

Comité des Donateurs

Médecins Du Monde

**RAPPORT DE VISITE DE MISSION  
GEORGIE**

22/26 octobre 2012

Thierry ARTERO Georges QUINQUIS

## SOMMAIRE

<b>PREAMBULE</b>	<b>3</b>
<b>CONTEXTE</b>	<b>4</b>
<b>ORGANISATION DE LA VISITE DE MISSION</b>	<b>8</b>
<b>LA MISSION RDR EN GEORGIE</b>	<b>9</b>
<b>OBJECTIFS/ACTIVITES</b>	<b>9</b>
<b>ORGANISATION/EQUIPE MDM</b>	<b>10</b>
<b>PARTENARIAT (NEW VECTOR, HEPA +)</b>	<b>10</b>
<b>DROP IN CENTER</b>	<b>11</b>
<b>OUTREACH</b>	<b>12</b>
<b>BENEFICIAIRES / REFERENCEMENT</b>	<b>12</b>
<b>PLAIDOYER / ACTIONS EN RESEAUX</b>	<b>13</b>
<b>CAMPAGNE FIBROSCAN</b>	<b>14</b>
<b>FINANCEMENT</b>	<b>15</b>
<b>PILOTAGE / SUPERVISION BAILLEUR</b>	<b>17</b>
<b>PARTENAIRES / INTERLOCUTEURS RENCONTRES</b>	<b>18</b>
<b>RESEAU GEORGIEN DE REDUCTION DES RISQUES</b>	<b>18</b>
<b>FONDATION OPEN SOCIETY SOROS</b>	<b>19</b>
<b>CLINIQUE URANTI (SUBSTITUTION METHADONE)</b>	<b>19</b>
<b>CONCLUSIONS – QUESTIONNEMENTS</b>	<b>21</b>
<b>ANNEXE</b>	<b>25</b>
<b>ANNEXE A – DECLARATION DE VANCOUVER</b>	<b>26</b>
<b>ANNEXE B – MISSIONS D’UN DROP IN CENTER (DIC)</b>	<b>28</b>
<b>ANNEXE C – EXTRAIT RAPPORT EVALUATION : PRECONISATIONS</b>	<b>31</b>

## Préambule

Le Comité des donateurs de MDM a parmi ses missions :

- De témoigner auprès des donateurs de la bonne utilisation de leurs dons c'est-à-dire, au-delà de la transparence financière, de la qualité des programmes, de l'efficacité des moyens déployés et de l'adéquation aux valeurs.
- De rendre compte auprès de l'association d'un regard Donateur qui, en dehors de tout jugement d'expert, recherche la cohérence du programme et de ses modes opératoires avec l'objet social et les stratégies d'engagement retenues par l'association.

Le choix de la visite du programme en Géorgie, sur une mission de taille moyenne, lancée récemment, avec un financement mixte sur fonds propres et bailleurs, s'inscrit en complément de la visite effectuée en mai 2012 des programmes du Congo, missions anciennes avec budget important financé en fonds propres.

Le programme intervient dans le champ de la RDR, Réduction des risques liés aux pratiques de consommation de drogues. Le Comité des donateurs soutient depuis sa création le développement des programmes de RDR et reste de plus sensibilisé aux blocages rencontrés sur ces approches dans les pays de l'ex-Union Soviétique, en particulier au déni virulent des droits des usagers.

L'expertise et la militance RDR sont des marqueurs forts et visibles de l'identité MDM. Ce savoir-faire et cette expérience MDM peuvent être des accélérateurs de cette transformation.

Dans un contexte aussi mouvant que celui de la Géorgie, verrou à la consommation placé sur la route des trafics entre Asie et Europe, il est intéressant de voir comment une association comme MDM contribue à faire évoluer les réponses sociales, médicales et gouvernementales face à un grave problème de santé publique dont les répercussions se font sentir jusqu'en Europe occidentale.

L'autre point d'attention spécifique sur cette mission est la construction du partenariat avec une association d'auto-support (association d'usagers ou d'ex-usagers).

Nous nous sommes attachés à comprendre le fonctionnement de ce partenariat, son financement et les perspectives de partage et de transfert d'expertise sur la réduction des risques.

.....

***Un grand merci au Desk, à l'équipe MDM Géorgie et aux RM pour le temps et l'attention qu'ils nous ont accordés.***

## Contexte

### Usage de drogue en Géorgie

Dans la Géorgie soviétique, l'usage de drogue était tout à fait marginal, rigoureusement interdit et réprimé. Il ne touchait qu'un très petit nombre de personnes, proches du pouvoir, échappant au droit commun, intellectuels, artistes.

De ce fait, l'injection pouvait bénéficier, pour une frange de la population, d'une image plutôt valorisante associée à une consommation d'élite, inaccessible à la masse des citoyens ordinaires.

La disparition de l'Union soviétique et la période de flottement qui a suivi se sont accompagnées d'une levée brutale des interdits et d'une appétence forte pour la « nouveauté », d'abord chez les plus jeunes et ensuite dans une grande partie de la société.

Toutefois, la société géorgienne dans sa grande masse, du fait de sa culture et des habitudes héritées de la politique soviétique, a conservé et souvent renforcé ses pratiques d'hostilité, de stigmatisation et de mise à l'écart des drogués, atténuées heureusement par une forte solidarité familiale.

Ces réalités contradictoires expliquent la situation particulière de la Géorgie sur la toxicomanie, d'un côté une diffusion massive, de l'autre un fort rejet social.

La rapide progression de l'usage de stupéfiants par voie injectable est également à relier aux formidables incertitudes de cette phase chaotique de transition économique, sociale et politique ainsi que des craintes et traumatismes des guerres avec la Russie et les provinces séparatistes (pertes de régions et réfugiés de l'intérieur).

L'usage de drogue a été très récemment identifié comme problème de santé publique, mais mal pris en charge par les autorités. En avril 2009, une conférence d'experts sous l'égide du SCAD (South Caucasian Antidrug Program) chiffrait à 40 000 les usagers de drogue par injection, sur une population géorgienne totale de 4,4 millions.

### Politique répressive

Parallèlement à cette évolution, la politique et les pratiques répressives (héritées de l'ère soviétique), ont été renforcées depuis 2003, après la prise de pouvoir de Mikhael Saakachvili et la démission d'Édouard Chevardnadze.

Cette politique qui a visé directement la corruption massive et la mafia des « Voleurs dans la loi » (Vory V Zakone) a donné des résultats certes spectaculaires (et appréciés des Géorgiens) mais au prix de violations des droits de l'homme (dont le scandale autour des prisons, qui a cristallisé l'opposition et conduit à faire battre le parti de M. Saakachvili aux législatives du 2/10/12).

En 2006, a été lancée une politique de tolérance zéro sur la drogue. Celle-ci a abouti à la disparition du « marché de la drogue », à l'assèchement des filières d'importation mafieuses et à l'explosion du prix de l'héroïne (jusqu'à 900 \$/gramme) avec, pour corollaire :

- un ajustement de la « demande » sur des drogues « artisanales » fabriquées directement par les injecteurs (KROKODIL, JEFF, VINT) à partir de médicaments en vente libre à base de codéine ou d'éphédrine,
- un déplacement de certains usagers vers Batumi, à la frontière avec la Turquie où il est facile de s'approvisionner en héroïne bon marché,
- et une émigration : Turquie, Ukraine, Europe de l'Ouest (usagers géorgiens de Gaïa à Paris).

Vis-à-vis de la loi, l'injecteur est d'abord un criminel avant toute considération de risque personnel ou de santé publique. Les niveaux de peine sont rapidement lourds (amende à la 1<sup>re</sup> présentation, prison à la 2<sup>e</sup>...) et soumis à une interprétation discrétionnaire du juge pouvant rapidement assimiler usager et trafiquant. Tous les frais seront généralement à prendre en charge par la famille.

Cette répression fait obstacle à la réduction des risques. La législation interdit l'échange de seringues. La possession d'une seringue usagée contenant une trace minimale de produit narcotique peut conduire en prison. L'ensemble des programmes dit d'échanges de seringues (en fait de distribution de seringues sans récupération) est dans une zone de non-droit, ni légal ni illégal.

La répression fait également obstacle à l'accès aux soins. Dans un pays où la découverte de votre séropositivité VIH/VHC ou de votre identification comme usager de drogues peut conduire à la révocation pour un militaire ou un fonctionnaire (et probablement pour nombre de salariés d'entreprises privées), le test de confirmation VIH impose encore la déclaration de son identité...

Plus grave, cette répression augmente significativement le risque de décès par overdose. Le médecin doit signaler le patient à la police, enclenchant, en cas de survie, la mécanique judiciaire et la mécanique des interdictions multiples imposées aux usagers. Par crainte de ces conséquences, on retarde ou on évite le recours aux soins d'urgences.

## **RDR**

La RDR est une nouveauté en Géorgie qui vient en rupture avec le référentiel soviétique encore largement présent dans les connaissances et les pratiques du corps médical formé à la « narcologie ».

L'idée dominante à l'époque était de traiter la toxicomanie comme un phénomène négatif marginal à éradiquer. Le corps médical devait mettre en œuvre une politique de sevrage corollaire de la répression. C'est sur ce terrain défavorable que la réduction des Risques est arrivée de l'extérieur et a dû trouver sa place.

Les premières activités dans ce domaine remontent à 2001/2002 avec la création de l'association New Way intervenant sur l'axe Prévention Echanges (Distribution) de seringues.

La RDR, nommée et identifiée comme telle, est arrivée en 2003 suite à la Révolution des Roses. Elle a été portée par la Fondation Soros Open Society, avec un financement du Fonds Mondial.

En 2006, une douzaine d'associations intervenaient en Réduction des Risques. Le Réseau géorgien de Réduction des Risques (GHRN Georgian Harm Reduction Network), créé en 2008 en relais de Soros, fédère à ce jour, une vingtaine d'associations autour de la prévention VIH, du diagnostic et du traitement VHC, des usagers féminins, de la prévention des overdoses et du plaidoyer pour l'assouplissement de la législation.

Ces associations sont, dans le contexte géorgien, de petite taille, très dépendantes de leurs directeurs dans leur fonctionnement, leur gouvernance et leurs orientations. Des difficultés et des conflits personnels ont conduit à de sérieux dysfonctionnements du Réseau fin 2011, aboutissant à la sortie du Réseau de la seule association de substitution par la méthadone et au renouvellement de son équipe de direction début 2012, sous l'impulsion de Soros Open Society.

Le Réseau doit aujourd'hui faire face à la menace d'arrêt anticipé du financement du Fonds Mondial dès 2013 (retrait initialement programmé en 2015). Cette décision, qui s'appuie sur l'observation des résultats obtenus sur le VIH et sur la volonté de ne pas s'investir sur le VHC, met en péril la poursuite d'une partie des activités du Réseau.

### Panorama des Activités de Réduction des Risques

Information, Education & Communication ciblées	Dépistage & Conseils VIH/sida	Programme de distribution de préservatifs & d'échange de seringues
Prévention & Traitement des Infections Sexuellement Transmissibles	Vaccination (VHB) dépistage & traitement des Hépatites virales	Prévention, Diagnostic & Traitement de la Tuberculose
Diagnostic du VIH/sida & Thérapie Anti Retrovirale	Réintégration Socio-Economique	Défenses des droits humains & lutte contre la criminalisation
Santé Mentale	Traitements de substitution aux opiacés pour les usagers de drogues	Prévention & gestion des Overdoses pour les usagers de drogues

## VHC

L'hépatite C atteint, en Géorgie, des niveaux de prévalence anormalement élevés :

- 7 % de la population générale (200 000 à 250 000 personnes) est atteinte (taux très supérieur à la moyenne mondiale)
- 70 % des usagers par injection (28 000 personnes)

Le taux de VIH est, par ailleurs étonnamment bas chez les injecteurs, taux faible expliqué par l'amélioration des conditions sanitaires et l'accès facilité à du matériel stérile et aux seringues en vente libre.

*Pour rappel :*

*Le virus VHC, notablement plus résistant que le VIH, reste actif et contaminant après plusieurs semaines à l'air libre (dans une seringue usagée ou sur une lame de rasoir, par exemple) alors que le VIH, très sensible à l'oxygène, sera détruit en quelques minutes.*

*Avec le VHB, les anticorps, qu'ils proviennent de vaccins ou d'auto-immunisation, sont protecteurs.*

*Avec le VHC, les anticorps ne sont pas protecteurs, la polycontamination est possible et accroît les risques. Maladie insidieuse asymptomatique, l'hépatite C va provoquer des cirrhoses, aggravées par le diabète, l'alcool (très consommé en Géorgie) et le cannabis (quasi absent). Inversement les drogues injectées sont sans impact sur le foie. Le traitement du VHC diffère selon le génotype du virus (1 à 2 ans pour les types 1 à 4, 6 mois pour les types 2 et 3).*

La prise de conscience de la réalité d'un problème VHC en Géorgie ne date que de 2010, suite à des actions initiées par SOROS. La reconnaissance par l'état n'a été formelle qu'en 2011 lors d'opérations de communication du Réseau des associations appuyées par MDM.

Le coût du traitement en Géorgie est prohibitif autour de 10 à 12 000 euros pour 48 semaines de traitement, montant totalement inaccessible pour la plupart des Géorgiens, le revenu moyen, assez fluctuant, ne dépassant pas en général 290 €/mois. Les coûts de traitement et de diagnostic sont paradoxalement plus chers que dans les pays limitrophes et même qu'en France, faute de négociations appropriées, voire du fait de la connivence avec les labos et de l'instabilité des équipes gouvernementales.

Contrairement au VIH, dont le traitement gratuit est financé jusqu'en 2015 par le Fonds Mondial, le traitement du VHC ne bénéficie d'aucune prise en charge ni par une couverture maladie d'état ni par les assurances privées qui l'ont exclu de leur périmètre.

## **Situation des femmes**

La Géorgie, pays caucasien, est affectée comme souvent dans cette région, d'une tradition patriarcale très affirmée. Les femmes sont cantonnées à leur fonction maternelle et ménagère, les hommes en situation de domination, dans la société comme dans les familles. Le retour, au cours des deux décennies écoulées, aux valeurs anciennes n'a fait qu'accentuer cette tendance.

Dans ces conditions, le regard de la société sur les femmes toxicomanes est marqué par l'opprobre et le rejet violent. On pourrait au moins s'attendre à ce que les usagers masculins soient plus ouverts et compréhensifs à leur égard. En fait, c'est l'inverse, le machisme prenant le pas sur le vécu commun. On entend de la part des usagers masculins des remarques plus dures encore que celles des non-consommateurs. *(Ce point doit être gardé à l'esprit lorsqu'il faudra juger des orientations et priorités des programmes portées par des usagers masculins)*

Ce rejet est intériorisé par les femmes elles-mêmes. Il n'est pas rare que certaines déclarent être « prêtes à se suicider si leurs familles l'apprennent ». Ceci conduit à une marginalisation bien plus importante des femmes qui perdent le soutien familial dont bénéficient les hommes, marginalisation qui amène à la prostitution, elle-même problématique au-delà de 30 ans...

De nombreuses injecteurs-femmes se sont « déplacées » à Batumi, ville balnéaire touristique, lieu de prostitution à la frontière turque d'où le passage de drogue est facile.

Cette toxicomanie féminine « invisible » rend très difficile l'accès à la RDR pour cette population. La mixité des lieux d'accueil proposés par les associations constitue un frein supplémentaire.

## Organisation de la visite de mission

Pendant ces quatre jours, nous sommes accompagnés et briefés par les trois salariés MDM

- La coordonnatrice générale Véronique Miollany
- L'administratrice Irma Jajanashvili
- La responsable programme Ina Inaridze

Ainsi que par le Co RM Dominique Pataut, présent à Tbilissi pour mener l'étude Fibroscan évoquée ci-dessous.

## Calendrier politique

Notre visite s'est déroulée pendant une période d'alternance politique. Le président Saakashvili, néolibéral pro-américain ayant perdu les législatives, son opposant Bidzina Ivanichvili, milliardaire probablement aussi néolibéral, était nommé premier ministre le 25 octobre alors que nous étions sur place.

Il nous a été impossible d'avoir la moindre information du Ministère de la Santé pour connaître la position officielle de la Géorgie sur la toxicomanie, les enjeux de santé publique, la réduction des risques.

Les responsables des ONG que nous avons pu rencontrer nous ont fait part de leurs constats et ont tous souligné l'instabilité politique et leur incapacité à anticiper la direction que prendront les pouvoirs publics. Nous avons perçu chez la plupart d'entre eux une effervescence pour marquer rapidement des points dès que le gouvernement serait stabilisé, en même temps qu'une sourde inquiétude sur les risques de retour en arrière sur fond de crispation sécuritaire.

## Agenda

- 22 octobre : rencontre avec la Coordonnatrice Générale Véronique dans les locaux de MDM Tbilissi
- Visite au Drop in Center de New Vector
- 23 octobre à Gori, rencontre avec la Présidente du Réseau géorgien de Réduction des Risques et présidente de l'Association Step To The Future.
- Retour à Tbilissi et départ en Outreach avec les travailleurs sociaux dans un appartement où un groupe d'utilisateurs injecteurs préparent le Krokodil, la drogue artisanale
- 24 octobre, rencontre à Tbilissi avec la direction du Réseau Géorgien de Réduction des Risques (Lasha Zaalishvili et Paata Sabelashvili), puis retour au Drop in Center et rencontre avec les Présidents de NewVector, l'association partenaire de MDM sur le programme, et de l'association Hepa Plus
- Départ en Outreach pour assister avec les travailleurs sociaux au travail de prévention des overdoses et des contaminations auprès des injecteurs en appartements
- 25 octobre, rencontre à Tbilissi avec la responsable du programme RDR de Soros Open Society puis du président de l'association Uranti (substitution Méthadone)

## La Mission RDR en Géorgie

La présence de MDM en Géorgie est déjà ancienne, avec un programme santé materno-infantile :

- appui à l'Hôpital « Républicain » (public) de Zugdidi
- polyclinique pour IDP — déplacé — de Zugdidi,
- centre de planning familial de Zugdidi
- et 3 cliniques locales de la région de Mingrelie — Ouest Géorgie

Le constat a été fait en 2005/2006 par Gaïa (Association issue de MDM et agissant sur la RDR à Paris) d'un nombre croissant de Géorgiens venant en France (surtout à Paris) pour faire soigner une infection VHC, traitement hors de prix là bas et accessible ici (Aide médicale d'état, dispositions sur le droit au séjour des étrangers pour raison médicale).

Sur ce constat, et pour renforcer la prise en charge du VHC en Géorgie même, deux missions exploratoires ont été menées en 2007 et 2008, à l'initiative d'Elisabeth Avril, afin d'identifier des partenaires potentiels et de définir un projet possible. Ceci a abouti à l'ouverture administrative de la mission en novembre 2010 et son lancement opérationnel au printemps 2011.

### ***Objectifs/Activités***

MDM entend démontrer, dans un souci de santé publique, la complémentarité du développement de la RDR, pratiques nouvelles et innovantes en Géorgie, avec la lutte contre les addictions.

Le cadre général de la mission est de contribuer à la réduction des risques de contamination du VIH et de l'hépatite B et C (VHB/VHC) chez les usagers de drogue par voie injectable (UDVI) et à réduire les dommages liés à l'injection, en mettant en application les principes de la déclaration de Vancouver (cf annexe).

Les objectifs propres de la mission MDM sont circonscrits, ne couvrant pas tout le champ de la RDR (cf ci-dessus Contexte RDR) et reposent sur la construction de capacités des partenaires :

- améliorer l'accès des usagers injecteurs à du matériel stérile et des services complémentaires de prévention
- mettre en place un DIC (Drop In Centre) de qualité avec comme partenaire New Vector, une association géorgienne d'usagers en auto-support (L'auto-support est la mise en commun par des usagers et ex-usagers des ressources pour faire face aux problèmes rencontrés).
- renforcer les capacités des autres associations de RDR (formation de formateurs, partage des bonnes pratiques, ...)
- porter un plaidoyer en faveur de l'accès au diagnostic et du traitement de l'hépatite C, du développement et de la décriminalisation des pratiques de RDR.

Ce positionnement sélectif va aller de pair avec l'articulation et la collaboration de MDM et son partenaire New Vector avec les autres acteurs fournissant ou devant développer les activités complémentaires de RDR comme les programmes de substitution Méthadone ou les traitements des maladies infectieuses, initiant par là même une dynamique au sein de la société civile.

Cette dynamique doit, autour de l'expertise reconnue et de la longue expérience de MDM en RDR et dans le support aux usagers injecteurs, renforcer une militance visant à promouvoir la reconnaissance des droits de ces usagers et la définition d'une politique de santé publique autour de l'addiction et de la RDR en contrepoint des politiques excessivement répressives.

### ***Organisation/Equipe MDM***

Responsable de mission : 2 co — RM Elisabeth Avril et Dominique Pataut

Référent technique : José Matos

Équipe MDM à Tbilissi :

- Coordinatrice générale (expatriée) : Véronique Miollany
- Administratrice : Irma Jajanashvili
- Project Manager (coordinatrice Programme Drop In) : Ina Inaridze
- Un chauffeur/aide logistique
- Une femme de ménage

Cette équipe est complétée des moyens humains propres aux co-partenaires du programme (infirmière, dentiste, psychologue, travailleurs pairs,...).

### ***Partenariat (New Vector, Hepa +)***

Dans un premier temps MDM a identifié quelques associations locales comme New Way, engagée depuis 2002 dans la RDR par la distribution de seringues et a finalement retenu pour partenaire New Vector, première association géorgienne d'auto-support créée en 2006 par une partie de l'équipe New Way.

MDM a choisi de se placer à la fois en **acteur de terrain** sur la formation, le plaidoyer, la venue d'experts de France et en **appui** à New Vector dans son fonctionnement quotidien.

Dès lors qu'un acteur terrain qualifié est en mesure de pratiquer la RDR comme l'entend MDM il est naturel de lui donner appui sans chercher à se substituer à lui : c'est le principe de l'appui opérationnel et du partenariat qui en définit les modalités.

Ce double positionnement est cohérent avec la stratégie d'intervention préconisée par MDM dans une logique de construction de compétence et de légitimation de la transformation sociale.

MDM se trouve, d'autre part, en plein accord avec une association mettant en œuvre la déclaration de Vancouver sur la prise en charge des toxicomanes par eux-mêmes.

Ce mode de fonctionnement est en retour très apprécié par New Vector, du fait de l'aide financière venant s'ajouter à l'appui méthodologique.

### **New Vector**

**Président :** Konstantine LABARTKAVA

**Objet de l'association :** Assistance pour le rétablissement des usagers de drogue et leur réintégration dans la société

Principaux domaines d'intervention : Réduction des risques

- Protection des droits des usagers et amélioration de leur connaissance dans le domaine des droits de l'homme
- Prévention du SIDA, des hépatites virales et autres maladies infectieuses
- Assistance psychosociale auprès des usagers

**Principaux bailleurs :** Global Fund – Soros Open Society – Union européenne

### ***Hepa Plus :***

C'est une autre association auto-support très proche de New Vector, associée aux actions MDM sans être un partenaire formel sous Convention.

L'association, présidée comme NV par un ancien usager et qui partage les locaux au Drop in, est spécialisée dans la lutte contre l'hépatite C et se consacre au plaidoyer sur cette question mal connue de santé publique, avec le soutien la fondation Soros Open Society.

### ***Retours croisés sur le Partenariat***

#### **Vu par New Vector :**

MDM aide énormément pour la mobilisation des usagers à l'échelle nationale.

Les Fondamentaux reconnus de la collaboration avec MDM sont le partage et la discussion entre partenaires sans vues imposées pour poser les problèmes et trouver ensemble les actions à mener.

#### **Vu par MDM :**

Après un an de fonctionnement « C'est le ciel et la terre » selon le dicton géorgien (le jour et la nuit).

L'association jeune s'est montrée adaptable sans rigidité. Les difficultés d'ajustement initiales ont été levées et permettent une bonne synchronisation.

### ***Drop In Center***

#### ***(Cf annexe B Description du Drop In)***

Le Drop In Center est un lieu d'accueil convivial qui doit faciliter le contact et le lien avec les usagers, lieu d'écoute, d'information, de soins et d'orientations vers d'autres structures de santé.

L'enjeu est d'attirer et fidéliser les usagers, sans condition préalable d'arrêt de consommation ou de motivation pour un sevrage afin de créer une relation de confiance et restaurer l'estime de soi.

Ce centre est hébergé dans un bâtiment important, à la fois symboliquement visible et suffisamment spacieux pour y accueillir un volume encore plus important d'usagers.

Une gamme de services RDR y sont proposés, en tout anonymat, distribution de matériels, information sur les risques liés à l'injection, prévention des maladies infectieuses, soins et dépistages, associés à des services « neutres » qui ont pour but de faire venir régulièrement, activités ludiques, cours anglais, soins dentaires...

Une psychologue est également présente mais ses services sont moins appréciés du fait d'une mauvaise image des psy en général.

Les activités du Drop In sont construites autour des demandes exprimées par les usagers qui sont sollicités pour les faire évoluer.

Le travail d'information est important pour convaincre des bonnes pratiques, par exemple de l'inutilité d'injecter de l'eau salée en cas d'overdose...

## ***Outreach***

Pour établir le contact avec des usagers plus difficiles d'accès et susciter le besoin de venir également au Centre, des travailleurs pairs mènent en « Outreach » des interventions hors du Drop In, directement sur les lieux de consommation, fréquemment les appartements des usagers.

Ces « tournées » régulières sont l'occasion d'informations et de prévention, de distribution de seringues et produits stériles et surtout fourniture de Naloxone, produit injectable en intramusculaire pour « rattraper » les personnes en overdose. Selon les statistiques enregistrées au Drop In, entre 10 et 15 usagers en overdose sont sauvés chaque mois.

Nous avons, à deux reprises, l'occasion de suivre ces outreach, pour assister à la « cuisine » du Krokodil, juste avant sa consommation par le groupe de 3 ou 4 usagers qui le préparaient devant nous.

Ces deux soirées sont certainement un moment marquant de cette visite.

La « recette » du Krokodil fait froid dans le dos. À partir de produits accessibles en vente libre, médicament à base de codéine, Destop, essence, acide chlorhydrique, iode et allumettes, une préparation de 45 minutes produit une mixture douteuse « bonne » à injecter.

Dans l'ambiance suffocante de ces vapeurs mélangées d'essence, d'acide et d'iode, nous voilà tantôt inquiets de la forte excitation de ces usagers et opprimés de leurs enfermements, tantôt touchés par leurs témoignages et révoltés de l'« abandon » avec lequel ce jeune de 26 ans nous confie que, de toute façon, il n'atteindrait pas 30 ans...

## ***Bénéficiaires/Référencement***

La population d'usagers injecteurs pourrait être de 27 000 personnes à Tbilissi sur les 40 000 estimées en Géorgie (Étude de 2008 en cours d'actualisation). Deux associations leur proposent des services de prévention New Way et New Vector.

En 2011, la file active de New Vector était de 609 personnes (dont 200 au Drop In), chiffre en augmentation constante depuis le lancement du programme, près de 1 000 en avril 2012.

Les nouveaux entrants ont eu connaissance du Drop In par les émissions de télévision, d'autres bénéficiaires, le bouche-à-oreille ou sont envoyés par l'agence de probation.

### ***Femmes usagères***

Le nombre de femmes dans la file active est très faible (une dizaine). Un résultat qui est un quasi-échec.

Diverses initiatives ont été lancées sans résultats probants. Le vendredi a été retenu comme jour réservé aux femmes mais il est difficile d'obtenir que les hommes ne viennent pas ce jour-là. Des services spécifiques ont été mis en place ; consultation médicale ou cours d'anglais. Deux travailleuses sociales ont été recrutées pour faciliter les contacts.

Ces faibles résultats doivent retenir l'attention de New Vector et de MDM, comme de l'ensemble du Réseau : il est nécessaire de modifier les modalités d'accueil et de mise en confiance afin d'atteindre une population très marginalisée.

### ***Référencement***

La collaboration avec URANTI (Services de Substitution méthadone) est très bonne avec de nombreux référencements croisés. 2 à 3 usagers sont pris en charge gratuitement par Uranti, sur financement de l'état. Un memorandum est en cours entre NV et Uranti.

L'autre référencement entrant est l'agence de probation qui envoie les usagers après amende ou en sortie de prison. Un travail de référencement est à faire avec les hôpitaux et les professionnels de santé pour faire comprendre les enjeux de la réduction des risques. Le référencement croisé est difficile, les hôpitaux étant privés et payants. Les programmes « population vulnérable » n'existent que dans certains hôpitaux.

### **Référencement sortant**

Le développement d'un système de référencement est une priorité 2013 pour aiguiller les usagers vers les services médicaux, juridiques ou sociaux selon leurs besoins. Il doit être accompagné d'une collaboration opérationnelle avec ces services pour faciliter/préparer l'accueil des usagers injecteurs.

## ***Plaidoyer/Actions en réseaux***

MDM s'est engagé avec ses partenaires NV, HEPA +, le Réseau, dans un ensemble d'actions collectives de plaidoyer. Soros cofinance certaines opérations (communication, presse, télévision, conférence).

Les temps forts ont été les conférences organisées en 2011 et en 2012 pendant la Journée de l'Hépatite C. Ces deux événements ont marqué un tournant dans la perception du gouvernement qui a reconnu l'hépatite C comme problème national sans toutefois identifier de pistes de solutions et sans engager de moyens particuliers. Néanmoins, à la suite de cet événement, des opérations de dépistage ont été mises en place par le maire de Tbilissi.

Des animations de rue ont permis le recueil de 400 signatures de personnes atteintes du VHC.

Les présidents de NV et Hepa + ont participé à plusieurs débats télévisés qui ont permis de transformer la perception de la société géorgienne pour laquelle l'hépatite C était associée à l'usage de drogues et, comme telle, absente des médias.

### ***Programme « Moi aussi, j'ai besoin d'être soigné »***

L'engagement pour 2013 est le lancement de ce programme « Moi aussi, j'ai besoin d'être soigné » pour une prise en charge de 1000 malades, avec une campagne lancée sur les médias et signatures auprès du public. MDM s'associe ce projet qui mobilise un large collectif incluant Malades, activistes et Spécialistes avec Soros et le Fonds mondial.

D'autres axes de plaidoyer sont également à construire :

- Permettre la mise en place de tests dans les prisons où ils sont aujourd'hui impossibles
- Action auprès des assureurs pour intégrer l'hépatite C dans la couverture santé,
- Utilisation de médicaments bio-similaires.

## ***Campagne Fibroscan***

Pendant notre visite, MDM était en train de mener une étude sur la fibrose hépatique chez les usagers injecteurs de Tbilissi, pour consolider scientifiquement le plaidoyer.

L'étude a deux objectifs directs :

- mettre en évidence l'étendue de la contamination chez les usagers atteints par le VHC et le besoin en traitement urgent (dès les phases critiques de la maladie),
- convaincre le gouvernement géorgien de la nécessité de mettre à disposition des traitements abordables, en encadrant les prix pratiqués par les laboratoires, **y compris pour les toxicomanes**.

Elle vise aussi de façon indirecte le développement de moyens de diagnostic VHC moins coûteux pour la Géorgie et plus largement pour les pays à faible revenu moyen.

La fibrose résulte d'une hépatite chronique due à la consommation d'alcool et/ou d'une contamination virale pouvant déboucher sur une cirrhose ou un cancer. L'étude s'appuie sur l'utilisation d'un Fibroscan fourni par MDM, appareil qui permet de mesurer par voie externe l'état de fibrose du foie. *(Cet examen commence également à être pratiqué en France pour les dépistages précoces en alternative à la biopsie du foie – examen de référence invasif présentant des risques hémorragiques).*

### **Protocole**

Pour être scientifiquement acceptable, l'étude doit porter sur 280 participants (1 % des 27 000 IDU estimés sur Tbilissi). Le processus de recrutement utilisé doit inclure des usagers moins accessibles qui ne sont pas dans la file d'attente du Drop In. Il est adossé à un système de rémunération de 10 lari (5 euros) par participant.

Le protocole proposé à chaque participant a pour objet de lui restituer :

- Statut sérologique sur VHC, VHB et VIH
- S'il est atteint du VHC :
  - o État de fibrose/Cirrhose de son foie (Fibroscan + consultation/conseil sur la prévention consommation alcool)
  - o Analyse du génotype et PCR (analyse qualitative moins coûteuse)
  - o Consultation finale avec médecin pour définition de l'urgence d'un traitement

Cette étude, menée par MDM, a reçu un accueil très favorable des travailleurs sociaux et des usagers. La participation très importante confirme le besoin des usagers.

### **Budget**

Le budget complet de l'étude est important entre 60 et 65 k€ dont 32 k€ pour l'achat du fibroscan et autour de 12 k€ pour les analyses PCR + Génotype (le protocole d'analyse complet est estimé à 40 € environ par patient hors coût fibroscan).

Cette étude a fait l'objet d'une allocation budgétaire complémentaire qui représente une part importante du budget alloué aux opérations du programme (hors financement New Vector). Cela renforce l'attente des résultats de l'étude et de sa valeur démonstrative.

### **Utilisation future du Fibroscan**

L'utilisation du Fibroscan devrait être pérennisée pour fournir un service complémentaire au sein du Drop In, ce qui suppose le recrutement et la formation d'un médecin. De fait, les consultations afférentes s'orienteront davantage vers la prévention de la consommation d'alcool.

L'appareil acheté est un format « mobile » transportable sur d'autres sites, créant des perspectives de collaboration avec d'autres associations (explicitement souhaitées par la présidente du Réseau).

Cette offre de service Fibroscan gratuite pourrait être un moyen de faire baisser le tarif (abusif) demandé par le seul institut privé en disposant en Géorgie.

### ***En démonstration : Dominique (RM) examinant Ketî (traductrice pour l'étude)***



### ***Financement***

Les donateurs individuels contribuent fortement à ce programme (à hauteur de 66 % sur la période 2012/13). L'effet levier joue pleinement puisque cette contribution est suivie par l'Agence française de Développement (pour 34 %), le principal bailleur français sur des programmes de développement.

Le budget global de la mission MDM est de 375 k€ pour 2012 et de 420 k€ pour 2013 (budget provisoire), principalement financé sur fonds propres (produit de la collecte).

L'AFD complète le financement (avec une participation, par construction, inférieure à 50 % du budget total) à hauteur de 315 k€ sur la période avril 2012/mars 2014 (80 k€ en 2012, 188 k€ en 2013, 47 k€ en 2014), avec renouvellement probable de 2 ans.

<b>BUDGET 2013 (Provisoire)</b>			
Description	Budget 2013	Ratio	Estimé 2012
INTERNATIONAL STAFF	54 993	13%	<b>65 349</b>
NATIONAL STAFF	55 868	13%	<b>48 478</b>
MONITORING & EVALUATION	14 127	3%	<b>15 065</b>
CONFERENCES & SEMINARS	9 980	2%	<b>3 808</b>
PROGRAMMES	225 826	54%	<b>199 677</b>
LOGISTICS & TRANSPORT	35 729	8%	<b>21 682</b>
ADMIN COSTS & COMMUNICATION	24 029	6%	<b>20 763</b>
<b>TOTAL EXPENDITURE</b>	<b>420 552</b>	<b>100%</b>	<b>374 821</b>

Le financement affecté strictement aux opérations du Programme est de 200 k€ en 2012 et 220 k€ en 2013 (soit 53/54 % du budget total). Cette part de financement « Programme » comprend le soutien financier de MDM aux activités du Partenaire New Vector.

En 2013, les 220 k€ alloués aux « Programmes » incluent :

- 81 k€ (contre 41 k€ en 2012) de participation pour loyer Drop In, frais de fonctionnement et salaires (travailleurs pairs, ...)
- 86 k€ en compléments de fournitures (matériels stériles, Naloxone, ...) pour faire face aux insuffisances (désinfectant, pommades pour veines, eau stérile...) et aux ruptures d'approvisionnement des matériels fournis par le Fonds mondial.
- 33.280 € pour le financement du Fibroscan.

### **Financement New Vector**

L'activité de New Vector est financée par plusieurs sources, parmi les principales :

- Fonds mondial pour 86 k€ pour Salaires et Frais de fonctionnement de l'association
- Matériels fournis par le Fonds mondial et distribués via le Réseau (produits stériles, seringues, préservatifs...)
- Soros Open Society par petites allocations budgétaires projet par projet (par exemple sur une perspective de programme de financement de 1 000 traitements VHC, également soutenue par Médecins du Monde)
- L'allocation MDM (81 k€ pour frais de fonctionnement + 86 K€ pour matériels en 2013).

Des financements complémentaires sont recherchés auprès de l'Union européenne.

Cette structure financière démontre :

- La double dépendance de New Vector vis-à-vis du Fonds Mondial et de MDM
- la double incidence d'un retrait du Fonds Mondial sur New Vector et sur MDM par rebond (impact sur le périmètre programme et/ou nécessité d'accroître le financement MDM)
- la double lecture possible du rôle de MDM comme bailleur (finançant les mêmes postes de dépenses que le Fonds Mondial) et comme co-opérateur du Programme.

## ***Pilotage/supervision bailleur***

Le financement bailleur (au-delà de la problématique générale d'instrumentalisation, d'indépendance et de liberté d'initiatives de MDM que nous n'abordons pas ici) impose un cadre formel de gestion et de supervision financière et opérationnelle :

- « Proposal » : demande de co-financement AFD (complémentaires aux dons privés)
- Bilan annuel : résultat de la 1<sup>re</sup> année, de mars 2011 à avril 2012
- Évaluation externe du programme par auditeurs indépendants (rapport du 27/04/2012)
- Audit financier AFD réalisé mi-octobre 2012.

Ce cadre, dont les risques de lourdeur et de dérive technocratique existent, offre en retour des points de contrôle et une visibilité importante sur l'exécution de la mission. Ces éléments sont rassurants quant au bon usage des dons privés et à l'alignement du programme à ses objectifs.

En particulier, l'évaluation externe du programme réalisée fin février 2012 avec une méthodologie en ligne avec l'approche RDR de MDM, une démarche participative des acteurs terrains et la prise en compte des usagers, a produit des recommandations qui nous ont semblé globalement partagées au cours de nos entretiens (cf annexe 3 – préconisations extraites du rapport). Celles-ci devraient alimenter la « feuille de route » à co-construire avec New Vector et à intégrer dans la Convention de partenariat à signer fin 2012.

Nous avons pu évoquer avec nos interlocuteurs de terrain quelques recommandations principales :

- Renforcer l'Outreach avec, comme ambition prioritaire, de persuader les usagers de venir au Drop In pour accéder à d'autres services (c.-à-d. créer, au-delà du service rendu, un vrai rapport de confiance)
- Augmenter le niveau médical en Outreach (médecin, infirmière) – le principe de clinique mobile restant à investiguer
- Construire un référencement complet des services accessibles aux usagers (médicaux, sociaux, juridiques)
- Développer la problématique de l'accès aux femmes usagères.

## **Partenaires/interlocuteurs rencontrés**

Notre agenda de visite nous a permis de rencontrer plusieurs acteurs de la société civile :

- 2 associations, partenaires opérationnels de New Vector et de MDM
- Le Réseau géorgien de Réduction des Risques
- Soros, bailleur et sponsor actif de la RDR

Leurs retours ci-dessous confirment la bonne dynamique initiée au sein de la société civile et les progrès enregistrés en quelques années. Ils témoignent également de l'apport de MDM dans cette transformation et de la qualité de la relation avec les acteurs MDM.

Nous regrettons que l'alternance politique en cours n'ait pas permis de rencontrer des responsables publics pour élargir cette perspective.

Globalement, nous notons, dans ce contexte d'alternance et de changement, une extrême diversité des espoirs comme des craintes quant aux développements à venir de la RDR.

### ***Réseau géorgien de réduction des risques***

Rencontre à Gori de la Présidente du Réseau, directrice dans cette ville de l'ONG « Step to the Future » (activités de Prévention et échanges de seringues similaires à New Vector), puis à Tbilissi du Directeur général et du Directeur des programmes du Réseau.

Le réseau compte 21 associations membres dont 3 seulement d'auto-support. La direction a été complètement remaniée début 2012 après le départ tonitruant d'Urant (seul acteur en substitution méthadone du réseau).

Le Réseau a cinq priorités :

- Prévention contamination VIH et VHC
- Accessibilité au diagnostic et au traitement de l'Hépatite C
- Action en direction des femmes, stigmatisées et discriminées autant par les pouvoirs officiels que par la société géorgienne et les hommes, usagers compris.
- Prévention des décès par overdose
- Action pour rendre plus ouverte la politique envers les narcodépendants

Face au désengagement du Fonds Mondial, le réseau aurait pour objectif un financement de l'état à 80 % pour maintenir un dispositif opérationnel...

« Nous sommes très fiers de ce Drop In. Nous n'aurions pas pu imaginer, il y a 4 ou 5 ans qu'un centre de ce type puisse exister en Géorgie ». L'action MDM est jugée très positivement, tout comme le choix de soutenir une association auto-support pour faire entendre la voix des usagers eux-mêmes et faire évoluer le regard politique et sociétal sur les addictions aux stupéfiants. MDM apportant un « standard de fonctionnement », sa présence donne de la visibilité et de la crédibilité à la communication vers le gouvernement.

Tous jugent ce soutien de MDM appréciable dans la situation politique instable du pays.

## ***Fondation Open Society SOROS***

Soros est présent en Géorgie depuis plusieurs années, au départ en exécution du programme du Fonds Mondial, pour diagnostic et traitement VIH par ARV, aboutissant à la prise en charge de 2 500 personnes jusqu'en 2015.

Face à la problématique VHC, prévalence ignorée, pas de sensibilisation des décideurs, aucun programme prévu (*cf Rappel Contexte ci-dessus*), Soros a infléchi sa stratégie (*et celle du Réseau ? ndr*) pour s'engager sur un plaidoyer en faveur de la RDR et de l'accès aux traitements VHC.

Au tarif actuel, seuls une centaine de patients par an peuvent financer leurs traitements (au prix d'énormes sacrifices).

Les 3 axes d'action :

- Travailler sur les brevets et faire jouer concurrence entre fournisseurs
- Programme étatique (renforcer l'agence du médicament) → avec prix négocié
- Gratuité partielle ou totale des soins selon la vulnérabilité.

L'intervention de l'État est déterminante et doit faire nettement baisser les prix. La démonstration en a été faite l'an dernier. Le Fonds Mondial a lancé un appel d'offres pour 110 traitements fournis ensuite gratuitement aux malades co-infectés VIH/VHC et a fait diviser le prix par 2.

Soros soutient avec le Réseau le plan d'action 2013 pour un programme « Moi aussi, j'ai besoin d'être soigné » de 1 000 traitements gratuits, campagne lancée sur les médias et signatures auprès du public, avec MDM.

La fondation est très satisfaite de sa coopération avec MDM et de son expertise. Elle relève comme point positif : la flexibilité de MDM et la complémentarité sur les points non supportés par Soros comme le « Capacity building » des associations. Le résultat de l'étude Fibroscan apporté par MDM viendra opportunément renforcer l'argumentation autour des traitements du VHC.

Au sein du Réseau, l'efficacité des associations d'auto-support a nettement accru le niveau du plaidoyer par l'implication forte des usagers.

Soros fait sur le Réseau un constat mitigé lié au manque de clarté et de cohérence des objectifs issu d'une trop forte hétérogénéité des associations et de la diversité de leurs priorités.

Soros confirme son engagement jusqu'en 2015 (quelle que soit la décision du Fonds Mondial) et poursuivra le travail en commun, portant de grands espoirs dans le nouveau gouvernement.

## ***Clinique Uranti (substitution méthadone)***

Le président d'Uranti est l'acteur « historique » et haut en couleur de la substitution en Géorgie, activité démarrée dans le pays pour respecter les critères imposés par le Fonds Mondial en 2006 comme prérequis à son plan de financement global de RDR. Depuis 2008, le programme substitution est financé à 50 % par l'Etat qui, sans le comprendre, le tolère sous cette contrainte.

Le Président se présente comme un médecin soviétique formé à une approche répressive, encore totalement opposé à la substitution en 2006 qui a du fortement évoluer et s'adapter à des

pratiques plus modernes et plus à l'écoute des usagers eux-mêmes, son parcours étant illustratif du chemin qui reste à faire par ses confrères.

La substitution est la seule activité légale de RDR en Géorgie, ce qui permet aux utilisateurs sous traitement d'échapper aux poursuites judiciaires s'ils étaient pris en situation de consommation de drogue (consommation « complémentaire » qui est quasi systématique, les doses de Méthadone distribuées étant, selon l'expertise MDM, trop faibles et généralement insuffisantes).

La substitution souffre de plusieurs handicaps. Le nombre de places disponibles est inférieur à la demande. L'accompagnement est limité aux traitements et au suivi psychologique (peu apprécié des usagers) sans aucun soutien social qui interdit toute réinsertion (stigmatisation de la police, de l'état, des employeurs...) et maintient les usagers sous traitement sans perspectives de sortie. Les travailleurs médicaux, jusqu'à parfois les médecins eux-mêmes, ne comprennent guère les enjeux de la substitution et s'étonnent de la durée des traitements.

Ancien Président du Réseau, le président d'Uranti a (avec son association) quitté le Réseau fin 2011, en désaccord avec les nouveaux arrivants sur les enjeux de la RDR et la place insuffisamment reconnue de la substitution. Selon lui, le Réseau serait trop préoccupé de son financement et aligné sur les seules priorités du bailleur Soros : Hépatite C et Overdose.

Cette situation dessine un paysage de la RDR en Géorgie scindé en deux courants rivaux : d'un côté le groupe des programmes de substitution/sevrage, de l'autre le Réseau avec ses programmes de prévention et de défense des droits des usagers.

Toujours selon ce président, l'appui sélectif de MDM à New Vector a pu susciter de la frustration chez certains. D'autant qu'il s'est demandé, comme d'autres dans le Réseau, si MDM était arrivé en Géorgie comme ONG de terrain ou comme bailleur de fonds. Les associations d'auto-support, s'occuperaient donc de la défense des droits, sans plus, et ne feraient pas assez régresser le nombre d'injecteurs. Il reconnaît cependant que la collaboration avec New Vector fonctionne : plusieurs usagers lui ont été référés pour passer en substitution et la relation avec MDM est bonne (New Vector et MDM étant restés en dehors du conflit entre Uranti et le Réseau).

Il nous signale que les 14 programmes de substitution géorgiens auraient besoin de beaucoup plus de partage, de formation et d'accompagnement. Uranti ne cache pas sa volonté d'une collaboration plus forte et un d'accompagnement de MDM, comme cela a déjà été évoqué avec le président de MDM et avec Elisabeth Avril.

Et en conclusion de cet entretien, sa remarque sur le contexte politique Géorgien :

« On doit constater le silence de l'Église orthodoxe sur ces sujets, sans ostracisme affiché », ce qui est, à demi-mot non prononcé, un soutien.

## Conclusions – Questionnements

Ces quelques jours sur place nous ont confirmé l'impression générale tirée des débats au sein du groupe Eufrac et des informations reçues du desk.

Le contexte politique et sociétal géorgien est très mouvant et incertain : le pays renforcera-t-il, sous l'influence de son puissant voisin du Nord, ses réflexes de prise en charge répressifs ou bien choisira-t-il de poursuivre dans la voie qu'il a lentement empruntée vers plus d'ouverture et d'humanité pour les toxicomanes par injection ? Mais ces incertitudes peuvent aussi être un puissant facteur de débats et d'ouverture donnant toute sa place à la société civile, aux ONG et à leurs soutiens extérieurs (dont MDM) sur la politique générale vis-à-vis des toxicomanes.

Les avis positifs exprimés, tant par le Réseau que par Soros, sur l'utilité de MDM et de son programme d'appui à des associations d'utilisateurs confirment la place que l'association a prise aux côtés des acteurs locaux. Le soutien apporté par MDM conforte leur crédibilité et renforce la portée de leur prise de parole.

Les activités autour du Drop In ont connu sur 18 mois un net développement mais ont surtout été conduites dans des conditions de partenariat « productif » et jugé efficace pour les deux parties.

**Le comité ne peut donc qu'encourager le maintien de MDM en Géorgie et la poursuite de son partenariat avec New Vector, jusqu'en 2014 et probablement au-delà.**

Cependant, nous souhaitons préciser quelques réflexions issues de notre visite :

— autour du Programme, dont la qualité d'exécution ne fait pas question, nous ajouterons quelques éléments à des constats déjà posés par les équipes.

— autour du partenariat, qui semble fonctionner avec beaucoup d'efficacité, nous nous posons des questions d'ordre plus général.

### **Autour du Programme**

#### ***La représentation des femmes***

La construction du programme est bâtie pour les besoins des usagers dont la satisfaction est un des critères de pilotage. L'expertise externe, effectuée en février 2012, affirme leur très bon « niveau de satisfaction ». Quand on sait que faire exprimer aux usagers leurs propres besoins est déjà un obstacle en soi, on peut se demander dans quelle mesure les activités du programme sont réellement orientées par les usagers bénéficiaires du centre. La présence de travailleurs pairs dans l'équipe suffit-elle à assurer cette exigence ?

Cette difficulté est renforcée par le très faible pourcentage de femmes parmi les bénéficiaires. Elles seraient de surcroît trop peu explicites dans leurs demandes pour identifier les services qui leur seraient spécifiques. Comment contourner ces limites méthodologiques pour compenser la surreprésentation masculine, y compris dans le staff de New Vector ?

#### ***Les limites de l'Outreach***

En accompagnant les travailleurs pairs chez les usagers pendant la « cuisine » du Krokodil, moment fort de notre visite, nous avons vu tout l'intérêt du rapport de confiance établi par les travailleurs pairs avec les usagers, le respect des règles d'hygiène et de prévention, et l'importance de la distribution de produits stériles et de Naloxone (qui sauve 150 à 200 vies par an.) Mais en même temps, face à la situation de ces usagers, cette réponse nous a paru plus symbolique que réellement efficace. Nous ne pouvons que souscrire aux préconisations de

l'évaluation de février de renforcer les services offerts en Outreach (avec une équipe de soins et de dépistage mobile) pour arriver à sortir les usagers de ces appartements et de les amener au Drop In.

La présence de personnel médical accompagnant les équipes de travailleurs pairs ne serait-elle pas déjà un préalable à leur efficacité ?

### **Fibroscan :**

L'étude Fibroscan est un incontestable point fort (reconnu par tous les acteurs) par la construction d'un argumentaire scientifique en support factuel du plaidoyer. L'étude a, par ailleurs, été un succès en terme de « recrutement » de nouveaux injecteurs non bénéficiaires du Drop In.

### **Le Drop In et la gratuité**

Le principe de gratuité des activités du Drop In est parfaitement justifié dans ses objectifs de prévention, de soutien individuel et de « reconstruction » des usagers.

Mais il nous est apparu aussi qu'une petite partie des usagers n'était pas en situation de précarité ou d'exclusion comme la majorité des autres bénéficiaires. Une partie des donateurs de MDM pourrait donc questionner l'accès de cette frange « favorisée » d'injecteurs à des soins gratuits, en écartant le principe même de la RDR et de son efficacité qui impose la gratuité pour tous. Il nous apparaît que le dispositif en place produit une amélioration « pour tous », mais aussi que les usagers les plus intégrés socialement peuvent apporter beaucoup à la transformation en cours. On peut simplement souhaiter que, dans la durée, la distribution et l'accès aux services du Drop In soient bien répartis entre toutes les couches sociales.

### **Pilotage/améliorations/déploiement**

Le pilotage du programme paraît rigoureusement suivi dans la dynamique du partenariat avec un enrichissement progressif des capacités et des compétences. Il est évident que la préparation de l'étude Fibroscan, prioritaire pour la construction du plaidoyer, a mobilisé les énergies. Il n'en reste pas moins que les préconisations de l'audit établi en février 2012 tardent à se mettre en place.

Les associations partenaires nous ont fait état de leur demande : un appui élargi de MDM en régions, loin de Tbilissi et en dehors du « territoire » naturellement couvert depuis et autour au Drop In, serait le bienvenu. Dans plusieurs régions, aucun service de RDR n'est proposé aux usagers en réponse à leurs demandes de support, d'informations et de diagnostics. Un déploiement régional ciblé par campagne (Fibroscan par exemple) ou en support d'autres associations en relais local pourrait-il être envisagé ?

### **Plaidoyer et transformation sociale autour du VHC**

La mobilisation autour du VHC a réussi à fédérer plusieurs associations avec l'appui opportun de Soros Open Society. Ce plaidoyer collectif a déjà permis de nets progrès autour de la prise de conscience de cette épidémie avec un changement progressif des mentalités.

Notons que cette action bénéficie à toute la population, sans être limitée aux seuls usagers injecteurs, ce qui en facilite l'écho dans les médias et la perception dans la société.

Le combat principal est encore à mener pour obtenir un accès généralisé aux diagnostics et aux traitements. Il restera, le jour venu, à s'assurer que cet accès bénéficie bien, et sans restriction, aux toxicomanes...

### **Un écueil : l'accès des femmes**

La situation d'échec du programme dans son accès aux femmes usagères questionne sur les modalités et les freins implicites à sa mise en œuvre, dans un contexte de fort rejet de la société et d'exclusion par les usagers eux-mêmes.

La place faite aux femmes devrait, à nos yeux, faire l'objet d'un intense travail de plaidoyer, tant sur le plan des droits élémentaires que sur celui de la santé publique.

### **Autour du Partenariat**

L'engagement clair de MDM est un élément reconnu par le partenaire du renforcement de ses capacités. Le choix d'une association d'auto-support est un facteur d'amplification de la voix des usagers dans les actions de plaidoyer, résultat conforme à la philosophie MDM et à ses stratégies d'intervention.

Dans ce contexte, le choix du partenaire s'est révélé concluant.

Toutefois, dans le terreau associatif encore récent en Géorgie, les associations sont davantage l'émanation de la volonté de leurs directeurs que le produit d'une mobilisation collective (ou communautaire) en quête d'objet social. Cette dépendance est certainement une préoccupation et un point de fragilité adressés par le « Capacity Building » en cours. Il serait important d'identifier le plan de route qui renforce et pérennise l'association aux côtés et au-delà de son directeur par l'élargissement de sa gouvernance.

Un autre aspect conditionne le plan de route de la mission : c'est la prise en compte du désengagement futur de MDM. Le programme étant encore dans sa phase de montée en puissance, cette échéance reste une ligne d'horizon lointaine. Mais si les changements politiques venaient à accélérer le calendrier des mesures attendues autour de l'hépatite C et de la décriminalisation, il serait intéressant d'anticiper sur l'ensemble des compétences à attendre de la part du partenaire.

### **Partenariat dissymétrique**

Le partenariat est construit sur un modèle asymétrique assez fréquent : MDM en acteur médical, New Vector en acteur social, combinant des légitimités et des savoir-faire complémentaires.

Dans ce cadre d'expertise médicale déséquilibrée entre partenaires, nous avons, autour de l'étude Fibroscan, interrogé l'équipe de terrain sur les principes de validation technique et éthique préalables à ce type d'intervention. Nous avons été pleinement rassurés en apprenant que le dossier avait été transmis à un comité d'éthique, reconnu internationalement, et qui avait validé l'ensemble du processus.

### **Financement et éthique du financement**

L'appui financier de MDM à New Vector (pour 81 k€/an pour son fonctionnement, pour 86 k€ pour ses opérations) ne couvre qu'une part de son budget. L'éventuel désengagement du Fonds mondial fait courir un risque à New Vector et, par ricochet, à MDM à qui se verrait demander une rallonge budgétaire (sur fonds propres) ou un arrêt de certaines opérations... Dans cette perspective, la diversification du financement NV est bien une priorité.

Deux comportements « bailleurs » sont à analyser dans le panorama géorgien :

- Arrêt brutal du financement GF pouvant compromettre les efforts déjà menés.
- Financement Soros à « l'opération », soumettant le partenaire à ses prescriptions et à des changements de priorités.

MDM garantit l'indépendance du partenaire par une co-construction du programme (dans le respect des objectifs généraux) et par une adaptation agile des modalités d'exécution sans conditionnalités du financement. D'autre part, il garantit la stabilité du financement sur une durée réaliste pour atteindre les objectifs visés (sur cette mission, le délai nécessaire à l'autonomie du partenaire devrait dépasser 2014).

Le financement du partenaire par MDM (proche ou supérieur à 50 %) implique la responsabilité éthique de garantir sa viabilité pendant et, surtout, à l'issue du programme. Le risque financier à porter est de 150 à 200 k€ par an, potentiellement sur plusieurs années, risque qui s'ajoute à l'éventuel retrait du bailleur de MDM. Ces risques doivent conduire autant à un partage local de réflexion et de travaux sur le financement et le modèle économique de New Vector, qu'à un pilotage consolidé au niveau du siège.

### **Bailleurs**

Les différents acteurs de la société civile rencontrés au cours de notre visite ont semblé percevoir MDM comme un bailleur extérieur européen généreux et « riche » ; certains d'ailleurs regrettaient de ne pas bénéficier de ses subsides... La persistance de ce malentendu serait un danger, en contradiction avec les objectifs du programme, la stratégie retenue par MDM et son soutien par les donateurs.

Il est d'autant plus nécessaire de dissiper ce malentendu avec le Réseau que le départ du Fonds mondial en 2015 risque de laisser en grande difficulté les ONG partenaires.

### **Et au-delà**

La société civile naissante et en pleine restructuration laisse le champ libre à des personnalisations excessives. Des rivalités de personnes perturbent la bonne entente au sein du Réseau, aboutissant à des conflits ouverts et à des dysfonctionnements critiques. Peut-être serait-il sain de s'attacher à dépasser ces conflits qui entravent la dynamique de transformation sociale et à retrouver, pour la suite du travail de plaidoyer, une unité qui fasse bloc vis-à-vis du pouvoir. C'est un vrai travail de « déminage » qui devrait, à nos yeux, être conduit sur ce sujet.

Le conflit le plus ouvert s'articule autour de la substitution par la méthadone. Mais il pourrait tout aussi bien devenir un point de levier pour le développement d'une nouvelle priorité de la RDR en Géorgie. Le constat étant fait d'un désintérêt des bailleurs institutionnels, d'une insuffisance des programmes méthadone en cours, et d'un réel manque d'expérience du personnel médical en charge de les « administrer », MDM pourrait-il apporter son expertise et ses recommandations dans ce domaine pour stimuler la participation de nouveaux acteurs ?

Enfin, la situation d'exclusion des femmes toxicomanes (notamment sur leurs lieux de prostitution à Batumi) ne pourrait-elle pas conduire MDM à une réflexion productive, y développant un autre axe de transformation sociale ?

**Thierry Artero    Georges Quinquis**

**9 novembre 2012**

## **Annexe**

A – Déclaration de Vancouver

B – Synthèse sur RDR

C – Préconisation de l'audit

## ***Annexe A – Déclaration de Vancouver***

Why the world needs an international network of activists who use drugs

We are people from around the world who use drugs. We are people who have been marginalized and discriminated against; we have been killed, harmed unnecessarily, put in jail, depicted as evil, and stereotyped as dangerous and disposable . Now it is time to raise our voices as citizens, establish our rights and reclaim the right to be our own spokespersons striving for self-representation and self-empowerment:

- To enable and empower people who use drugs legal or deemed illegal worldwide to survive, thrive and exert our voices as human beings to have meaningful input into all decisions that affect our own lives.
- To promote a better understanding of the experiences of people who use illegal drugs, and particularly of the destructive impact of current drug policies affecting drug users, as well as our non-using fellow-citizens: this is as an important element in the local, national, regional and international development of these social policies.
- To use our own skills and knowledge to train and educate others, particularly our peers and any other fellow-citizens concerned with drugs in our communities.
- To advocate for universal access to all the tools available to reduce the harm that people who use drugs face in their day-to-day lives, including, i) drug treatment, appropriate medical care for substance use , ii) regulated access to the pharmaceutical quality drugs we need ii) availability of safer consumption equipment, including syringes and pipes as well as iii) facilities for their safe disposal, iv) peer outreach and honest up-to-date information about drugs and all of their uses, including v) safe consumption facilities that are necessary for many of us.
- To establish our right to evidence-based and objective information about drugs, and how to protect ourselves against the potential negative impacts of drug use through universal access to equitable and comprehensive health and social services, safe, affordable, supportive housing and employment opportunities.
- To provide support to established local, national, regional, and international networks of people living with HIV/AIDS, Hepatitis and other harm reduction groups, making sure that active drug users are included at every level of decision-making, and specifically that we are able to serve on the boards (of directors) of such organizations and be fairly reimbursed for our expenses, time and skills.
- To challenge the national legislation and international lconventions that currently disable most of us from living safe, secure and healthy lives.

Well aware of the potential challenges of building such a network, we strive for:

- Value and respect diversity and recognize each other's different backgrounds, knowledge, skills and capabilities, and cultivate a safe and supportive environment within the network regardless of which drugs we use or how we use them.
- Spread information about our work in order to support and encourage development of user organizations in communities/countries where there are no such organizations.
- Promote tolerance, cooperation and collaboration, fostering a culture of inclusion and active participation.
- Democratic principles and creating a structure that promotes maximum participation in decision making.

- Maximum inclusion with special focus to those who are disproportionately vulnerable to oppression on the basis of their gender identity, sexual orientation, socioeconomic status, religion, etc.
- To ensure that people who use drugs are not incarcerated and that those who are incarcerated have an equal right to healthy and respectful conditions and treatment, including drug treatment and access to health-promoting supplies such as syringes and condoms and medical treatment or at least equal to that they would receive outside.
- To challenge execution and other inhuman treatment of people who use drugs worldwide.

Ultimately, the most profound need to establish such a network arises from the fact that no group of oppressed people ever attained liberation without the involvement of those directly affected by this oppression. Through collective action, we will fight to change existing local, national, regional and international drug laws and formulate an evidence-based drug policy that respects people's human rights and dignity instead of one fuelled on moralism, stereotypes and lies.

The International Activists who use drugs

30 April 2006, Vancouver Canada

## **Annexe B – Missions d'un Drop In Center (DIC)**

<p style="text-align: center;"><b>Missions d'un Drop in center (DIC) et services proposés/à développer dans le DIC en Géorgie</b></p>
---

*L'accueil et tous les services proposés par New Vector<sup>1</sup> sont à « bas seuil d'exigence » (ou « haut seuil de tolérance »), le but étant de favoriser le contact et de créer du lien avec les usagers encore actifs. L'arrêt de la consommation de stupéfiants n'est en aucun cas une condition préalable pour accéder aux services de New Vector.*

*L'accès au Drop In et aux services de New Vector est anonyme et gratuit.*

Le Drop In de New Vector a plusieurs objectifs : prévenir les maladies infectieuses et améliorer l'état de santé global des usagers de drogues, favoriser leur accès aux soins et aux droits, favoriser l'auto-support<sup>2</sup>, contribuer au changement des politiques et des lois (plaidoyer).

Pour atteindre ces objectifs le Drop In doit mettre en œuvre les activités/actions suivantes :

- **Mettre en place un lieu d'accueil de première ligne et de convivialité favorisant le lien avec les usagers de drogues — lieu d'accueil, d'information et d'écoute permettant une prise en charge et/ou une orientation vers le système de soins.**

L'idée est de consulter autant que possible les usagers sur le choix des activités et l'aménagement de l'espace de convivialité et d'aboutir à la création d'une instance de consultation des usagers afin de garantir leurs droits et de les impliquer dans le fonctionnement du Drop in.

Deux types de services sont proposés/à développer :

☞ Les services visant à attirer et fidéliser les usagers

Coin ordinateur/Internet et imprimante accessibles aux usagers

Coin télé/musique

Coin « groupes » discussion/café agréable

Activités et animations (ludiques, informatiques, informatives)

Création d'un espace femmes et/ou plages horaires spécifiques (embauche d'une travailleuse sociale)

Le DIC n'aura pas de bloc sanitaire (douche, lave-linge...), le contexte géorgien ne le nécessitant pas.

---

<sup>1</sup> Organisation d'auto-support partenaire

<sup>2</sup> Ou la mobilisation des usagers pour les usagers

En revanche, un service de soins dentaires est proposé aux usagers afin de les attirer vers les services « classiques » de réduction des risques. Un service médical et/ou gynécologique pourrait être mis en place ultérieurement.

☞ Les services spécifiques de RdR dont le but est de contribuer à modifier les pratiques

Entretiens de prévention

Sessions d'information

Sessions d'éducation

Ateliers à thèmes

Formations de pairs

Réalisation de brochures de prévention...

➤ **Intervention de proximité en vue d'établir un contact avec les usagers sur les lieux de consommation (« Outreach »).**

Le contexte géorgien particulièrement répressif rend le contact direct avec les usagers difficile — *mais il est possible de se déplacer directement chez eux, ou dans les lieux où sont préparés les produits* — et ne permet pas la récupération du matériel usagé.

Lors des visites de terrain, les services proposés sont les suivants : distribution de matériel stérile, préservatifs, brochures d'information... — orientation vers le DIC et/ou d'autres structures de soins.

Une diffusion des messages de RdR et des pratiques à moindre risque par des « pairs » spécialement formés pourrait être organisée si le contact direct des travailleurs sociaux avec chaque usager s'avère difficile (formation des « cuisiniers » qui préparent le produit pour les usagers, formation des usagers les plus impliqués et venant régulièrement au Drop In...).

Des informations sur la destruction « sécurisée » du matériel usagé peuvent être diffusées tant que la récupération reste impossible du fait de la loi.

➤ **Informier et former les usagers de drogues.**

L'objectif est la mise en œuvre des bonnes pratiques de RdR à travers les sessions d'information (non partage du matériel...) et de formations organisées au centre – en continu par l'équipe ou en proposant des formations extérieures spécifiques.

Des brochures de prévention peuvent être réalisées, en collaboration avec les usagers.

Les usagers sont ainsi informés et formés sur :

- les maladies infectieuses, leurs modes de transmission, les moyens de s'en protéger, les possibilités et modalités de dépistage, les traitements existants ;
- les risques liés à l'injection (abcès, phlébites... etc.) et les pratiques à moindre risque.

➤ **Mettre à disposition du matériel de prévention des maladies infectieuses.**

Du matériel stérile de qualité et en quantité adéquate (seringues, filtres, préservatifs...) doit demeurer à disposition des usagers ; dans l'idéal, une récupération du matériel usagé sera organisée, mais le contexte répressif actuel en Géorgie ne le permet pas.

Une veille sur les pratiques, modes de consommation, produits consommés... etc. doit être réalisée en continu, les outils et messages doivent être adaptés à l'évolution des usages.

➤ **Faciliter, orienter et accompagner les usagers vers les autres structures de santé.**

Des consultations (praticiens, psychologue...) et des tests rapides (VIH, hépatites B & C et syphilis) sont proposés aux usagers directement dans le centre, et ils sont référés et/ou accompagnés vers d'autres structures de santé appropriées selon les besoins (centres de substitution, centre SIDA, centre tuberculose... etc.).

Des soins infirmiers seront à développer, avec un aspect préventif (information, risques liés à l'injection, prévention...), des petits soins (abcès, infections...), mais l'objectif est surtout de favoriser un lien avec un soignant en adoptant une approche empathique et non stigmatisante, pour amener les usagers à parler ouvertement de leurs problèmes de santé en lien avec leur usage de drogues (ce qu'ils ne peuvent pas faire en Géorgie par peur des arrestations et/ou de la stigmatisation). L'infirmier (e) pourrait à terme participer aux sorties en outreach.

➤ **Détection des phénomènes émergents, des évolutions et tendances récentes liés à l'usage de drogues en vue d'adapter les outils et messages de RdR et de guider le choix des politiques publiques.**

Grâce aux services proposés et en nouant un dialogue avec les usagers (via les groupes de discussion, l'observation directe, le témoignage ou des questionnaires...), le centre permet la collecte et l'analyse de données indispensables pour :

- adapter les outils de RdR et les messages délivrés au plus proche de la réalité du terrain ;
- élaborer des actions de plaidoyer (exemple de propositions d'action : mobilisation durant la journée des hépatites) pour faire évoluer la législation.

Les usagers devront être mobilisés (à travers le choix des activités et grâce à la mise en place de formations sur la mobilisation).

*Le DIC « modèle » est un centre proposant des services RdR adaptés au contexte local et des formations destinées non seulement aux usagers mais aussi aux autres acteurs ayant un impact dans le domaine de la RdR (police, média, centres de substitution...).*

## Annexe C – Extrait Rapport Evaluation : Préconisations

### ANNEXES:

#### ANNEX 1: STRENGTHS & CHALLENGES OF THE DIC'S SERVICES, AND DETAILED RECOMMENDATIONS

##### 1. Medical services

###### Strengths:

- High quality needle and syringe distribution (good quality needles; no procurement delays; provision of Naloxon; etc.)
- Hep B, C and HIV testing with pre- and post-test counselling; syphilis testing now operational
- Provision of primary health care services at the DIC run by nurses/doctors
- Provision of high quality dental services
- Comprehensive information about safer drug use and safer sex practices during outreach and in the DIC

###### Challenges:

- No needle disposal arrangements in place
- No prevention, diagnosis and treatment of Tb
- No vaccinations for Hepatitis B
- Limited provision of primary health care during outreach

###### Recommendations:

- Capacity building for outreach workers in primary health care to provide wound dressing and other basic health services and information (this could also include nutrition)
- Consider introducing a mobile clinic for testing, treatment and awareness raising in order to “pick up clients where they are”. In combination with the DIC such forms of outreach, information and primary services would also contribute to better trust-building in community-based HR services, support a referral of clients to the DIC (where additional services, psycho-social care and referral to other facilities may be offered among other, more personal and longer-term services to clients and their partners) and even be used for further needs assessment of clients.
- Consider engaging NV's medical staff in outreach activities, in particular for women who use drugs
- Conduct an assessment about how and where IDUs dispose used syringes today. Then, methods of safe needle disposal should be developed together with the clients ensuring that needles are not left openly in streets and parks but don't put IDUs in danger of being caught by the police with a syringe. E.g. placing used syringes in puncture-resistant containers, such as bleach or soda bottles, which are then thrown in the trash. Or using drop boxes, located on street corners in neighbourhoods with high drug traffic. More info at:
  - [http://www.cdc.gov/IDU/facts/aed\\_idu\\_dis.html](http://www.cdc.gov/IDU/facts/aed_idu_dis.html)
  - [http://www.gmhc.org/files/editor/file/gmhc\\_intl\\_seps.pdf](http://www.gmhc.org/files/editor/file/gmhc_intl_seps.pdf)
- Some time in the future, the project partners may consider an OST pilot project, which could become a Georgian model for “state of the art” OST. To prepare this, there could be a study trip to good quality OST services in other countries such as France, Germany or Kyrgyzstan.
- Offer HBV vaccinations and establish professional exchange with other Hepatitis networks and NGOs working on the issue (e.g. Рух за Звдоров'я / Movement for Health - [www.movementhealth.org](http://www.movementhealth.org) in Ukraine).

## 2. Social services

### Strengths:

- Empathetic and direct social support during outreach activities
- Social workers accompany clients to other public services or institutions
- Some recreational activities in the centre (computers, board games, etc.)

### Challenges:

- No specific social services such as employment counselling or depth release counselling
- No referral mechanisms to organizations that provide skills or vocational training
- No organized and stable referral system for clients to public services
- No specialized aftercare for drug users who are released from prison or detoxification
- No specialized social services for women who use drugs

### Recommendations:

- Conduct a mapping of organizations that provide social services like job trainings; produce a list of organizations with the names and phone numbers of contact persons and distribute to all staff.
- Consider some basic skills training in the centre for clients, e.g. English classes, handicraft or arts (hair dresser, renovation skills, cooking, a Kiosk in the centre, carpentry, gardening, a magazine by clients for clients, etc.). To learn more about organising such offers, a study tour to countries such as France and Germany could be organized where work-programs for drug users exist. The underlying idea is that clients organize many of these extra services at the DIC themselves, however, they might need some (initial) training and financial support (!) in doing so.
- Consider to hire a full-time social worker who has the skills to provide services like debt counselling and who can facilitate the contact to and paperwork with public civil services
- Consider capacity building (e.g. through the German international Cooperation GIZ or EHRN) on making harm reduction services more women friendly, and on developing services for female drug users.
- Place additional focus on the re-integration (instead of “rehabilitation”) of drug users; place additional emphasis on the work with family members!

## 3. Psychological services

### Strengths:

- Pre- and post-test counselling available
- Diversification of approaches through one 12-step group in the centre

### Challenges:

- No psychological services during outreach
- Limited individual psychological counselling in the DIC
- No psychological supervision of staff members

### Recommendations:

- Identify partner organizations that offer self-help groups and provide psychological counselling (e.g. Tanadgoma, Kamara)
- Consider establishing additional self-help groups in the DIC. These are often the most effective approach to respond to psychological needs. Research and implement other forms of self-help groups than the 12-step approach (which is not in line with a HR approach).

- Establish a (peer) supervision group and conduct regular team meetings in which you talk about your feelings and stress caused by your work, and share experiences in handling certain situations.
- More info on how to create a peer-supervision group:  
[http://contextualpsychology.org/running\\_a\\_peer\\_supervision\\_group](http://contextualpsychology.org/running_a_peer_supervision_group).

#### 4. Legal services

##### Strengths:

- Established contacts to the “Young lawyers”
- Legal expertise among MDM’s staff

##### Challenges:

- No legal services for IDUs
- No official legal representation of NV/Hepa+

##### Recommendations:

- Identify organizations that provide free legal counselling and/or representation in the court (e.g. the “Centre for the Protection of Constitutional Rights” provides free legal services) and establish referral mechanisms.

#### ANNEX 2: BIBLIOGRAPHY

Bigler (2005). Harm Reduction as a Practice and Prevention Model for Social Work. Retrieved from: [http://www.ols.edu/~jolson/socialwork/OnlineLibrary/Bigler%20\(2005\)%20Harm%20reduction%20as%20a%20practice%20and%20prevention%20model%20for%20social%20work.pdf](http://www.ols.edu/~jolson/socialwork/OnlineLibrary/Bigler%20(2005)%20Harm%20reduction%20as%20a%20practice%20and%20prevention%20model%20for%20social%20work.pdf)

Chikovani et al (2011). Prevalence of HIV among injection drug users in Georgia. Retrieved from: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1758-2652-14-9.pdf>

Curatio International Foundation Public Union Bemoni (2009). Bio-behavioral surveillance surveys among injecting drug users in Georgia. Retrieved from: <http://bemonidrug.org.ge/userfiles/files/Kvlevebi/EN/Bio-behavioral%20surveillance%20surveys%20among%20injecting%20drug%20use.pdf>

DRUG TESTING AND THE REDUCTION OF DRUG USE? THE BECKLEY FOUNDATION DRUG POLICY PROGRAMME [http://reformdrugpolicy.com/wp-content/uploads/2011/10/paper\\_15.pdf](http://reformdrugpolicy.com/wp-content/uploads/2011/10/paper_15.pdf)

EHRN (2009). Young people & injecting drug use in selected countries of Central and Eastern Europe. Retrieved from: <http://www.harm-reduction.org/library/1301-young-people-and-injecting-drug-use-in-selected-countries-of-centraland-eastern-europe.html>

Global Commission on Drug Policy. War on Drugs: REPORT OF THE GLOBAL COMMISSION ON DRUG POLICY. Retrieved from: <http://www.globalcommissionondrugs.org/reports/>

Javakhishvili et al (2010). DRUG SITUATION IN GEORGIA 2010. Retrieved from: <http://altgeorgia.ge/cms/en/wp-content/uploads/2011/07/Drug-Situation-in-GEORGIA-2010-En.pdf>

Kirtadze et al. (o.J.) Educational Needs in the Sphere of Addictology in Georgia. Retrieved from: [http://altgeorgia.ge/cms/en/wpcontent/uploads/2009/10/Addictology\\_needs\\_assessment\\_Georgia\\_15.12.2010.pdf](http://altgeorgia.ge/cms/en/wpcontent/uploads/2009/10/Addictology_needs_assessment_Georgia_15.12.2010.pdf)