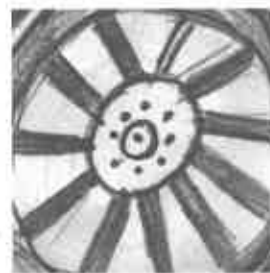


Jahresbericht  
2008



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 59)

**Layout:**

Éilenger KonschtWierk ATP a.s.b.l.

**Photos:**

© Jugend- an Drogenhëllef



*«Indian Reservation» Simone Toelen*

# **Tätigkeitsbericht für das Jahr 2008**

## **Elternselbsthilfe-gruppe Drogenabhängiger Kinder E.D.K.**

Am 08 März 2009 findet die alljährige Generalversammlung im Café – Restaurant „ Um Haff „ in Tetingen statt.

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

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

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

**Folgende Aktivitäten wurden 2008 durchgeführt:**

- 20/01 Generalversammlung
- 08/02 Kegelabend
- 04/03 Referat Hr Pauly Romain  
(Therapiezentrum Manternach)
- 08/04 Informationstreffen (Kontakt 28 in Luxemburg)
- 15 04 Vorstandssitzung
- 02/05 Treffen mit Hr Günter Biversi ( JDH Esch/Alzette )
- 20/05 Referat mit Vertreter von: Parentalité, Methadon,  
Psychiatrie der JDH
- 01/06 Frühjahrsfest Manternach ( Mithilfe unserer Org.)
- 28/06 Diddeleng Gesund
- 19/07 Kegelabend
- 19/09 Infoabend ( Kontakt 28 )
- 16/09 Vorstandssitzung
- 26/09 Wellnesswochenende in Bosen ( D )  
-28/09 ( Drogenfreie Gedanken für die Eltern )
- 04/10 Quetschefest in Manternach ( Mithilfe unserer Org. )
- 15/10 Diskussion in Manternach zwecks „Contrat de  
Collaboration » mit dem Therapiezentrum
- 30/10 Table Ronde in Mondercange ( Thema Sucht )
- 21/11 Kegelabend
- 29/11 Adventsfest in Manternach ( Mithilfe unserer Org.)
- 29/11 Kontrakt mit Therapiezentrum in Manternach unter-  
schrieben ( Contrat de collaboration)
- 13/12 Weihnachtsfeier

**Änderung unserer Treffen :**  
**an jedem 2. und 4. Donnerstag im Monat auch in Esch**

**Im Monat August finden keine Treffen statt**

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, an dem sich jedes Mitglied beteiligen konnte.

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

Einen besonderen Dank richten wir an die JDH, da sie uns ihre Räumlichkeiten in Luxemburg und in Esch/Alzette zur Verfügung stellen um unsere Treffen zu ermöglichen.

**Präsidentin Orioli Jacqueline**  
**Sekretärin Marx Marg**

**93, rue d'Anvers**  
**LUXEMBOURG**

**11, rue St.Vincent**  
**ESCH / ALZETTE**

**CCP Iban lu 95 1111 0724 0038 0000**  
**P.A. 47, rue de Rumelange L-3784 Tétange**  
**E-Mail EDKhellef@pt.lu**



**«Pohunn» Michel Hilger**

# 8. Distributeurs de seringues et échange de seringues

## 1. Distributeurs de seringues

En 2008, les distributeurs se trouvaient dans les villes suivantes: Luxembourg, Esch-sur-Alzette, Dudelange, Ettelbrück

Tableau 1: seringues vendues 2006-2008 (distributeurs)

Nombre de seringues vendues	2006	2007	2008
	28.032	20.103	20.735

Tableau 2: Seringues vendues par distributeur

Lieu	Seringues vendues 2008
Luxembourg	10.626 (14.103)*
Esch-sur-Alzette	7.500 (2.286)**
Dudelange	1.383 (1.776)
Ettelbrück	1.226 (1.938)
Total	20.735 (20.103)

\* les chiffres en parenthèses se rapportent à l'année 2007

\*\* suite à un acte de vandalisme, le distributeur d'Esch a été en panne de février à novembre 2007

Comme les tableaux le montrent, la vente de seringues dans les différents distributeurs du pays a diminué les dernières années. La hausse substantielle des ventes du distributeur d'Esch s'explique par le fait qu'en 2007 le distributeur était hors service pendant 9 mois pour cause de vandalisme.

Les distributeurs continuent de jouer un rôle important dans l'approvisionnement en seringues, vu que les centres spécialisés ne peuvent prendre en charge et garantir cette fonction 24hrs/24hrs. C'est pourquoi – comme déjà mentionné dans le rapport de 2007 – il est important que l'on trouve une solution adéquate pour la Ville de Differdange où un distributeur serait d'une utilité certaine, comme le montre l'expérience des années où un tel distributeur y fonctionnait, expérience que nous avons du stopper à cause d'actes de vandalisme répétés.

## 2. Echange de seringues

Le tableau suivant résume les statistiques concernant l'échange de seringues dans les centres JDH pour l'année 2008.

Tableau 3: échange de seringues

Lieu	seringues stériles	retour seringues usagées
JDH Luxembourg		
Kontakt28	49.063 (53.215)*	*39.600 (81%)
JDH Esch	27.240 (47.018)	29.400 (108%)
Total	76.303 (100.233)	69.000 (90%)

\* les chiffres en parenthèses se rapportent à l'année 2007

Comme les années précédentes, on constate une baisse du nombre de seringues échangées. Ce phénomène est le même dans les autres centres pratiquant l'échange de seringues et certainement pas dû à une baisse du nombre des injecteurs de drogues, comme le montre le nombre croissant de visiteurs des centres spécialisés bas seuil. L'hypothèse la plus plausible pour expliquer ce phénomène nous semble être le changement des habitudes de consommation.

# A. Freie Beiträge

1. Pilotprojekt „Ohrakupunktur“  
der Jugend- an Drogenhöllef **7**
2. Programme de Substitution **13**
3. Kontrollierte Heroinabgabe in Luxemburg:  
was sagen die Betroffenen? **15**



**«Die Bühne» Monique Useldinger**



# 1. Pilotprojekt „Ohrakupunktur“ der Jugend- an Drogenhöllef

Auf Antrag der Jugend- an Drogenhöllef (JDH) genehmigte das Luxemburger Gesundheitsministerium eine Pilotstudie mit dem Ziel, Praktikabilität und Effektivität von Ohrakupunktur bei Menschen mit Suchtproblemen im ambulanten Setting zu erproben. Zielgruppe waren hauptsächlich Klienten mit Opiat- und Mehrfachabhängigkeit. Dieses Pilotprojekt wurde in der Zeit vom 12.4.2007 bis zum 11.4.2008 bei der JDH in Luxemburg durchgeführt und evaluiert. Ein entsprechender Bericht wurde 2008 publiziert (De Winter, Duscherer, Grün, Sorgen, 2008).

Der folgende Beitrag gibt einen Überblick über den Verlauf des Projektes und der Ergebnisse. Er stützt sich dabei zum grossen Teil auf den Text des oben erwähnten Berichtes.

## 1. Einleitung

Die Ohrakupunktur wird seit den siebziger Jahren verstärkt in der westlichen Suchtbehandlung angewandt. Sie soll Entzugsschmerzen lindern und das Verlangen nach Suchtstoffen, das so genannte Craving, senken (D'Alberto; 2004; Wen & Cheung, 1973). Gute Erfahrungsberichte kommen aus dem stationären und ambulanten Entzug, vor allem bei Kokain und Alkohol; in der Methadonsubstitution soll die Ohrakupunktur die Möglichkeit bieten, den Beikonsum zu reduzieren (Avants et al., 2005).



Generell sind die Erfahrungsberichte der Akupunkteure, Patienten und Betreuer über die Effekte überwiegend positiv: die Ohrakupunktur ermöglicht eine Verbesserung des körperlichen und psychischen Wohlbefindens der Patienten. Diese positiven Effekte können einen wertvollen Beitrag zur Betreuung und Behandlung der Suchtpatienten leisten, sie an einen Behandlungsrahmen binden und so für weiterführende Behandlungen stärken und motivieren. Ausserdem ist diese Methode kostengünstig, da eine qualifizierte Ausbildung in dieser begrenzten Teilmethode der Akupunktur in relativ kurzer Zeit auch für Nicht-Ärzte möglich ist. Bei sachgerechter Anwendung weist die Methode kaum Nebenwirkungen auf. In jedem Fall soll die Suchtakupunktur als ergänzende Behandlungsmöglichkeit für Menschen mit Suchtproblemen in Erwägung gezogen werden, kann und soll die herkömmlichen Behandlungen aber nicht ersetzen. Eine Grundsatzfrage für den Einsatz von Akupunktur bei Klienten mit Suchtproblemen ist jedoch die Machbarkeit einer solchen Behandlung im ambulanten Setting. Die Schwerpunkte der Begleitevaluation der JDH-Pilotstudie waren deshalb die Durchführbarkeit und Praktikabilität von der Anwendung von Akupunktur im Rahmen der ambulanten Behandlung drogenabhängiger Menschen in der gegebenen Einrichtung. Außerdem wurde das Profil der interessierten Klienten erhoben und, soweit wie möglich, die Effektivität der Akupunkturbehandlung in Bezug auf Entzugs-

schmerzen und das subjektive Wohlbefinden der Patienten erforscht. Diese Begleitevaluation beruht zum Teil auf der Studie von Verthein (1999) über die ambulante Akupunkturbehandlung Drogen- und Alkoholabhängiger des Hamburger Trägervereins Palette e.V.

## 2. Rahmenbedingungen

Grundlage für das Angebot Suchtakupunktur war das Protokoll der National Acupuncture Detoxification Association (NADA).

Für die Behandlungsdauer wurden drei Monate festgelegt, in Anlehnung an das Protokoll der NADA. Abweichend zum Protokoll konnten jedoch nur zwei Sitzungen in der Woche angeboten werden. Nach Absprache war eine Verlängerung der Behandlung möglich. Die Anzahl der Klienten war auf etwa fünf bis sechs Klienten beschränkt. Wenn ein Klient ausschied, konnte der freie Platz erneut besetzt werden. Die Nadeln wurden von einem Arzt gesetzt.

## 3. Profil der Teilnehmer

Für das Pilotprojekt wurde keine spezielle Werbung gemacht. Die Mitarbeiter der verschiedenen Teams innerhalb der JDH wurden über das Pilotprojekt informiert und sollten interessierte Patienten überweisen. Für die Teilnahme am Projekt gab es 32 Anfragen. 27 Klienten wurden in die Behandlung aufgenommen, die Daten von 25 Klienten konnten in der Auswertung berücksichtigt werden.

Über ein Drittel der Teilnehmer waren Frauen, was einen vergleichsweise hohen Anteil darstellt. Das Alter der Teilnehmer variierte von 25 bis 54 Jahre. Das Durchschnittsalter betrug 36.5 Jahre, ohne signifikante Unterschiede zwischen Männern und Frauen. Im Vergleich zu den anderen Hilfeangeboten der JDH fällt das relativ hohe Alter der Klienten auf. Dies kann durch den Umstand erklärt werden, dass sich besonders Klienten angesprochen fühlten, die schon verschiedene Behandlungen ausprobiert haben, um ihren Drogenkonsum zu reduzieren oder aufzuheben.

Mehr als die Hälfte der Klienten wohnte im Zentrum Luxemburgs, inklusive Luxemburg Stadt (52%), also nahe der Institution in welcher die Akupunkturbehandlung angeboten wurde. Im Süden des Landes waren ebenfalls viele Klienten wohnhaft (40%).

Der mit Abstand größte Teil der Klienten (92%) kam aus einer stabilen und sicheren Wohnsituation. Lediglich zwei Klienten waren ohne festen Wohnsitz.

Über ein Drittel der Klienten war in einem festen Arbeitsver-

<sup>1</sup> Der Bericht kann beim Sekretariat der Jugend-an Drogenhöllef, Tel.: 49 10 40, angefordert werden.

hältnis. Zusammen mit den Klienten, die punktuell arbeiteten, betrug der Anteil der Berufstätigen 56%. Immerhin waren aber 44% ohne Beschäftigungsverhältnis. Ein hoher Anteil der Klientel (76%) gab an, einen festen Freundeskreis zu haben, die meisten Teilnehmer an der Akupunkturstudie hatten dementsprechend gute soziale Kontakte.

#### 4. Gesundheitszustand der Teilnehmer

Während der Anamnese wurden die Patienten nach einer Selbsteinschätzung ihres körperlichen Allgemein- und Ernährungszustandes befragt. Über die Hälfte gab an, in einem körperlich guten Allgemeinzustand zu sein und über 80% geben an, in einem guten Ernährungszustand zu sein.

Keiner der Klienten war HIV-positiv. Eine Hepatitisinfektion lag bei über 50 % der Klienten vor: 13 Klienten waren mit Hepatitis C infiziert, 3 Klienten mit Hepatitis B.

Während der Anamnese wurden die Klienten auch nach ihrem allgemeinen psychischen Empfinden und möglichen psychischen Problemen in den letzten 12 Monaten befragt. Im Gegensatz zu ihrem körperlichen Allgemeinzustand schätzten nur ein Fünftel der Teilnehmer ihr psychisches Befinden als sehr oder eher gut ein. Über die Hälfte aller Klienten gab an, in der letzten Woche an Angstzuständen und depressiven Verstimmungen gelitten zu haben: 68% der Klienten hatte Kontakte zu psychiatrischen Dienststellen. Ein Drittel der Klienten hatte bereits einmal einen Suizidversuch unternommen. Verglichen mit dem körperlichen Allgemeinzustand war der psychische Zustand der Teilnehmer der Akupunkturbehandlung eher schlecht.

#### 5. Drogenkonsum und suchtspezifische Angaben zu Behandlungsbeginn

Was die tägliche Einnahme betraf, so lag Methadon an erster Stelle: 64% aller Teilnehmer nahmen täglich Methadon, eine Person nahm Subutex (Buprenorphin). Der hohe Anteil an Methadonkonsumenten ist unter anderem mit dem hohen Anteil von Teilnehmern aus dem Substitutionsprogramm der JDH zu erklären. Weniger als die Hälfte der Substituierten gab an, gut mit ihrem Substitutionsmittel zurechtzukommen.

28% nahmen täglich Heroin (16% rauchen, 12 % injizieren), 64% nahm mindestens einmal wöchentlich Heroin (36% rauchen und 28% injizieren). 20% konsumierten mehrmals pro Woche, 20% nur einmal pro Woche und 16% nur einmal pro Monat. Anzumerken ist hier, dass Heroin die bevorzugte Substanz von 44% aller Teilnehmer war, gefolgt von Kokain für 16% der Klienten und Alkohol für 12% der Klienten.

24% der Klienten gab an, täglich Benzodiazepine einzunehmen, ebenfalls 24%. Alkohol. 20% der Klienten nahm mehrmals wöchentlich Kokain, Cannabis wurde von 24% der Teilnehmer mindestens einmal pro Woche geraucht. Keiner der Klienten gab an Halluzinogene oder Amphetamine zu konsumieren.

Der am meisten konsumierte Suchtstoff war Nikotin. Alle Klienten, für die Angaben vorhanden waren (92%), gaben an täglich zwischen 10 und 30 Zigaretten zu rauchen.

Generell konsumierten alle Teilnehmer regelmäßig verschiedene

psychoaktive Substanzen, wobei als häufigste Nennung 6 Klienten angaben, 4 Substanzen zu kombinieren.

40% der Teilnehmer gaben an mindestens einmal eine Überdosis gehabt zu haben. Generell haben die meisten Klienten bereits eine längere „Drogenkarriere“ hinter sich und einiges versucht, um einen Ausstieg aus der Drogenabhängigkeit zu schaffen. Einen stationären Entzug hatten bereits 64% der Teilnehmer durchgeführt. Derselbe Anteil an Teilnehmern hatte Erfahrung mit stationären Therapien.

#### 6. Frequenz der Teilnahme

Während der Pilotphase von 12 Monaten konnten insgesamt 193 Akupunkturbehandlungen durchgeführt werden, verteilt auf 25 Patienten und 71 Sitzungen. 25 Sitzungen mussten wegen Abwesenheit des Arztes entfallen.

Die durchschnittliche Frequentierung betrug 7.7 Sitzungen. Zwei Klienten nahmen an nur einer Akupunkturbehandlung teil, die höchste Anzahl von Behandlungen lag bei 25 Sitzungen.

#### 7. Effekte der Akupunkturbehandlung

Eine Zielsetzung der Pilotstudie war die Ohrakupunktur als komplementäre Intervention in der Suchtbehandlung zu evaluieren. Hierzu wurden Veränderungen in der Entzugssymptomatik und des körperlichen und psychischen Wohlbefindens der Klienten im Verlauf der Behandlung untersucht.

Hierbei ist zu bemerken dass mit zunehmender Behandlungsdauer die Anzahl der Klienten, und somit die Anzahl der verfügbaren Daten, abnahm. Vergleiche der Untersuchungsteilnehmer zu verschiedenen Zeitpunkten der Behandlung bezogen sich deswegen immer auf unterschiedlich große Stichproben. Die verschiedenen Veränderungen im Behandlungsverlauf wurden deshalb auf verschiedene Arten untersucht.

Erstens wurden für die gesamte Untersuchungsgruppe verschiedene Variablen vor der Behandlung, nach einer und zwei Akupunktursitzungen, sowie am Ende der Behandlung erhoben. In diesem Falle wurden alle verfügbaren Daten berücksichtigt, d.h. es wurden die Angaben von Klienten verglichen welche an einer unterschiedlichen Zahl von Sitzungen teilgenommen hatten.

Zweitens wurde die Entwicklung der Daten der acht Klienten verglichen, welche an mindesten acht Sitzungen teilgenommen hatten und dies von Behandlungsanfang bis zum Abschluss der acht Sitzungen. Diese Vorgehensweise hatte den Vorteil, die Effekte der Akupunkturbehandlung für eine gleich große Untersuchungsgruppe über eine bestimmte Anzahl Sitzungen zu observieren.

Für beide Evaluierungen konnte bei der Selbsteinschätzung des aktuellen körperlichen und psychischen Befindens keine signifikante Veränderung im Laufe der Behandlung beobachtet werden. Das gleiche gilt für die Symptome Angstzustände und depressive Verstimmungen.

Am Ende ihrer Behandlung wurden außerdem alle Teilnehmer

gebeten, die Auswirkungen der Behandlung auf ihr Wohlbefinden zu bewerten. Bei 16 verwertbaren Antworten beurteilten 6 Klienten, dass die Akupunkturbehandlung ihnen sehr geholfen hat sich körperlich und psychisch besser zu fühlen und 7 Klienten gaben an, dass die Behandlung ihnen etwas geholfen hat. Zwei Klienten antworteten, dass die Behandlung eher nicht geholfen hat und ein Klient gab an, dass sie gar keine Auswirkung auf sein Wohlbefinden hat. Bei den 13 Klienten, welche positive Auswirkungen beschrieben, überwogen die Aspekte der Entspannung und Beruhigung.

Die aktuelle Entzugssymptomatik wurde nach jeder Akupunkturbehandlung mit der Short Opiate Withdrawal Scale (SOWS; Gossop, 1990) erhoben, die sich auf 10 körperliche Symptome bezieht. Zusätzlich zu den Symptomen der SOWS wurden die Teilnehmer nach den Symptomen „Schwitzen“ und „Stress/Anspannung/Belastung“ befragt.

Zu Behandlungsbeginn war die Entzugssymptomatik nach der SOWS mit einem durchschnittlichen Gesamtwert von 7.5 eher gering ausgeprägt. Die häufigsten genannten und am stärksten ausgeprägten Symptome waren Schlafstörungen und ein bestehendes Krankheitsgefühl. Der größte Teil der Klienten gab an unter den beiden zusätzlichen Symptome „Schwitzen“ und „Stress/Anspannung/Belastung“ zu leiden.

Beim Symptom Schwitzen konnte keine Veränderung im Lauf der Behandlung beobachtet werden. Die Durchschnittswerte der SOWS und des Symptoms „Stress/Anspannung/Belastung“ lagen nach der ersten Akupunktursitzung über den Werten welche bei der Anamnese erhoben wurden, jedoch war dieser Unterschied statistisch nicht signifikant. Nach der zweiten Sitzung beobachtete man jedoch einen nicht signifikanten Rückgang der Stresssymptomatik, sowie einen deutlichen Rückgang des durchschnittlichen SOWS Wertes, welcher von 8.3 nach 6.6 nach der zweiten Sitzung fiel ( $p = .017$ ). Dieser Rückgang blieb bis zur letzten Erhebung der SOWS bestehen, erfuhr aber keine weitere signifikante Verbesserung. Da die letzte Datenerhebung, je nach Klient, nach unterschiedlich langer Behandlungsdauer vorgenommen wurde, wurde erneut die Entwicklung der Entzugssymptomatik mit der eingeschränkten Untersuchungsgruppe untersucht.

Tabelle 1 und Graphik 1

Entzugssymptomatik von Behandlungsbeginn bis nach Abschluss der achten Sitzung (A = Anamnese;  $n = 8$ ).

Sitzung	SOWS	
	m	s
Anamnese		
e	7.4	9.7
S1	7.5	5.3
S2	4.4	3.7
S3	4.6	3.4
S4	4.5	4.6
S5	4.1	4.4
S6	4.3	4.4
S7	3.3	2.7
S8	3.3	3.1

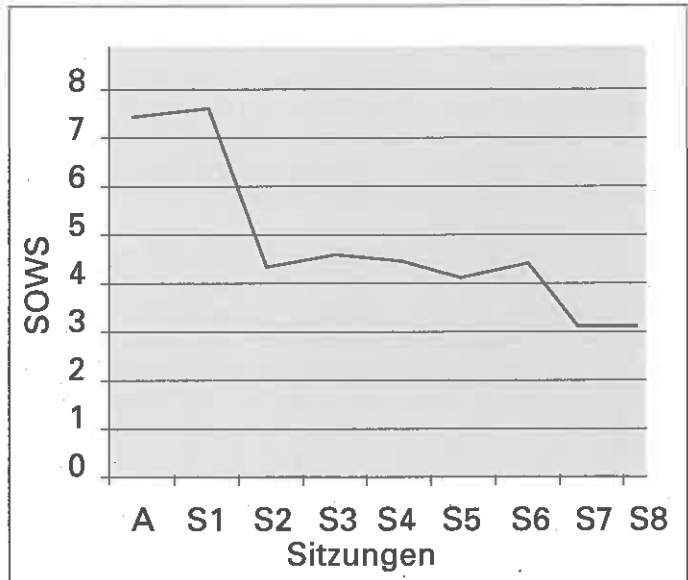


Tabelle 1 und Graphik 1 illustrieren die Entwicklung des durchschnittlichen SOWS Wertes für die acht Teilnehmer, welche an mindestens acht Sitzungen teilgenommen haben. Im Verlauf der Akupunkturbehandlung verminderte sich die Entzugssymptomatik deutlich ( $F = 2.172$ ,  $MSE = 19.785$ ,  $p = .044$ ). Wie schon bei der gesamten Untersuchungsgruppe beobachtet, reduzierte sich die Entzugssymptomatik besonders nach der zweiten Akupunkturbehandlung ( $m = 7.5$ ,  $s = 5.3$ ;  $m = 4.4$ ,  $s = 3.7$  nach den Sitzungen 1 beziehungsweise 2, mit  $p = .035$ ). Bei diesen Teilnehmern wurde außerdem eine zusätzliche Verbesserung nach der siebten und achten Sitzung erzielt ( $p = .032$  und  $p = .023$ ).

### 8. Analyse der Ursachen des Behandlungsabbruchs

Die Gründe der vorzeitigen Behandlungsabbrüche sind nur teilweise bekannt. Neun Teilnehmer gaben an, dass sie die Behandlung aus pragmatischen/organisatorischen Gründen nicht weiterführen konnten. Zwei Teilnehmer brachen die Behandlung ab, weil sie nicht den gewünschten Effekt brachte.

### 9. Bewertung der Behandlungsmethode durch die Klienten

12 von 16 Teilnehmern gaben an, diese Behandlungsmethode, so wie sie angeboten wurde, auf jeden Fall auch an andere Drogenkonsumenten weiterzuempfehlen. Die restlichen 4 Teilnehmer waren zur Zeit der Befragung unentschlossen. Diese Angaben zeugen von einer hohen Akzeptanz der Behandlungsmethode.

Zu den Vor- und Nachteilen der Akupunkturbehandlung konnten die Angaben von 15 Klienten erhoben werden. 11 Klienten gaben an, die Akupunkturbehandlung als hilfreich zu empfinden. Zwei Klienten berichteten keinen Nutzen aus der Behandlung gezogen zu haben, zwei weitere Klienten gaben an, an zu wenigen Behandlungen teilgenommen zu haben um sich äußern zu können.

Die meisten Klienten berichteten von einer Verbesserung ihres Allgemeinbefindens. Als ein wesentlicher Vorteil der Akupunktur

stellte sich deren entspannender und beruhigender Effekt heraus. Andere genannte Vorteile waren das Erzielen einer höheren Ausgeglichenheit, die Verminderung des Craving, Erhöhung von Energie und Motivation, die Verminderung von Schlafstörungen und die Besserung des Allgemeinempfindens. Zwei Klienten schätzten die „natürliche“ Methode, welche ohne Einnahme von Medikamenten positive Effekte bewirkt.

In Bezug auf die Nachteile der Akupunkturbehandlung standen Termenschwierigkeiten an erster Stelle: die bestehenden Einschränkungen der Termine erschwerte es vielen Klienten durchgängig an den Akupunkturbehandlungen teilzunehmen. Zwei Sitzungen pro Woche wurden als nicht ausreichend empfunden, die Uhrzeiten der Behandlungen waren für viele Teilnehmer ungünstig. Dadurch, dass einige der befragten Klienten berufstätig geworden sind, konnten sie die vereinbarten Termine nicht immer einhalten und mussten die Akupunkturbehandlung abbrechen. Öfters bemängelt wurde die Aussetzung der Behandlung bei Abwesenheit des Arztes. Termenschwierigkeiten war auch die meistgenannte Ursache bei Abbruch der Behandlung.

Außer den zeitlichen Termenschwierigkeiten war der Behandlungsort im luxemburgischen Bahnhofsviertel für mehrere Klienten ungünstig. Für einige Teilnehmer waren die Anfahrtswege von ihrem Wohnort oder ihrem Arbeitsplatz zu umständlich, ein Teilnehmer empfand die Nähe zur Drogenszene am Bahnhof als sehr problematisch.

## 10. Bewertung der Pilotprojektes durch den behandelnden Arzt

Ergänzend zu den Rückmeldungen der teilnehmenden Klienten wurde der behandelnde Arzt, Dr. Jean-Paul de Winter, zu seinen Bewertungen der Akupunkturbehandlung nach den Erfahrungen des ersten Jahres befragt.

(siehe Text: « **Concerne l'auriculothérapie** » am Ende dieses Artikels)

## 11. Zusammenfassung der Ergebnisse

### 11.1. Merkmale der Untersuchungsgruppe

Die untersuchte Gruppe kennzeichnet sich durch folgende Merkmale:

- Geschlecht: 36% weibliche Teilnehmer, ein Anteil, der über dem zu erwartenden Durchschnitt liegt (vgl. Relis, ...)
- Alter: Durchschnittsalter von 36,5 Jahren, ein Wert, der ebenfalls über dem Durchschnitt der nationalen Statistiken oder anderer Therapieprogramme liegt. Dies und der hohe Anteil von Patienten mit mehreren Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen deutet daraufhin, dass sich vor allem Patienten mit längerer Drogenkarriere angesprochen fühlten.
- Geographische Verteilung des Wohnortes: der Hauptanteil stammt aus der Region Zentrum (52%), gefolgt von der Südregion (40%)
- soziale Stellung: die erfassten Indikatoren zur sozialen Integration (Wohnsituation, Erwerbstätigkeit, Freundeskreis) deuten auf eine verhältnismässig gute soziale Integration hin
- Gesundheitszustand zu Behandlungsbeginn: über die Hälfte der Patienten gibt an, sich in einem guten körperlichen Allgemeinzustand zu befinden. Über 50% gibt an, mindestens

eine Hepatitisinfektion zu haben. Der psychische Gesundheitszustand wird schlechter eingeschätzt, nur ein Fünftel schätzt ihn als gut ein.

- Drogenkonsum und suchtspezifische Angaben: ein Grossteil der Klienten nimmt Substitutionsmittel und konsumiert in unterschiedlichem Ausmass und Kombination noch andere Suchtstoffe. Bevorzugte Substanz ist Heroin. Die Mehrzahl hat bereits mehrere suchtspezifische Behandlungen versucht (Entgiftungen und stationäre Therapien).
- Erwartungen an die Akupunktur: die Teilnahme an der Behandlung mit dieser in Luxemburg neuen Methode wurde mit unterschiedlichsten positiven Erwartungen verknüpft.

### 11.2. Frequenz der Teilnahme

Im Evaluationszeitraum wurden 193 Akupunkturbehandlungen durchgeführt, verteilt auf 25 Klienten. Die durchschnittliche Teilnahme betrug 7,7 Sitzungen. Nur die Hälfte der Klienten nahm an mehr als an 5 Sitzungen teil.

### 11.3. Effekte der Behandlung

Die Auswertung der Fragebögen zu den Effekten der Behandlung wurde zweigleisig vorgenommen: einmal wurden die Antworten aller Teilnehmer vor der Behandlung, nach einer und nach zwei Sitzungen sowie nach Beendigung der Teilnahme ausgewertet (mit einer unterschiedlichen Anzahl von Gesamtsitzungen pro Teilnehmer), dann wurden die Daten von jenen 8 Teilnehmern separat ausgewertet, die an mindestens 8 Sitzungen teilgenommen hatten.

#### a. Auswirkungen auf das physische und psychische Wohlbefinden

Die Befragung zum physischen und psychischen Wohlbefinden zeigte bei beiden Auswertungen keine signifikante Entwicklung über den Auswertungszeitraum, blieb mit kleinen Schwankungen stabil.

#### b. Auswirkungen auf die Entzugssymptomatik

Die Entwicklung der Entzugssymptomatik zeigt Verbesserungen im Laufe der Behandlung für beide Auswertungen: bei der ersten zeigt sich ein signifikanter Rückgang des durchschnittlichen Gesamtwertes der Entzugssymptome (SOWS), besonders nach der zweiten Sitzung. Die gleiche Entwicklung lässt sich bei der zweiten Auswertung (8 Teilnehmer mit mindestens 8 Sitzungen) beobachten, (mit einer zusätzlichen Verbesserung nach der siebten und achten Sitzung).

#### c. Auswirkungen auf den Drogenkonsum

Bei 14 verwertbaren Antworten gaben 8 Klienten an, dass die Behandlung ihnen geholfen hat, den Konsum zu reduzieren, während 6 Klienten angaben, dass die Behandlung eher nicht geholfen hat.

### 11.4. Bewertung der Behandlungsmethode durch die Patienten

Nach Beendigung der Behandlung gaben 12 von 16 Teilnehmern an, dass sie die Methode an andere Betroffene auf jeden Fall



# Service Parentalité



## **Maison de Post-Cure Neudorf**

L'équipe des niches gère également la maison de post-cure Neudorf à Luxembourg-Ville. Elle est destinée à l'hébergement de personnes ayant terminé une thérapie résidentielle, au Luxembourg ou à l'étranger. Nous offrons une communauté de vie pour 6 à 7 personnes. L'abstinence est de règle. Nous y intervenons un soir par semaine pour une discussion de groupe obligatoire pour tous les résidents. Nous y allons évidemment aussi en cas de crise ou de problèmes. Elle a été occupée en 2008 par 7 personnes différentes pour des durées entre 1 et 12 mois. Par ailleurs, une rénovation conséquente devient plus que nécessaire, voire urgente.

## **Conclusions et perspectives**

Au lieu de répéter chaque année la même chose, de prêcher dans le désert, nous nous contenterons cette année d'établir un bref catalogue de revendications et propositions:

• plus grande implication des pouvoirs communaux: à part les deux villes de Luxembourg et d'Esch/Alzette, nous devons déplorer qu'aucune commune luxembourgeoise s'implique dans cette problématique du logement des personnes défavorisées. Alors que bien évidemment, il s'agit aussi d'habitants provenant de leur entité. Il en va de la responsabilité de toutes les communes, pas seulement des plus grandes. Cela est possible: en 2007 une commune plutôt rurale a mis à notre disposition pendant plus de 6 mois un logement pour héberger une maman avec son nouveau-né. Le loyer charges comprises était d'un euro par mois. Il s'agissait d'une claire volonté politique de loger convenablement cette habitante de la commune et cela s'est réalisé. Si déjà nous n'avons que très peu de moyens pour influencer l'offre de logements à louer, les communes pourraient nous aider en mettant la main à la pâte, soit via une aide financière soit via la mise à disposition de logements.

• Introduction du tiers payant: comme d'autres organisations nous plaillons pour l'introduction du tiers payant. Il est dommage et préjudiciable que des personnes soient écartés de l'offre de soins parce qu'elle n'ont pas les moyens financiers pour avancer les fonds nécessaires. Et quand les associations le font, cela est lié à une énorme surcharge de travail, sans oublier que cela peut parasiter notre relation avec les clients, parce qu'ils se sentent redevables envers nous d'une dette.

• Arrêtons de penser et d'agir de manière cloisonnée: trop souvent encore nous rencontrons des représentants d'institutions qui sont extrêmement méfiants envers nos clients. Ceci alors que « nos » clients partagent souvent avec les « leurs » les mêmes difficultés de santé (mentale), de précarité, d'isolement, de dépendance(s), de stigmatisation ..... Au lieu de travailler sur nos différences, construisons sur nos points communs.

• La précarité: en tant que travailleurs sociaux, nous avons tous appris que le loyer ne devrait pas dépasser un tiers des revenus disponibles d'un ménage, d'une personne. Ce critère est d'ailleurs aussi repris dans toutes les études et recommandations internationales. Si nous devions l'appliquer à notre projet,

nous devrions nous séparer de plus de la moitié des logements, y compris de bon nombre de ceux dont nous pouvons subventionner les loyers. En effet, la plupart des loyers que nous devons demander à nos clients se situe entre 40 et 50% de leur revenu disponible. Alors notre choix est simple: soit nous ne faisons rien, soit nous acceptons une situation qui n'est certainement pas idéale. Peut-être faudra-t-il quand-même un jour penser à majorer les minima sociaux, y compris ceux d'un revenu lié à un travail. Il n'est pas tolérable que le pays le plus riche du monde ait 14% de sa population qui vit en dessous du seuil de pauvreté, en ce compris de très nombreux enfants.

**Hervé Hick**

**Assistant social et licencié**

**en politique économique et sociale**

### 3. Eléments statistiques

Tableau 1: Nombre et répartition géographique des logements

Région	2008	2007
Sud	20	19
Centre	8	9
Nord	5	4
Total	33	32

Au-delà de la situation ci-dessus au 31 décembre 2008, le service a géré 35 logements différents, du studio à l'appartement 2 chambres. Deux logements ont été « abandonnés ». Un premier parce que la mise à disposition par la Wunnengshëllef arrivait à son terme. Un deuxième parce que nous avons réussi à ce que le bail soit transféré vers la cliente (une première!!). Durant l'année écoulée nous avons enregistré 10 mouvements dans les logements (départs, transferts vers un appartement plus adapté, enrénagements).

Dans ces 33 logements nous accueillons 41 adultes et 18 enfants.

Tableau 2: Type de loyer

Type de loyer	2008	2007
Loyer subdivisé par la convention Ville de Luxembourg	23	21
Fonds du Logement à Coût Modéré	6	6
Logement Social Ville d'Esch/Alzette	3	1
Wunnengshëllef asbl	0	3
Prix du Marché	1	1
Total	33	32

Quitte à nous répéter chaque année, il faut remarquer ici l'impossibilité de trouver des logements à des loyers abordables que nous ne devrions pas subventionner d'une manière ou d'une autre. Le marché locatif luxembourgeois reste sélectif et cher. Bon nombre de compatriotes « s'exilent » dans la Grande Région pour y trouver des loyers plus abordables. Nos clients ne peuvent avoir recours à cette solution, faute de perdre tous leurs droits sociaux et revenus de remplacement.

Le corollaire de cette subvention de la grosse majorité des loyers est que certains clients commencent à être enfermés dans un piège. Nous nous expliquons: ils seraient prêts à pour une vie autonome, mais ne trouvant pas de logement adapté à leurs besoins, ils sont, d'une certaine manière, obligés de rester dans le nôtre et donc en contact avec nous. Si seulement nous pouvions réaliser plus de baux glissants par an !

Nous ne voudrions pas clôturer ce point sans remercier les Villes de Luxembourg et d'Esch/Alzette, qui, chacune à leur manière, nous témoignent beaucoup de confiance en nous mettant à disposition de substantiels moyens. Ah si d'autres communes pouvaient faire de même !!

Tableau 3: Types d'intervention

Type d'intervention	2008	2007
Dans les locaux de la JDH (- dont co-intervention: 135)	678	566
Visites à domicile (- dont co-intervention: 225)	444	222
Entretiens téléphoniques > 15 min	203	195
Autres démarches avec clients (accompagnement dans la vie quotidienne et pour démarches officielles, interventions techniques dans logements...)	187	259
Total	1.512	1.242

A côté des interventions comptées dans le tableau 3 ci-dessus, un travail connexe considérable de gestion, de contacts et de recherche de logements a été fait par l'équipe psychosociale, mais aussi et surtout par la comptable.

C'est ainsi que pendant l'année 2008, nous avons effectué une gestion complète pour 10 personnes (2007: 7 personnes). Ceci signifie que leur revenu, généralement RMG, est versé sur le compte de notre Fondation et nous le gérons au quotidien, avec le client. Ce travail assez lourd est cependant utile et nécessaire, ces personnes ayant presque toujours d'énormes passifs financiers à assainir et par ailleurs aucune expérience de la gestion d'un budget, même à court terme, càd de mois en mois. Tout ceci n'étant évidemment pas facilité par le peu de moyens disponibles.

Un point particulier nous cause beaucoup de travail (et de tracas !!), à savoir l'accumulation de frais médicaux. Les personnes toxicomanes ont, peut-être plus que d'autres, des états de santé fragilisés nécessitant de très régulières visites médicales, associées à de nombreux examens, voire à des hospitalisations. Les frais médicaux qui en résultent sont conséquents et difficiles à prendre en charge par la personne elle-même. Faute de mieux, nous payons ces frais et nous nous faisons rembourser ensuite par la Caisse Nationale de Santé. Nous ne demandons au client de ne prendre en charge que la part patient. Facilement imaginable, le volume de travail, comptable surtout, que cela représente. Ah si seulement le client ne devait payer directement que la part patient !!

Pour 7 personnes (2007: 9 personnes), nous avons assuré une gestion partielle, càd que leur revenu est également versé sur notre compte bancaire et une fois que nous en avons retenu l'entièreté du loyer dû, nous leur ristournons le solde sur leur compte.

# 6. Logements accompagnés

## Rappel du contexte

Depuis fin 2000 notre Fondation dispose d'une offre de service de logements supervisés, « les niches ». Afin de compléter la gamme de services et afin de répondre aux besoins criants en matière de logements, il était indispensable de nous positionner dans ce créneau.

En effet, une (ré)intégration sociale digne de ce nom commence dès souvent par l'accès à un logement convenable. Or, il n'est plus nécessaire de présenter ici l'étroitesse du marché locatif national, avec une pénurie récurrente de logements et un niveau de prix élevés en conséquence.

Par ailleurs, les clients avec lesquels nous sommes amenés à travailler cumulent au moins deux handicaps dans leurs quête de logements adaptés :

de par leurs parcours de vie, souvent très cabossés, ils n'ont pas ou peu d'expériences de vie dans un logement qui est le leur, avec tout ce que cela entraîne, de joies et de contraintes, de liberté et de responsabilité. Il est facilement imaginable à quel point ces incertitudes peuvent être sources d'angoisses et d'inquiétudes.

de par leur situation socio-économique fragile et précaire – pratiquement tous nos clients doivent se contenter d'un revenu de remplacement ou, dans le meilleur des cas, d'un revenu minimum – l'accès au marché locatif privé est quasiment impossible. Les opérateurs publics sont désespérément débordés de demandes et ne peuvent que rarement répondre aux demandes de nos clients.

Avec notre démarche nous voulons pallier à cette double problématique du manque d'expérience et des peu de moyens socio-économiques disponibles. Nous avons adapté à notre population cible une méthode qui a fait ses preuves dans d'autres domaines du travail social, à savoir celle des logements supervisés, accompagnés. En tant que Fondation, nous louons un certain nombre de logements aussi bien sur le marché locatif privé qu'auprès des organismes étatiques ou communaux. Ces logements sont ensuite mis à la disposition de nos clients via contrat d'hébergement.

Pour l'exercice 2008, l'équipe de 7 personnes était composée d'un assistant social et licencié en politique économique et sociale (20 hres), d'un psychologue (20 hres), 2 assistantes sociales (20 et 30 hres), 1 éducatrice diplômée (20 hres), un éducateur/constructeur (20 hres) et une comptable (20 hres). A noter que durant l'année le poste de psychologue a changé de titulaire suite à un changement d'affectation interne. Une éducatrice diplômée a également choisi de démissionner.

## 2. Eléments conceptuels

Le temps, souplesse et confiance pourraient peut-être le mieux résumer nos principes de travail.

### Le temps

Nous ne voulons pas travailler dans l'urgence. C'est ainsi que, sauf exception, nous ne pouvons héberger des personnes en situation de crise. Nous souhaitons préparer les situations

avec lesquelles nous allons travailler, nous donner le temps de construire une relation de confiance avec le(s) client(s), de dégager ensemble les points forts et faibles et de voir sur lesquels nous allons pouvoir travailler. Le temps de la préparation donc.

Ensuite, une fois que l'enménagement est fait, nous voulons donner du temps au temps. Nous ne souhaitons pas donner au client l'illusion que tout va changer dans sa vie, par miracle, instantanément, de par le seul fait qu'il dispose maintenant d'un logement. Des changements seront possibles, mais il faudra travailler ensemble pour y arriver, des rechutes et des déceptions seront probables. Ce qui compte sera l'évolution à long terme. C'est ainsi que nous avons pris l'option de ne pas limiter dans le temps la mise à disposition des logements. Ce qui ne signifie évidemment pas que nous pouvons y mettre fin si nous estimons que la collaboration n'est pas fructueuse ou que le style de vie de la personne comprend trop de risques.

### Souplesse

Dès le départ du projet, lorsque nous en avons rédigé la première esquisse, nous avons insisté sur cette notion de souplesse, flexibilité. Nous souhaitons que le concept s'adapte à la réalité des clients, et non le contraire. Nous ne voulons pas d'un carcan de règles, de procédures. Nous souhaitons prendre la personne où elle est et pouvoir aller avec elle au maximum de ses capacités. Par définition, ces paramètres changent de personne à personne.

Il est vraiment essentiel pour nous d'accepter le rythme de chacun, avec ses compétences et ses limites.

Mais, souplesse ne doit pas rimer avec absence de règles et avec laxisme. Nous devons avoir des limites claires et exprimées avec nos clients. En plus de quelques limites valables pour tous, telles que respect et gestion des risques, nous essayons de travailler avec des limites adaptées en fonction de la situation. C'est ainsi que forcément nous n'aurons pas les mêmes exigences pour un adulte de 50 ans qui vit seul que pour une jeune maman qui vit avec son bébé.

### Confiance

Quitte à enfoncer ici des portes ouvertes depuis longtemps, nous souhaitons rappeler l'importance de la confiance mutuelle qui doit unir le référent au client. Nous devons avoir confiance en ses capacités et le client doit avoir confiance en notre soutien inflexible. S'il reste dans les limites que nous avons fixées ensemble, il n'a pas besoin de craindre nos réactions, de nous cacher certains événements récents de sa vie.

Il est évident que notre manière de travailler va être une permanente combinaison des trois paramètres ci-dessus, ce qui entraîne aussi une passionnante et régulière remise en question des initiatives prises.





# Logements accompagnés



## 5. Le service médical

### Le service médical généraliste

Les différentes tâches du médecin-généraliste engagé 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

Contact 28

disponibilité pour des patients envoyés par des services externes, collaboration avec des services hospitaliers.

responsable du projet pilote d'auriculothérapie (acupuncture de l'oreille) commencé en 2007, avec évaluation de ce traitement de soutien aux sevrages ou de la substitution (2 séances par semaine de 45 minutes)

participation à des congrès et formations professionnelles (entretien motivationnel) avec le rôle de multiplicateur

mise en place d'une cellule de formation aux soins de première urgence (Basic Live Support) avec rappel de la technique 2 fois par an à tout le personnel de la JDH

rencontre avec différents services sociaux et structures en contact avec les mêmes patients

participation en tant que formateur à un séminaire pour les professions de santé sur le traitement de la toxicomanie.

durant l'année 2008, le médecin a travaillé au centre JDH Luxembourg et également au centre JDH Esch (6 heures/semaine). 85 patients (2007: 83 patients) ont consultés pour un total de 762 consultations (2007: 759 consultations), dont 26 % de femmes et 74 % d'hommes. La problématique principale était la polytoxicomanie (80%), suivie par la monodépendance à l'héroïne (12%) et les examens pour problèmes somatiques (8%).

**Dr. Jean-Paul de Winter, médecin généraliste.**

### 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 :

référént 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 2008, 87 patients (2007: 73 patients) ont pu bénéficier de cette offre médicale gratuite, dont 64 hommes (74%) et 23 femmes (26%) pour 532 consultations (2006: 565 consultations) Pour 36 patients (41%, 376 consultations), 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 (156 consultations). Le psychiatre participait en tant que formateur à un séminaire pour les professionnels de la santé sur le traitement de la toxicomanie.

### 3. Einige persönliche Bemerkungen zur Tätigkeit des Psychiaters innerhalb der JDH

Nach fast 7-jähriger Tätigkeit als Facharzt für Psychiatrie in der Jugend- und Drogenhilfe, kann ich feststellen, daß die Möglichkeit für unsere Klienten unentgeltlich eine Facharztkonsultation in Anspruch nehmen zu können von großer Bedeutung ist. Ein großer Vorteil in der praktischen Arbeit ist die enge Vernetzung der verschiedenen Services mit dem Facharzt. Das heißt, es erfolgt eine direkte und unkomplizierte Kommunikation und damit auch Koordination von zielgerichteten Interventionen und Maßnahmen. Teilweise entwickelt sich durch die Tatsache, daß ein Klient mehrere Ansprechpartner hat (z.B. im Service Parentalité und im Service Médical), im Laufe der Arbeit eine Verschiebung des Kontaktes von einem Ansprechpartner in einem Service zu einem Mitarbeiter des anderen Service, zu dem vielleicht ein engeres Vertrauensverhältnis besteht. Dadurch ist häufig eine gute Erreichbarkeit, eine Verbesserung der Kommunikation, der Motivationslage und die Entwicklung von persönlichen Lösungsstrategien beim Klienten gegeben. Insbesondere der wöchentliche Austausch als Facharzt mit den Teams der jeweiligen Services - regelmäßig mit dem Substitutionsprogramm und der Beratungsstelle, beziehungsweise auf Anfrage (Parentalité, Nischen) - ermöglicht eine optimale Koordination von Maßnahmen, bzw. ein gutes „Miteinander in Einvernehmen setzen“. Der Austausch von Informationen erhöht eindeutig die Komplexität der Sichtweisen bezogen auf das Klientensystem und erlaubt eine differenzierte Vorgehensweise. Natürlich wird immer eine Schweigepflichtentbindung für den Austausch von Informationen unter Mitarbeiter vom Klienten eingeholt. Die Kontaktaufnahme mit mir wird immer über einen Mitarbeiter eines anderen Service zu mir hergestellt, so dass ich von diesem direkt auf einen aktuellen Kenntnisstand gebracht werde. Zumeist wird ein gemeinsamer Termin vereinbart, z.B. ein Klient hat bereits seit 3 Monaten Kontakt mit der Parentalité. In einem nächsten Schritt wird mir als Facharzt der Klient von einem Mitarbeiter in einem 3-er Gespräch vorgestellt. Das bedeutet für alle Beteiligten eine maximale Transparenz, es wird gleichzeitig eine Bilanz gemacht und zwangsläufig wird für den Klienten eine Zusammenfassung bzw. auch Reflexion über die aktuelle Situation erstellt. Ideal wird die Zusammenarbeit, wenn die Mitarbeiter über einen gemeinsamen Hintergrund, wie z.B. eine systemische Zusatzausbildung verfügen. Dadurch werden die Verständigung und die Entwicklung in einem gemeinsamen Arbeitsprozeß erleichtert. Meist beginnt dieser Prozeß mit stabilisierenden bzw. unterstützenden Maßnahmen, bevor dann, über eine begleitende Motivationsarbeit, ein therapeutischer Behandlungsauftrag erarbeitet und vom Klienten an den Therapeuten erteilt werden kann. Im Alltag wird immer wieder deutlich, wie wichtig ein individualisiertes, flexibles Vorgehen ist. Einmal vom Klienten formulierte Ziele können sich rasch ändern, so daß immer wieder „aufs Neue“ Zieldefinitionen angepaßt bzw. modifiziert werden müssen. Die Arbeit als Facharzt in einem multiprofessionellen Team ist daher sehr bereichernd und bleibt auf jeden Fall durch die Reflexionsprozesse bzw. durch den Gedankenaustausch zwischen Mitarbeitern spannend. Diesbezüglich habe ich meine bisher 7-jährige Tätigkeit als persönlich bereichernd und auch für meine berufliche Entwicklung als förderlich erlebt.

**Dr. Werner Staut,  
Facharzt f. Psychiatrie und Psychotherapie**



## Le Service médical





«Le baiser» Patrice Ernster

Type d'entretien	2008		2007	
	N	%	N	%
Intervention lors de la distribution	372	23,29	283	16,5
Entretien psychologique/ de soutien	346	21,66	486	28,43
Entretien social	203	12,71	180	10,53
Consultation par téléphone (>15 min)	178	11,14	225	13,16
Entretien avec tierce personne sans le client	126	7,88	71	4,15
Aspects pratiques concernant la distribution	65	4,07	93	5,44
Intervention de crise	53	3,31	42	2,45
Bilan régulier	52	3,25	69	4,03
Parentalité avec le client	50	3,13	67	3,92
Entretien avec le client et tierce personne	50	3,13	42	2,45
Contrat	31	1,94	59	3,45
Autres	27	1,69	23	1,34
Bilan irrégulier	19	1,18	24	1,4
Entretien en vue d'une admission	12	0,75	7	0,4
Parentalité avec le client et tierce personne	5	0,31	9	0,52
Entretien familial	4	0,25	9	0,52
Soins infirmiers	3	0,18	14	0,82
Accompagnement pour démarche extérieure	1	0,06	6	0,35
<b>Total</b>	<b>1597</b>	<b>100</b>	<b>1709</b>	<b>100</b>

Par nombre absolu, le nombre d'entretiens a baissé par rapport à 2007, ce qui semble logique vu que le nombre de clients a également baissé, alors qu'il a augmenté en moyenne par client (moyenne en 2007: 14, moyenne en 2008: 18).

Les entretiens les plus fréquents sont les interventions lors de la distribution (23,3%), ce qui signifie que les clients prennent du temps pour parler de leurs préoccupations lorsqu'ils viennent chercher leur méthadone.

En deuxième place viennent les entretiens psychologiques ou de soutien avec 21,6%.

Le travail en réseau avec nos partenaires sociaux ou médicaux n'apparaît pas comme catégorie séparée dans le tableau, mais il constitue une part importante dans la prise en charge des clients.

**Ariane Moyse, psychologue dipl.**  
**Carherine Neisius, secrétariat et statistiques**



#### a) Activité professionnelle et source de revenus

Activité professionnelle	2008		2007	
	N	%	N	%
Sans emploi	35	39,3	47	41,6
Emploi stable	24	27	37	32,7
ATI - mise au travail	10	11,2	9	8
Activité ménagère	7	7,9	7	6,2
Retraite, pension d'invalidité	4	4,5	4	3,5
Emploi ponctuel ou temporaire	8	9	2	1,8
En formation, études	1	1,1	2	1,8
Inconnu	/	/	4	3,5
Autres	/	/	1	0,9
Total	89	100	113	100

La plupart des clients 39,3% sont sans emploi, alors que 27% ont un emploi stable et 11,2% une mise au travail.

#### b) Source principale de revenu

Source principale de revenu	2008		2007	
	N	%	N	%
RMG/RMI/Chômage	40	44,9	46	40,7
Salaire	27	30,3	36	31,9
Pas de revenu	7	7,9	10	8,8
Aide par les parents	6	6,7	7	6,2
Pension pour invalidité	4	4,5	4	3,5
Aide par le partenaire	2	2,2	2	1,8
Prostitution	/	/	1	0,9
Aides sociales	/	/	1	0,9
Réserves, économies, héritage	1	1,1	0	0
Sources de revenus illégales	/	/	0	0
Inconnu	/	/	5	4,4
Autre	2	2,2	1	0,9
Total	89	100	113	100

Pratiquement un tiers des personnes 30,3% vivent de leur salaire et 44,9% reçoivent des allocations de chômage ou le RMG.

#### c. Sorties du programme

Sortie du programme	2008		2007	
	N	%	N	%
Abandon	25	61	22	43
Transfert	8	19,5	10	20
Traitement achevé	2	4,9	8	16
Convenance	3	7,3	6	12
Thérapie	1	2,4	/	/
Prison	2	4,9	1	2
Prostitution	/	/	1	0,9
Décès par mort naturelle	/	/	1	2
Exclusion	/	/	3	6
Total	41	100	51	100

En 2008, 41 personnes ont quitté le programme de substitution.

La plupart (25 personnes) ont abandonné, c.-à-d. qu'elles ne sont simplement plus venues à la distribution de méthadone. 8 personnes ont été transférées vers un médecin hors-programme. Deux personnes ont achevé le traitement en diminuant peu à peu le dosage de la méthadone.

#### 4. Répartition des clients selon les lieux de distribution

Lieu de distribution	N	%
JDH Luxembourg	47	52,8
JDH Esch	25	28,1
Pharmacie ou BU5	17	19,1
Total	89	100

Les clients sont répartis en secteurs selon leur lieu de distribution. En 2008, 47 clients (52,8%) sont allés chercher leur méthadone à la JDH Luxembourg-Ville. 25 clients (28,1%) à la JDH Esch et 17 clients (19,1%) sont allés au CHNP ou en pharmacie dans le nord ou le sud du pays.

#### 5. Prise en charge des clients

En 2008, 6099 contacts ont eu lieu entre l'équipe du programme de distribution et les clients qui ont pris leurs doses de méthadone à la distribution de la JDH Luxembourg (3631 contacts) ou de la JDH Esch (2468 contacts).

Chaque contact est l'occasion de construire une relation stable avec le client, ressource importante pour le travail thérapeutique. Certains clients vont tous les jours en distribution, tandis que les clients stabilisés reçoivent de la méthadone à emporter et ne viennent qu'une, deux ou trois fois par semaine selon les cas. La distribution de méthadone demande également un travail d'organisation et de disponibilité.

#### d) Etat-civil

Etat civil	2008		2007	
	N	%	N	%
célibataire	57	64	66	58,4
Relation stable non marié(e)	16	18	25	22,1
Marié(e)	10	11,2	14	12,4
Divorcé(e)	3	3,4	7	6,2
Marié(e) mais vivant séparé(e)	2	2,2	1	0,9
Veuf(ve)	1	1,1	/	/
Total	89	100	113	100

Plus de la moitié des clients sont célibataires et presque un tiers sont mariés ou vivent en couple. Il faut ajouter que presque la moitié (48,3%) des participants a des enfants.

#### e) Nationalité

Nationalité	2008		2007	
	N	%	N	%
Luxembourgeoise	66	74,2	80	70,8
Portugaise	8	9	18	15,9
Italienne	6	6,7	4	3,5
Allemande	1	1,1	3	2,7
Iranienne	2	2,2	2	1,8
Française	2	2,2	2	1,8
Belge	1	1,1	2	1,8
Yougoslave	1	1,1	1	0,9
Cap-Verdienne	1	1,1	1	0,9
Espagnole	1	1,1	/	/
Total	89	100	113	100

Trois quarts des participants (74,2 %) du programme de substitution sont de nationalité luxembourgeoise suivis des ressortissants portugais (9%) alors qu'en 2007, 15,9% des clients étaient de nationalité portugaise.

#### f) Lieu de résidence

Lieu de résidence	2008		2007	
	N	%	N	%
Sud	48	53,9	66	58,4
Centre	26	29,2	28	24,8
Nord	9	10,1	11	9,7
Est	1	1,1	7	6,2
Ouest	4	4,5	1	0,9
France	1	1,1	/	/
Inconnu	/	/	/	/
Total	89	100	113	100

Plus de la moitié (54 %) des clients vivent dans le sud du pays tandis que 29,2 % habitent au centre.

#### g) Mode de vie

Domicile : comment ?	2008		2007	
	N	%	N	%
Logement stable	71	79,8	95	84,1
Logement instable	7	7,9	2	1,8
En institution: hôpital	/	/	1	0,9
En institution: thérapie	/	/	1	0,9
En institution: prison	1	1,1	0	0
Autres	9	10,1	11	9,7
Inconnu	1	1,1	3	2,7
Total	89	100	113	100

La majorité (80%) des participants au programme de substitution ont un logement stable, tandis que 8% indiquent avoir un logement instable

Domicile : où ?	2008		2007	
	N	%	N	%
Propre logement	60	67,4	73	64,6
Logement d'autrui	14	15,7	22	19,5
En foyer	9	10,1	9	8
En communauté	1	1,1	3	2,7
Autres	3	3,4	3	2,7
Inconnu	2	2,2	3	2,7
Total	89	100	113	100

Le tableau montre que deux tiers des personnes (67,4%) vivent dans leur propre logement alors que 15,7% habitent dans le logement d'autrui qui est souvent le logement des parents. 10 % logent dans un foyer

Domicile : avec qui ?	2008		2007	
	N	%	N	%
Seul	37	41,6	40	35,4
Avec partenaire et enfants	17	19,1	21	18,6
Avec les parents	10	11,2	18	15,9
Avec le partenaire	7	7,9	17	15
Seul avec enfants	7	7,9	4	3,5
Avec parents et enfants	1	1,1	3	2,7
Avec amis et connaissances	2	2,2	2	1,8
Avec autres consommateurs	/	/	1	0,9
Autres	7	7,9	5	4,4
Inconnu	1	1,1	2	1,8
Total	89	100	113	100

On voit que 37 personnes (41,6%) vivent seules tandis que 24 personnes (27%) habitent avec leur partenaire. Si presque la moitié des clients ont des enfants, seuls 28% vivent avec eux.

# 4. Programme de substitution

## Programmes de substitution Esch/Alzette et Luxembourg :

Le programme de substitution de l'héroïne par la méthadone existe depuis 1989. Il a été créé primordialement dans un souci de santé publique afin d'éviter la prolifération des maladies infectieuses. Depuis ce temps, la substitution par la méthadone a pris une place de choix dans le traitement de l'héroïnomanie. Les objectifs sont multiples : amélioration de l'état de santé physique et psychique des clients, diminution et arrêt de leur consommation de substances psychotropes, réinsertion sociale et professionnelle, diminution de la criminalité, prévention des risques d'overdoses et des maladies en relation avec l'abus de drogues.

Pour ce faire nous proposons une prise en charge multidisciplinaire à long terme. A côté de la prescription et de la distribution de méthadone, le client est accompagné sur le plan médical, social et psychologique. Le personnel du programme de substitution se compose de 2 équipes avec un lieu de distribution à Luxembourg et un autre à Esch/Alzette.

### 1. Introduction

Ces dernières années, le nombre des participants au programme de substitution n'a cessé de diminuer, alors que la demande de méthadone n'a fait qu'augmenter. Notre hypothèse suppose qu'il est très facile de trouver de la méthadone tant chez des médecins prescripteurs qu'au marché noir en ne devant se plier qu'à très peu de contraintes. Si la méthadone a été perçue avec beaucoup de méfiance et de prudence il y a 20 ans, sa prescription s'est vue de plus en plus banalisée ces dernières années. Or, il ne faut pas oublier que la méthadone est une substance qui peut être mortelle, lorsqu'elle est surdosée ou associée à d'autres substances psychotropes.

Au programme de substitution de la JDH, nous offrons un cadre aux clients qui doit leur permettre d'une part de consommer la méthadone avec le plus de sécurité possible et d'autre part de retrouver un rythme et une stabilité dans leur vie quotidienne.

Il nous semble très important, dans l'intérêt de nos clients, de maintenir ce cadre même si nous nous adaptons aux besoins spécifiques de chaque client.

Si nos effectifs ont baissé, nous pouvons également affirmer que nous accueillons de plus en plus de personnes en grande difficulté. Beaucoup de nos clients vivent dans une précarité sociale et/ou présentent à côté de leur dépendance des troubles psychiques plus ou moins prononcés. Ceci demande souvent des interventions pluridisciplinaires à long terme. (cf. article sur les doubles diagnostics).

### 2. Données sur les clients

#### a) Nombre de clients et sexe

Clients	2008		2007	
	N	%	N	%
Hommes	61	68,5	79	69,9
Femmes	28	31,5	34	30,1
Total	89	100	113	100

En 2008, 89 personnes dont 61 hommes (68,5%) et 28 femmes (31,5%) ont participé au programme de substitution

#### b) Année d'entrée au programme

Année d'entrée au programme	2008	
	N	%
2008	25	28,1
2007	22	24,7
2006	6	6,7
2005	1	1,1
2004	1	1,1
2003	5	5,6
2002	2	2,2
2001	2	2,2
2000	3	3,4
1999	5	5,6
1998	3	3,4
1997	1	1,1
1996	6	6,7
1995	0	0
1994	3	3,4
1993	1	1,1
1992	3	3,4
Total	89	100

25 personnes sont entrées au programme de substitution en 2008. 22 clients (24,7%) sont au programme depuis 1 an et 34 clients (38,1%) depuis 5 ans au moins.

#### c) Âge des clients

Categories d'âge	2008		2007	
	N	%	N	%
20 à 24 ans	9	10,1	10	8,8
25 à 29 ans	15	16,9	21	18,6
30 à 34 ans	12	13,5	19	16,8
35 à 39 ans	21	23,6	19	16,8
40 ans ou plus	32	36	44	38,9
Total	89	100	113	100

La population du programme de substitution ne cesse de vieillir. Si en 2007, 55,7 % des personnes étaient âgées de 35 ans ou plus, en 2008 (59,6 %) (53 personnes) ont atteint ou dépassé l'âge de 35 ans.

Par contre seulement 27% des clients ont moins de 30 ans.





## Programme de substitution





*«Art Clown» Roby Kops*

### 3.3. Beratungs- und Therapiesitzungen

Tabelle 7: Gesamtzahl und Art der Beratungs- und Therapiesitzungen

Art der Sitzungen	2008		2007	
	N	%	N	%
Einzel Sitzungen	266	87	274	84
Mit Familie/ Partner oder Drittperson	39	13	52	16
Total	305	100	326	100

Tabelle 8: Ort der Sitzungen

Ort der Sitzungen	2008		2007	
	N	%	N	%
In der Beratungsstelle	285	93	317	97
Ausserhalb	20	7	9	3
Total	305	100	326	100

### 3.4. Supervision und Intervention

Die Mitarbeiter des Beratungsteam Ettelbrück nahmen regelmässig an den Supervisionen und Interventionen der Beratungsteams aus Luxemburg und Esch/Alzette teil, ebenso an fachspezifischen Fortbildungen.

### 3.5. Kooperation

Regelmässige Kontakte hatten wir 2008 mit folgenden Institutionen aus dem Norden:

- centres médico-sociaux
- Hôpital St Louis
- Forum pour l'Emploi
- Projet Arcade Ettelbrück
- Foyers de l'Entraides Vichten
- Inter-Actions et Polygone

Mehrere Treffen fanden statt mit den jeweiligen Teams der JDH und Liewen Dobaussen zwecks engerer Zusammenarbeit hinsichtlich Klienten mit Doppeldiagnosen.

Dasselbe gilt für das CHNP-BU5, wo wir uns 3-4 mal pro Jahr mit dem zuständigen Team austauschen.

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

## Beratungsstelle Ettelbrück

### 1. Allgemeines zur Beratungsstelle Ettelbrück

Die Beratungsstelle Ettelbrück funktioniert regulär seit September 2002 in Räumlichkeiten, die wir von der Gemeinde anmieten konnten. 2008 hatten wir 40 Wochenstunden zur Verfügung, die wir auf 3 Psychologen/-innen aufgeteilt haben, mit drei Tagen Präsenz in der Woche. Diese Arbeitsteilung haben wir durchgeführt um Teamarbeit und -dynamik zu ermöglichen. Ausserdem ist aus Sicherheitsgründen in der Regel die Präsenz von 2 Mitarbeitern in der Beratungsstelle erforderlich.

### 2 Angaben zu den Klienten/-innen

2008 wurden 62 Klienten betreut (2007: 53), Einzelbetroffene bzw. Paare oder Familien. Die Geschlechterverteilung war folgende:

Tabelle 1: Gesamtzahl und Geschlecht der KlientInnen

Geschlecht	2008		2007	
	N	%	N	%
Männlich	38	61,5	31	58,5
Weiblich	22	35,5	21	39,5
Paare	2	3	1	2
Total	62	100	53	100

Die Zahl der Anfragen in Ettelbrück bleibt mehr oder weniger konstant von Jahr zu Jahr.

Tabelle 2: Klienten Neu/Vorjahr/Alt

Klienten Neu/Vorjahr/Alt	2008		2007	
	N	%	N	%
Neuzugänge	36	58	27	51
Vorjahr	15	24	16	30
Alt	11	18	10	19
Total	62	100	53	100

Tabelle 3: Alter der Klienten/-innen

Alter	2008		2007	
	N	%	N	%
<20 Jahre	9	14,5	5	9,5
20-24 Jahre	11	18	12	22,5
25-29 Jahre	6	9,5	10	19
30-34 Jahre	14	22,5	8	15
35-39 Jahre	5	8	6	11,5
> 40 Jahre	17	27,5	12	22,5
Total	62	100	53	100

Die Altersgruppe zwischen 30 und 34 Jahren ist die Haupteinzelgruppe. Bei der Altersgruppe über 40 Jahren handelt es sich vorwiegend um Eltern, die unsere Institution aufsuchen zwecks Beratung und Information. Eine kleine, aber stets wachsende

Zahl älterer Konsumenten über 40 findet ebenfalls den Weg zur Beratungsstelle.

Tabelle 4: Grund der Betreuung

Grund der Betreuung	2008		2007	
	N	%	N	%
Heroinabhängigkeit	24	38,5	29	55
Polytoxikomanie				
Cannabis	12	19,5	7	13
Konsum von Angehörigen	12	19,5	7	13
Psychosoziale Probleme ohne akutes Abhängigkeitssyndrom	5	8	3	5,5
Amphetamine / Kokain	3	5	4	7,5
Alkohol	2	3	1	2
Andere (Psychoph/Bulimie)	4	6,5	2	4
Total	62	100	53	100

Nach wie vor sind es die KlientInnen mit Heroinkonsum, bzw. Polytoxikomanie (38.5%), die die Hauptgruppe in der Beratung stellen. Es folgen Personen mit einem problematischen Cannabiskonsum (19.5%), sowie Angehörige (19.5%).

Tabelle 5: Nationalität der Klienten/-innen

Nationalität	2008		2007	
	N	%	N	%
Luxemburgisch	46	74,5	36	68
Portugiesisch	7	11,5	11	21
Französisch	2	3	/	/
Deutsch	2	3	/	/
Belgisch	2	3	2	4
Italienisch	0	0	1	2
Andere	3	5	3	5
Total	62	100	53	100

Tabelle 6: Wohnregion der Klienten/-innen

Wohnregion	2008		2007	
	N	%	N	%
Norden	53	85,5	45	85
Zentrum	4	6,5	2	4
Osten	4	6,5	6	11
Ausland	1	1,5	0	0
Total	62	100	53	100

Mehr als 85% der Klienten wohnt in den Nordgemeinden. Die Beratungsstelle deckt also offensichtlich einen regionalen Bedarf. Bemerkenswert sei hier, dass es für viele Klienten eine Erleichterung darstellt nicht in die Hauptstadt zur Beratung fahren zu müssen, da sie so die dortige Bahnhofszene vermeiden können.

Tabelle 6: Wohnregion der Klienten/-innen

Wohnregion	2008		2007	
	N	%	N	%
Süden	162	88,5	173	86,5
Zentrum	13	7,1	130	58
Osten	2	1,1	2	1
Norden	0	0	2	1
Ausland	5	2,7	12	6
Andere/ Unbekannt	1	0,6	6	3
Total	183	100	200	100

### 2.3. Beratungs- und Therapiesitzungen

Tabelle 7: Gesamtzahl und Art der Beratungs- und Therapiesitzungen

Art der Sitzungen	2008		2007	
	N	%	N	%
Einzel-sitzungen	648	80	600	77
Mit Familie/ Partner oder anderen Dritten	162	20	176	29
Total	810	100	776	100

### 2.4. Supervision, Fortbildung

Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Escher Beratungsstelle nahmen im Jahr 2008 an Fortbildungen teil, sei es an lang-jährigen Therapieausbildungen oder an themenspezifischen Seminaren (Trauma, Suizid,...).

Zudem fanden regelmässig Supervisionen und fallspezifische Interventionen statt.

### 2.5. Kooperation

- Koordination der Escher Sozialeinrichtungen

Im Rahmen der sogenannten Escher « Donnerstagskoordination » trifft sich ein fester Kreis von Sozialdiensten im Abstand von 4-6 Wochen: in einem ersten Teil des Treffens geht es darum, die Zusammenarbeit hinsichtlich der Klienten zu organisieren sowie neue Entwicklungen im Sozialbereich der Stadt Esch zu reflektieren beziehungsweise voranzutreiben. Im zweiten Teil steht der Austausch mit dem Sozialkoordinator und der Sozial-schöffin der Escher Gemeinde im Vordergrund sowie Vertretern der Präventionsabteilung der Escher Polizei (folgende Sozial-dienste nahmen teil: Abrisud, Jugend- an Drogenhelfer, Office Social, Réseau-Psy, Service Proximité der Croix Rouge, Stemm vun der Strooss). Im Jahr 2008 wurden auch gezielt Vertreter anderer sozialer Dienste zu jeweils einem Treffen eingeladen.

Die Vernetzung der Sozialdienste ist durch diese regelmässigen Treffen besser geworden. Einzelne Mitarbeiter treffen sich auch, um fallspezifisch zusammenzuarbeiten.

- Comité de surveillance du SIDA (« Aidscomité »)

Ein Mitarbeiter der Escher Beratungsstelle nimmt als Vertreter der JDH am « Comité de surveillance du SIDA » teil: Dieses besteht aus Fachärzten, Vertretern des Gesundheits- und des Erziehungsministeriums, der Aidshilfe und der Jugend- an Drogenhelfer. Aufgaben diese Komitees sind u.a. die Ausarbeitung der Jahresplanung zur Aidsprävention, Analyse der epidemiologischen Entwicklung in Luxemburg sowie Information und Diskussion neuer Entwicklungen in der Behandlung. Die Arbeit des « Aidscomités » wird in einem jährlich erscheinenden Aktivitätsbericht dokumentiert ([www.sante.lu](http://www.sante.lu)).

### 2.6. Öffentlichkeitsarbeit

- « Gesundheitsdag » Dudelange

Wie bereits in den Jahren zuvor nahm das Escher Haus auch 2008 am Gesundheitstag in Dudelange teil. Ziel war die Vorstellung unseres Angebotes für breiteres Publikum.

- Tables rondes u.ä.

Die Beratungsstelle nahm an 2 Rundtischgesprächen teil: das erste fand im Jugendhaus in Bascharage statt (eingeladen waren noch Vertreter der Gemeinde, des Jugendhauses und der Polizei), das zweite im Kulturzentrum in Mondercange. Thema des Abends war « Wege und Auswege aus der Sucht », eingeladen hatte die Elternvereinigung der Gemeinde Mondercange.

Ein Mitarbeiter stellte im Jugendhaus in Bereldange die Arbeit der JDH vor.

RTL-Radio bat in einem Interview um eine Stellungnahme zum geplanten Konsumraum in Esch.

**Günter Bwersi, Dipl.-Pädagoge**  
**Michelle Limpach, Statistiken**

Journée de la prévention du Suicide“, zu der Experten aus dem In- und Ausland eingeladen werden.

Eine Mitarbeiterin nahm zusammen mit einem Klienten an der Journée de l'intégration sociale“ der luxemburgischen Sektion des EAPN (European Anti-Poverty Network) in Ettelbrück teil. Hier konnten Betroffene sich in Gegenwart von professionellen Beratern und zuständigen Ministern über ihre Wohn- und/oder Arbeitssituation austauschen.

**Mirjana Damjanovic, Dipl.-Psychologin**  
**Christine Neisius-Legalle, Statistiken und Sekretariat**

## 2. Beratungsstelle Esch/Alzette

### 2.1. Allgemeines zum Escher Haus

Die Beratungsstelle sowie alle anderen Angebote der JDH Esch sind seit nunmehr 2 Jahren an neuer Adresse in Esch zu erreichen. (11, rue St. Vincent).

Die Öffnungszeiten der Beratungsstelle sind von Montags bis freitags 8.30 bis 12.00h und 14.00 bis 17.00h. Termine werden nach Absprache auch ausserhalb dieser Zeiten vergeben. Das Team der Beratungsstelle besteht aus 2 Pädagogen und einer Psychologin – insgesamt 60 Wochenstunden. Es gibt eine enge Zusammenarbeit mit den anderen Teams im Haus: Methadonprogramm, Allgemeinarzt, niedrigschwelliger « accueil » mit Sozialdienst, betreutes Wohnen « niches » und parentalité.

Die Beratungsstelle hat eine zentrale Funktion im Hauskonzept der JDH-Esch: alle neuen Anfragen von Klienten - telefonisch oder durch ein erstes persönliches Vorsprechen während der Öffnungszeiten werden an die Mitarbeiter der Beratungsstelle weitergereicht und es findet telefonisch eine erste Orientierung statt. Im Verlauf der ersten Gespräche wird deutlich, ob eventuell noch andere interne oder externe Dienste hinzugezogen werden sollten.

### 2.2. Angaben zu den Klienten/-innen

2008 konnten 183 Klienten/-innen bzw. Paare oder Familien betreut werden (2007: 200)

Tabelle 1: Gesamtzahl und Geschlecht der Klienten/-innen

Geschlecht	2008		2007	
	N	%	N	%
Männlich	104	57	133	66,5
Weiblich	73	40	67	33,5
Paare	6	3	/	/
Total	183	100	200	100

Tabelle 2: Klienten Neuzugänge/Vorjahr/alt

Klienten Neu/Alt	2008		2007	
	N	%	N	%
Neu	99	54	112	56
Vorjahr/Alt	84	46	88	44
Total	183	100	200	100

Tabelle 3: Alter der Klienten/-innen

Alter	2008		2007	
	N	%	N	%
<20 Jahre	16	8,7	13	6,5
20-24 Jahre	38	20,8	32	16
25-29 Jahre	26	14,2	33	16,5
30-34 Jahre	20	10,9	29	14,5
35-39 Jahre	18	9,8	26	13
> 40 Jahre	65	35,5	67	33,5
Total	183	100	200	100

Tabelle 4: Grund der Betreuung

Grund der Betreuung	2008		2007	
	N	%	N	%
Heroinabhängigkeit	98	53,5	126	63
Polytoxikomanie				
Konsum von Angehörigen	30	16,4	30	15
Cannabis	23	12,6	14	7
Psychosoziale Probleme ohne akute Abhängigkeit	16	8,7	17	8,5
Alkohol	7	3,8	6	3
Amphetamine / Kokain	4	2,2	6	3
Nachsorge	1	0,6	5	2,5
Andere (Psychoph/Bulemie)	4	2,2	2	1
Total	183	100	200	100

Im Jahr 2008 kann man einige Verschiebungen im Grund der Betreuung im Vergleich zu 2007 feststellen. Der Anteil an polytoxikomanen Konsumenten ist um 10% gesunken auf 53,5%. Dagegen ist der Anteil der Klienten, die wegen des Konsums/Missbrauchs von Cannabis die Beratungsstelle aufgesucht haben, auf über 12% gestiegen.

Tabelle 5: Nationalität der Klienten/-innen

Nationalität	2008		2007	
	N	%	N	%
Luxemburgisch	142	77,6	140	70
Portugiesisch	20	10,9	25	12,5
Französisch	7	3,8	10	5
Deutsch	4	2,2	4	2
Italienisch	2	1,1	8	4
Belgisch	0	0	3	1,5
Andere	8	4,4	10	5
Total	183	100	200	100

Wie in den letzten Jahren, erhielten wir die meisten Anfragen aufgrund einer Problematik „Heroinabhängigkeit und Polytoxikomanie“ (47%) (2007: 52.5%).

Tabelle 5: Nationalität der Klienten/-innen

Nationalität	2008		2007	
	N	%	N	%
Luxemburgisch	142	61	138	61,5
Portugiesisch	39	17	36	16
Französisch	14	6	12	5,5
Italienisch	9	4	8	3,5
Deutsch	7	3	9	4
Belgisch	4	2	7	3
Andere	19	8	12	5,5
Unbekannt	/	/	/	/
Total	232	100	224	100

Es gibt keine grösseren Verschiebungen in Bezug auf die Verteilung der Nationalitäten. Allerdings nimmt die Zahl der unterschiedlichen Herkunftsländer in den letzten Jahren langsam aber stetig zu (Kategorie „Andere“: z.B. Angola, Senegal, Venezuela, ...).

Tabelle 6: Wohnregion der Klienten/-innen

Wohnregion	2008		2007	
	N	%	N	%
Zentrum	143	61,5	130	58
Süden	42	18	42	19
Norden	21	9	15	6,5
Osten	16	7	20	9
Ausland	10	4,5	16	7
Unbekannt	/	/	1	0,5
Total	232	100	224	100

Über die Hälfte der Klientel (61.5%) der Beratungsstelle Luxemburg wohnt im Zentrum des Landes, gefolgt von der Südregion (18%) und dem Norden (9%).

### 1.3 Beratungs- und Therapiesitzungen

2008 fanden 1.055 Sitzungen in der Beratungsstelle Luxemburg statt.

852 waren Einzelsitzungen und 203 mit Partner, Familie oder einer betroffenen Drittperson (Psychiater, Erzieher, Sozialarbeiter, andere).

Tabelle 7: Gesamtzahl und Art der Beratungs- und Therapiesitzungen

Art der Sitzungen	2008		2007	
	N	%	N	%
Einzelsitzungen	852	81	890	82
Mit Familie/ Partner oder anderen Dritten	203	19	191	18
Total	1.055	100	1.081	100

Tabelle 8: Ort der Sitzungen

Ort der Sitzungen	2008		2007	
	N	%	N	%
In der Beratungsstelle	975	90,2	957	88,5
Ausserhalb	106	9,8	124	11,5
Total	1.081	100	1.081	100

106 Sitzungen (9,8%) fanden ausserhalb der Beratungsstelle statt (Kliniken, Ämter, Gefängnis, usw.).

### 1.4. Supervision und Fortbildung

Im Rahmen der Qualitätssicherung hatte das Team der Beratungsstelle regelmässig Fallsupervision mit einem externen Supervisor. Ausserdem nahmen Mitglieder des Teams an internen Intervisionssitzungen (Fallgesprächen), Arbeitsgruppen sowie an externen Fortbildungsseminaren (unter anderem Seminare von Michaela Huber zur Psychotraumatologie) teil.

### 1.5. Kooperation

Im Bereich Kooperation ist für das Jahr 2008 vor allem die Zusammenarbeit mit folgenden Einrichtungen oder Institutionen zu nennen:

- Kliniken, in denen Entzüge durchgeführt werden (in erster Linie: CHNP Ettelbrück, Hôpital Kirchberg, Hôpital de la Ville d'Esch/Alzette, Centre Hospitalier Luxembourg)
- Niedergelassenen Ärzte, im Rahmen der Durchführung von ambulanten Entzügen und Substitutionen
- Syrdallschlass Manternach, Service Thérapeutique Solidarité Jeunes und andere Einrichtungen der Drogenhilfe
- Einrichtungen im Bereich der Arbeitshilfe, Sozialhilfe, Wohnungshilfe
- Elternselbsthilfegruppe Drogenabhängiger Kinder (E.D.K.)
- Ausländischen stationären Therapieeinrichtungen

Hervorzuheben sind auch noch die Kontakte, die geknüpft oder aufgefrischt wurden mit dem psychosozialen Dienst des Arbeitsamtes, mit „Naxi“, einem Wiedereingliederungsdienst für Frauen auf dem Arbeitsmarkt, verschiedenen Einrichtungen für Klienten mit psychiatrischer Problematik (Foyer Reckendall, ...).

### 1.6. Öffentlichkeitsarbeit und Prävention

Die Beratungsstelle hat an den Aktivitäten zur Aids- und Hepatitis-Prävention teilgenommen durch spezifische Angebote, Bereitstellung von Informationsmaterial, Verteilen von Kondomen.

Im Laufe des Jahres nahmen Mitarbeiter der Beratungsstelle an Interviews in öffentlichen Medien sowie an öffentlichen Diskussionsrunden teil. Ebenso stellten einige Mitarbeiter in verschiedenen Service-Clubs die Arbeit der Fondation vor und hatten so mehrfach die Gelegenheit, Spenden entgegenzunehmen.

Eine Mitarbeiterin ist Mitglied in der Suizid-Prävention-Gruppe. Diese Gruppe organisiert unter anderem einmal jährlich eine

# 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 im Jahr 2008 über insgesamt sechs MitarbeiterInnen (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.

Nach Anfrage des Klienten und der 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.

## I. Beratungsstelle Luxemburg

### I.1. Allgemeines zur Beratungsstelle Luxemburg

Die Beratungsstelle ist einer grossen, renovierten Villa in der rue d'Anvers untergebracht, in der auch noch weitere Dienstleistungen der JDH arbeiten. Die Öffnungszeiten waren im Jahr 2008 von 10.00-13.00 Uhr und von 14.00-18.00 Uhr. Auf Anfrage fanden regelmässig Gespräche ausserhalb dieser Öffnungszeiten statt, früh morgens, in der Mittagsstunde oder abends. Im Jahr 2008 hatte die Beratungsstelle folgendes Personal zur Verfügung: 3 Diplom-Psychologen/-innen, 1 Dipl.-Pädagoge, 1 Sozialarbeiterin (insgesamt 76 Wochenstunden) sowie eine Sekretärin. Alle Mitarbeiter arbeiteten auch noch in anderen Teams der JDH.

### I.2. Angaben zu den Klienten/-innen

Im Jahr 2008 konnten 232 KlientenInnen bzw. Paare oder Familien betreut werden (2007: 224).

Tabelle 1: Gesamtzahl und Geschlecht der Klienten/-innen

Geschlecht	2008		2007	
	N	%	N	%
Männlich	130	56	138	61,5
Weiblich	92	39,5	77	34,5
Paare	10	4,5	9	4
Total	232	100	224	100

Im Vergleich zur bekannten Geschlechteraufteilung unserer Zielgruppe ist der hohe Anteil weiblicher Klientinnen auffallend.

Tabelle 2: Klienten Neuzugänge/Vorjahr/Alt

Klienten	2008		2007	
	N	%	N	%
Neuzugänge	132	56,9	122	54,5
Vorjahr	36	15,5	70	31,5
Alt > 1 Jahr	64	27,6	32	14,5
Total	232	100	224	100

Im Jahr 2008 gab es 132 Neuzugänge (56,90%), das heisst Klienten, die bis dato noch keinen Kontakt mit der Beratungsstelle hatten. 36 Personen (15,5%) wurden aus dem Vorjahr übernommen, die restlichen 64 (27,6%) aus den Jahren davor.

Tabelle 3: Alter der Klienten/-innen

Alter	2008		2007	
	N	%	N	%
<20	5	2	13	5,5
20-24	37	16	36	16
25-29	43	18,5	47	21
30-34	37	16	31	14
35-39	28	12	26	11,5
> 40	82	35,5	71	32
Total	232	100	224	100

Die Altersgruppenverteilung ist in etwa gleich geblieben gegenüber dem Vorjahr. Die Haupteinzelgruppe bilden die 25-29 jährigen. Die über 40 jährigen stellen 35,5 Prozent. Zu letzteren gehören sowohl älter werdende Konsumenten als auch eine bestimmte Anzahl von Eltern von Konsumenten.

Tabelle 4: Grund der Betreuung

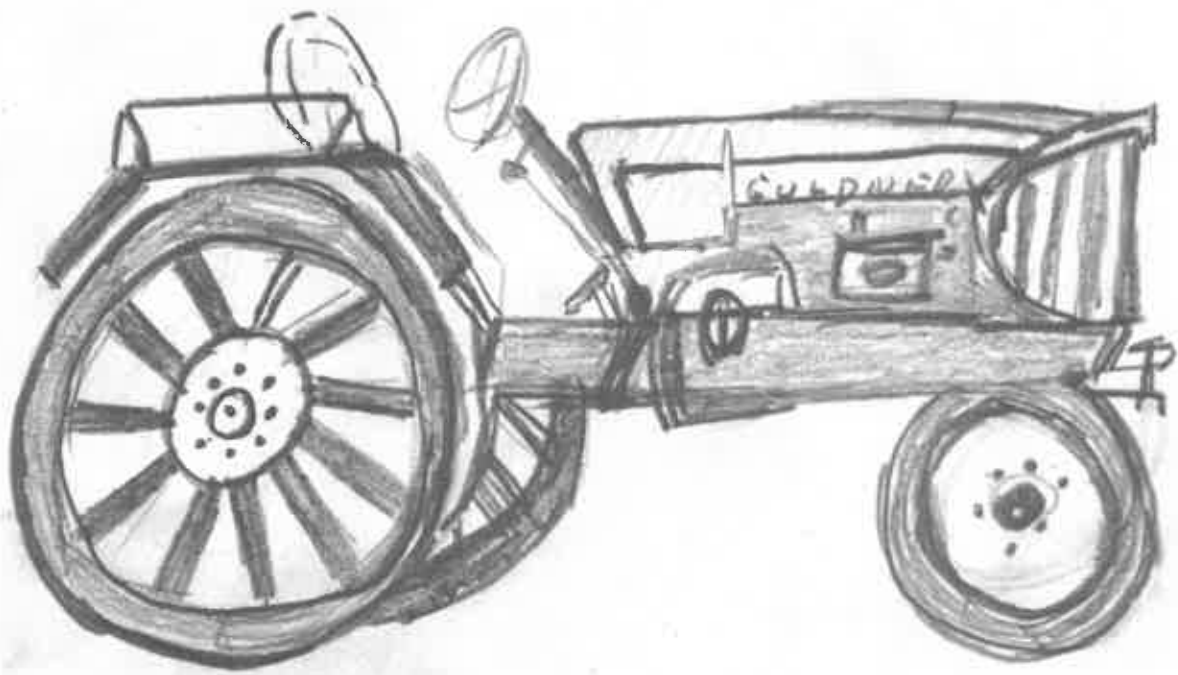
Grund der Betreuung	2008		2007	
	N	%	N	%
Heroinabhängigkeit	109	47	118	52,5
Polytoxikomanie				
Konsum von Angehörigen	52	22,5	43	19
Psychosoziale Probleme ohne akute Abhängigkeit	21	9	21	9,5
Cannabis	17	7,5	9	4
Alkohol	13	5,5	8	3,5
Amphetamine / Kokain	12	5	13	6
Nachsorge	6	2,5	7	3
Anderer (Psychoph/Bulimie)	2	1	5	2,5
Total	232	100	224	100





## Beratungsstellen





**«Traktor 1» Joseph Scheiden**

En effet, le suivi pluridisciplinaire permet d'aborder « le toxicomane » sous toutes ses facettes. Les clients peuvent, s'ils le désirent, être orientés vers les psychologues, les A.S. ou bien le médecin de la maison. Une partie des nouveaux clients du service consultation Esch a été orienté par le service bas-seuil Esch.

### 3.3 Le service social

Les assistantes sociales du centre de consultation (2 mi-temps) s'occupent principalement de l'accueil du service bas seuil (ancienne porte ouverte) et ceci sous forme de permanence. Elles font un travail d'accueil, d'accompagnement et suivi.

En plus, elles travaillent sur rendez-vous pour des entretiens individuels ou de couple. La plupart des entretiens ont eu lieu suite à un premier contact établi dans le cadre des permanences du bas-seuil. D'autres entretiens ont eu lieu avec des clients orientés par le service consultation ou bien service externe, d'où la nécessité du travail en réseau.

Ce type de travail correspond en grande partie à la régularisation de la situation sociale des clients au niveau d'assistance dans les démarches administratives (demandes RMG, chômage, logement, caisse de maladie, dettes et factures toutes genres, ...). Il peut s'agir de demandes ponctuelles et/ou suivis réguliers des clients, comme par exemple dans la phase de préparation de thérapie. Des visites en hôpital ou encore en prison sont possibles sur demande des clients eux-mêmes ou de l'institution concernée.

Une autre partie du travail est basée sur une collaboration en réseau avec les services sociaux externes à la JDH de Esch/Alzette : foyer de nuit, Stëmm vun der Strooss, Ligue, hôpitaux ou autres services de la région.

En 2008, le « service social Esch » a eu 134 entretiens sur rendez-vous avec 36 clients, dont 24 hommes (67%) et 12 femmes (33%).

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

spectives aux clients même s'ils arrivaient à arrêter ou à gérer leur consommation (travail, logement,...). Tous ces éléments nous poussent à continuer en 2009 les réflexions entamées afin de rassembler nos efforts pour adapter et éventuellement redéfinir les missions et objectifs du travail bas-seuil.

**Nathalie Gianotti, assistante sociale responsable du K28**

### 3. Le « service bas-seuil » à Esch/Alzette et ses offres

#### 3.1. Les offres

Récemment, le service bas seuil « porte ouverte » est devenu un service dynamique autonome et s'appelle dorénavant « service bas-seuil ». Il a ses propres réunions d'équipe. L'équipe se compose de deux assistantes sociales (mi-temps) et une secrétaire (12hrs) qui assurent les permanences. La maison de la JDH à Esch est unique dans le sens où elle regroupe tous les services - le service consultation (psychologues, assistants sociaux), le programme méthadone, le service bas seuil, le service les niches, le service médical et le service parentalité - sous un même toit.

La permanence 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 rendez-vous.

Outre, ces services et le côté convivial du nouvel aménagement de la salle, différentes activités ont été proposées aux clients.

En 2008, a vu jour le projet « Let's talk about », un groupe de parole qui se réunissait tous les deux mois. Il était composé des assistants sociaux du bas-seuil Esch et de clients bas-seuil de la maison.

Divers sujets d'actualité, comme « Le vécu personnel de la situation de sans domicile fixe » ou bien « Santé, nutrition, hygiène » ou plus ludiques, « Mots croisés, devinettes », « Thèmes d'actualité (journaux,...) »,... y étaient débattus.

Depuis quelques années, l'équipe bas-seuil organise un BBQ en été et un repas de Noël avec les clients et les collaborateurs de la maison Esch. Ces activités sont devenues une vraie tradition qui rencontre un beau succès et est appréciée par tout le monde.

Le but est de sortir les clients de leur ennui ou passivité qui accompagne parfois leur statut vu que la plupart des clients n'ont souvent, ni travail, ni d'occupation de loisir, ni de relations sociales/familiales entretenues.

La structure bas-seuil travaille en étroite collaboration avec le service K28 de la Ville de Luxembourg. Des supervisions communes et réunions internes ont lieu régulièrement, afin de s'échanger sur des situations rencontrées au quotidien ou bien concernant l'organisation du travail.

Même si les structures des bâtiments ou nombre de clients diffèrent de la ville de Luxembourg comparée à Esch, l'objectif principal reste identique, c'est-à-dire l'amélioration de la situation globale de la personne toxicomane et ceci en offrant

- écoute et information
- prévention : échange de seringues, distribution de préservatifs,...
- articles d'hygiène (tampons, lingettes, rasoirs, brosse-à-dents,...)
- petits soins médicaux
- bons pour repas, médicaments
- possibilité de collations : eaux fraîches, café, soupes,...
- possibilité de téléphoner à la famille / institutions / avocats / docteurs
- possibilité de se ressourcer, reposer ou bien dormir un peu

Dans le cadre de la permanence, il y a aussi moyen de faire des entretiens individuels spontanés et ponctuels en cas de demande.

#### 3.2. Statistiques

Dans le cadre de la « porte ouverte » du bas-seuil, le nombre de contacts/passages s'élevait à 4.515 (2007 : 4.581)

Tableau 1: Nombre de contacts/visites et sexe

Sexe	2008		2007	
	N	%	N	%
Hommes	3.964	84,6	4.024	88
Femmes	719	15,4	557	12
Total	4.515	100	4.581	100

Le (service) bas seuil à Esch constate une stabilisation au niveau du nombre des passages/contacts, en tenant compte du déménagement en 2007.

En 2008, le nombre de seringues distribuées était de 27.240 (2007: 47.018), il y a eu une nette baisse de 42% de seringues échangées. Le taux de retour était de 107%, donc un taux excédentaire. Concernant l'échange de seringues à Esch, la JDH Esch reste jusqu'aujourd'hui le seul et unique service de la région du sud qui propose un service d'échange. 114 feuilles d'aluminium ont été distribuées. En 2008, ni la police, ni l'ambulance n'ont du intervenir dans la maison.

Tableau 2: Age des clients (visites/contacts)

Age des clients	2008		2007	
	N	%	N	%
-19	56	0,7	80	1,7
20-24	654	14,3	687	15
25-29	1.015	22,5	1.333	29,1
30-34	1.098	25	1.048	22,9
35-39	853	18,9	759	16,6
40-50	672	14,9	609	13,3
+50	167	3,7	65	1,4
Total	4.515	100	4.581	100

Dans le cadre de la porte ouverte, il y a eu 76 entretiens (62 en 2007) dont 48 (45) axés sur des problématiques psychosociales et 28 (17) spécifiques sur le sujet de la drogue.

En ce qui concerne les nationalités des personnes ayant participé aux consultations psychosociales :

Nationalité	N	%
Luxembourgeoise	105	45,1
Portugaise	55	23,6
Française	25	10,7
Italienne	23	9,9
Pays de l'Est	8	3,4
Espagnole	5	2,1
Cap-Verdienne	5	2,1
Allemande	4	1,7
Autres	3	1,3
Total	233	100

A côté des permanences du K28, l'équipe s'est déplacée dans différentes institutions pour faire des démarches sociales avec les clients selon leurs besoins et demandes.

62 visites ont eu lieu au Centre Pénitentiaire pour 127 entretiens avec 28 clients différents dont 24 hommes et 4 femmes (39 visites pour 102 entretiens en 2007).

61 visites dans les hôpitaux pour 80 entretiens pour 29 clients différents dont 22 hommes et 7 femmes (44 visites pour 48 entretiens en 2007).

Notons que le travail en réseau fait partie intégrante du quotidien de l'équipe du Kontakt 28 afin de rassembler les ressources des différentes instances et institutions au bénéfice des clients.

L'équipe intervient quotidiennement en situation de crise (situations d'overdoses, crises d'angoisses, épilepsie, idées suicidaires, dépressions aiguës, conflits ...). Cependant, le recours aux soins d'urgences médicaux ou aux forces de l'ordre devient inévitable. Ainsi, en 2008, le Samu a été appelé 13 fois et la police 7 fois tandis que 105 actes de soins infirmiers ont pu être pratiqués par l'équipe elle-même.

En ce qui concerne l'offre concrète de réduction de risques, 49'063 seringues ont été distribuées en 2008 (53'215 en 2007) ; 39'600 seringues usagées ont été retournées ce qui représente un taux de retour de 80,7% (93,6% en 2007).

Dans le cadre de la réduction des risques, le service distribue du papier d'aluminium afin de favoriser une consommation d'héroïne par inhalation qui est moins risquée que la consommation par voie intraveineuse. Un total de 1'544 feuilles d'aluminium a été ainsi distribué (1'204 en 2007). Préservatifs et filtres stériles complètent l'offre de réduction des risques.

## 2.2. Réflexions générales sur le sens du travail du bas-seuil

L'année 2008 a été marquée par des réflexions sur le sens du travail de l'équipe du Kontakt 28.

Travailler dans une structure bas-seuil est pour toute l'équipe un choix personnel qui se justifie par son double côté, à la fois humanitaire et de santé publique.

L'approche du travail "bas-seuil" est basée sur une logique qui présente peu d'exigences quant au style de vie et de consommation des personnes en demande d'aide. Les actions ont pour objectif de soutenir les usagers de drogues dans leur contexte de vie actuel de manière à ce que leur santé se détériore le moins possible au cours de cette phase de leur vie.

En effet, il s'agit de réduction des risques (sanitaires et sociaux), visant à minimiser les effets négatifs liés à la consommation de drogues dans les conditions légales et culturelles actuelles.

Les clients du bas-seuil ont droit à un soutien et à un accompagnement médical, social voire psychologique adéquat. D'un point de vue éthique, il est justifié d'offrir à tous les usagers de drogues une aide globale à la survie même s'ils ne se sentent pas prêts à vivre sans drogues ou s'ils rechutent fréquemment après des traitements.

Le bas-seuil n'a pas seulement pour but d'accueillir dignement et d'aider les plus démunis des toxicomanes, mais aussi d'être un tremplin pour l'entrée dans le système de soins général.

Les usagers de drogues ont tous une histoire qui leur est propre et les causes de leurs dépendances sont multiples. La réinsertion et le retour à la vie « normale » sont basés sur divers éléments importants offerts au K 28 :

- l'amélioration de l'état de santé général
- la régularisation de la situation sur le plan du logement
- l'intégration sur le marché du travail
- le renouement avec des relations en dehors du milieu de la drogue
- l'effort pour gérer et réduire leurs dettes
- la diminution des problèmes avec la justice
- le respect de la dignité qui a certainement un effet positif sur l'estime de soi entraînant ainsi une distance par rapport à leur misère quotidienne

Au niveau de la méthodologie, les travailleurs sociaux du bas-seuil préconisent de laisser l'initiative aux clients plutôt que de leur proposer un cadre rigide et des objectifs d'intervention pré-définis. L'intervenant oriente donc son intervention selon les objectifs du client, le prenant en charge dans ses besoins vitaux actuels en attendant qu'il soit éventuellement prêt à autre chose. En d'autres termes, le client n'est plus défini uniquement par son problème (il n'est pas toxicomane seulement) et on lui reconnaît à la fois des compétences dans sa situation actuelle et un avenir potentiellement meilleur à long terme. La personne est encouragée à exercer ses compétences dans les autres domaines de sa vie, en attendant qu'elle se réapproprie la capacité de les exercer dans les domaines atteints par sa problématique. C'est le client qui fait la démarche de chercher de l'aide et la demande d'aide est déjà un effet de l'exercice de ses compétences. S'il est prêt à saisir de nouvelles opportunités, les intervenants du Kontakt 28 peuvent alors être un catalyseur dans son processus de changement.

Un autre aspect à prendre en considération est en rapport avec l'évolution de la « culture » de consommation des usagers de drogues. Entretemps, nous sommes confrontés à une nouvelle génération de toxicomanes très orientés vers une polyconsommation dans une scène de rue particulièrement visible. De plus, l'actuel contexte de crise économique ne laisse guère de per-

## 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 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 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 la population 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

En 2008, les permanences du Kontakt 28 ont eu lieu du lundi au vendredi de 9.00 à 13.00 heures. Les après-midi sont prévus pour les visites extérieures dans les différentes institutions (prison, hôpitaux...), pour faire des démarches sociales avec les clients, pour la documentation des interventions et la mise à jour des dossiers.

#### 2.1. Statistiques de l'année 2008 et implications

Un total de 20'847 visites / contacts ont été répertoriés (14'264 en 2007) dont 79,4% d'hommes et 20,6% de femmes.

Tableau 1: Nombre de contacts/visites et sexe

Sexe	2008		2007	
	N	%	N	%
Hommes	16.469	79	10.417	73
Femmes	4.378	21	3.847	27
Total	20.847	100	14.264	100

Le nombre de visites a donc augmenté de manière considérable en 2008 (+41 %).

Cette réalité du nombre de clients regroupés dans les locaux du Kontakt 28 entraîne des situations à potentiel de conflits, voire de violence. Outre les difficultés d'accroissement de manifesta-

tions de violences verbales et même physiques, l'augmentation des risques de consommation et de trafic de drogues entraîne elle-aussi une perturbation considérable de la mission originale des travailleurs sociaux par devoir de garantir un maintien de l'ordre.

Dans ce contexte et dans un mouvement permanent d'améliorer la qualité du travail de l'équipe du Kontakt 28, un concept d'intervention autour d'une personne supplémentaire, ayant pour responsabilité de veiller à la sécurité et au respect des règles, a pu être développé fin 2008 et est opérationnel depuis avril 2009.

Ce renforcement de l'équipe du Kontakt 28 est particulier dans le sens où cette personne n'a pas de formation de type psychosociale mais est issue de milieux en lien avec la population cible et apporte ainsi une approche complémentaire dans le contact relationnel avec les clients (éducation par les pairs).

Le pair est reconnu, respecté et de par ses expériences, peut comprendre les valeurs et les normes des clients. Son statut de proximité permet de faire tomber certaines barrières psychologiques chez les usagers et présente l'avantage d'une communication sur un mode plus informel qui peut s'avérer parfois plus efficace pour transmettre des messages à un groupe cible précis, notamment au niveau du respect des lieux et des personnes.

En revenant aux statistiques de l'année 2008, il est essentiel de constater qu'une grande partie du travail effectué au Kontakt 28 est axée sur le volet psycho-social. L'équipe propose des entretiens de soutien et d'aide dans les démarches sur différents plans (social, juridique, santé, travail, hébergement, financier). L'objectif principal de ces démarches se résume dans la stabilisation des personnes toxico-dépendantes.

Un total de 1'018 consultations psycho-sociales individuelles a ainsi été mené (999 en 2007). Ces consultations psychosociales ont pu profiter à 233 clients différents dont 177 hommes (76%) et 56 femmes (24%). Notons que la majorité de clients se retrouvent dans les tranches d'âge entre 20 et 35 ans.

Tableau 2: Âge des clients (consultations psychosociales)

Âge des clients	N	%
< 20 ans	10	4,3
20-24 ans	48	20,6
25-29 ans	59	25,3
30-34 ans	48	20,6
35-39 ans	20	8,6
> 40 ans	48	20,6
Total	233	100



# Structures bas-seuil





Die Tanzprobe  
Trixy 2008

**«Die Tanzprobe» Trixy Thull**



#### **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**

# 1. Überblick über Arbeitskonzept und Arbeitsbereiche

## 1.1. Konzept

Die "Jugend- an Drogenhölle" 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 Drogenhölle" 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 Drogenhölle besteht darin, die Ziele und Methoden der therapeutischen Strategie einerseits und der sanitären Strategie andererseits zu integrieren und aufeinander abzustimmen. Hilfreich ist dabei, sich in einer Zielhierarchie der Drogenarbeit zu orientieren, welche als Pyramide vorgestellt, mit seinen niederschweligen, basalen Zielen eine grösstmögliche Zahl an Betroffenen der Zielgruppe aktuell zu erreichen versucht (sanitäre Strategie) und mit seinen mittel- und hochschweligen 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: Spritzenaustausch (Ausgabe von sterilem Material), Spritzenautomaten
- medizinisches Angebot durch allgemeinärztliche und psychiatrische Betreuung, auch mit niederschwelligem Zugang
- „klassische“ Beratungsstellenarbeit: Information, Beratung und ambulante Therapie, Vermittlung in stationäre Therapie, ambulante Nachsorge (Luxemburg, Esch und Ettelbrück)
- methadongestützte ambulante Behandlung (Methadonprogr.)
- aufsuchende 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 2008 folgende Arbeitsbereiche:

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

Aufgabenbereiche:

- niederschwellige Kontaktarbeit
- Basishilfen beim Überleben
- Gesundheitsprävention, Spritzenaustausch 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 und Gefängnis
- 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 niedrigschweligen Kontaktstrukturen
- psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung von Klienten der JDH-Dienste

### e) Gefängnisarbeit

Aufgabenbereiche:

- psychosoziale Betreuung von inhaftierten Drogenkonsumenten, hauptsächlich, Vorbereitung auf Entlassung in Zusammenarbeit mit gefängnisinternen Diensten



**«Moving Clown» Roby Kops**

# B.Tätigkeitsbericht 2008

1. Überblick über Arbeitskonzept und Arbeitsbereiche	21
2. Les offres et structures bas-seuil	25
3. Beratungsstellen Luxemburg, Esch/Alzette und Ettelbrück	31
4. Programme de substitution	39
5. Service médical	45
6. Logements accompagnés	47
7. Service parentalité	51
8. Distributeurs de seringues et échange de seringues	57
9. Elternselbsthilfe-Gruppe	59

könnte sich die Heroinausgabe nicht als mögliche Alternative vorstellen.

Zwei weitere offene qualitative Fragen sollten Aufschluss darüber geben wieso die Betroffenen an dem Angebot der Heroinausgabe interessiert sind oder nicht. Siehe hierzu Tabelle 11.

Tabelle 11: Gründe für die Beurteilung des Interesses an der Heroinausgabe.

Interesse: wenn ja, warum?	N
I Heroinqualität/richtige Dosis/ regelmäßige Ausgabe	32
II Entkriminalisierung	22
III Normales Leben	18
Weitere Anmerkungen	
Abstinenz	11
Keine Geldbeschaffung mehr	9
Psychosoziale Betreuung	7
Arbeitsfähigkeit	6
Therapieresistenz	5
Struktur, mehr Zeit	5
Selbstschutz	5
Konsumreduzierung	4
Angst vor Krankheit/Tod	3
Total	127

Die Befragten geben ungefähr doppelt so viele Argumente an, die für die eigene Teilnahme an der Stoffausgabe sprechen als solche die einer Teilnahme widersprechen (127 gegenüber 59). Wichtigste Ausschlagpunkte für die Interessierten sind die regelmäßige Verfügbarkeit der richtigen Dosis reinen Heroins, die Entkriminalisierung und die Hoffnung auf ein normales, geregeltes Leben. Tabelle 11 zeigt auch, dass Interesse von vielen anderen Motivationen hergründen kann. Menschen die die kontrollierte Ausgabe für sich persönlich ablehnen tun dies hauptsächlich weil sie selber für sich das Ziel haben, abstinent zu werden, sie das Heroinprogramm als überflüssig empfinden da sie substituiert sind oder sie nur sehr sporadisch konsumieren.

## 6. Zielgruppen

Tabelle 12 gibt ein Überblick darüber, welche Personengruppen die Studienteilnehmer als mögliche Zielgruppen einer Heroinausgabe einschätzen.

Tabelle 12: Mögliche Zielgruppen.

Interesse: wenn nein, warum?	N
I Abstinenz	34
II Methadon	9
III Nur sporadischer Konsum	7
IV Weitere Anmerkungen	
Selbstbestimmung	2
Anonymität	2
Zeiten zu oft, fester Ort	2
Ethisch nicht vertretbar	1
Schlechte Venen	1
Kokaïnkonsument	1
Total	59

Eine Mehrzahl der Probanden denkt, dass Menschen mit längeren Drogenkarrieren eher für die kontrollierte Heroinausgabe geeignet sind. So sprechen sich 46,1 Prozent für Langzeitkonsumenten und weitere 8,4 Prozent für Drogenkonsumenten welche schon mehrere gescheiterte Therapieangebote hinter sich haben aus. Auffallend ist allerdings, dass 22,5 Prozent der Personen der Meinung sind, dass ein Heroinprogramm für alle Heroinkonsumenten offen stehen sollte, unabhängig von jeglichen anderen Faktoren.

## 7. Abschließende Bemerkungen

Folgende Faktoren sollten bei der Interpretation der Ergebnisse einschränkend berücksichtigt werden:

- Die große Mehrheit der Studienteilnehmer wurde zum Zeitpunkt der Erhebung in einer niedrigschwelligen Einrichtung betreut. Da die Lebensumstände und Konsumgewohnheiten zwischen Heroinsüßern sehr unterschiedlich sein können, kann die Studie trotz ihrer relativ hohen Stichprobe, nicht die Meinung aller Untergruppen widerspiegeln.
- Beim Ausfüllen der Bögen konnte das Kriterium der Anonymität in den meisten Fällen nicht gewährleistet werden, da die Klienten den Fragebogen in Anwesenheit von Professionellen bearbeitet haben. Man kann davon ausgehen, dass hierdurch eine mehr oder weniger große Verzerrung der Ergebnisse provoziert wurde. Es stellt sich also unweigerlich die Frage, in welchem Masse die Unterschiede in Einstellung und Interesse an der Heroinabgabe je nach Einrichtung dadurch zustande kamen, dass die Klienten sich an der Meinung der ihnen gegenüber sitzenden Personen ausrichteten.

Was sich allerdings sehr gut aus den Ergebnissen ableiten und nur sehr schlecht anzweifeln lässt, ist die Tatsache, dass in der Luxemburger Drogenszene eine extrem positive Einstellung gegenüber der staatlich kontrollierten Heroinabgabe besteht und eine erhebliches Interesse selber an einem solchen Programm teilzunehmen. Die Hauptmotivationen für die Menschen sind die Vermeidung der körperlichen Nebeneffekte des Straßenheroins, die Hoffnung auf ein normales geregeltes Leben und der Wunsch nicht mehr als kriminell beurteilt zu werden. Diese positive Einstellung beschränkt sich keineswegs auf bestimmte Subgruppen. Weder demographische Merkmale, noch das Konsumverhalten oder die bereits genutzten Hilfsangebote haben einen Einfluss hierauf. Nur die Art der Einrichtung steht in Beziehung zu Einstellung und Interesse. Abgesehen von der oben erwähnten Verzerrung der Ergebnisse, kann man dies auch dahingehend interpretieren, dass viele Klienten die im Methadonprogramm sind oder sich auf dem Weg zur Abstinenz befinden mit ihrem derzeitigen Hilfsangebot zufrieden sind. Es scheint also, dass unabhängig von Konsumgewohnheiten und bisherigen Erfahrungen, einige Menschen eher für andere Angebote als die Heroinabgabe geeignet sind und hier Zufriedenheit empfinden. Bei der Rekrutierung der potentiellen Teilnehmer für das Heroinprogramm sollte dementsprechend ein gewisses Gespür dafür entwickelt werden für welches Hilfsangebot die jeweiligen Klienten am besten geeignet sind.

### Autoren des Originaltextes:

**Berg Katja, Dip.-Sozialpädagogin**

**Huberty Yan, Dipl.-Psychologe**

**Autor der vorliegenden Zusammenstellung:**

**Henri Grün, Dipl.-Psychologe**

Tabelle 8: Gründe für die Beurteilung der Sinnhaftigkeit der Heroinaugabe.

Sinnhaftigkeit: wenn ja, warum?	N
I Entkriminalisierung/weniger Dealerei/weniger Beschaffung	76
II Reines sauberes Heroin/kontrolliertes Heroin	66
III Vermeidung von Überdosen	24
IV Normales Leben/geregeltes Leben/Lebensqualität	20
V Safer-use/Gesundheit/Krankheitsverminderung	19
VI Abstinenz	11
VII Weitere Anmerkungen	
Psychosoziale/medizinische Betreuung	7
Keine Geldbeschaffung	7
Arbeit	6
Distanz zur Szene	5
Methadon reicht nicht aus	3
Nur für Langzeitkonsumenten	3
Weniger Abhängigkeit von anderen (Ärzten)	2
Struktur	2
Verschonung Familie	2
Weniger Spritzen auf der Strasse	2
Letzte Chance	1
<b>Total</b>	<b>256</b>

Sinnhaftigkeit: wenn nein, warum?	N
I Konsum wird nicht beedert	9
II Methadon ist ausreichend	2
III Weitere Anmerkungen	
Ethisch nicht vertretbar (Drogenverteilung)	1
Nur 3x täglich	1
Gier nach mehr wird nicht befriedigt	1
Gesundheitsschädigend	1
Wenig potentielle Teilnehmer	1
Sucht ist eine Krankheit	1
Es profitieren solche dies es nicht nötig haben	1
<b>Total</b>	<b>18</b>

Nie zu erwarten war spricht eine Grosszahl der angegebenen Argumente für die Sinnhaftigkeit der Heroinaugabe (256 gegenüber 18). Über alle Positivantworten hinweg sprechen sich rund ein Drittel (29,7 %) der Beantworter dafür aus, dass die staatlich kontrollierte Abgabe von Heroin zu einer Entkriminalisierung der Heroin-User beitragen würde. Beschaffungskriminalität und Dealen würden zusätzlich vermindert werden. Weitere 25,8 Prozent finden es positiv, dass nur noch reines Heroin konsumiert wird und so mögliche Nebeneffekte, welche durch beigemischte Stoffe verursacht werden, vermieden werden können. Weiterhin sprechen für die Heroinaugabe die Vermeidung von Überdosen, die allgemeine Verbesserung der Lebensqualität, Gesundheitsförderung und eine Aussicht auf eine mögliche Abstinenz. Die Gegner eines Heroinprogramms finden allerdings, dass Absti-

nenz das sofortige Ziel sein sollte (50 %) oder die bestehende Methadon-Substitution ausreichend ist.

## 6. Persönliches Interesse an der Heroinaugabe

Die Frage „Sind sie selber an einem solchen Programm interessiert?“ sollte Aufschluss darüber geben ob die Studienteilnehmer sich vorstellen könnten auch selber an der Heroinaugabe teilzunehmen. Die Ergebnisse sind in Tabelle 9 aufgeführt.

Tabelle 9: Interesse am Heroinprogramm

Sind Sie selber an einem solchen Programm interessiert?	Häufigkeit f	%
Ja	108	62,1
Nein	55	31,6
Keine Angabe	11	6,3
<b>Total</b>	<b>174</b>	<b>100</b>

Rund zwei Drittel der Teilnehmer wären bereit das Angebot einer staatlichen Heroinaugabe anzunehmen, ein Drittel lehnt diese Form der Unterstützung klar ab ( $2 = 17,23; p < .001$ ). Wie es bereits für die Variable „Zustimmung“ der Fall war, weisen die Ergebnisse auch hier darauf hin, dass ein signifikanter Zusammenhang mit „Art der Einrichtung“ besteht ( $2 = 34,94; p < .01$ ). Die Ergebnisse sind in Tabelle 10 und Abbildung 2 dargestellt.

Tabelle 10: Interesse in Abhängigkeit der Art der Einrichtung

Interesse	Art der Einrichtung				Total
	N1*	N2**	N3***	N4****	
Ja	83	7	6	12	108
Nein	20	1	8	26	55
<b>Total</b>	<b>103</b>	<b>8</b>	<b>14</b>	<b>38</b>	<b>163</b>

\* *Niedrigschwellig*  
 \*\* *Beratung*  
 \*\*\* *Substitution*  
 \*\*\*\* *Abstinenzorientiert*

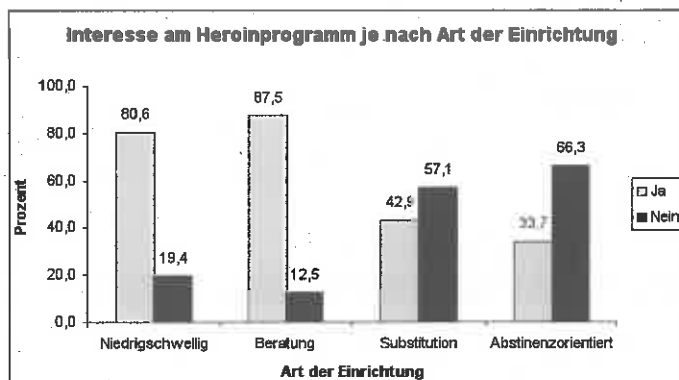


Abbildung 2: Interesse am Heroinprogramm; getrennt betrachtet je nach Einrichtung (in %).

Abbildung 2 zeigt deutlich, dass je nach Erhebungsort die Verteilungen der Ja/Nein-Antworten unterschiedlich ausfallen. Während Klienten niedrigschwelliger Einrichtungen oder beratungsorientierter Angebote eine deutliche Tendenz aufweisen an einem Heroinprogramm teilnehmen zu wollen, würden Klienten welche den abstinenzorientierten Weg eingeschlagen haben nur noch zu einem Drittel dieses Angebot wahrnehmen. Sogar über die Hälfte der Klienten des Methadonprogramms

Tabelle 5: Art des Konsums über alle Vpn hinweg

Art des Konsums	Häufigkeit f	%
Intravenös	89	51,1
Blowen	26	14,9
Sniefen	14	8,0
verschiedene Konsumformen	35	20,1
Fehlende Angaben	9	5,2
Total	174	100

#### 4 Genutzte Hilfsangebote

Im Mittel haben die befragten Personen bereits 4,63 (SD = 6.93) Entzüge in Kliniken und 1,67 (SD = 2,57) Therapieversuche hinter sich. Es wird allerdings nicht unterschieden ob die jeweiligen Angebote komplett durchgezogen oder abgebrochen wurden. Ungefähr zwei Drittel aller Versuchspersonen (67,8 %) geben an zum aktuellen Zeitpunkt auf Substitutionsmittel zurückzugreifen, ein Drittel (31,6 %) verzichten auf deren Einnahme. 77,8 Prozent der Konsumenten von Substitutionsmitteln nehmen diese auch regelmäßig ein, 22,2 Prozent tun dies eher sporadisch. Die durchschnittliche Dauer der bisherigen Nutzung von Substitutionsmitteln liegt bei 54,48 Monaten, also ungefähr 4,5 Jahren. Die Nutzungsdauer ist allerdings von Person zu Person sehr verschieden (SD = 47,60).

#### 5. Sinnhaftigkeit der Heroinabgabe

Die Befragung nach der Nützlichkeit einer Heroinabgabe in Luxemburg wurde mit folgender Frage eingeleitet: „Finden Sie allgemein, dass ein solches Programm sinnvoll ist?“. Die Studienteilnehmer konnten auf diese Frage mit „Ja“ oder „Nein“ antworten. Das Ergebnis ist relativ eindeutig (siehe Tabelle 6).

Tabelle 6: Sinnhaftigkeit des Heroinprogramms

Finden Sie dass ein solches Programm sinnvoll ist?	Häufigkeit f	%
Ja	149	85,6
Nein	14	8,0
Keine Angabe	11	6,3
Total	174	100

Eine große Mehrheit der Stichprobe befindet also eine staatlich geregelte Heroinabgabe als durchaus sinnvoll ( $\chi^2 = 111,81$ ;  $p < .001$ ). Um festzustellen welche Faktoren die Meinung beeinflussen, dass ein Heroinprogramm nützlich ist oder nicht, wurden mehrere statistische Tests (Varianzanalysen und  $\chi^2$ -Tests) durchgeführt. Tatsächlich ergab sich nur ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Variable „Sinnhaftigkeit“ und der Variable „Art der Einrichtung“ ( $\chi^2 = 9,62$ ;  $p < .05$ ). Tabelle 7 stellt die Beurteilung der Sinnhaftigkeit in Abhängigkeit der Art der Einrichtung, wo die Studie durchgeführt wurde dar.

Tabelle 7: Sinnhaftigkeit in Abhängigkeit der Art der Einrichtung

Sinnhaftigkeit	Art der Einrichtung				Total
	N1*	N2**	N3***	N4****	
Ja	97	8	13	31	149
Nein	5	0	1	8	14
Total	102	8	14	39	163

- \* *Niedrigschwellig*
- \*\* *Beratung*
- \*\*\* *Substitution*
- \*\*\*\* *Abstinenzorientiert*

Der Zusammenhang zwischen den beiden Variablen wird deutlicher wenn man die Zahlen in Prozent betrachtet (siehe Abbildung 1).

Der Zusammenhang zwischen den beiden Variablen wird deutlicher wenn man die Zahlen in Prozent betrachtet (siehe Abbildung 1).

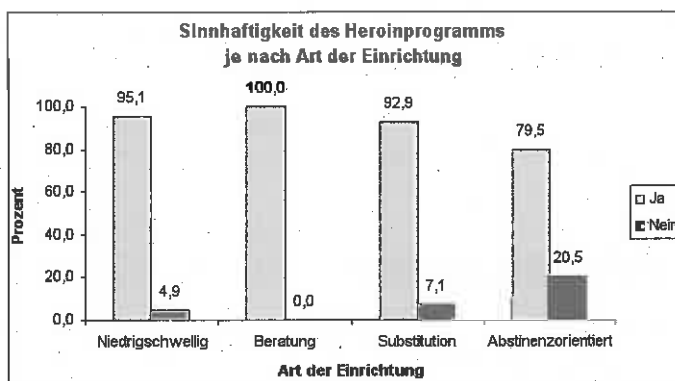


Abbildung 1: Sinnhaftigkeit des Heroinprogramms; getrennt betrachtet je nach Einrichtung (in %).

Aus Abbildung 1 geht hervor, dass zwar in allen Arten von Einrichtung eine große Mehrheit von Klienten die Heroinabgabe befürwortet, die Verteilung der Ja/Nein-Antworten unterscheidet sich allerdings signifikant. So zeigen die Studienteilnehmer welche die Fragebögen in abstinenzorientierten Einrichtung bearbeitet haben deutlicher weniger Zustimmung zum Heroinprogramm.

Des Weiteren war es Ziel der Untersuchung mehr über Einstellungen und Motivationen der Studienteilnehmer zu erfahren, welche ihrem Urteil der Sinnhaftigkeit eines Heroinprojektes zugrunde liegen. Aus diesem Bedürfnis heraus wurden die Fragen nach den Gründen ihres Urteils dem Fragebogen beigefügt (Wenn ja, warum? / Wenn nein, warum?). Die jeweiligen Ergebnisse sind in Tabelle 8 aufgeführt.

# 3. Kontrollierte Heroinabgabe in Luxemburg: was sagen die Betroffenen?

Seit einiger Zeit steht in Luxemburg die Einführung einer kontrollierten Heroinabgabe zur Diskussion. Diese war sowohl im Regierungsprogramm von 2004 wie auch im nationalen Drogenaktionsplan 2005-2009 vorgesehen, ist allerdings noch nicht umgesetzt. Im Jahr 2008 wurde dem Gesundheitsminister ein detailliertes Konzept hierzu vorgelegt, das von einer ad hoc Arbeitsgruppe ausgearbeitet wurde und an der auch ein Vertreter der JDH beteiligt war.

Unsere Fondation ist daran interessiert, dieses Programm durchzuführen. Im Rahmen der Diskussionen zum Konzept wurde auch eine Befragung der potentiellen Klienten eines solchen Programms realisiert, um einen Einblick in deren Einstellung zur kontrollierten Heroinabgabe zu erhalten. Diese Befragung wurde mit Hilfe des COCSIT organisiert und in den spezialisierten Einrichtungen Luxemburgs Anfang 2008 durchgeführt. Die Auswertung der Fragebögen erfolgte durch Katja Berg, Dipl.-Sozialpädagogin (Tox-In) und Yan Tuberty, Dipl.-Psychologe (JDH).

Im folgenden Text, der Auszüge des Originaltextes der genannten Studie enthält, wird ein Überblick gegeben über die wichtigsten Ergebnisse dieser Umfrage.

## 1. Das Untersuchungsinstrument

Der eingesetzte Fragebogen setzte sich aus insgesamt 19 verschiedenen Items zusammen, wobei sich die erhobenen Variablen in vier verschiedene Kategorien zuordnen lassen:

- 1. soziodemographische Merkmale, 2. Suchtverhalten, 3. genutzte Hilfsangebote und 4. Einstellungen zur Heroinabgabe.

Die Fragebögen wurden in allen bestehenden Drogenhilfestrukturen Luxemburgs den jeweiligen Klienten vom Personal vorgelegt und mit ihnen gemeinsam bearbeitet. Insgesamt wurden 174 Fragebögen ausgefüllt und ausgewertet (N = 174). Tabelle 1 zeigt die Aufteilung der Fragebögen auf die verschiedenen Einrichtungen.

Tabelle 1: Verteilung der Fragebögen auf die Einrichtungen.

Einrichtung	Anzahl Fragebogen
JDH* Luxemburg Beratung	7
JDH* Luxemburg	
Methadonprogramm1	16
JDH* Luxemburg Kontakt 28	46
JDH Esch/Alzette	16
JDH Ettelbruck Beratung	1
Tox-In	47
Centre thérapeutique Manternach	25
Alternativ Berodungsstell	15
Centre Emmanuel	1
Total	174

Die Versuchspersonen aus verschiedenen Institutionen mit ähnlichen Zielsetzungen wurden in vier unterschiedliche Gruppen zusammengefasst.

Tabelle 2 zeigt die Aufteilung der Fragebögen auf die verschiedenen Arten von Einrichtungen:

Tabelle 2: Verteilung der Fragebögen auf die verschiedenen Arten von Einrichtungen.

Art der Einrichtung	N*	%
Niedrigschwellige Einrichtung	109	62,2
Beratung	9	5,2
Substitution	16	9,2
Abstinenzorientierte Einrichtung	40	23,2
Total	174	100

\* Anzahl Fragebögen

Der obigen Tabelle ist zu entnehmen, dass knapp über 60

Prozent aller Befragten Klienten des niedrigschwelligen Bereichs waren. Bei der Interpretation der Ergebnisse muss diese Tatsache beachtet werden.

## 2. Soziodemographische Merkmale

Der Altersdurchschnitt liegt bei M = 32,94 Jahren bei einer Standardabweichung von SD = 8,18. Dies bedeutet, dass ungefähr 68 % aller Probanden ein Alter zwischen 25 und 41 Jahren besitzen. Die jüngste Person ist 18, die älteste 55 Jahre alt. Tabellen 3 und 4 geben einen Überblick über die Nationalität und die Wohnregion der befragten Personen.

Tabelle 3: Verteilung der Teilnehmer nach Staatsangehörigkeit.

Nationalität	Häufigkeit f	%
Luxemburg	99	56,9
Portugal	23	13,2
Deutschland	9	5,2
Italien	7	4,0
Frankreich	5	2,9
Belgien	1	0,6
Andere	13	7,5
Keine Angabe	17	9,8
Total	174	100

Tabelle 4: Verteilung der Teilnehmer nach Wohnregion.

Wohnregion	Häufigkeit f	%
Zentrum	75	43,1
Süden	58	33,3
Norden	17	9,8
Osten	9	5,2
Westen	2	1,1
Grenzregion	9	5,2
Fehlende Angaben	4	2,3
Total	174	100

## 3. Konsumverhalten

Die durchschnittliche Dauer des bisherigen Heroinkonsums liegt bei ungefähr 12 Jahren (M = 11,99, SD = 7,33) wobei durchschnittlich 10,81 Gramm Heroin pro Woche konsumiert werden (SD = 13,93). Dies entspricht ungefähr 43 „Bullen“ in der Woche. Hier sollte allerdings auf die extrem hohe Standardabweichung SD verwiesen werden, welche vermuten lässt, dass einige wenige Versuchsteilnehmer sehr hohe Angaben gemacht haben. Tabelle 5 gibt einen Überblick darüber auf welche Weisen das Heroin konsumiert wird.



la coexistence temporelle de deux ou plusieurs troubles psychiatriques ou de la personnalité, dont l'un d'eux est la consommation de drogue. »

Les comorbidités psychiatriques ont longtemps été mises à l'écart dans la prise en charge des dépendances pour deux raisons: l'attitude des dépendants, peu enclins à verbaliser leurs conflits internes, à fuir les problèmes et souffrances psychiques dans la consommation, mais également la prise en charge des professionnels qui risquent, face à ce refus, d'aborder eux-mêmes de façon symétrique les souffrances psychiques des clients en répondant aux demandes concernant le corps, le social et l'apaisement du manque. Il n'en reste pas moins que ces demandes d'apaisement du manque sont prioritaires. Elles permettent dans un premier temps la mise en place d'une substitution qui dans un second temps facilitera d'autres approches...

Le double diagnostic joue également un rôle pronostic. Les effets liés à la maladie compliquent la prise en charge des clients et peuvent entraîner un sentiment de découragement chez les intervenants.

La dépendance et les troubles mentaux interagissent de différentes façons. L'abus de substances augmente les symptômes psychiatriques et favorise la chronicité. Les crises sont plus fréquentes et plus longues.

On observe aussi une plus grande résistance au traitement. Les troubles psychiatriques aggravent l'évolution de la dépendance ainsi que la difficulté à une stabilité de vie avec un risque de rechute beaucoup plus important et de conduites à risque. Les troubles influencent l'attitude des clients face aux traitements et aux démarches de réinsertion - il faut plus de temps pour obtenir un succès thérapeutique, la durée des traitements et les prises en charge s'envisagent sur le long terme, l'approche médicale est inévitablement plus difficile.

Dépendance et psychopathologie sont si intimement liés que l'on est parfois dans l'impossibilité de les distinguer. Néanmoins il convient d'évaluer les troubles mentaux non spécifiques les plus souvent observés dans la trajectoire des toxicomanes, les complications psychiatriques directement liées à l'usage de drogue et enfin les pathologies de la personnalité que l'on peut considérer comme préexistantes à la toxicomanie et le plus souvent retrouvées chez les usagers de drogue.

Il est nécessaire de savoir identifier ce double diagnostic car il va influencer grandement la prise en charge. L'absence de traitement favorise l'automédication où le recours au produit procure un soulagement, une tentative pour contrôler les symptômes.

Quant au sevrage, il peut lui aussi constituer une nouvelle source de troubles psychiatriques. Les « dépendants double diagnostic » doivent bénéficier des mêmes dispositifs de soins au programme méthadone que les simples dépendants. Ces dispositifs doivent reposer sur des prises en charge appropriées. Leur complexité nécessite de la part des équipes une grande flexibilité et nous amène à nous interroger et réinterroger en permanence sur la pertinence de nos pratiques professionnelles, nos observations, les similitudes, les différences... Essayer de toujours faire évoluer nos propositions d'aide en fonction de la sévérité des symptômes et la dégradation de l'état général,

pour satisfaire les besoins liés aux troubles aigus et aux troubles chroniques.

Chaque individu, ayant son histoire de vie, il nous faut avoir une attention de tout moment, au cas par cas, étape par étape, au jour le jour... Donner du temps au temps, pour que la confiance s'installe, suffisamment pour que la personne puisse accepter un changement, adhérer au traitement, condition indispensable pour connaître une amélioration.

Les difficultés rencontrées ne doivent pas être un obstacle à la prise en charge mais nous servir et nous éclairer pour donner du sens aux crises et leur raison d'être. Ce travail est possible parce qu'il s'organise et s'élabore en équipe et parce qu'aucune réponse n'est isolée. Le fait de partager et de pouvoir s'appuyer sur l'équipe nous qualifie, nous enrichit... tout en nous donnant la possibilité - si l'épuisement et le doute nous gagnent - de trouver des ressources, pendant que d'autres peuvent nous relayer et garantir la poursuite du suivi.

Pour finir, il ne faut pas oublier que les personnes qui s'adressent au programme méthadone sont encore assez structurées pour faire la démarche de vouloir arrêter quelque chose qui fait remède pour elles. Toutefois, on ne peut s'empêcher de penser à tous ceux qui sont dans l'incapacité d'accéder à une demande d'aide ou de soins.

**Corinne Schillé, infirmière psychiatrique**

## 2. Programme de substitution

### 2.1. 20 ans programme de substitution: questionnaire d'évaluation sur l'importance des différentes offres du programme de substitution

En 2009, le programme de substitution fête ses 20 ans. Lors de sa création en 1989, la substitution était à ses débuts au niveau européen et était considérée avec prudence et méfiance, tant au niveau du milieu médical qu'au niveau de la population générale.

Depuis, les choses ont bien changé, du moins au Luxembourg. Actuellement, la méthadone est facilement accessible à toutes les personnes dépendantes de l'héroïne que ce soit au marché noir ou sur prescription médicale.

Le programme de substitution de la JDH a également évolué durant ces 20 dernières années de pratique en essayant de se rapprocher au plus près du client tout en gardant un cadre clair.

Pour nos 20 ans, nous nous sommes penchés sur les divers aspects de notre programme de substitution, en nous interrogeant sur leur degré d'importance pour nos clients. Cette question nous semble importante face au fait que la majeure partie des substitutions se fait actuellement en cabinet privé, en accès facile et souvent sans contraintes, d'une manière qu'on pourrait qualifier de « banalisée ». Pourquoi les clients choisissent notre programme face à une alternative qui pourrait être plus tentante, mais aussi plus facile?

Nous présentons par la suite quelques résultats de cette évaluation (sans détailler les aspects méthodologiques), une évaluation plus exhaustive sera présentée lors d'une table ronde que nous organiserons en automne 2009 autour de la substitution.

Nous avons – à l'aide d'un questionnaire – détaillé les différents aspects de notre programme de substitution. Nous avons regroupé ceux-ci en 5 grandes catégories:

- la substance
- les règles et le cadre
- le soutien psychosocial
- la relation avec les collaborateurs
- la régularité du cadre.

Les clients ont répondu à la question suivante :

« Qu'est-ce qui est important pour vous personnellement dans le programme de substitution de la JDH ? »  
Ils devaient cocher de 0 à 9 seize items reprenant les divers éléments de programme de substitution.

7 personnes ont répondu de façon anonyme à cette question. Les résultats montrent que tous les items ont une moyenne qui se situe au-delà de 5.

Les clients placent pratiquement à égalité en première place la substance de substitution (moyenne de 7,8 ; écart-type 1,36) et la relation avec les collaborateurs (M = 7,78 ; écart-type = 1,19).

En troisième place se situe la régularité (M=6,71 ; écart type 1,76), suivi du soutien psychosocial (M = 6,66 ; écart-type = 1,97) et des règles et du cadre (M 6,03 ; écart-type 1,89).

On peut en déduire que pour les clients la sécurité et la régularité

de l'approvisionnement en la substance est primordiale: ceci nous rappelle le fait que le traitement à la méthadone est à la base la substitution d'une substance par une autre – et que le produit reste primordial pour l'équilibre du patient. Néanmoins, la relation avec les collaborateurs prend la deuxième place par ordre d'importance avec un score élevé. Ceci nous confirme dans notre approche que le processus thérapeutique passe par le relationnel et que le temps que nous investissons pour construire une relation de confiance avec les clients est utile. Il faut aussi considérer que bon nombre de clients manquent de relations humaines stables ou sont isolés. Le fait d'avoir accès à des personnes à l'écoute de manière régulière est un facteur important de stabilisation et de réinvestissement des différents aspects de la personnalité et des ressources du client.

La grande majorité accorde une grande importance aux vistes médicales. Le soutien psychosocial – garanti par la présence d'une équipe multidisciplinaire – est considéré comme importante en quatrième place (M=6,6).

Notre cadre (analyses d'urine, horaires fixes, prise à vue de la méthadone, etc.) qui pourrait paraître contraignant, reste quand-même au-dessus de la moyenne (M=6,03) et donc considéré comme important par une grande partie des clients. On pourrait formuler l'hypothèse que ce cadre donne une certaine sécurité par rapport à leur comportement souvent compulsif et parfois destructeur.

Ces quelques éléments nous confirment dans notre approche qui consiste à combiner la sécurité et la régularité dans la mise à disposition de la substance à une présence humaine et un engagement relationnel et professionnel, garanti par une équipe multidisciplinaire.

**Ariane Moyses, psychologue dipl.**

### 2.2. Traitement de substitution et « double diagnostic »

Notre intention dans cet article est de partager une réalité professionnelle concernant la prise en charge des personnes dépendantes sous traitement de substitution. Notre démarche est très pragmatique à partir de l'observation de nos clients: depuis l'ouverture en 2003 du Programme Méthadone d'Esch, nous avons recensé de manière individuelle toutes les problématiques psychiques/comportementales rencontrées en plus des problèmes de dépendance. C'est ainsi que nous avons constaté qu'environ 80% de la population suivie par notre service présente d'autres types de difficultés qui nécessitent un suivi adapté, voir pour certains une approche psychiatrique.

Ces chiffres sont confirmés par d'autres études pratiquées par des Centres Méthadone en Europe qui en moyenne font référence d'un pourcentage de 70% de la population souffrant de double diagnostic ou de comorbidité psychiatrique. Ces termes "double diagnostic" ou comorbidité sont définis par l'OMS(1995) comme « la cooccurrence chez la même personne d'un trouble dû à la consommation d'une substance psychoactive et d'un trouble psychiatrique ». Complété par l'ONUDCPC en 2000 « en d'autres termes, la comorbidité dans ce contexte fait référence à

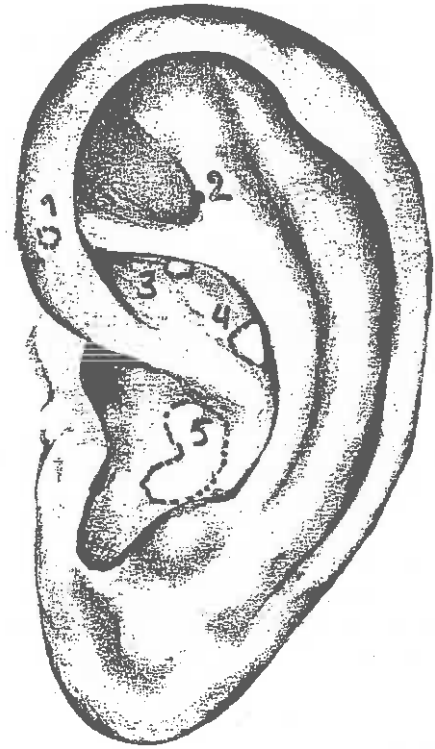
Drogenhöllef.

Verthein, U. (1999). Ambulante Akupunkturbehandlung Drogen- und Alkoholabhängiger - Begleitevaluation des Akupunkturprojekts der «Palette» in Hamburg, Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung ISD.

Wen T. Q., Yag, Z., Lei, X., Xu, S., Huang, Y. Du, G. S., et al. (2005). Clinical application of acupuncture for treatment of heroin withdrawal syndrome. *Zhongguo Zhen Jiu*, 25, 449-453. et al, 2005

Wen, H. & Cheung, S. (1973). Treatment of drug addiction by acupuncture and electrical stimulation. *American Journal of Acupuncture*, 1, 71-75.

**Henri Grün**  
**Diplom-Psychologe**  
**Autoren des vollständigen Evaluationsberichtes:**  
**De Winter Jean-Paul, Duscherer Katja, Grün Henri,**  
**Sorgen Werner**



### Concerne l'auriculothérapie

L'auriculothérapie est une alternative thérapeutique à la prise en charge de nombreuses formes de dépendances. Elle a comme gros avantage de ne nuire en aucune manière, il n'y a aucun effet secondaire, on ne remplace pas une substance par une autre. C'est actuellement, avec la psychothérapie, la seule alternative à une prise en charge des cocainomanes.

Des entretiens que j'ai eus avec les patients qui ont bénéficié de séances d'auriculothérapie, il ressort

#### des bénéfices immédiats:

Tous, quasi sans exception, terminent les séances en étant détendus, ils se disent plus calmes. Pour certains, cela fait longtemps qu'ils ont été pris en charge comme des personnes « normales » (dans le sens où la personne passe avant le symptôme) et se sont trouvés dans une relation où ils étaient « le centre ». A mon sens, cela n'est pas quelque chose de banal car cela semble les aider à retrouver une estime d'eux-mêmes et, par là, les aider à leur propre prise en charge et à retrouver une motivation... mais nous ne sommes déjà plus dans les bénéfices immédiats mais dans les bénéfices différés.

#### des bénéfices différés:

Ils sont la conséquence des bénéfices immédiats. Nous remarquons une baisse drastique chez certains, plus lentes chez d'autres, des consommations de drogues. Beaucoup disent qu'ils dorment mieux, d'autres semblent avoir moins de plaintes psychosomatiques (mal de ventre...).

Pour les « bas seuil », les séances d'auriculothérapie sont une porte d'entrée vers une resocialisation (Cf supra).

#### Propositions pour améliorer la fréquentation

- avoir une ou deux plages horaires par jour pendant lesquelles les patients pourraient venir faire leur traitement,
- essayer de s'adapter au « type » de patient en proposant des plages horaires spécifiques, par exemple en fin de journée, après les heures de bureau, pour ceux qui travaillent - ceux là sont plus souvent monotoxicomanes et sont encore insérés socialement, supportant mal le « mélange » avec des patients « bas seuil » dans un même local.

**Dr. Jean-Paul de Winter**

weiterempfehlen würden, während die restlichen 4 unent-  
schlossen waren. Weiterhin bewerteten 11 Klienten von 15 die  
Methode als hilfreich in Bezug auf verschiedene Aspekte ihres  
Befindens. Allerdings wurden ungenügendes Behandlungs-  
angebot (ungünstige Uhrzeiten und zu wenig Sitzungen pro  
Woche) und Termenschwierigkeiten von den meisten Klienten als  
problematisch angeführt.

## 2. Schlussfolgerungen

Das Behandlungsangebot der Ohrakupunktur im ambu-  
lanten Setting der Beratungsstelle wurde ohne grössere  
Öffentlichkeitsarbeit gut angenommen. Die Patienten  
akzeptierten die Regeln während den Sitzungen gut und  
beteiligten sich - soweit erforderlich - aktiv an der korrekten  
Durchführung. Das Akupunkturangebot beeinträchtigte den  
Betrieb der Beratungsstelle nicht.

Die Ergebnisse unserer Begleitevaluation lassen darauf schlies-  
sen, dass die Klienten, welche über mehrere Wochen an den  
Behandlungen teilnahmen, einen signifikanten Mehrerfolg in  
der Linderung der Entzugssymptomatik erfuhren, verglichen  
mit den Klienten, welche nur an wenigen Sitzungen teil-  
nahmen.

Verschlechterungen der gemessenen Symptome und  
Variablen konnten im Laufe der Behandlung nicht festgestellt  
werden.

Die Methode wird von der überwiegenden Mehrzahl der  
Teilnehmer positiv bewertet. Als Haupteffekt zeigt sich Ent-  
spannung und eine Reduzierung der Entzugssymptome.  
Weiter berichten die Patienten von einem positiven Einfluss  
auf ihre Bemühungen, ihren Drogenkonsum zu reduzieren.  
Die Methode ist kompatibel mit den anderen Angeboten der  
Drogenhilfe (Substitution, ambulanter Entzug, Psycho-  
therapie, niederschwellige Risikominderung). Insofern eignet  
sich die Methode gut als unterstützendes Angebot und kann,  
neben der eigenen, genuinen Wirkung, auch dazu beitragen,  
Patienten zur Teilnahme an anderen Angeboten zu moti-  
vieren.

Auffallend ist die Tatsache, dass diejenigen Patienten, die an  
den meisten Sitzungen teilnahmen (überwiegend Männer,  
hoher Altersdurchschnitt, lange Suchtkarriere und substituiert),  
eher zu den „schweren“ Fällen zu zählen sind.

Die Dauer der Teilnahme an der Behandlung muss im Sinne  
des Ausgangsprotokolls als ungenügend eingeschätzt werden.  
Nach den vorliegenden Rückmeldungen ist dies hauptsächlich  
auf das ungenügende Behandlungsangebot (Uhrzeiten, Anzahl  
pro Woche) zurückzuführen.

## 13. Empfehlungen

Die Ohrakupunktur sollte ein unterstützendes Standardan-  
gebot innerhalb des Angebots der Drogenhilfe in Luxemburg  
werden. Dieses könnte nicht nur im Setting einer Beratungs-  
stelle angeboten werden, sondern je nach Interesse und  
Möglichkeiten auch in anderen ambulanten Settings, z.B. im

niederschweligen Bereich. Auch ein Angebot im Rahmen des  
qualifizierten, stationären Drogenentzugs scheint durchaus  
sinnvoll (auch auf dem Hintergrund positiver ausländischer Er-  
fahrungen).

Eine kontinuierliche Sicherstellung der Akupunktursitzungen  
und eine Ausweitung des Angebots im Vergleich zum Pilot-  
projekt ist sinnvoll, um eine regelmässige Teilnahme zu er-  
möglichen. In diesem Sinne sollte auch ein Angebot im Süden  
des Landes (Esch) organisiert werden.

## 14. Aktueller Stand des Projekts

Nach Abschluss der Pilotphase im April 2008 wurde die Behand-  
lung mit Akupunktur aus medizin-ethischen Gründen fortgeführt:  
in der Tat gibt es keinen vertretbaren Grund, den Patienten eine  
Behandlungsmethode vorzuenthalten, die mit vergleichsweise  
wenig Aufwand gute Resultate erzielt. Der Evaluationsbericht  
wurde erstellt und an das Ministerium weitergeleitet. Dieses  
gab sein Einverständnis, das Projekt fortzuführen.

Für 2008 ergaben sich folgende Zahlen (nach Beendigung der  
Pilotphase): 4 Teilnehmer der Pilotstudie führten die Behandlung  
nach Abschluss der Pilotphase weiter, zwei von ihnen beende-  
ten sie erfolgreich nach 3 Monaten. 12 weitere Patienten be-  
gannen im Laufe des Jahres 2008 die Behandlung, es wurden  
44 Akupunktursitzungen durchgeführt, diese Patienten hatten  
im Jahr 2008 durchschnittlich 5,6 Akupunkturen. Am 31.12.2008  
waren noch 5 Klienten in der Behandlung. Diese wird 2009 for-  
tgeführt.

## 15. Literatur

Avants, S. K., Marolin, A., Chang, P., Kosten, T., & Birch, S.  
(2005). Acupuncture for the treatment of cocaine addiction. In-  
vestigation of a needle puncture control. *Journal of Substance  
Abuse Treatment*, 12, 195-205.

D'Alberto, A. J. (2004). Auricular acupuncture in the treatment  
of cocaine/crack abuse: A review of the efficacy, the use of the  
National Acupuncture Detoxification Association protocol and  
the selection of sham points. *Journal of Alternative and Comple-  
mentary Medicine*, 10, 985-1000.

De Winter J.-P., Duscherer K., Grün H., Sorgen W. (2008). Eva-  
luationsbericht zum Pilotprojekt „Ohrakupunktur“ (12.4.2007-  
11.4.2008) der Fondation Jugend- an drogenhëllef, Luxemburg

Gossop, M. (1990). The development of a Short Opiate  
Withdrawal Scale (SOWS). *Addictive Behaviors*, 15, 487-90.

Jordan, J. B. (2006). Acupuncture treatment for opiate addiction:  
A systematic review. *Journal of substance abuse treatment*, 30,  
309-314.

Kokkevi, A. & Hartgers, C. (1995). EuropAsi: European adapta-  
tion of a multidimensional assessment instrument for drug and  
alcohol dependence. *European Addiction Research*, 1, 208-210.

Sorgen, W. (2007). Konzept Pilotprojekt Akupunktur, Jugend- an

# 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 d'abus de drogues 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, un travaillant à temps plein, trois à mi-temps (psychologue, assistants sociaux, éducatrice graduée).

## 1. Nombre et type de situations

Tableau 1 : Nombre et type de situations

Nombre et type de situations	2008		2007	
	N	%	N	%
<b>Monoparentale</b>	<b>38*</b>	<b>66,7</b>	<b>30</b>	<b>56,6</b>
-enfant(s) au ménage	28		20	
-enfant(s) hors ménage	10		10	
<b>Couple</b>	<b>19**</b>	<b>33,3</b>	<b>23</b>	<b>43,4</b>
-enfant(s) au ménage	16		18	
-enfant(s) hors ménage	3		5	
<b>Total</b>	<b>57</b>	<b>100</b>	<b>53</b>	<b>100</b>

\* trois femmes enceintes au 31/12/2008

\*\* une femme enceinte au 31/12/2008

Le tableau ne reprend pas 5 situations à intervention ponctuelle (1 à 3 entretiens).

Il indique que nous sommes intervenus auprès de 76 adultes, auxquels il faudrait ajouter huit ex-partenaires (pères d'enfants) avec lesquels nous étions en contact régulier et non repris sous situations monoparentales.

Les situations monoparentales représentent deux tiers par rapport au nombre total de situations.

Dans 44 familles sur 57, des enfants grandissent chez leurs parents biologiques.

Donc, pour 13 situations, les enfants vivent séparés de leurs parents.

A noter, la surreprésentation de situations qui n'élèvent pas leurs propres enfants des familles monoparentales (26,3% par rapport à 15,8% des situations de couple).

Dans 34 situations, des enfants grandissent au moins auprès un de leurs parents biologiques. Pour 7 familles, nous constatons des fratries séparées : des enfants, tous aînés, sont élevés hors de leur famille d'origine.

En ce qui concerne les 13 situations où aucun enfant vit dans le ménage de(s) parent(s) biologiques, nous remarquons,

- Qu'il s'agit majoritairement de monoparentaux. (10 situations)
- Que pour 8 situations, il y a, à notre connaissance, des contacts réguliers entre parents et enfants
- Que 3 nourrissons ont été placés dès l'accouchement au cours de 2008.

Tableau 2 : situations nouvelles ou reprises des années précédentes

Situations nouvelles/reprises	N
<b>Nouvelles situations en 2008</b>	<b>14</b>
-dont interventions toujours en cours au 31/12/2008	11
<b>Situations rencontrées avant 2008</b>	<b>43</b>
-dont interventions toujours en cours au 31/12/2008	36
<b>Total</b>	<b>57</b>

Dans 10 situations nous sommes arrivés à un terme de notre intervention.

- Pour 4 familles, 2 couples et 2 mères célibataires, la situation a évolué défavorablement à tel point que les 4 enfants en cause ont été placés sur décision judiciaire du juge de la jeunesse (3 nouveaux-nés). Les parents ont rompu le contact avec notre service.
- Pour 3 familles monoparentales, les réseaux d'aide en place permettaient d'arriver à un terme de notre intervention.
- Un couple en rupture a sollicité notre aide pour superviser les visites des deux enfants avec leur le père ayant quitté le ménage. Une relève par un service de médiation familiale a mis fin à notre intervention.
- Suite à une décision commune entre parents et notre service, dans 2 situations nous avons arrêté la collaboration, vue l'évolution favorable dans le sens du bien-être des enfants.

Enfin, se basant sur le grand nombre de suivi de familles avant le 1er janvier 2008 (36 situations), l'intervention à long terme reste une particularité de notre travail.

## 2. Enfants concernés

Tableau 3 : nombre des enfants au ménage/hors ménage

Nombre d'enfants au ménage/hors ménage	N (au ménage)	N (hors ménage)
<b>Monoparental</b>	<b>31</b>	<b>24</b>
<b>Couple</b>	<b>35</b>	<b>4</b>
<b>Total</b>	<b>66</b>	<b>28</b>

66 enfants vivent avec leurs parents (51 en 2007) et ont été en contact régulier avec notre service. 28 enfants vivent séparés de leurs parents (34 en 2007).

Ainsi, 94 enfants sont concernés par notre travail au sens large. Nous sommes en contact avec tous les enfants présents au mé-

nage, et très rarement avec des enfants hors ménage.

Parmi les 28 enfants qui vivaient « hors » ménage, 3 enfants grandissent chez l'ex-partenaire (parent biologique), 9 enfants grandissent en centre d'accueil (3 en pouponnière, transférés de la maternité après leur naissance), 15 enfants vivent en famille d'accueil dont 10 auprès de leurs grands-parents et 1 enfant en famille adoptive.

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 Âge au 31/12/2008	Mono parental	Couple	Total	%
0-1 an	3	5	8	12,2
2-4 ans	17	12	29	43,9
5-11 ans	9	15	24	36,4
12-18 ans	2	1	3	4,5
>18 ans	0	2	2	3,0
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>35</b>	<b>66</b>	<b>100</b>

Plus que la moitié des enfants est en dessous de 5 ans. 11 enfants sont nés en 2008 dont 3 ont été placés suite à une décision du tribunal de la jeunesse.

Ces données ont des implications sur le contenu de notre travail. Une assistance lors de la grossesse avec l'accent sur le vécu et le ressenti de la mère afin d'encourager au mieux l'instauration d'un lien positif avec le fœtus et avec le nourrisson dès la naissance. D'ailleurs la grossesse, si reconnue et acceptée favorablement par la femme concernée, constitue généralement une période propice d'acceptation d'offres d'aide due à une plus grande réceptivité de la part de la femme enceinte. Les 5 premières années de la vie sont essentielles quant au développement de la personnalité sous tous ses aspects : psycho-moteur, cognitif, émotionnel et relationnel. Ceci nous incite à soutenir les parents au mieux dans leurs fonctions parentales, à savoir, détecter les besoins de l'enfant, répondre adéquatement à ces besoins et mettre en place une éducation favorisant l'épanouissement et l'autonomisation.

### 3. Grossesses

Nombre de grossesses au cours de 2008 : 15 (2007 : 15, 2006: 13).

À la date du 31.12.2008, il y a eu 11 accouchements et 4 femmes enceintes. Parmi les 11 nouveaux-nés, 8 ont dû rester à l'hôpital et subir un traitement lié à l'apparition de symptômes de sevrage aux opiacés. Cette symptomatologie induit une souffrance chez le bébé. Celle-ci, détectée par un staff médical formé, permet de lancer un traitement médicamenteux adéquat mettant fin à la souffrance. Insistons sur le fait que le produit de substitution méthadone possède un potentiel élevé d'induire des états de manque physique en cas de non-prise.

Évitons de porter des jugements hâtifs à l'encontre de ces mères en incriminant une consommation excessive d'héroïne au cours de la grossesse ! Nous constatons que justement dû à la participation de personnes dépendantes aux opiacés à un pro-

gramme de substitution, une baisse au niveau de la consommation de drogues illégales et, par conséquent, une stabilisation au niveau de leur vie au quotidien. Comme la durée du séjour hospitalier du bébé peut aller jusqu'à 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.

### 4. Situations judiciairisées

Nous entendons par là que dans le cadre de la protection de la jeunesse des mesures judiciaires concernant les ménages en question sont prises. 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 proposer une aide aux familles pour une mise en place de conditions de vie satisfaisantes pour un retour de l'enfant placé.

Tableau 5 : situation judiciairisées

Situations judiciairisées	Nombre situations	N1	N2	N3	N4
Monoparental	38	21	6	12	3
Couple	19	7	4		3
<b>Total:</b>	<b>57</b>	<b>28</b>	<b>10</b>	<b>12</b>	<b>6</b>

*N1: Situations judiciairisées*

*N2: Assistane éducative*

*N3: Mesures d'un placement antérieur\**

*N4: Mesures d'un placement en 2008*

\* y compris à l'encontre d'un enfant aîné, le dernier-né vivant dans le ménage

Comme pour les années précédentes, presque la moitié des situations rencontrées connaissent une mesure judiciaire dans le sens de la protection de l'enfance. A constater que 6 mesures de placement envers des mineurs ont dû être prononcées au cours de 2008 (3 concernaient des nouveaux-nés). Il est manifeste que les enfants de parents ayant une problématique toxicomane encourrent des risques majeurs et que le mandat du Service Parentalité est toujours et sans exception de veiller sur la sécurité et le bien-être des enfants.

Ces situations nous amènent 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 disposons-nous 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 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

La très grande majorité des familles vit en situation de précarité sociale et financière. Les salaires réguliers se situent en bas de l'échelle des rémunérations. Bénéficiaire d'un complément RMG pour au moins disposer d'un minimum pour assurer sa subsistance socio-économique est plutôt la règle. Exceptionnelles sont les situations de parents employés sur le premier marché de l'emploi.

A titre d'exemple, voici un tableau présentant la situation de logement limité aux 44 situations « enfants présents dans le ménage ».

Tableau 6 : Type de logement (ménages avec enfants)

Type de logement	Mono parental	Couple	Total	%
Logement propre	10	10	20	45,5
-marché privé	4*	8*	12	
-logement social (Fonds logement, commune)	6	2	8	
Les niches, logement accompagné JDH	9*	4	13	29,6
Autre forme de logement supervisé	2	1	3	6,8
Foyer femme/enfant	3*		3	6,8
Co-habitant avec la famille d'origine	1	2	3	6,8
Thérapie résidentielle	2		2	4,5
Total	27	17		100

\* parmi lesquels une femme enceinte

Tous les logements sont locatifs. Moins de la moitié des ménages (45,5 %) dispose d'un logement loué sur le marché immobilier privé, dont encore, 40% vit dans des logements sociaux. 47,7% des familles vit en logement supervisé par des associations avec des loyers adaptés à leur situation de revenus. 3 familles co-habitent avec leur famille d'origine, connaissant des difficultés importantes de trouver un logement propre, adéquat au niveau de la surface habitable et pour un loyer approprié. Ceci constitue aussi un problème majeur pour les familles en logement supervisé de trouver une offre sur le marché locatif privé.

## 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 en principe présentes lors des entretiens. Parfois nous estimons utile de voir les parents sans les enfants en fonction des thèmes traités et de l'âge des enfants.

Tableau 7 : Type et nombre des interventions

Type et nombre de consultations	2008		2007	
	N	%	N	%
Consultation à un seul intervenant	586	67	481	65
Consultation en co-intervention	289	33	258	35
Nombre total des consultations	873	100	739	100

L'augmentation du nombre de demandes, ainsi qu'un travail d'intervention nécessaire à long terme expliquent aussi une augmentation continue du nombre des consultations depuis l'inauguration du service. Le poste supplémentaire de psychologue à mi-temps à partir de 2008 nous a permis de répondre au mieux à cette progression continue.

Un tiers des entretiens se passe en co-intervention. Ce 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 8 : lieux des entretiens

Lieu d'entretien	2008		2007	
	N	%	N	%
Locaux JDH	298	33	278	37,6
Visite à domicile	402	42	333	45,1
Autres institutions (hôpital, maternité, foyer)	182	25	128	17,3
Total	873	100	739	100

Les visites à domicile comme lieu d'intervention restent majoritaires. Rencontrer les familles dans leur lieu de vie habituel et leur quotidien, permet de mieux observer et mieux comprendre leurs dynamiques familiales propres. C'est aussi, assumer le rôle d'un invité avec tout le respect nécessaire.

## 7. Aperçu sur le travail en réseau

Tableau 9 : Orientation par qui ?

Orienté par	2008		2007	
	N	%	N	%
services JDH	35	61,4	30	56,6
-Niches	4		10	
-consultation	15		11	
-programme méthadone	12		8	
-K28	4		1	
Maternité	16	28,2	12	22,6
Propre initiative	3	5,2	6	11,3
Foyer pour femmes	3	5,2	2	3,8
Service central d'Assistance Sociale	0	0	2	3,8
Service de logement accompagné	0	0	1	1,9
Total	101	100	114	100

Les services de la Jugend- an Drogenhëllef nous ont adressé la majorité des situations. A côté de la Maternité du Centre Hospitalier de Luxembourg, qui reste un partenaire important (assistance à des réunions hebdomadaires sur le sujet de grossesses à risque), une collaboration plus étroite s'est instaurée avec la Maternité de la Clinique Bohler.

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 ?

A titre indicatif, voici des acteurs ou des services avec lesquels nous étions en contact régulier au cours de l'année écoulée.

En tant que acteurs non professionnels : entourage familiale ou connaissances gravitant autour des familles.

En ce qui concerne les acteurs professionnels: autres services de la Fondation Jugend- an Drogenhëllef ; Maternité Grand-Duchesse Charlotte du Centre Hospitalier du Luxembourg et maternité de la Clinique Bohler; gynécologues; pédiatres; personnel soignant des services de néonatalogie et/ou des services pédiatriques; crèches; maisons de relais; écoles primaires; services d'intervention précoce en cas de retards de développement de l'enfant respectivement de difficultés de comportements; assistantes parentales (gardiennage de jour); familles d'accueil; services de soins psychiatriques; centres de postcure ou de thérapie stationnaire accueillant parents parfois avec leurs enfants; foyers d'hébergements pour femmes, pour enfants; protection de la jeunesse (juges, SCASS); différents services sociaux; aides familiales, etc,...

## 8. Quelques faits marquants

L'association ALUPSE-BÉBÉ a pris la relève en organisant une deuxième demi-journée « Réseau Parentalité » à la date du 27 novembre 2008, initié par le Service Parentalité en 2007. Une soixantaine de personnes ont assisté à cette journée portant sur « La prise en charge préventive de la relation parents-enfants dans les familles à problèmes multiples : compétences des services – compétences des parents ». Deux associations se sont proposées pour préparer une nouvelle journée en 2009.

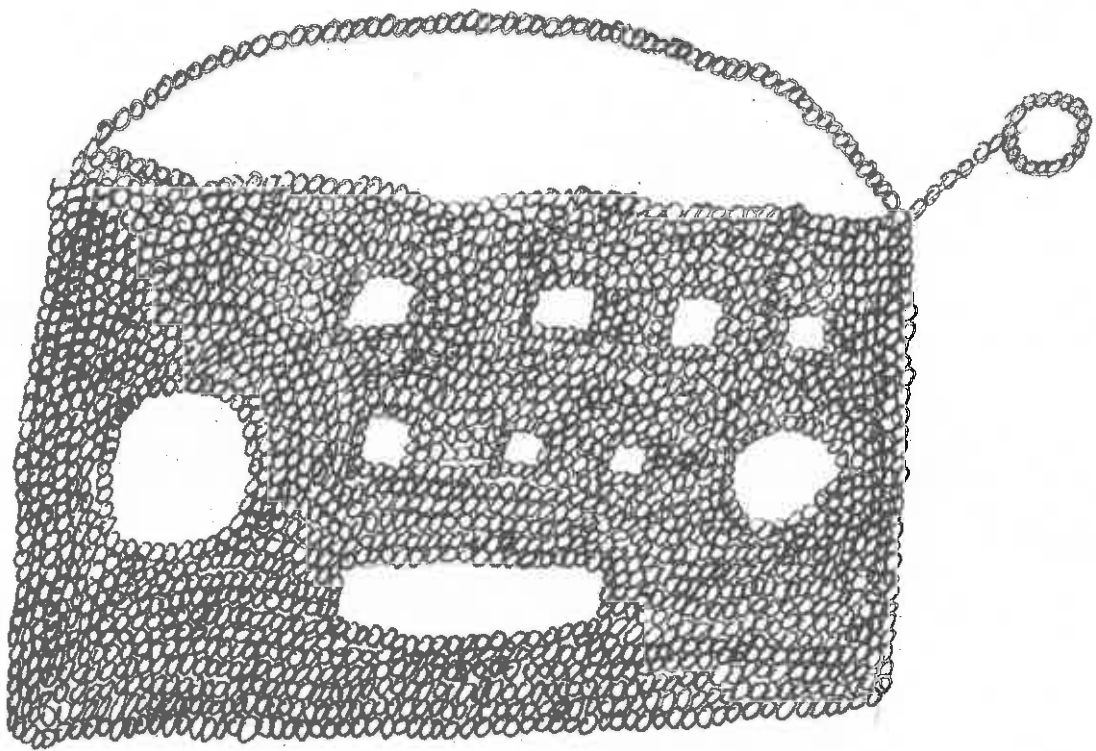
En partenariat avec le Centre de Prévention des Toxicomanies (CePT) un projet pilote proposant un groupe de formation visant les compétences parentales et les habilités éducatives de mères ayant connu une problématique de drogues a démarré fin 2007. L'initiative n'a pas abouti, malgré un nombre suffisant de participantes inscrites mais qui ne se sont pas présentées aux cours. Une évaluation a été faite et les conclusions nous incitent à redéfinir ce projet afin de lancer une deuxième tentative début 2009. Plusieurs rencontres très constructives entre CEPT et Service Parentalité eurent lieu.

**Robert Lamborelle, psychologue dipl.**





*«Der Glaube ist da» Marie-Josée Gillen*



«Fernseh» Nico Majerus



*«Le soleil qui brille» Monique Useldinger*

# Wir über uns



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 2009):

- Dr. Weydert Claude (Präsident)
- Torno Caroline (Kassiererin)
- Dr. Lammar Yves
- Braun Andrée
- Michaelis Thérèse
- Rose Gitta
- Thinnes 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 2009)

Im folgenden sind die Mitarbeiter/-innen der JDH aufgelistet, nach dem Stand von Juni 2009. 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 Jacque, Gehälter

## Kontakt 28:

- Leiterin: Gianotti Nathalie, assistante sociale
- Colbach Nicolas, assistant social
- Da Fonseca Iranete, éducatrice dipl.
- Lucas Nadia, assistante sociale
- Remackel Claude, aidant éducatif et social

- Teutsch Cécile, éducatrice graduée
- Weber Benoît, éducateur dipl

## 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
- Moyse Ariane, Dipl.-Psychologin
- 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

## 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.
- Kremer-Boulosova Anna, Dipl.-Psychologin
- 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.
- Huberty Yan, Dipl.-Psychologe
- Christen Anja, assistante sociale
- Dias Sonia, éducatrice grad.
- Lafontaine Giselle, assistante sociale
- Recktenwald Markus, éducateur-instr.



# Jugend- an Drogenh llef



# Inhaltsverzeichnis

Wir über uns **3**

## A. Freie Beiträge

1. Pilotprojekt „Ohrakupunktur“  
der Jugend- an Drogenhëllef **7**
2. Programme de Substitution **13**
3. Kontrollierte Heroinabgabe in Luxemburg:  
was sagen die Betroffenen? **15**

## B. Tätigkeitsbericht 2008

1. Überblick über Arbeitskonzept und  
Arbeitsbereiche **21**
2. Les offres et structures bas-seuil **25**
3. Beratungsstellen Luxemburg,  
Esch/Alzette und Ettelbrück **31**
4. Programme de substitution **39**
5. Service médical **45**
6. Logements accompagnés **47**
7. Service parentalité **51**
8. Distributeurs de seringues  
et échange de seringues **57**
9. Elternselbsthilfe-Gruppe **59**

## Carte blanche Atelier Artistique CHNP



Atelier Artistique

CHNP

## Atelier Artistique

Das „Atelier Artistique“ existiert seit 1992 im Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique (CHNP) in Ettelbrück (Luxemburg). Seitdem hat sich das Angebot etabliert und erweitert. Mit seinen offenen Ateliers ist das „Atelier Artistique“ ein Teil des „Service d'art-thérapie“ des CHNP.

Im „Atelier Artistique“ wird die Entfaltung der eigenen Kreativität und die Suche nach einem persönlichen Ausdruck unterstützt. An den verschiedenen Angeboten können sowohl Personen aus dem ambulanten als auch aus dem stationären Bereich teilnehmen.

Die Räumlichkeiten und die Materialien regen dazu an, unterschiedliche künstlerische Medien und Techniken kennen zu lernen und selber zu experimentieren (z.B. Malerei, Zeichnung, Drucktechnik, plastisches Gestalten, Fotografie, Schreiben...) Die Teilnehmer haben die Möglichkeit selbständig zu arbeiten. Der Künstler/Therapeut begleitet, gibt Anregung und bietet einen Dialog an.

Durch regelmäßig stattfindende Ausstellungen werden entstandene Arbeiten der Öffentlichkeit präsentiert.

**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](http://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](mailto:jdh-admin@jdh.lu)

**Kontakt 28**

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

**Centre de consultation**

11, rue St. Vincent L-4344 Esch/Alzette  
Tél.: 54 54 44 e-mail: [consult.esch@jdh.lu](mailto: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](mailto:consult.ett@jdh.lu)