'oubliant jamais d'où vient la personne, ses compétences, mais aussi ses limites....
- Profiter du concret: nous avons le grand privilège de pouvoir agir sur des éléments très concrets de la vie de nos clients. En les accompagnant dans ce sens nous pouvons construire avec eux une relation de confiance qui nous sera utile pour ensuite aborder d'autres aspects de leur vie, passée ou à venir. Toujours dans le concret qu'il nous soit permis d'aborder ici l'épineuse question des gestions financières. Outre l'énorme masse de travail et l'aspect parfois désespérant pour notre comptable, elles sont certainement toujours nécessaires - faute de loyers impayés nos devrions interrompre des prises en charge- ;souvent gratifiantes pour le client -apurement des dettes- ; parfois terminées - quand le client arrive après plusieurs tentatives à gérer son budget de manière autonome.
- Travail en réseau: même dans un logement, le client n'est pas une île. Il continue à avoir des relations avec d'autres intervenants sociaux, que ce soit à l'intérieur ou à l'extérieur de la JDH. C'est ici qu'une bonne coordination et concertation prennent tout leur sens, toujours dans le respect de la transparence et de l'intérêt de la personne.

Si ces outils sont utilisés avec souplesse, avec des limites claires et de manière individualisée en fonction de chaque situation, ils nous permettent d'obtenir de bonnes et franches collaborations, qui elles-mêmes nous donnent la possibilité d'engranger de bel-

les victoires avec nos clients, évitant, p.ex. moultes reproductions d'événements pourtant si souvent vécues.

3. Eléments statistiques

Tableau 1: Nombre de logements et répartition par région

Région	2007	2006
Sud	19	18
Centre	9	5
Nord	4	4
Total	32	27

Au 31.12.2007 nous gérons un parc de 32 logements, du studio à l'appartement 2 chambres. Ceci représente un plus de 5 appartements par rapport à l'année précédente. Durant l'année écoulée, nous avons également eu 5 relogements internes, c.-à-d. 5 mouvements d'«anciens locataires» vers de nouveaux logements, plus adaptés.

La répartition géographique correspond moins aux intérêts ou souhaits de nos clients qu'à la disponibilité sur le marché de logements convenables à des prix raisonnables.

Sont accueillis dans ces 32 logements: 38 adultes et 17 enfants. Dans 11 logements, il y a au moins un enfant.

Un aspect important se rapporte au montant du loyer à payer par nos clients.

Tableau 2: Loyer subventionné/social ou prix du marché

Type de loyer	2007	2006
Loyer subventionné par la convention Ville de Luxembourg	21	13
Fond du Logement à Coût Modéré	6	6
Wunnengshëllef asbl	3	4
Logement social Ville Esch/Alzette	1	/
Loyer prix du marché	1	4
Total	32	27

Il est significatif de pointer ici que sur les 32 logements un seul peut être mis à la disposition du client au prix du marché, c.-à-d. au loyer que nous payons au propriétaire.

Comme de nombreux autres intervenants sociaux, nous devons déplorer le manque chronique de surfaces habitables correspondant aux capacités financières de personnes vivant de fait dans une (grande) précarité, voire même dans la pauvreté.

Le travail avec les clients s'est réparti de manière suivante:

Tableau 3: Type d'entretien/d'intervention

Type d'entretien / intervention	2007	2006
Dans les locaux de la JDH	566	544
- Dont en co- intervention	186	124
Visites à domicile	222	379
- Dont en co- intervention	178	158
Entretiens téléphoniques > 15 min	195	199
Autres démarches avec clients (accompagnement dans la vie quotidienne et pour démarches officielles, interventions techniques conc. logements,...)	259	203
Total	1.242	1.325

Sans oublier le travail connexe de gestion, de contacts et de recherches de logements qui a été fait, par l'équipe psycho-sociale, mais aussi et surtout par la comptable.

C'est ainsi que pendant l'année 2007, nous avons effectué une gestion complète pour 7 personnes, c.-à-d. que leur revenu, généralement RMG, est versé sur le compte de notre Fondation et que nous gérons avec le client cet argent, au quotidien.

Pour 9 personnes, nous avons assuré une gestion partielle, c.àd. que leur revenu est également versé sur notre compte bancaire et qu'une fois que nous en avons retenu l'entièreté du loyer dû nous leur ristournons le solde sur leur compte.

Tableau 4: Durée d'occupation des logements

Durée d'occupation	N
0 - 11 mois	10
12 mois - 35 mois	12
36 mois - 59 mois	8
5 ans et plus	3
Total	33

L'aspect «durée d'occupation» est sans doute encore trop «jeune» pour être évalué. De manière empirique nous pouvons néanmoins déjà affirmer que parmi les situations «36 mois et plus», il y en aurait certainement l'une ou l'autre que nous pourrions clôturer si nous trouvions pour nos clients des débouchés sur le marché locatif privé. Il faudra donc être vigilant à l'avenir pour voir si cette tendance reste stable ou s'amplifie.

4. Maison de post-cure Neudorf

L'équipe des Niches a également dans ses attributions la gestion de la «maison de post-pure Neudorf», destinée à des personnes ayant terminé leur thérapie résidentielle, au Luxembourg ou à l'étranger. Nous offrons une communauté de vie pour 6 à 7 personnes. L'abstinence est de règle. Le principe de base est le soutien par les pairs, avec un soir par semaine l'intervention pour une discussion commune d'un collaborateur JDH. La maison a connu en 2007, tout comme en 2006, un regain d'intérêt. Elle a été «utilisée» en 2007 par 7 personnes différentes, et toujours par au moins 4 personnes simultanément.

5. Sans oublier: les toxicomanes vieillissants

Nous pourrions ici comme chaque année, au moment des bilans, nous réjouir de la qualité du travail effectué, insister sur la nécessité de projets tels que le nôtre, répéter qu'il n'y a pas UNE réponse universelle à toutes les situations rencontrées, plaider pour une vraie politique du logement pour tous au Grand-Duché. Nous aurions sans doute raison de le faire. Chacun des points ci-dessus mériterait des développements et des propositions de pistes d'action.

Néanmoins, nous voudrions aborder un autre sujet qui commence à concerner de plus en plus de personnes prises en charge par «les niches», mais pas exclusivement. Et puisqu'il faut bien trouver un titre, un dénominateur commun à ces personnes, nous choisirons, faute de mieux, celui de **toxicomanes vieillissants**.

Pour commencer par un bref retour historique: depuis la fin du «tout à l'abstinence» il y a un peu plus de 20 ans, la politique en matière de santé publique a privilégié la réduction des risques, la maintenance et, d'une certaine manière, une consommation moins excessive. Le tout couplé avec une diversification exemplaire des offres d'aides. Nous sommes passés du «tout au haut seuil» à «à chacun son seuil». Même s'il y a malheureusement eu de mauvaises années avec beaucoup d'overdoses mortelles, il est indéniable que dans l'ensemble, et malgré quelques déficits importants, cette politique a porté ses fruits. C'est ainsi que nous rencontrons de plus en plus de toxicomanes ayant atteint au moins la quarantaine, voire même la cinquantaine. Dans les niches, et ailleurs.

Nous leur proposons des substances de substitution, des accompagnements personnalisés, voire des logements supervisés, mais nous risquons d'être en train d'oublier un paramètre important: le toxicomane, comme tout un chacun, vieillit. Et de par ce fait ses besoins évoluent, souvent de manière imprévisible, ceci d'autant plus que ce vieillissement se fait remarquer de manière souvent plus rapide que dans d'autres types de population: santé, isolement familial et social, grande précarité....

Pour le formuler de manière quelque peu provocatrice, nous pourrions dire que nous les avons aidés, à juste titre, à survivre et à ne plus consommer ou à commencer moins et mieux. Mais, nous avons omis de mettre en place, avec eux, de quoi remplir leur «nouvelle vie».

C'est ainsi que dans nos logements supervisés nous commençons à voir venir un certain nombre de personnes, hommes et femmes, âgées de 40 ans et plus, qui il y a encore dix ans auraient été considérées comme «irrécupérables», tellement embourbées dans leurs histoires et leurs trajectoires. Avec d'autres intervenants nous avons réussi à leur offrir un contexte de vie paisible et rassurant, à l'abri de cette recherche incessante et vaine de la substance, des substances. Or ces personnes sont usées par la vie: La rue. La prison. L'hôpital. Pendant des dizaines d'années. Parfois entre deux un séjour plus ou moins long en thérapie.

Usées physiquement, parce que malades ou invalides.

Usées psychologiquement, parce que épuisées, traumatisées, blessées, isolées, perdues

Pendant des années elles ont rêvé d'une vie «normale», comme les autres.

Et maintenant qu'elles en auraient la possibilité, au moins formellement via un logement adapté (avec ou sans produit de substitution), elles se rendent compte que la vie «normale» n'est pas si facile, si accessible Si rose.

Après 20 ans de galère et d'identification à un sous-groupe bien déterminé; il est impossible d'imaginer d'aller s'inscrire dans un club de pétanque....

Nous rencontrons donc régulièrement des gens qui nous disent qu'ils étouffent dans leur solitude et que, pour la briser, ils sont bien obligés de fréquenter leurs anciennes relations. Avec toutes les conséquences imaginables.

Ces phénomènes sont encore amplifiés par une santé ébréchée, voire très mauvaise.

La question qui évidemment se pose est de savoir ce que nous pouvons proposer à ces toxicomanes vieillissants, nous en tant qu'intervenants spécialisés, mais aussi nous en tant que société dans son ensemble.

Ce n'est certainement pas dans l'ambition de la présente contribution de donner une réponse définitive à cette importante question. Il est d'ailleurs plus que probable que là, comme ailleurs, il n'y ait pas une réponse universelle, valable pour tous les cas de figure.

Mais il nous semble évident qu'il nous faudra être créatifs pour ne pas oublier ces toxicomanes vieillissants et... survivants.

Faute de quoi nous risquerons tous de plus en plus d'avoir le sentiment, à juste titre, de laisser nos clients au milieu de gué.

Hervé HICK

Assistant social et lic. en pol. écon. et sociale



Service Parentalité



7. Le Service Parentalité

Institué en 2003, le service Parentalité a pour mission de proposer son aide à des femmes enceintes et des parents connaissant une problématique toxicomane ainsi qu'à leurs enfants. En premier lieu il s'agit de veiller à la sécurité et le bien-être des enfants. Pour cela, 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 (psychologue, assistants sociaux, éducatrice graduée).

1. Nombre et types de situations

Tableau 1: nombre et type de situations

Nombre et type de situations	2007		2006	
	N	%	N	%
Monoparentale	30	56,6	31	62
- enfant(s) au ménage	20*		18	
- enfant(s) hors ménage	10		13	
Couple	23	43,4	19	38
- enfant(s) au ménage	18**		15	
- enfant(s) hors ménage	5		4	
Total	53	100	50	100

* une femme enceinte au 31.12.2007

** une femme enceinte au 31.12.2007

Au total, nous sommes intervenus auprès de 76 adultes. On constate une légère diminution du nombre de situations monoparentales par rapport aux situations de couple comparé à l'année précédente (56,6% au lieu de 62%). Dans 38 familles sur 53, des enfants grandissent chez leurs parents biologiques (inclus les 2 cas de grossesse à la date du 31.12.2007). Donc, dans 15 situations des enfants ont été séparés de leurs parents (inclus une fausse couche). A noter, la surreprésentation de situations qui n'élèvent pas leurs propres enfants des familles monoparentales (33,3% par rapport à 21,7% des situations de couple). Parmi ces 38 familles, élevant leurs propres enfants, 6 ont connu préalablement le placement d'au moins un enfant en famille d'accueil ou en foyer. Pour 6 familles, on constate des fratries séparées: des enfants, tous aînés, sont élevés hors de leur famille d'origine. En ce qui concerne les 15 situations où les enfants vivent «hors» ménage, nous constatons,

- Qu'il s'agit majoritairement de monoparentaux (10 situations)
- Qu'il y a des contacts réguliers entre parents et enfants dans 11 situations
- Que 3 nourrissons ont été placés dès l'accouchement au cours de 2007, les conditions de vie des mères étant trop défavorables
- Qu'une mère a vécu une fausse couche

Tableau 2: situations nouvelles ou reprises des années précédentes

Situations nouvelles/reprise	N
Nouvelles situations en 2007	17
- dont interventions toujours en cours au 31.12.07	13
Situations rencontrées avant 2007	36
- dont interventions toujours en cours au 31.12.07	30
Total	53

Donc, dans 10 situations nous sommes arrivés à un terme de notre intervention.

- Dans 4 situations, l'évolution favorable (indicateurs: le niveau atteint de bien-être des enfants ; les compétences parentales mises à l'œuvre) a amené une fin de notre intervention en commun accord avec les parents.
- Une mère a connu une fausse couche et le couple s'est décidé à mettre fin à notre collaboration.
- Pour 5 familles, la situation a évolué défavorablement à tel point que les 5 enfants en cause ont été placés sur décision judiciaire du juge de la jeunesse (3 nouveaux-nés).

Pour conclure, l'accompagnement des familles à long terme reste une particularité de notre travail

2. Enfants concernés

Tableau 3: nombre des enfants au ménage/hors ménage

Type de situation	Nombre des enfants au ménage	Nombre des enfants hors ménage
Monoparental	20	21
Couple	31	13
Total	51	34

51 enfants vivent avec leurs parents (40 en 2006) et ont été en contact régulier avec notre service. 34 enfants vivent séparés de leurs parents (27 en 2006). Ainsi, 85 enfants sont concernés par notre travail au sens large. Nous sommes en contact avec tous les enfants présents au ménage, et très rarement avec des enfants hors ménage. Parmi les 34 enfants qui vivaient «hors» ménage, 3 majeurs mènent une vie autonome, 1 enfant grandit chez son père biologique, 11 enfants grandissent en centre d'accueil et 19 enfants vivent en famille d'accueil dont 16 auprès de leurs grands-parents. Ces situations d'enfants placés chez leurs grands-parents nous semblent toujours délicates (risque de confusion des rôles parentaux auprès des enfants; relations difficiles entre parent biologique et grands-parents).

Tableau 4: la répartition des enfants selon leur âge et parent

Enfants au ménage	Monoparental	Couple	Total	%
Âge au 31.12.2007				
0-1 an	5	7	12	14,1
2-4 ans	10	22	32	37,7
5-11 ans	20	10	30	35,3
12-17 ans	4	3	7	8,2
>17 ans	2	2	4	4,7
Total	41	44	85	100

Une légère majorité des enfants est en dessous de 5 ans (51,8 % en 2007, 53,7 % en 2006).

3. Grossesses et symptômes de sevrage

Nombre de grossesses au cours de 2007: 15 (2006:13, 2005:10)
A la date du 31.12.07, il y a eu 12 accouchements, 1 fausse couche et 2 femmes enceintes. Parmi les 12 enfants nouveaux-nés, 6 enfants ont dû rester hospitalisés et mis sous traitement à cause d'apparitions de symptômes de sevrage aux opiacés (héroïne, méthadone). Ceci nécessite quelques explications: En effet, les bébés nouveaux-nés risquent de présenter dans les quelques jours après leur naissance une symptomatologie due à une consommation d'opiacés de leur mère pendant la grossesse. Ceci ne veut, cependant, nullement signifier que les mères étaient consommatrices excessives d'héroïne. Le produit de substitution méthadone, un dérivé des opiacés, possède un potentiel élevé de dépendance, et, par conséquent de sevrage en cas de non prise. Ceci affecte naturellement les bébés. En maternité il s'agit pour le personnel soignant de détecter au plus vite l'apparition de symptômes chez le bébé afin de traiter au plus vite sa souffrance par l'administration de médicaments.

L'intensité et la durée du traitement en milieu hospitalier dépendent de plusieurs facteurs dont l'importance des symptômes de sevrage liée au dosage de la méthadone, d'une consommation ou non d'héroïne, de facteurs constitutionnels du bébé et bien d'autres. La durée du séjour hospitalier peut varier entre 2 semaines et 3 mois. Il est facile de se représenter ce que ceci signifie en efforts pour les parents, de plus confrontés à des sentiments de culpabilité face à cette réalité.

Tableau 5: Situations de grossesse au cours de 2007

Grossesses en 2007	Nombre
détection de sevrage et traitement du bébé à la naissance	6
Pas de détection de sevrage du bébé à la naissance:	6
- mère sous substitution méthadone	4
- pas consommatrice d'opiacés	2
Femmes enceintes au 31.12.07	2
- risque de sevrage pour le bébé	
Fausse couche	1
Total	15

4. Situations judiciairisées

Nous entendons par là que dans le cadre de la protection de la jeunesse des mesures judiciaires concernent les ménages en question. Les procédures varient d'une simple ordonnance d'enquête suite à un signalement concernant le bien-être des enfants, à des mesures arrêtées par un jugement judiciaire (assistance éducative, conditions pour le maintien de l'enfant dans la famille, ...) jusqu'à un placement prononcé. Dans le dernier cas, nos interventions visent au maintien du lien parent(s) biologique avec l'enfant, respectivement dans une aide aux familles pour une mise en place de conditions de vie satisfaisantes pour un retour de l'enfant placé.

Tableau 6: situations judiciairisées

Situations judiciairisées	Nombre de situations	Situations judiciairisées	Enquête/ assistance éducative	Mesures suite à un placement
Monoparental	30	14	5*	9
Couple	23	10	6	4
Total	53	24	11	13

* une mainlevée de l'intervention judiciaire suite à l'amélioration consécutive de la situation

24 sur 53 situations (45,2%) connaissent une mesure judiciaire du juge de la jeunesse à l'encontre des parents, ce qui correspond plus ou moins aux chiffres de l'année précédente.

Cette judiciairisation envers ces parents a une conséquence importante pour notre travail. Dans presque la moitié des situations, nous sommes amenés à intervenir dans un contexte de contrainte pesant sur ces familles. Ce qui pose le problème de l'instauration d'une coopération thérapeutique suffisante, de la confrontation avec la méfiance et les résistances des parents concernés. Il s'agit évidemment de bien clarifier et spécifier notre cadre d'intervention avec chacune de ses familles. De quel pouvoir nous disposons et dont les familles nous investissent quant aux conséquences envers leurs enfants? Comment travailler en réseau avec des partenaires formels (professionnels) et informels (entourage)? Quelles informations par rapport à la situation peuvent circuler, qu'est-ce qui tombe sous la règle de confidentialité?

Une des questions centrales à se poser sera comment, en tant qu'intervenant investi de la mission du bien-être de l'enfance, soutenir au mieux les familles dans la mise en place de conditions suffisantes garantissant la sécurité et le bien-être de leur enfant, et, par là, impliquant finalement que le regard de la justice puisse devenir superflu à leur égard..

5. Contexte socio-économique des familles

Se limitant aux 38 situations «enfants présents dans le ménage», examinons la situation de logement et de revenus.

Tableau 7: type de logement (ménages avec enfants)

Type de logement	Monoparental	Couple	Total	%
Logement propre	8	9	17	44,7
- marché privé	6	8	14	
- logement social (Fonds de logement, commune, ...)	2	1	3	
Les Niches-logement accompagné JDH	7*	5*	12	31,5
Autre forme de logement encadré	1	2	3	7,9
Thérapie résidentielle	2	1	3	7,9
Foyer femme-enfant	1	1**	2	5,3
Co-habitant avec la famille d'origine	1		1	2,7
Total	20	18	38	100

* parmi lesquels une femme enceinte

** femme avec son enfant au foyer; le couple en contact régulier

PORTRAIT

Tous les logements sont locatifs. Moins de la moitié des ménages (44,7 %) dispose d'un logement loué sur le marché immobilier privé. Exactement le même pourcentage des familles vit en logement encadré (44,7 %), 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 Drogenhellef y concourt avec 12 logements (31,5 %).

Tableau 8: source principale de revenu

Revenu	Monoparental	Couple	Total	%
RMG	10	11	21	55,2
Salaire	5	6*	11	28,9
ATI-mise au travail	2	0	2	5,3
Rente	1	1	2	5,3
Sans	2*	0	2	5,3
Total	20	18	38	100

* parmi lesquels une femme enceinte

La précarité dans laquelle vivent ces familles est bien soulignée par ce tableau. Presque tous les salaires réguliers, se situant en bas de l'échelle des rémunérations, sont complétés par un complément RMG. Les situations d'endettement sont la règle.

6. Nombre 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 9: Type et nombre de consultations

Type et nombre de consultations	2007		2006	
	N	%	N	%
Consultations à un seul intervenant	481	65	467	70
Consultations en co-intervention	258	35	199	29
Nombre total entretiens	739	100	666	100

Il y a une progression continue du nombre de consultations au cours des dernières 4 années. Ceci, lié à l'augmentation du nombre des situations, des personnes adultes et enfants impliqués, indique une augmentation continue des demandes au cours des dernières années. Un bon tiers des entretiens se passe en co-intervention. Le principe d'intervention impliquant deux collaborateurs du service parentalité reste d'application afin de mieux répondre à la complexité des situations et garantir une disponibilité d'intervention.

Tableau 10: lieux des entretiens

Lieux de l'entretien	2007		2006	
	N	%	N	%
Locaux JDH	278	37,6	241	36,2
Visite à domicile	333	45,1	323	48,5
Autre institution (hôpital, maternité, foyer, ...)	128	17,3	102	15,3
Total	739	100	666	100

Comme pour l'année précédente, les visites à domicile comme lieu d'intervention sont majoritaires. C'est-à-dire, en dehors des locaux de la Jugend- an Drogenhellef. Une des composantes essentielles de notre travail est de rencontrer les familles dans leur lieu de vie habituel. Etre 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.

7. Aperçu sur le travail en réseau

Tableau 11: Orientation par qui?

Orientation par	2006		2005	
	N	%	N	%
Services JDH	30	56,6	32	64
-Niches	10		8	
-Consultation	11		10	
-Programme méthadone	8		13	
-Service médical	1		1	
Maternité CHL	12	22,6	10	20
Propre initiative	6	11,3	3	6
Foyer pour femmes	2	3,8	0	0
Service central d'Assistance Sociale	2	3,8	1	2
Service de logement accompagné	1	1,9	4	8
Total	53	100	50	100

Les services de la Jugend- an Drogenhellef 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.

Les réunions avec des intervenants de services internes et externes ainsi que l'entourage familial ou autres, répondent à notre souci d'améliorer notre soutien en intégrant les apports d'autres professionnels et non professionnels impliqués.

Quels sont les différents acteurs référents professionnels et non professionnels gravitant autour des familles et impliqués dans notre travail en réseau au cours de l'année 2007 ?

Le tableau suivant reprend le nombre d'entretiens auxquels participaient des acteurs externes à notre service, généralement (mais pas toujours) en présence des familles impliquées.

Tableau 12 : travail en réseau, nombre d'entretiens avec partenaires du réseau

Partenaires du réseau	Nombre d'entretiens
Services JDH autre que parentalité	30
- Niches:	12
- Programme de substitution:	9
- Consultation:	5
- Service médical:	3
- Kontakt 28	1
Crèches, gardiennage, écoles, service de guidance, ...	24
Justice (juge, SCAS)	22
Consultations et Thérapies cc. Toxicomanie	22
- Centre thérapeutique Manternach :	6
- Thérapie stationnaire à l'étranger:	5
- Alternativ Berodungsstelle:	5
- Unité psychiatrique:	4
- Centre thérapeutique Useldange:	1
- Toxin:	1
Entourage informel : parents, famille, connaissances,....	22
Autour de la grossesse : maternité, néonatalogie, gynécologue, pédiatre	15
Foyers d'accueil pour enfants (jour et nuit)	11
Logements encadrés (Ennerdach, Wunnengshellef, Caritas Accueil et Solidarité...)	9
Foyer pour femmes (et enfants)	8
Aide social : Service d'accompagnement, de proximité, office social communal, ...	6
Travail : employeur, formation, mise au travail ATI	5
Service d'aides à l'enfance (FARE, SREA)	2
Service de placement familial (familles accueil, adoption)	2
Autres : Treffpunkt, Aide Familiale, Vie Naissante	3
Total	181

Ces entretiens se font avec l'accord des familles et nous insistons sur leur présence. Si les services internes de la Jugend- an Drogenhellef 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.

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 ?

8. Quelques faits marquants

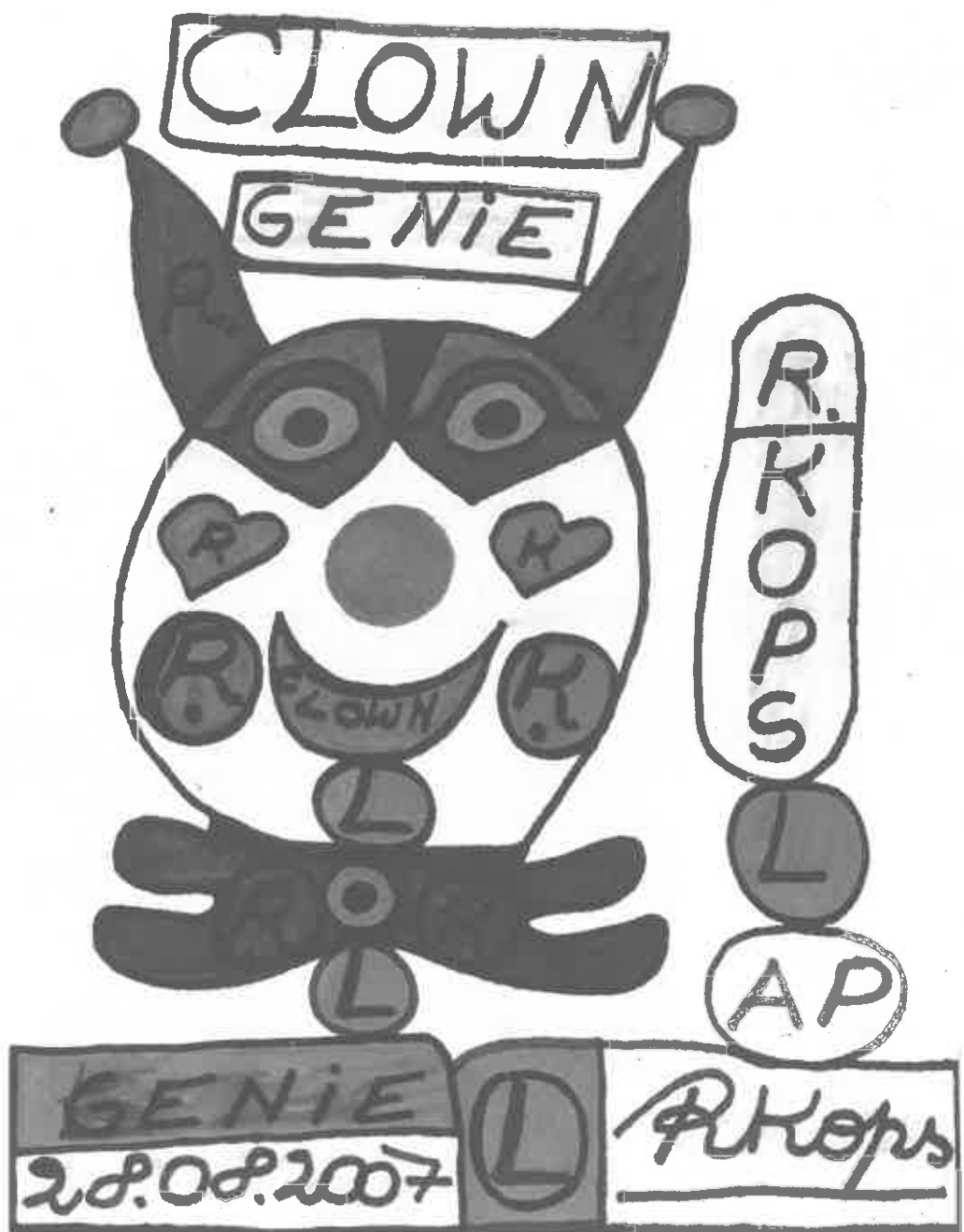
- Une première journée « Réseau Parentalité » eut lieu au printemps au Centre Ellergronn à Esch-sur-Alzette. Une soixantaine d'intervenants avec lesquels nous travaillons en partenariat y ont participé. Cette manifestation se situait dans la continuation du séminaire avec Prof. Dr. M. Klein de la « Westfälische Fachhochschule Köln » en automne 2006 sur le thème de la situation d'enfants de familles addictives au Luxembourg. Le but consiste à mieux se connaître, d'échanger du savoir et de consolider le travail en réseau.
- En partenariat avec le Centre de Prévention des Toxicomanies, un projet pilote a été lancé: un groupe de formation et de parole à des mères ayant connu une problématique de drogues « O Mamm O Kanner ». Les thèmes proposés tourneront autour du lien Parent-Enfant et des habilités éducatives en général. A cet effet, des intervenants du Centre de Prévention et du service Parentalité ont participé à une formation pour animation de mères toxicomanes à Cologne. En s'inspirant entre autres au projet « Eltereschoul » de la Fondation Kannerschlass, un module de formation a été élaboré. Un premier groupe a été démarré en hiver 2007. Une première évaluation se fera après les huit séances prévues en printemps 2008.
- Le service Parentalité a été aussi retenu comme un des lauréats du prix Janusz Korczak de la Fondation Kannerschlass décerné le 28 novembre 2007. Le prix principal a été attribué à l'association « Anonym Glecksspiller ».
- Une donation de la paroisse de Hesperange dont bénéficiait notre service en commun avec le service « les Niches » a permis de subventionner des familles en situation de précarité. Ces subventions seront toujours destinées aux besoins des enfants. Ainsi, par exemple : participation aux frais de crèches ou de garderies, inscription dans des colonies de vacances ou de sports, acquisition de matériel et de mobilier d'enfants.

9. Perspectives

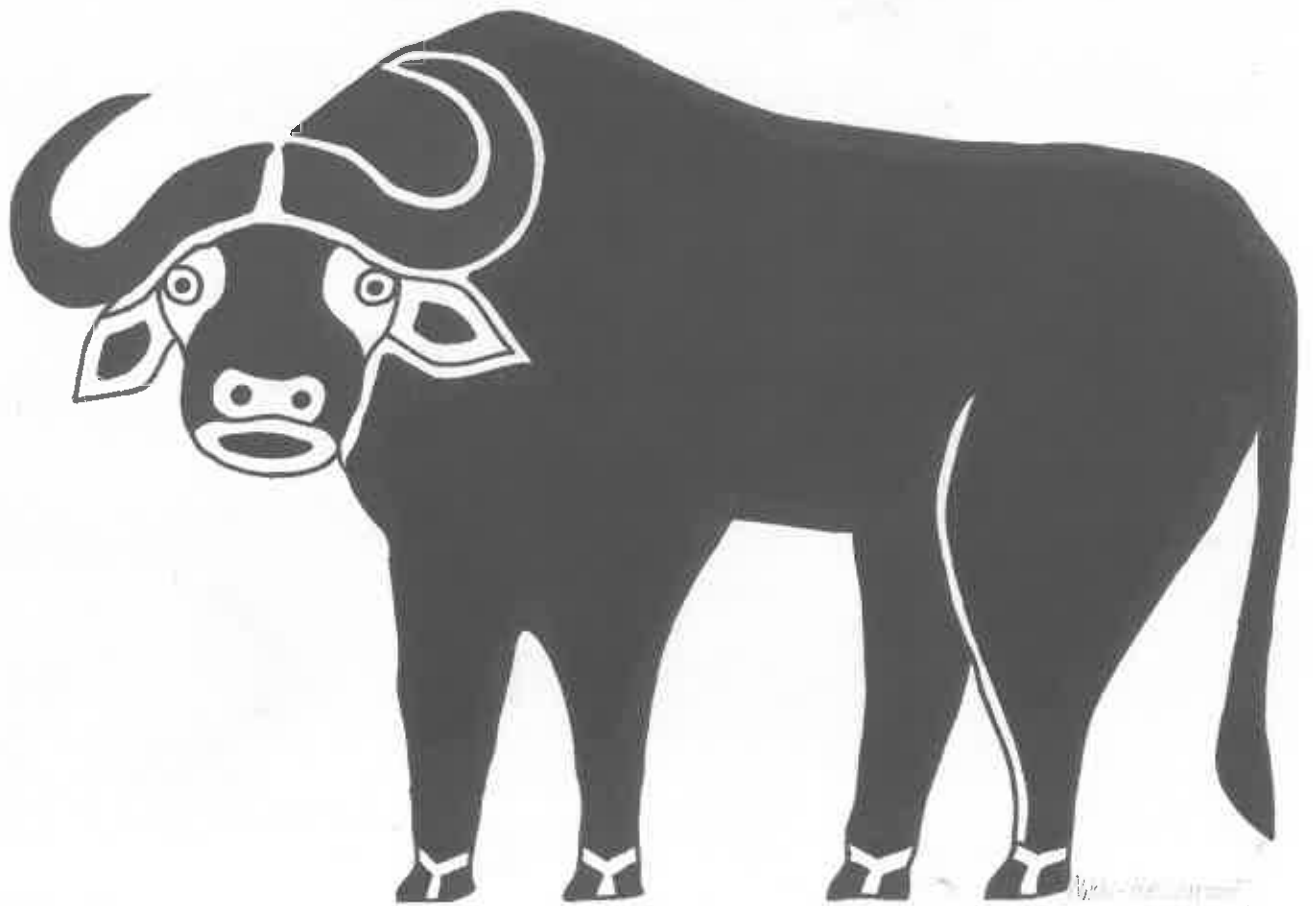
L'année 2008 s'annonce bien. En effet, face à l'augmentation de notre charge de travail, un poste mi-temps de psychologue vient d'être accordé par le Ministère de Santé et renforcera l'équipe.

Nous souhaitons aussi nous consacrer à l'élaboration d'un travail conceptuel plus approfondi et finalisé sous forme d'un document écrit. Entre autres, nous visons une amélioration au niveau de notre implication en travail en réseau avec des partenaires formels (professionnels) et informels (entourage familial) et de notre outil d'évaluation et de diagnostic des situations dans lesquelles nous intervenons.

Robert Lamborelle, psychologue dipl.



«Clown 1» Roby Kops



«Animal N°16» Nikki Berlemont

8. Distributeurs de seringues et échange de seringues

1. Distributeurs de seringues

Emplacements: Luxembourg, Esch-sur-Alzette, Dudelange, Ettelbrück

Tableau 1: Nombre de seringues vendues

Année	Nombre de seringues vendues
2005	28.428
2006	28.032
2007	20.103

Le nombre de seringues vendues par le biais des distributeurs a baissé par rapport à l'année précédente. Il faut cependant noter que le distributeur d'Esch/Alzette était hors service pendant plusieurs mois.

Tableau 2: vente de seringues par lieu d'emplacement

Lieu	Seringues stériles vendues 2007
Luxembourg	14.103 (18.114)*
Esch-sur-Alzette**	2.286 (6.378)
Dudelange	1.776 (1.695)
Ettelbrück	1.938 (1.845)
Total	20.103 (28.032)

* les chiffres en parenthèses se rapportent à l'année 2006

**suite à un acte de vandalisme, le distributeur d'Esch a été en panne pendant plusieurs mois en 2007

Dans les boîtes pour seringues usagées, installées à côté des distributeurs, 1.600 seringues usagées ont été récupérées. Dès le début de la vente de seringues par les distributeurs, le taux de retour des seringues usagées a été très bas.

2. Echange de seringues

Tableau 3: Nombre de seringues échangées 2005-2007 dans les centres JDH

Nombre de seringues	2007	2006	2005
Centres JDH Lux et Esch	100.233	116.799	180.253

On voit que le nombre de seringues échangées a baissé les 3 dernières années. Ceci est une tendance qui se confirme aussi au niveau national pour tous les centres de distribution pris ensemble (à part des centres JDH, il s'agit du Tox-In et du Drop-In). A titre d'information, voici les statistiques nationales des dernières années:

Tableau 4: Statistiques nationales échange de seringues 2003-2007

Année	2007	2006	2005	2004	2003
N° de seringues	267.244	304.315	401.451	398.334	285.771

Plusieurs hypothèses ont été émises concernant la baisse du nombre des seringues échangées. Comme le nombre des visiteurs des centres n'a pas baissé, mais a plutôt augmenté, l'hypo-

thèse la plus plausible nous semble être celle d'un changement des habitudes de consommation: la baisse pourrait s'expliquer par une diminution de la consommation de cocaïne. En effet, l'augmentation de 2004 à 2006 était en relation avec la vague de cocaïne qui submergeait le marché.

Le tableau suivant résume les statistiques concernant l'échange de seringues dans les centres JDH pour l'année 2007.

Tableau 5: Echange et retour de seringues dans les centres JDH en 2007

Lieux	seringues stériles	retour seringues usagées
JDH Luxembourg Kontakt 28	53.215 (59.408)*	49.800 (93%)
JDH Esch	47.018 (57.391)	46.660 (99%)
Total	100.233 (116.799)	96.460 (96%)

*les chiffres en parenthèses se rapportent à l'année 2006

Günter Biewers, pédag. dipl.
Jacquie Thill et Michelle Limpach, statistiques



«La sirène et son compagnon» Patricia Ernster

Tätigkeitsbericht für das Jahr 2007

Elternselbsthilfe-gruppe Drogenabhängiger Kinder E.D.K.

Am 20. Januar 2008 fand die alljährliche Generalversammlung im Café – Restaurant «Um Haff» in Tetingen statt.

Die Buchführung wurde von Hr. Fernand Friedrich u. Hr. Emil Stellmes kontrolliert und für gut befunden.

Die Zusammenkünfte der betroffenen Eltern fanden jeden Donnerstag in Esch u. jeden 2.ten u. 4.ten Donnerstag in Luxemburg statt.

Neben unserer Informationsarbeit standen ebenfalls: Öffentlichkeitsarbeit u. sonstige Aktivitäten im Vordergrund.

Folgende Aktivitäten wurden 2007 durchgeführt:

- 14. 01 Generalversammlung in Tetingen
- 30. 01 Putzdienst unserer Organisation an neuer Adresse der J.D.H. in Esch
- 06. 02 Vorstandssitzung in Tetingen
- 17. 02 Kegelabend

- 29. 03 Studienreise nach Karlsruhe, Treffen eines Elternkreises und
- 31. 03 Besuch des Therapiezentrums Gaggenau

- 03. 05 Sitzung mit einer betroffenen Mutter bei Hr. Günter Biwersi
- 05. 05 Kegeln
- 10. 05 Vortrag von Steffen Marcel „ police judiciaire „
- 15. 05 Vorstandssitzung
- 24. 05 Vortrag von Dr. De Winter in Luxemburg J.D.H
- 23. 06 Kegelabend
- 08. 06 Treffen mit den Nachbarn der Vincentstrasse in der J.D.H. in Esch (Kuchen mitgenommen)
- 17. 06 Frühjahrsfest in Manternach (Mithilfe unserer Organisation u. Kuchen mitgenommen))
- 30. 06 Teilnahme in Düdelingen Diddeleng gesond
- 09. 07 Eröffnungsfeier der JDH in Esch (Kuchen mitgenommen)
- 10. 07 Vorstandssitzung
- 14. 07 Kegelabend
- 22. 09 Ausflug nach „ Mettlach,, mit der M.S. Marie Astrid mit anschließendem Abendessen
- 24. 09 Informationsgespräch mit H. Pauly R. über das Verhalten einer Patientin (Konflikte.... der Familie der betroffenen Person....)
- 06. 10 Diskussion unserer Präsidentin mit Günter Biversi über den Elternkreis
- 06. 10 Seminar in Remich mit Diplompsychologe Rainer Blobel aus Karlsruhe
- 07. 10 Thema: Angst — Familienkonflikte u.s.w
- 09. 10 Vorstandssitzung in Tetingen
- 10. 11 Kegelabend
- 01. 12 Mithilfe unserer Organisation in Manternach (Weihnachtsmarkt) unsere Organisation übernahm die Kaffeestube
- 08. 12 Weihnachtsfeier in Tetingen „ Um Haff,,

Unsere regelmäßigen Treffen besuchten in Esch u. Luxemburg zwischen 15 u. 20 Personen.

An unseren verschiedenen Aktivitäten nahmen die meisten Personen teil.

(An verschiedenen öffentlichen Veranstaltungen, können die meisten Eltern sich nicht beteiligen, da wir ihre Anonymität bewahren müssen)

Übers Jahr wurden diverse Freizeitaktivitäten angeboten,(zur Ablenkung der Sorgen) an dem sich jedes Mitglied beteiligen konnte.

Mit all unseren Aktivitäten sehen wir unsere Arbeit als innovativ u. zukunftsorientierend an.

Luxemburg - Esch /Alzette den 20. Januar 2008

Orioli Jacqueline, Präsidentin
Marx Margot, Sekretärin



Trixy 2007
Der Zusammenhalt.

«Der Zusammenhalt» Trixy Thull

L'Atelier Artistique est le service d'art-thérapie du Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique à Ettelbruck. Il accueille depuis 1992 aussi bien les personnes hospitalisées que celles inscrites en hôpital de jour. Y sont offerts les services suivants :

- Des ateliers à création « ouverts », axés sur la créativité et la quête d'une expression artistique très personnelle. Ils offrent la possibilité d'explorer divers médias artistiques, des matériaux et des méthodes différents : peinture, dessin, gravure, assemblage, argile, sculpture, photographie, écriture. Les participants peuvent y travailler de façon très autonome, ou en plus étroite collaboration avec l'artiste/thérapeute. L'objectif est de travailler la créativité et d'exprimer son imaginaire avec le média d'expression qui correspond le plus à sa personnalité.
- Des groupes art-thérapeutiques « semi-ouverts », traitant à chaque séance un thème spécifique avec l'aide de médiations plastiques (dessin, peinture, argile, assemblage, collage). Ces séances comprennent toujours une discussion dans le groupe.
- Des séances individuelles de psychothérapie à médiation artistique, offrant un cadre sécurisant pour explorer et exprimer plus profondément les pensées et les émotions tant par l'image que par les mots.

Les objectifs du service d'art-thérapie varient selon les besoins des différentes personnes nécessitant une prise en charge. Mais ils ont tous en commun l'utilisation du processus créatif pour parvenir à un changement positif, qu'il s'agisse d'une croissance personnelle (meilleure perception de ses propres compétences, augmentation de la confiance en soi et de l'autonomie personnelle), de guérison, de prise de conscience ou de résolution de problèmes.

Toutefois, le travail avec la créativité et l'imaginaire ouvre d'autres voies de communication et constitue avant tout un moyen d'expression plus accessible pour des individus ayant des difficultés à parler ou étant incapables de communiquer efficacement par la parole.

Vu la grande qualité des oeuvres produites dans les ateliers à création 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 l'exposant.

Atelier Artistique / service art-thérapie
Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique
17, Av. des Alliés
L-9012 ETTTELBRUCK
Tél: 00 (352) 2682 4050
E-mail: atelier.artistique@chnp.lu

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