

# SUIVI PAR LA SOCIÉTÉ CIVILE DE LA RÉDUCTION DES RISQUES EN EUROPE 2022

RÉSUMÉ EXÉCUTIF

# **TABLE DES MATIÈRES**

<b>Points focaux du C-EHRN</b>	<b>03</b>
<b>Introduction</b>	<b>04</b>
<b>Services essentiels de réduction des risques</b>	<b>05</b>
<b>Hépatite C</b>	<b>07</b>
<b>Nouvelles tendances sur les drogues</b>	<b>08</b>

# POINTS FOCaux DU C-EHRN

Pays	Ville	Organisation	Contact principal	Fonction
Albanie	<b>Tirana</b>	Aksion Plus	Besnik Hoxha	Project Coordinator
Autriche	<b>Vienne</b>	Suchthilfe Wien GmbH	Birgit Braun	Management Streetwork/Change
Belgique	<b>Anvers</b>	GIG - ngo Free Clinic	Tessa Windelinckx	Coordinator GIG - Health Promotion in Injecting Drug Use
Chypre	<b>Nicosie</b>	Cyprus National Addictions Authority	Evi Kyprianou	Officer
République tchèque	<b>Prague</b>	SANANIM z.ú.	David Pešek	Harm Reduction Facility Manager
Danemark	<b>Copenhague</b>	HealthTeam for the Homeless	Henrik Thiesen	Senior Physician & Manager
Estonie	<b>Tallinn</b>	OÜ ReCuro Estonia	Greete Org	Chief Executive Officer
Finlande	<b>Helsinki</b>	A-Clinic Foundation (ACF)	Juho Sarvanko	Project Planning
France	<b>Paris</b>	Fédération Addiction	Marine Gaubert	Head of Unit
Allemagne	<b>Berlin</b>	Fixpunkt e. V.	Astrid Leicht	Heads of Division Drugs & Prison
Grèce	<b>Athènes</b>	Positive Voice (Greek Association of PLWHIV)	Marios Atzemis	Harm Reduction Officer
Hongrie	<b>Budapest</b>	Rights Reporter Foundation	Peter Sarosi	Director
Irlande	<b>Dublin</b>	Ana Liffey Drug Project	Tony Duffin	Chief Executive Officer
Italie	<b>Milan</b>	Fondazione LILA Milano	Maria Luisa (Lella) Cosmaro	Senior Prevention and Project Manager
Lettonie	<b>Riga</b>	DIA+LOGS	Ruta Kaupe	Board Chairperson
Lituanie	<b>Vilnius</b>	Coalition "I Can Live"	Jurgita Poskeviciute	Director
Luxembourg	<b>Luxembourg</b>	Jugend-an Drogenhëllef	Martina Kap	Team Leader
Malte	<b>Malte</b>	Harm Reduction Malta	Karen Mamo	Founder and Administrator
Macédoine du Nord	<b>Skopje</b>	Healthy Option Project Skopje, HOPS	Silvana Naumova	Coordinator of Harm Reduction Programme
Pologne	<b>Cracovie</b>	MONAR Association	Grzegorz Wodowski	Coordinator
Pologne	<b>Varsovie</b>	Prekursor Foundation for Social Policy	Magdalena Bartnik	Executive Director
Portugal	<b>Porto et Vila Nova de Gaia</b>	APDES	Joana Vilarés	Harm Reduction Team Coordinator

Russie	<b>Saint-Pétersbourg</b>	Charitable Fund "Humanitarian Action"	Aleksey Lakhov	Technical Advisor
Slovénie	<b>Ljubljana</b>	Association Stigma	Katja Krajnc	Social Worker
Slovaquie	<b>Bratislava</b>	Odyseus	Dominika Jasekova	Director
Espagne	<b>Barcelone</b>	Red Cross Catalonia Department of Health, Drug Addiction Area	Patricia Colomera	Director of the Attention and Monitoring Centre and Harm Reduction area
Suède	<b>Stockholm</b>	Stockholm Drug Users Union	Niklas Eklund	President
Suisse	<b>Berne</b>	Infodrog/Radix	Marc Marthaler	Scientific Collaborator
Les Pays-Bas	<b>Amsterdam</b>	Mainline Foundation	Machteld Busz	Director
Royaume-Uni	<b>Glasgow</b>	Scottish Drugs Forum	David Liddell	Chief Executive Officer
Royaume-Uni	<b>Londres</b>	Release	Laura Garius	Policy Lead

## INTRODUCTION

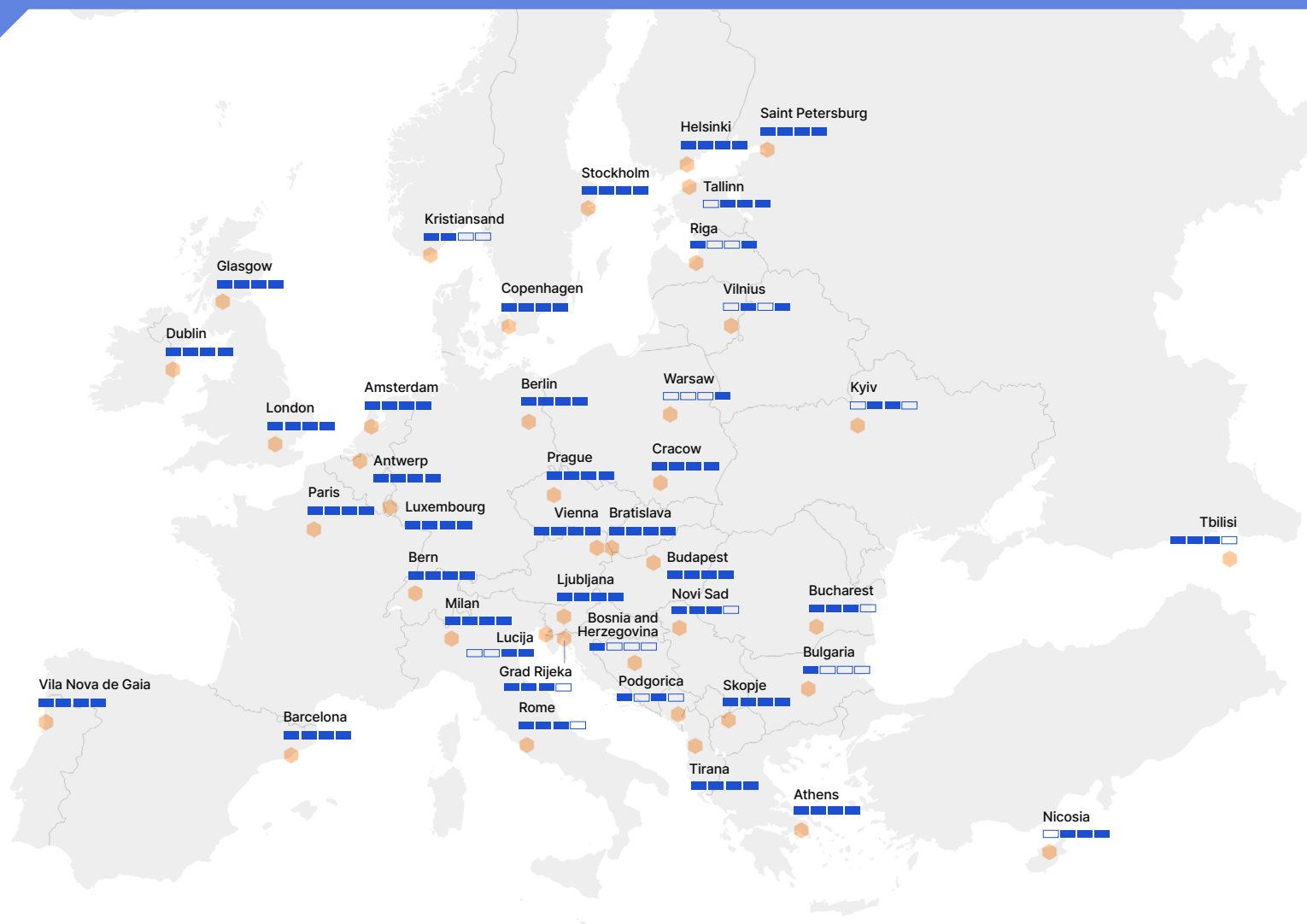
Le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre des politiques par la société civile sont les outils essentiels qui permettent de demander des comptes aux gouvernements. Cette évaluation indépendante contribue également à l'amélioration des services et des programmes existants afin de mieux répondre aux besoins des personnes qui utilisent des drogues. Enfin, en s'appuyant sur les expériences et les connaissances des services locaux de réduction des risques, le suivi du C-EHRN vise également à améliorer les connaissances et à compléter les données déjà existantes afin de soutenir les efforts de plaidoyer et d'éclairer l'élaboration des politiques.

Les rapports de suivi du C-EHRN sont publiés chaque année depuis 2019. La collecte de données s'appuie sur le réseau des points focaux (PF) du C-EHRN. Dès lors, les informations sont collectées

après des services de réduction des risques (et, indirectement, des usagers des services) au niveau du terrain. Depuis 2020, la collecte de données s'est concentrée sur le niveau local (ville), avec 31 PF de 30 pays participant au suivi en 2022, comme le montre la carte. Le rapport de suivi 2022 comprend, pour la première fois, des données plus approfondies collectées via des entretiens et des discussions de groupe avec des PF et des experts, en plus de l'enquête en ligne habituelle.

La carte montre les villes impliquées dans le suivi du réseau C-EHRN en 2020-2022.

***“La plupart (70 %) des PF du réseau C-EHRN ont pour principale priorité de fournir des services, ce qui les rend tout à fait aptes à décrire comment les activités de réduction des risques sont mises en œuvre en pratique.”***



2019 2020 2021 2022

■ ■ ■ ■ **Yes**  
    **No**

Map: C-EHRN Focal Points location & contribution years. Source: C-EHRN Monitoring Report 2022

## SERVICES ESSENTIELS DE RÉDUCTION DES RISQUES

Dans l'ensemble, les services de réduction des risques semblent insuffisants dans la grande majorité des villes participant à l'observation. Bien que presque tous les PF (à l'exception du PF de Malte) aient déclaré un certain niveau de services répondant aux besoins des personnes qui utilisent des drogues, seuls cinq (16%) ont déclaré un grand degré de

réponse à ces besoins. En comparaison, 10 (32%) ont indiqué un niveau inférieur à modéré.

En 2022, les services de réduction des risques ont été le plus largement fournis aux personnes qui s'injectent ou fument des opioïdes, s'injectent des stimulants ou des NPS, et aux personnes sans domicile fixe. Les groupes que les services ont le plus de mal à atteindre sont les jeunes consommateurs de drogues (moins de 18 ans), les personnes en milieu carcéral, les personnes qui pratiquent le chemsex et les sans-papiers consommateurs de drogues. Le manque de financements et les questions juridiques (lois et politiques punitives/restrictives) sont les principaux obstacles empêchant d'aller vers

des populations spécifiques. Entre 2020 et 2022, la capacité à fournir des services a sensiblement diminué pour les travailleurs et travailleuses du sexe, les personnes sans domicile fixe et les femmes qui utilisent des drogues.

En termes de prévalence, en 2022, les services les plus disponibles pour les personnes utilisant des drogues étaient, par ordre décroissant, le traitement du VIH, les programmes d'échange de seringues, la prévention du VIH, les TSO, le dépistage du VIH et le travail d'aller-vers. En revanche, une disponibilité extrêmement faible a été signalée pour (dans l'ordre croissant) les bandelettes réactives au fentanyl, les programmes d'échange de seringues en prison, les salles de consommation de drogues à moindre risque, la naloxone en prison et l'analyse de drogues. En 2020 et 2022, nous pouvons observer une diminution notable de la disponibilité de l'auto-support et une augmentation de la disponibilité des kits pour fumer à moindre risque et des kits intranasaux.

Les organisations de réduction des risques dans toutes les villes PF collaborent avec d'autres services et institutions pour atteindre au moins certaines populations cibles. En 2022, la coopération était bonne dans le cas des personnes s'injectant des opiacés, sans domicile fixe, s'injectant des stimulants et fumant des opiacés. La collaboration était la plus difficile (voire parfois inexistante) dans le cas des sans-papiers, des jeunes, des personnes pratiquant le chemsex, des LGBTQI+ et des personnes en milieu carcéral. Les changements en 2020-2022 incluent une détérioration de la coopération dans le cas des personnes qui s'injectent des stimulants ou des NPS, des personnes qui pratiquent le chemsex, des femmes qui utilisent des drogues, des LGBTQI+ qui utilisent des drogues et des jeunes qui utilisent des drogues.

La réduction des risques ne semble pas être une priorité politique, avec peu de volonté politique et de financement pour sa mise en œuvre. La précarité du financement est l'un des problèmes majeurs du secteur, qui a de graves conséquences sur le fonctionnement des services, notamment la pénurie de personnel et l'incertitude, le manque de sécurité de l'emploi, les conditions de travail difficiles, la surcharge de travail et le burnout des professionnels de la réduction des risques.

La disponibilité des services est plus élevée dans les pays d'Europe occidentale que dans ceux d'Europe centrale et orientale, tant en ce qui concerne les types de services disponibles que le nombre de services existants. Cependant, il est caractéristique pour la plupart des pays que les services de réduction des risques soient concentrés dans les grandes villes (souvent les capitales). En 2022, seul un PF a déclaré que la couverture des services de réduction des risques dans sa ville était inférieure à celle du reste du pays, et seuls deux PF ont déclaré une couverture similaire.

Selon les données, même dans les pays occidentaux "plus développés", l'élan pour la réduction des risques semble s'être essouffé avec la diminution de la consommation par voie intraveineuse et de la consommation d'opiacés. Les données montrent que même si la disponibilité de kits pour fumer à moindre risque et de kits intranasaux plus sûrs semble s'améliorer légèrement, le changement d'état d'esprit des décideurs ne rattrape pas suffisamment l'évolution du marché des drogues et des habitudes de consommation. Les services de réduction des risques sont encore fortement axés sur la consommation d'opiacés (et) par voie intraveineuse, tandis que les services destinés aux personnes utilisant des stimulants par inhalation et par voie intranasale sont rares. L'innovation semble se faire rare.

## HÉPATITE C

La plupart des pays participant au suivi 2022 utilisent certaines directives pour la réponse à l'hépatite C chez les personnes qui s'injectent des drogues, 11 pays utilisant leurs directives nationales, 10 pays utilisant les directives de l'EASL et 6 pays utilisant d'autres directives. Cinq pays ont déclaré n'avoir aucune directive concernant le VHC chez les personnes qui s'injectent des drogues. Pourtant, même lorsque des cadres appropriés sont en place, on constate certains défis, tels que des directives dépassées, des systèmes de dépistage et de traitement compliqués, le manque de services, les effets du COVID-19 sur le dépistage et le traitement, et d'autres disparités entre les directives officielles et la réalité.

Malgré les défis, les points focaux (PF) ont rapporté un impact généralement positif des directives, avec un meilleur accès au dépistage et au traitement du VHC mentionné par tous, et une meilleure disponibilité de l'information et des services mentionnée par respectivement 16 et 13 PF. En même temps, neuf PF ont également rapporté un impact négatif des directives, à savoir une situation où le traitement du VHC n'est prescrit que par des spécialistes ou dans des unités de soins de santé spécialisées. En ce qui concerne la prescription des AAD, les spécialistes des maladies infectieuses sont les plus courants, suivis des gastro-entérologues et des médecins généralistes.

En 2022, les nouveaux médicaments pour le traitement du VHC (antiviraux à action directe, AAD) étaient disponibles dans toutes les villes, y compris une disponibilité sans restriction dans 19 villes. Dans neuf villes, il a été signalé que le traitement par AAD n'était accessible en pratique que pour les personnes présentant une fibrose ou une cirrhose du foie.

Quand les directives autorisent l'utilisation des AAD pour les personnes qui s'injectent des drogues, cela s'applique aux personnes sous TSO (24 villes), aux personnes qui s'injectaient auparavant des drogues et qui ne sont pas sous TSO (23 villes), aux personnes qui se sont déjà injectées des drogues (21 villes) et aux personnes qui s'injectent actuellement des drogues (19 villes).

En 2022, 18 PF ont déclaré que le dépistage du VHC était gratuit en général, et neuf pays ont déclaré qu'il n'était disponible que dans des sites de dépistage spécifiques, tels que les services de réduction des risques, les cliniques de traitement de la toxicomanie ou les services communautaires. En Macédoine du Nord, le dépistage gratuit n'est pas disponible et nécessite une ordonnance. Les tests sanguins de confirmation de l'ARN du VHC et le traitement du VHC pour les personnes qui s'injectent des drogues étaient principalement disponibles dans les cliniques de traitement des maladies infectieuses (73 %, contre 94 % en 2021) et les cliniques de gastroentérologie (67 %). Cependant, l'intégration du dépistage et du traitement au même endroit est encore rarement le cas. Chaque année, les personnes qui utilisent des drogues (PUD) ont été le plus souvent traitées pour l'hépatite C dans les cliniques de maladies infectieuses et de gastroentérologie. En 2022, les traitements dispensés dans les services de réduction des risques ou les centres communautaires ont considérablement diminué.

La grande majorité des répondants ont déclaré que dans leur pays, les AAD sont utilisés conformément à la politique officielle, et deux PF ont signalé des divergences entre la politique officielle et la pratique. En 2022, le traitement du VHC par les AAD était remboursé par une assurance maladie ou le service de santé publique dans la plupart des pays, y compris sans restriction dans 16 villes/pays et avec des restrictions dans neuf villes/pays. En outre, le traitement contre le VHC était également remboursé

pour les PUD sans assurance dans neuf villes/pays et avec certaines restrictions de remboursement dans six villes/pays. Dans 10 villes/pays, le traitement du VHC n'était pas remboursé pour les PUD sans assurance. La stigmatisation et la discrimination ont été suivies et travaillées dans seulement six villes participant à l'enquête. Environ un tiers des PF ne savaient pas si de telles activités existaient dans leur ville.

Des protocoles ont été convenus et ont régi la chaîne des soins dans environ 37% des villes, l'orientation étant possible par les médecins généralistes dans 61% des cas et par les professionnels de réduction des risques dans 36% des cas. En 2022, 16 PF ont signalé les limites des organisations de réduction des risques dans la lutte contre le VHC dans leur ville, notamment le manque de financement, d'intégration des soins, de soutien politique et de personnel. Des mécanismes de surveillance pour le suivi post-diagnostic et le contrôle des PUD atteintes du VHC étaient en place dans 47% des villes ; cependant, la même proportion de PF ne savait pas si de tels mécanismes existaient.

## NOUVELLES TENDANCES SUR LES DROGUES

La conclusion générale de l'exercice de suivi de cette année est que la plupart des PF ne signalent aucun changement dans la consommation de substances, les groupes d'usagers ou les services fournis, ou la demande de services pour les besoins non satisfaits des personnes qui utilisent des drogues au cours des 12 derniers mois. Ces résultats sont conformes à ceux des années précédentes ; toutefois, le nombre de réponses indiquant des changements semble plus

faible aujourd'hui qu'auparavant.

Comme nous l'avons remarqué les années précédentes, le suivi de cette année a également montré que ces limites deviennent moins prédominantes d'année en année. Au contraire, les informations reçues peuvent être plus riches, d'autant plus que la plupart des données obtenues sont à peu près conformes aux résultats du suivi des années précédentes et aux tendances signalées par d'autres sources (comme l'augmentation de la consommation de crack dans certains pays et l'augmentation des personnes pratiquant le chemsex).

Seuls 5 PF ont signalé qu'une substance nouvelle ou inconnue est entrée sur le marché l'année dernière et a été utilisée par un groupe cible connu. Cela pourrait indiquer que les changements sur les marchés locaux de la drogue ne se produisent pas du jour au lendemain et que le calendrier de veille et de suivi devrait peut-être inclure des intervalles de deux ou trois ans plutôt qu'une seule année.

L'édition de cette année de collecte de données comprenait deux discussions de groupe, qui sont une alternative intéressante et économique au questionnaire, tant pour les PF que pour le personnel du C-EHRN. Les discussions de groupe peuvent également améliorer la qualité des données collectées car cette forme de collecte de données permet de poser des questions supplémentaires à des fins de clarification, et donc de mieux comprendre les marchés locaux.

Un problème récurrent qui limite sérieusement la collecte de données en cours par les OSC est que dans la plupart des villes, l'apparition d'une nouvelle substance sur le marché local est basée sur des hypothèses plutôt que sur des tests de laboratoire. Par conséquent, il est fortement recommandé de mettre en place des services de d'analyse de drogues au niveau des villes dans toute l'UE.



## Citation recommandée

Rigoni, R; Jeziorska, I.; Tammi, T.; van der Gouwe, D. (2023). Civil Society Monitoring of Harm Reduction in Europe, 2022. Data Report. Amsterdam, Correlation – European Harm Reduction Network.

Cette publication de Correlation - European Harm Reduction Network (C-EHRN) est protégée par le droit d'auteur. La reproduction est autorisée, à condition de mentionner la source. La préparation de ce rapport a été cofinancée par le programme EU4Health de l'Union européenne. Les vues et opinions exprimées sont celles de l'auteur ou des auteurs et ne reflètent pas nécessairement celles de l'Union européenne ou de la DG Santé. Ni l'Union européenne ni l'autorité de financement ne peuvent en être tenues responsables.

### Correlation - European Harm Reduction Network

c/o De Regenboog Group

Stadhouderskade 159 | 1074BC Amsterdam | Pays-Bas

[correlation-net.org](https://correlation-net.org)



Co-funded by  
the European Union

