

# Réseau d'Echanges et de Formation

## **RAPPORT FINAL**

Convention de subvention  
n° SI 320 965 (2001CVG2-201)

**26 JANVIER 2004**

## INTRODUCTION

Ce programme d'échanges et de formation a débuté le 1<sup>er</sup> septembre 2001. Il s'inscrit dans la dynamique du travail initié par notre réseau depuis 1991. Celui-ci a fait l'objet d'un avenant en date du 27/02/2003 portant la durée de l'action à 25 mois (du 01.09.2001 au 01.10.2003) et modifiant l'annexe 1 concernant la description du projet : Chapitre 3 « Description des tâches / déroulement des travaux / calendrier ». La réalisation de ce programme a bénéficié de la collaboration active de T3E UK, « Charity » dont Mike Ashton est le président, ainsi que de T3E Belgique, ASBL dont le président est Etienne Vendy.

La mise en œuvre de ce programme cadre a rencontré un certain nombre de difficultés notamment en ce qui concerne :

- la réalisation de la recherche-action concernant « l'apport des thérapeutiques substitutives sur l'évolution des patients et, en particulier, sur la diminution des conduites à risque chez les usagers de produits par voie intraveineuse »,
- la publication des deux newsletters prévue en collaboration avec un certain nombre d'autres réseaux européens,
- la collaboration avec le GERRMM Europe concernant l'organisation de stages dans le cadre de son programme portant sur la prévention de l'abus des drogues et des conduites à risques chez les jeunes,
- le délai concernant la création de notre site Internet.

Malgré ces difficultés, dues pour une grande part à l'absence de réactivité de différents partenaires de ce projet, nous avons mené à bien la grande partie des activités et des actions prévues initialement.

Le Conseil Technique et Scientifique qui a supervisé ce programme s'est réuni conformément aux prévisions quatre fois, à savoir :

- le 13 octobre 2001 à Paris (France)
- le 26 janvier 2002 à Bruxelles (Belgique)
- le 28 septembre 2002 à Copenhague (Danemark)
- le 11 avril 2003 à Beauvais (France).

## T3E [UK] Race & Drugs Project

Les membres de cette instance sont :

Allemagne : Mme Susanne SCHARDT  
Drug Policy Consultant  
Spohrstrasse 37 – 60318 FRANKFURT am Main  
Tél/Fax. ++ 49 69 596 3645 - E-mail : [Susanne.Schardt@web.de](mailto:Susanne.Schardt@web.de)

Autriche : M. Nivaldo VARGAS  
DROGENBERATUNG SALZBURG  
St Julienstrasse 9a – 5020 SALZBURG  
E-mail : [drogenberatung.salzburg@aon.at](mailto:drogenberatung.salzburg@aon.at)

Belgique : M. Etienne VENDY  
LES HAUTES-FAGNES 1, rue Malgrave - 4960 MALMEDY  
T. ++ 32 80 79 98 30 F. ++ 32 80 79 98 39 - E-mail : [e.vendy@skynet.be](mailto:e.vendy@skynet.be)

Danemark : M. Eric ALLOUCHE  
VESTSJÆLLANDS Amts MISBRUGSCENTRET Ingemannsvej 22 4200 SLAGELSE  
T. ++ 45 58 50 10 33 F. ++ 45 58 50 08 22 - E-mail : [erical@vestamt.dk](mailto:erical@vestamt.dk)

Espagne : M. Miquel AMENGUAL MUNAR  
Coordinator autonomic sobre drogues - C/Cecili Metel, 18 - 07003 PALMA DE MALLORCA  
T. ++ 34 971 17 68 68 - E-mail : [mamengual@dgsanita.caib.es](mailto:mamengual@dgsanita.caib.es)

France : M. Jean-Pierre DEMANGE (Secrétaire T3E)  
SATO-Picardie 2, rue des Malades - 60000 SAINT-MARTIN LE NŒUD  
T. ++ 33 (0)344 02 88 69 F. ++ 33 (0)344 02 88 62 - E-mail : [sato.demange.jp@wanadoo.fr](mailto:sato.demange.jp@wanadoo.fr)

France : M. Louis RENAULT (Trésorier T3E)  
La Vignardière 49600 - LE FIEF SAUVIN  
T. ++ 33 (0)241 70 21 11 ou 20 08  
E-mail : [ludofamily@wanadoo.fr](mailto:ludofamily@wanadoo.fr)

France : Dr Claude VEDEILHIE (Président T3E)  
L'ENVOL 4, Boulevard de Strasbourg - 35000 RENNES  
T. ++ 33 (0)299 33 39 20 F. ++ 33 (0)299 33 39 67 - E-mail : [c.vedeilhie@ch-quillaumeregny.fr](mailto:c.vedeilhie@ch-quillaumeregny.fr)

Grèce : Mme Matoula MARINOPOULOU  
Hôpital psychiatrique d'Attique 19, Asklipiou - 10680 ATHENES  
T. ++ 30 21 0363 8895 ou 21 0361 7089 – F. ++ 30 21 0361 7839 - E-mail : [tendetox@hellasnet.gr](mailto:tendetox@hellasnet.gr)

Irlande : Mme Marguerite WOODS  
Department of Social Studies  
Trinity College – DUBLIN 2  
T. ++ 353 1 608 2001 – F. ++ 353 1 671 2262 - E-mail : [woodsma@tcd.ie](mailto:woodsma@tcd.ie)

Italie : Pr Umberto NIZZOLI  
Azienda Unità Sanitaria Locale Via Amendola, 2 - 42100 REGGIO EMILIA  
T. ++ 39 0522 33 5527 F. ++ 39 0522 33 5515 - E-mail : [nizzoliu@ausl.re.it](mailto:nizzoliu@ausl.re.it)

Luxembourg : M. Hervé HICK  
Jugend-an drogenhëllef Rue du Fort Wedell, 30 - 2718 LUXEMBOURG  
T. ++ 352 48 13 81 F. ++ 352 29 06 38 - E-mail : [hervehick@yahoo.fr](mailto:hervehick@yahoo.fr)

Pays-Bas : M. Guus VERHOEF  
GGZ Nederland Postbus 8400 - 3503 RK UTRECHT  
T. ++ 31 30 287 33 73 F. ++ 31 30 287 40 34 - E-mail : [gverhoef@ggzNederland.nl](mailto:gverhoef@ggzNederland.nl)

Portugal : Dr Luis PATRICIO  
CAT DAS TAIPAS – 20 rua das Taipas – 1250-266 LISBOA  
Ou Avenida 5 Outubro 115-2ºB – 1050 – 052 LISBOA  
T. ++ 351 21 324 08 70 F. ++ 351 21 347 23 48 - E-mail : [psimedicina@hotmail.com](mailto:psimedicina@hotmail.com)

Royaume-Uni : M. Kazim KHAN (T3E U-K)  
Social Policy Research Centre University of Middlesex  
Queensway ENFIELD EN3 4SA  
Tel. /Fax ++ 44 (0)20 8411 2460 - E-mail : [k.khan@mdx.ac.uk](mailto:k.khan@mdx.ac.uk)

Au cours de ce programme notre réseau a participé à un certain nombre d'initiatives et de manifestations comme par exemple :

- Journées scientifiques de l'association des structures publiques de soins en toxicomanie et alcoologie consacrées à l'adolescence et qui s'est déroulé les 6 et 7 mars 2003 au musée d'Art Moderne de Nice.
- Co-organisation avec l'Erit d'une réunion de concertation et de coordination le 8 février 2002 dans les locaux de l'hôpital Marmottan à Paris avec différents réseaux en présence d'un représentant de la Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie français.
- Colloque sur le thème de l'évaluation organisé par l'Erit Italia à Livourne les 17 et 18 décembre 2001.
- Organisation de contacts entre différentes structures de soins européennes afin d'assurer un continuum de traitement pour un certain nombre de toxicomanes sous traitement de substitution se déplaçant dans différents pays d'Europe.

Ces activités concourent au développement des échanges et des coopérations au niveau européen, elles sont directement liées à la mise en œuvre et à la réalisation de ce programme, elles participent à la dynamique nécessaire de l'animation du réseau. C'est pourquoi ils convient de les prendre en compte dans l'appréciation que l'on porte sur la réalisation globale de ce programme et qu'elles font, pour certaines, l'objet d'un financement dans le cadre de la rubrique « animation de réseaux ».

## **2 - RECHERCHE ACTION - SUBSTITUTION - REDUCTION DES RISQUES**

Cette recherche a été placée sous la responsabilité d'un groupe de pilotage constitué de :

- Mr. Jean-Pierre Demange, directeur du SATO-Picardie Beauvais – France,
- Mme François Facy, directeur de recherche à l'INSERM Paris – France,
- Mr le Professeur Antoine Lazarus, université de Bobigny – France,
- Mr Jean-Claude Palicot, professeur à l'école nationale de santé publique de Rennes, France,
- Mr le Docteur Luis Patricio, directeur du centre Taipas de Lisbonne – Portugal,
- Mr le Professeur Umberto Nizzoli, directeur du SERT de Reggio Emilia – Italie.

Ce groupe de pilotage s'est réuni :

- le jeudi 7 février 2002 à Paris,
- le samedi 16 mars 2002 à Paris,
- le mercredi 10 avril 2002 à Bristol.

Ce groupe a également utilisé les courriers électroniques.

Comme cela a été décrit dans le rapport intermédiaire, le groupe de pilotage a envisagé la faisabilité d'une étude d'impact des traitements de substitution sur les comportements à risques des usagers de drogue de cinq pays membres de l'Union. Dans un premier temps deux hypothèses ont été envisagées : la première consistait à utiliser l'ASI (Echelle de gravité dans la dépendance), la seconde à utiliser le MAP (Maudsley Addiction Profile). Malheureusement l'ASI, instrument d'évaluation demandant plus d'une heure de passation par patient, ne semblait pas utilisable et le MAP, qui avait fait l'objet d'un travail important du réseau européen ERIT, auquel T3E avait activement participé, n'était pas validé dans la plupart des pays concernés. Ces réalités ont considérablement entravé la mise en œuvre de cette recherche. Le groupe de pilotage du 3 juin 2002 a conclu à la nécessité de repenser les objectifs, la méthodologie et les conditions de réalisation de cette enquête. Suite à cette réunion, un nouveau protocole a donc été élaboré comportant les phases suivantes :

- La phase de pré-enquête, reprenant l'ensemble du travail de réflexion mené par le groupe de pilotage de sa création à l'élaboration du protocole mis en œuvre, a permis de cerner les contours des hypothèses de recherche ainsi que la complexité de construire un outil commun capable de rendre compte des contextes « pluriels » existant dans les différents pays concernés. Cette phase s'est achevée sur la construction d'un outil d'investigation sous forme de questionnaire organisé selon trois axes :

1° - Le premier axe du questionnaire a cherché à dresser un état des lieux des traitements de substitution utilisés dans diverses structures ainsi que les modalités de leurs utilisations.

2° - Le deuxième axe a consisté à mesurer, par le biais d'indicateurs préalablement construits, l'appréciation des professionnels par rapport à ces traitements et, plus globalement, par rapport à la réduction des risques à la lumière de leurs pratiques quotidiennes.

3° - Le troisième axe a eu pour objectif de saisir les représentations et appréhensions à l'endroit de ces « nouvelles pratiques » avant que ces dernières ne s'implantent. Nous avons voulu cerner les éventuels « a priori », inhérents à toutes pratiques innovantes, pour voir dans quelles mesures ils avaient pu influencer sur l'acceptation et le développement de ces outils.

- La phase de réalisation de l'enquête a consisté à identifier, grâce aux conseillers techniques présents dans les pays concernés, les institutions ainsi que les professionnels susceptibles de participer à cette recherche. Afin d'assurer les conditions optimales de liberté de réponse, il a été décidé de garantir l'anonymat dans le traitement des questionnaires et donc, dans la présentation des résultats. Les objectifs pour cette phase qui étaient une prévision de retour d'environ soixante dix à quatre vingt dix questionnaires, avec une moyenne de treize à quinze questionnaires par pays, n'ont malheureusement pu être atteints. En effet, seuls cinquante questionnaires ont été collectés en retour et, sur ces cinquante, trois se sont révélés inexploitable. Cet échantillon ne constituait pas une base quantitative permettant une analyse véritablement significative d'un point de vue scientifique. Néanmoins il a été décidé d'exploiter ces données qui pouvaient fournir des indications et des informations pertinentes au regard des objectifs poursuivis par cette recherche, même si elles ne pouvaient prétendre au statut de résultat initialement souhaité.
- La phase d'approfondissement par la réalisation d'entretiens semi-directifs (3 ou 4 par pays) afin de compléter l'enquête réalisée. La réalisation de cette phase a été abandonnée d'une part, du fait de l'insuffisance du nombre de questionnaires collectés qui ne garantissaient pas à minima les critères statistiques requis et d'autre part, du fait de la difficulté d'organiser ces interviews dans les différents pays concernés dans le laps de temps disponible pour finaliser cette recherche.
- La phase traitement des différents questionnaires ainsi que l'analyse des résultats. Ce travail a été effectué sur la base des cinquante questionnaires reçus et a donné lieu à un document communiqué en pièce annexe de ce rapport d'activité.

L'on peut constater à la lecture du document (annexe 1-1) concernant les résultats de cette enquête que, même si les objectifs ambitieux du départ (objectifs peut-être trop ambitieux) n'ont pas été atteints, les données mises en lumière par cette recherche sont loin d'être négligeables. Elles constituent, sans aucun doute, une base significative pour envisager des investigations approfondies susceptibles notamment d'aider à construire des standards d'intervention ainsi que d'avancer sur l'élaboration d'un guide de bonnes pratiques concernant les traitements de substitution et la réduction des dommages.

### **3 – POURSUIVRE LE PROGRAMME « RACE & DRUG PROJECT »**

Ce point fait l'objet d'un rapport spécifique figurant en deuxième partie de ce document sous le titre de: PROJECT ON PRODUCING GUIDELINES FOR MEETING THE NEEDS OF DRUG USERS FROM « VISIBLE MINORITIES » : WHAT DRUG SERVICES & ALLIED INSTITUTIONS CAN DO BY USING EU'S DIRECTIVES ON COUNTERING XENOPHOBIA & RACISM .

### **4 – ELARGIR NOTRE RESEAU A DES STRUCTURES ET DES SPECIALISTES TRAVAILLANT DANS LE CHAMP DE L'ADDICTOLOGIE, AINSI QUE DANS LE CHAMP DE LA LUTTE CONTRE LA PRECARITE**

Nous nous sommes efforcé au cours de ce programme d'élargir nos activités d'échange à des professions et/ou à des structures travaillant soit sur le problème des addictions en général, soit sur les problèmes de précarité. C'est ainsi que :

- Cinq stagiaires portugais ont pu visiter la nouvelle consultation de Marmottan à Paris consacrée aux jeux pathologiques.
- Sept stagiaires belges et français ont pu visiter, Brugerforeningen à Copenhague, structure sociale auto-gérée par des usagers de drogues. L'on notera que cette structure a été visitée par un grand nombre de participants au séminaire de Copenhague.
- Quatre spécialistes écossais, travaillant spécifiquement sur les problèmes d'alcoolisme ont effectué un stage dans différentes structures aux Pays-Bas.
- Dans le cadre du Programm Drug Projet une collaboration a été établie avec Madame Betsy Thom, Reader à l'université de Middlesex dans le cadre du social policy research center.
- Une collaboration a été initiée avec le réseau Sastipen qui consacre ses activités aux problèmes rencontrés par les gitans et les tziganes en Europe. Cette collaboration concerne à la fois, les problèmes d'usage de drogues qu'elles soient licites ou illicites, ainsi que ceux liés à une grande précarité sociale. Cet aspect fait l'objet d'un développement dans la partie anglaise de ce rapport final.
- Le travail effectué par T3E-UK sur les problèmes de racisme et de xénophobie, qui touchent en particulier les populations issues de l'immigration, concerne également les problèmes de précarité et d'exclusion sociales.

Concernant plus spécifiquement les stages, nous renvoyons à la partie 7 de ce document. En effet, il est difficile de ventiler de façon précise certains stage en retenant comme seul critère le champ d'activité des structures visitées. En effet plusieurs stages ont comporté la visite de plusieurs structures ayant des activités et des champs d'intervention différenciés (soins aux toxicomanes, consultation d'addictologie, structures spécialisées en alcoologie, structures de réduction des risques, communauté thérapeutique, structures travaillant sur la réinsertion, institutions développant un travail spécifique vers des minorités etc...). Aussi avons-nous choisi de regrouper l'ensemble de l'activité consacrée aux stages dans la partie 7 de ce document.

## **5 – GLOSSAIRE FRANÇAIS/ANGLAIS**

La réalisation d'un glossaire bilingue français/anglais des termes médico-psychosociologiques utilisés dans le champ de la toxicomanie est un élément important de la réalisation de ce programme. Il est le fruit d'un travail considérable puisqu'il a nécessité l'extraction de 14.147 syntagmes d'un large corpus de textes spécialisés tels que : les rapports de l'observatoire européen des drogues et de la toxicomanie - EMCDDA - de Lisbonne, les rapports de l'observatoire français des drogues et de la toxicomanie – OFDT – de Paris, de plusieurs Cahiers T3E – publications bilingues éditées par notre réseau sur différents sujets, ainsi que des documents tels que : « Prévenir les toxicomanies » édition Dunod et des rapports d'activités de notre réseau tels que : rapport final « Race and drugs » city university Londres 2000. Le glossaire finalisé est un ouvrage de 165 pages qui contient 754 entrées terminologiques fréquemment utilisées par les intervenants en toxicomanie. Celui-ci constitue, à notre connaissance, le travail le plus complet et le plus abouti concernant ce champ de compétence. T3E prévoit de publier prochainement sa version anglais/français afin de proposer cet outil aux spécialistes anglo-saxons. Ce document est produit en pièces annexes en cinq exemplaires.

## **6 – COOPERATION AVEC LE GEERMM**

Notre réseau a participé concrètement à la mise en œuvre du programme développé par le GEERMM notamment en ce qui concerne l'action intitulée « Séminaire Ecole et Environnement Social en Europe : pour la Prévention des Dépendances et autres Conduites à Risque ». Ce partenariat s'inscrit dans la dynamique d'intégrer dans les préoccupations de notre réseau des problématiques connexes à l'usage et à l'abus de drogues illicites. C'est pourquoi nous avons contribué à la définition de cette action portant sur la prévention des conduites à risque chez les adolescents et les jeunes majeurs. Cette action a donné lieu à l'organisation de trois séminaires ; le premier à la Louvière en Belgique sur le thème « Ecole et environnement social : résilience, résistance, renaissance ou conquête d'un espace d'inter-actions » ; le second à Sarrebruck en Allemagne sur le thème « La santé des enfants à la frontière entre consommation, plaisir et dépendance » et enfin le troisième à Metz en France.

C'est dans ce cadre que nous avons contribué à l'organisation des journées européennes de Metz sur le thème « Usages, abus, dépendances : une question de frontières ? ». Ce séminaire qui a réuni plus de 100 personnes, essentiellement des



éducateurs et des professionnels impliqués dans des structures d'éducation pour adolescents, a permis d'aborder les questions difficiles des limites entre les notions d'usage, d'abus et de dépendance en ce qui concerne les substances psychoactives (qu'elles soient licites ou illicites) par les adolescents et les jeunes majeurs. Le rapport élaboré par le Professeur Parquet, à la demande de Mme Maestracci, Présidente de la Mission Interministérielle de Lutte contre Drogue et la Toxicomanie en France, qui tente de définir clairement ces trois notions et qui préconise une prévention plus généraliste des conduites à risques chez les jeunes, a largement été commenté et discuté au cours de ce séminaire.

La participation de T3E a permis d'élargir la réflexion au-delà de la dimension trans-frontalière régionale développée par le GEERMM depuis de nombreuses années. En effet trois intervenants issus de notre réseau ont participé à ce séminaire :

- M. Jean-Pierre Demange, secrétaire de T3E, a parlé des différentes tendances se développant au sein de l'Union en ce qui concerne la prévention des risques chez les adolescents et ce, notamment en ce qui concerne l'usage des drogues, qu'elles soient licites ou illicites,
- M. Eric Allouche, psychologue à Vestzjaellands Amts Misbrugscentret à Slagelse, a évoqué les différentes initiatives qui se développent actuellement au Danemark suite aux modifications sensibles des orientations politiques en matière de prévention des toxicomanies,
- Mme Paola Marques, psychologue au CAT de Taïpas à Lisbonne, à partir de son expérience de responsable de projet de prévention communautaire sur certains quartiers de Lisbonne, a développé les spécificités du travail effectué au Portugal en matière de prévention des conduites à risques chez les adolescents.

Ces trois interventions ont contribué à donner une plus-value communautaire supplémentaire à cette rencontre en favorisant l'échange de savoir-faire et la confrontation des pratiques à partir de différents modèles se développant en Europe.

Il était prévu de permettre à 10 éducateurs et/ou responsables travaillant dans le champ de la prévention primaire de participer à cette action dans le cadre de stages. Malheureusement l'organisation de ces stages n'a pu se réaliser au moment où se déroulait l'action « Séminaire Ecole et Environnement en Europe » faute d'avoir pu mobiliser à temps les professionnels concernés dans les pays initialement prévus à savoir Espagne, Italie, Portugal et Royaume-Unis. Suite à cette impossibilité, la décision conjointe entre T3E et le GEERMM de réaliser ces stages après le déroulement des séminaires n'a pu se concrétiser que par la réalisation de deux stages effectués par des intervenants portugais impliqués dans le champ de la prévention primaire. Le déficit de huit stages concernant cette action s'explique par la difficulté de mobiliser un nombre suffisant de structures, dans le cadre du réseau GEERMM Europe, afin d'accueillir dans de bonnes conditions ces stagiaires. Aussi, prenant acte de cette réalité, nous avons été contraints de renoncer à réaliser cette partie du programme. Comme nous l'indiquons, à propos des newsletters, les sombres perspectives concernant l'avenir d'un grand nombre de réseaux européens travaillant depuis de nombreuses années pour la DG SANCO, ont eu un effet extrêmement démotivant sur l'ensemble des acteurs oeuvrant dans ces ONG. Cette situation a

largement pesé sur les projets de partenariats initialement prévus entre ces réseaux et notamment sur celui-ci.

## **7 - LES STAGES**

### **➤ Concernant les stages**

Quarante huit stages ont été effectués dans le cadre de ce programme sur les thèmes concernant la réinsertion, la prévention des conduites à risques et à la réduction des risques liés à l'usage de drogues licites ou illicites. Comme nous l'indiquons au chapitre 4 de ce rapport, ces 48 stages comprennent également ceux consacrés en totalité ou partiellement aux problèmes liés aux addictions ainsi qu'aux questions touchant à la précarité sociale. De plus, comme nous l'expliquons dans le chapitre 6 de ce document consacré à la collaboration avec le GERRMM Europe, les dix stages consacrés à la prévention primaire prévus dans le cadre de ce partenariat n'ont pu être réalisés.

D'un point de vue formel nous avons réalisé 52 stages sur les 60 prévus dans ce programme. Cependant, lors du colloque de Beauvais, 38 intervenants portugais ont pu bénéficier, à l'occasion de leur venue en France de trois jours consacrés à la visite de plusieurs structures spécialisées en Picardie ainsi qu'en région parisienne. Pour ces 38 intervenants portugais le coût relatif de leurs voyages ainsi qu'une partie de leurs frais de séjour a été assuré par une aide financière du laboratoire Schering Ploug Portugal, le solde du coût des frais d'hébergement a été entièrement couvert par les subventions de la ville de Beauvais et du département de l'Oise octroyées au SATO-Picardie qui a co-organisé avec T3E cet évènement. De ce fait, nous avons choisi de ne pas intégrer ces 38 personnes au nombre de stages réalisés, pour autant ils doivent être considérées comme bénéficiaires à part entière de la réalisation de ce programme d'échange.

Nous reproduisons ci-après, un tableau indiquant la ventilation des stagiaires par pays d'accueil.

	Allemands	Belges	Danois	Français	Grecs	Lux.	Portugais	U.K.	TOTAL
Dannemark		3		5					8
Espagne					1		2		3
France	1		4				9	1	15
Irlande		1							1
Italie		2			2		2		6
Luxembourg				1					1
Pays Bas								10	10
Portugal				2					2
UK		4		1		1			6
<b>TOTAL</b>	<b>1</b>	<b>10</b>	<b>4</b>	<b>9</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>13</b>	<b>11</b>	<b>52</b>

## **8 - LES SEMINAIRES :**

**A. Séminaire sur le thème « Clinique des Addictions » organisé les 21 et 22 mars 2002 à Metz en partenariat avec ASPST (Association des Structures Publiques de Soins aux Toxicomanes), FETE (Association Formation Etude Toxicomanie Est), GERRMM (Groupe Européen d'Echanges Rhin – Meuse - Moselle) et le Centre Hospitalier Spécialisé de Jury-les-Metz.**

Le thème choisi pour ce séminaire « Clinique des addictions » souligne la volonté de notre réseau d'élargir son champ d'intervention à l'ensemble des conduites addictives. L'évolution des usages concernant les drogues, qu'elles soient licites ou illicites, en Europe et, plus particulièrement, la prégnance de la polytoxicomanie nous oblige à considérer l'usage de drogues sous le prisme d'une polyconsommation pouvant le cas échéant inclure des comportements tels que le jeu pathologique, le dopage ou certaines pathologies telles que l'anorexie et la boulimie.

Ces aspects sont confirmés par de nombreuses études menées dans différents pays de l'Union notamment dans le cadre des observatoires nationaux. Plusieurs documents diffusés notamment dans la lettre d'information « drugnet Europe » de l'OEDT attestent également de ces évolutions et de l'impact de celles ci sur les changements de pratiques qu'elles induisent.

L'objectif de ce séminaire était de définir les nouvelles perspectives d'intervention dans le domaine du soin des addictions en tenant compte des modifications sensibles des usages en matière de prise de drogue. La participation à ce séminaire de spécialistes de l'alcoologie, du jeu pathologique ou du dopage sportif a permis d'ouvrir des perspectives de collaboration entre des champs d'intervention qui, jusqu'alors, ne coopéraient que très rarement.

120 professionnels ont participé à cette réunion de travail qui s'est déroulée sous la forme de trois plénières sur les thèmes :

- « Conduites Addictives : du concept aux pratiques de soins »
- « Addictions : du psychopathologique aux produits psychotropes ».
- « Des différentes spécificités de la notion d'addiction »

Ces séances plénières ont été ponctuées de deux temps consacrés à des communications brèves qui ont permis à de nombreux praticiens de s'exprimer sur des questions pratiques et cliniques.

La présence de T3E dans l'organisation scientifique de cette manifestation a permis de lui donner une plus-value communautaire en permettant la participation de spécialistes allemands, belges et italiens.

\* Programme document annexe 1-2

**B. Séminaire sur le thème « la substitution : comment en sortir ? » organisé les 11 et 12 avril 2002 à Bristol, UK en partenariat avec le Bristol Drug Project, la participation de « The Methadone Alliance » (UK), de**

## **Landdelijk Steunpunt Druggebruikers (LSD) (Pays-Bas) et le soutien du Drug Alcohol Action Team**

Ce séminaire s'est déroulé sur deux jours et a bénéficié d'une traduction simultanée français/anglais. Il a réuni 45 spécialistes impliqués professionnellement dans la prise en charge de patients bénéficiant d'un traitement de substitution. Ces spécialistes étaient originaires de sept pays membres de l'Union à savoir : Belgique, France, Irlande, Italie, Pays-Bas, Portugal et Royaume Uni.

L'objectif de cette réunion de travail était, d'une part, de confronter les différents modèles d'intervention et de prescription concernant les produits de substitution dans les différents pays et, d'autre part, d'envisager les opportunités concrètes de sevrage, ce, en terme d'offres cliniques. Cette initiative avait pour but de tenter de dépasser le clivage qui existe dans de nombreux pays européens, notamment au Royaume-Uni, en Italie, aux Pays-Bas ou en France, entre, d'une part une prise en charge dans le cadre d'un traitement de substitution, impliquant souvent l'idée de maintenance au long cours et, d'autre part, une prise en charge visant l'abstinence ou une réduction significative de la consommation de produits psychotropes à brève échéance. Il convient de remarquer que ces deux alternatives de traitement restent relativement exclusives l'une de l'autre dans l'offre de soins qui est faite aux toxicomanes en Europe. Cependant l'ensemble des spécialistes présents s'accorde à penser qu'il est nécessaire d'offrir une palette de soins la plus large possible aux usagers de drogues et, qu'en tout état de cause, les différents modèles de prise en charge doivent être présentés de manière complémentaire et non pas opposée dans leurs principes. De plus, il apparaît souhaitable de réévaluer la question du sevrage afin de permettre des articulations dans le cursus de soins qui est proposé aux patients.

Ce séminaire a permis également de faire le point sur les différences importantes qui existent entre certains pays en ce qui concerne le choix des produits de substitution, ce notamment entre la méthadone, la buprénorphine (Subutex®) ou le sulfate de morphine (Skénan®). Le développement exponentiel de la buprénorphine en France (plus de 80 000 patients en 2002) ainsi que les problèmes liés à son mésusage (injections, usage avec de l'alcool ou des benzodiazépines) a fait l'objet d'un large débat relatif à l'opportunité ou non de la diffusion de ce médicament de substitution dans l'ensemble des pays de l'Union. Le fait que le Subutex soit à la fois agoniste et antagoniste est un avantage certain concernant le risque des overdoses, par rapport à la méthadone qui est un pur agoniste. Néanmoins l'importance des mésusages et, en particulier, celui de la pratique de l'injection ainsi que les risques induits par la prise de Subutex avec d'autres médicaments posent de graves problèmes de santé publique dans les pays, comme la France, où la prescription de Subutex® se développe rapidement. La méthadone reste dans certains pays tel le Royaume Uni ou l'Italie le produit de substitution le plus largement utilisé. Le coût important du Subutex® par rapport à celui de la méthadone® est, sans doute, un élément qui intervient dans ses potentialités de diffusion comme traitement de substitution pour des usagers d'opiacés.

Dans le cadre de cette rencontre, la seule expérience européenne relative au LAM (méthadone retard), expérience qui a été faite au centre « das Taipas » à Lisbonne, a été également développée ainsi que l'usage des antagonistes (Nalorex®).

L'on notera que deux organisations regroupant des patients ont participé activement au séminaire. Il s'agit de « Méthadone Alliance » au Royaume Uni et de « Landdelijk Steunpunt Druggebruikers »(LSD) aux Pays-Bas.

Enfin, à l'initiative de « Bristol Drug Project », l'ensemble des participants ont eu l'opportunité de visiter différentes structures spécialisées accueillant des toxicomanes à Bristol.

\* Programme document annexe 1-2

**C. Séminaire sur le thème «Choix politique, choix thérapeutique» organisé les 26, 27 et 28 septembre 2002 à Copenhague, Danemark, en partenariat avec psykologemes selskab for misnbrugsbehandling, l'hôpital « Rigshospitalet » de Copenhague et le concours du Ministère des Affaires Sociales Danois.**

Comme cela a déjà été évoqué dans le cadre du rapport intermédiaire, l'organisation de l'Université d'été initialement prévue à Copenhague a été remise en question lors du conseil technique du 26 janvier 2002 à Bruxelles. En effet, le résultat des élections législatives au Danemark a profondément modifié les conditions de faisabilité de l'Université d'été prévue initialement en juin 2002 à Copenhague. Le Narkotikaraadet, instance officielle avec laquelle l'on devait organiser cette manifestation, qui devait notamment mettre à disposition les locaux nécessaires à la réalisation de cette université, a été dissoute après ces élections. De plus, les possibilités d'obtention de subventions locales sont devenues aléatoires. C'est pour ces raisons que le conseil technique a décidé de substituer à cette Université l'organisation d'un séminaire en septembre à Copenhague sur le même thème. Ce changement dans notre programme a fait l'objet d'une information et d'un accord de la DG SANCO.

Ce séminaire a reçu le soutien du Ministère des Affaires Sociales danois, de l'association des psychologues « psykologemes selskab for misnbrugsbehandling » ainsi que l'aide, en ce qui concerne l'organisation technique, du « Rigshospitalet » à Copenhague. Celui-ci a réuni une centaine de participants, dont vingt six venus de huit pays membres de l'Union, à savoir : Allemagne, Belgique, Danemark, France, Grèce, Irlande, Portugal et le Royaume-Uni. L'ensemble des travaux a bénéficié d'une traduction simultanée trilingue anglais - danois - français.

L'objectif de cette réunion de travail était d'envisager les liaisons entre l'évolution des problèmes liés à l'usage ou à l'abus des drogues et l'élaboration des politiques de prévention, de réduction des risques et de soins en matière de toxicomanie. L'éruption du virus VIH il y a quelques années a profondément modifié la perception des phénomènes liés à l'usage de la drogue et a placé les impératifs de santé publique au centre des préoccupations des politiques mises en œuvre. Ce bouleversement a également sensiblement changé l'approche et les pratiques développées par les intervenants en toxicomanie.

Ces changements et ces évolutions se sont développés de façon différenciée dans les pays membres de l'Union. Certains seront tentés par le développement d'expériences

de distribution d'héroïne contrôlée médicalement, l'ouverture de salles d'injections et/ou l'encouragement de l'auto-support à l'instar de la Suisse ; d'autres développeront considérablement la substitution comme type de réponse princeps, ou feront évoluer leur politique vers la création de services d'addictologie susceptibles de répondre de façon globale aux problèmes posés par la dépendance qu'elle le soit aux produits licites ou illicites. D'une manière générale l'on verra se développer de nouvelles modalités d'intervention répondant le plus souvent à un principe consistant à aller vers les usagers de drogues ; l'on peut citer comme exemple de ce type de démarche les actions menées en direction du milieu techno.

La volonté de définir des « standards » d'interventions, de développer les « bonnes pratiques », ainsi que de promouvoir des recherches épidémiologiques comparées sont des priorités manifestes de la politique menée par l'Union. L'impact des initiatives communautaires sur les politiques nationales reste mesuré. L'apparition de ces nouvelles approches reste subordonnée aux politiques menées dans les différents pays de l'Union. Cependant les débats qu'elles suscitent sont extrêmement importants, parfois même intenses dans chacun d'entre eux.

L'on ne peut pas non plus négliger de prendre en compte l'aspect économique de toute politique de santé, ni l'interférence des intérêts de l'industrie pharmaceutique dans les choix d'orientation et dans leurs conséquences sur les pratiques thérapeutiques. Personne ne peut nier que les politiques sanitaires concernant l'usage et l'abus des drogues constituent un véritable enjeu pour le futur de nos sociétés. Aussi est-il nécessaire de clarifier les processus de la prise de décisions et de définir la place de chacun dans ceux-ci. Comment s'opèrent les choix qui président à ces changements ? Quels sont les mécanismes de concertation tant avec les spécialistes, les usagers et d'une façon plus générale avec les citoyens ? Voici les questions qui ont été largement débattues au cours de ce séminaire en présence, il faut le souligner, de personnalités politiques danoises ; en effet deux députés ont participé activement aux débats, l'une appartenant à la coalition actuellement au pouvoir, l'autre appartenant à l'opposition sociale-démocrate ainsi qu'un élu socialiste du conseil municipal de Copenhague.

\* Programme document annexe 1-2

## **9 - L'UNIVERSITE D'ETE**

Comme nous l'indiquons dans le chapitre consacré au séminaire de Copenhague, le conseil technique, qui s'est réuni le 26/01/2003 à Bruxelles, a pris acte de l'impossibilité de réaliser cette manifestation au Danemark et a décidé de l'organiser en avril 2003 à Beauvais sur le thème « Conduites à risques chez les adolescents et les jeunes majeurs. La question des addictions ». Cette modification de programme a fait l'objet d'une demande d'autorisation auprès de la DG SANCO. Le choix de ce lieu répondait à plusieurs opportunités :

- notre organisation était née 10 ans auparavant dans le département de l'Oise au cours d'un colloque organisé à Chantilly par le SATO-Picardie,

## T3E [UK] Race & Drugs Project

- le SATO-Picardie, association ayant joué un rôle important dans la création de T3E souhaitait organiser une manifestation à l'occasion de ses 25 ans d'existence,
- la réalisation de ce projet était assurée de bénéficier d'un large partenariat tant local que national.

Concrètement, ce colloque européen a pu être organisé en collaboration avec le SATO-Picardie et la ville de Beauvais, le concours du Conseil Général de l'Oise, et de la ville de Compiègne, le soutien de la Mission Interministérielle de la Lutte contre la Toxicomanie, de la Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale, du Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation de l'Oise et de la Protection de la Jeunesse (Ministère de la Justice) et la participation de JCLT, de T3E UK ainsi que de T3E Belgique. De plus, trois laboratoires pharmaceutiques ont soutenu financièrement ce colloque : Schering-Plough, Roche et Bouchara.

Ce large partenariat tant en ce qui concerne les aspects techniques que scientifiques de ce colloque nous a permis d'envisager l'organisation de cette manifestation dans d'excellentes conditions. C'est aussi grâce à ce travail de concertation que nous avons choisi de redéfinir le thème initial prévu pour celui-ci. En effet, il a semblé aux organisateurs qu'il était nécessaire de ne pas se limiter au seul problème posé par les conduites à risques chez les adolescents mais de traiter de façon plus globale les risques majeurs qu'entraînent l'usage des drogues et les conduites addictives. Il a semblé également essentiel d'évoquer de façon spécifique différentes questions telles que : les traitements de substitution qui ont fait l'objet d'un séminaire satellite le mardi 8 avril 2003 à Compiègne ; la question de l'hépatite C, ce, d'autant que les thérapeutiques connaissent une évolution importante et qu'une récente conférence de consensus préconise une modification des protocoles de soins (notamment l'abandon de la ponction biopsie hépatique) qui permet d'envisager une amélioration sensible de l'accès aux soins et du traitement des toxicomanes infectés par le VHC, ou encore de traiter des problèmes relatifs aux actions de réductions des risques auprès des usagers de drogue et, ce, en particulier dans le cadre des lieux festifs fréquentés par des adolescents et des jeunes adultes. C'est pour ces raisons que le thème retenu en dernière instance pour ce colloque a été « Conduites à risques et toxicomanies ».

- **Le séminaire de Compiègne : « les traitements de substitution »**

Ce séminaire principalement destiné aux médecins généralistes, psychiatres et autres spécialistes a pu être organisé grâce à l'aide de la mairie de Compiègne qui a participé concrètement au déroulement de cette manifestation en mettant à notre disposition la magnifique « salle Saint Nicolas », en accueillant les participants à la mairie et en leur offrant un repas à l'issue de cette journée de travail.

Cette rencontre a réuni 70 personnes pour l'essentiel des médecins généralistes et des médecins spécialistes du champ de la toxicomanie originaires de quatre pays membres de l'union à savoir : la Belgique, l'Italie, le Portugal et la France. L'objectif de ce séminaire était de permettre un débat sur les difficultés et les enjeux cliniques engendrés par la pratique quotidienne des traitements de substitution aux opiacés ainsi que de confronter les différentes approches développées dans les pays participants.

L'on notera la présence importante de médecins généralistes portugais intervenant dans le cadre des centres publics de santé disséminés sur l'ensemble du territoire national. Un grand nombre de médecins généralistes et de médecins hospitaliers originaires du département de l'Oise ou de départements limitrophes ont également participé à cette journée d'échange entre praticiens.

Les grands thèmes évoqués au cours de cette journée ont été :

- Comment créer des liens de travail efficaces entre le médecin généraliste et les structures spécialisées en toxicomanie ?
- Les problèmes posés par les poly-prescriptions.
- Les problèmes posés par le mésusage du Subutex® et en particulier celui des patients injecteurs.
- Les limites de la prise en charge des médecins généralistes dans le cadre des traitements de substitution.

#### - **Le colloque de Beauvais : « Conduites à risques et toxicomanies »**

Le colloque proprement dit s'est déroulé du 9 au 11 avril 2003 au théâtre municipal de Beauvais et a accueilli plus de 350 participants dont 70 étaient originaires, hormis la France, de sept pays membres de l'Union à savoir ; Belgique (9 participants), Danemark (2 participants), Espagne (1 participant), Italie (6 participants), Portugal (45 participants) et Royaume-Unis (7 participants) ainsi qu'un intervenant venu d'Algérie et une participante de Bulgarie. Celui-ci a été co-organisé avec le SATO-Picardie, association partenaire du réseau T3E depuis sa création.

L'organisation technique de cette manifestation a bénéficié d'un soutien important de la part de la ville de Beauvais tant sur le plan financier que le matériel : la mise à disposition du théâtre municipal et l'aide apportée par les services municipaux, notamment celle du CLS (contrat local de sécurité) qui ont largement participé à la préparation de cet événement. Il convient également de remercier Madame le Maire



de Beauvais, dont l'action a grandement facilité l'organisation et la réalisation de ce projet.

Ce colloque a reçu également une aide importante de la part du Conseil Général de l'Oise et le soutien d'un certain nombre d'instances officielles telles que de la Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie, la Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale, la Direction des Interventions Sociales de l'Oise, le Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation de l'Oise et la Protection Judiciaire de la Jeunesse de l'Oise.

L'on notera également qu'un certain nombre d'associations ont contribué activement à la réalisation de cette rencontre comme : JCLT, association intervenant pour l'insertion et la formation professionnelle de jeunes en difficulté, a assuré la préparation et le service des repas du midi pour l'ensemble des participants à l'Espace Galilée (locaux appartenant à la chambre de commerce de l'Oise) et l'Ecume du jour, association gérant un café associatif qui a assuré les pauses café durant les trois jours du congrès.

L'ouverture officielle du colloque a été faite par Monsieur Jean-Pierre Demange, membre fondateur de T3E et directeur du SATO-Picardie, Monsieur le Docteur Claude Vedeilhié, directeur de l'Envol à Rennes et président de T3E, Monsieur Desprey, directeur-adjoint de la DDASS de l'Oise, Monsieur Patrick Sansoy, chargé de mission à la Mission Interministérielle contre la Drogue et la Toxicomanie et Madame le Docteur Cécilia Escarameia, membre du conseil de direction de l'Institut de prévention de la Drogue et de la Toxicodépendance du Portugal (IDT).

La première plénière avait pour objet d'introduire les débats en resituant la problématique de l'usage des drogues et de la dépendance dans ses enjeux actuels. Deux exposés magistraux ont ouvert les débats, l'un prononcé par le docteur Michel Hautefeuille, directeur du SERT à l'hôpital Marmottan à Paris sur le thème « Evolution des représentations de la dépendance » ; l'autre par le professeur Mohamed Salah laidli du CHU de Babel El Oued à Alger sur le thème « Toxicomanie et adolescence en Algérie ».

Après cette partie introductive, différents thèmes ont été traités dans le cadre des plénières :

- L'évaluation des pratiques notamment avec des interventions du professeur Nizzoli, directeur du SERT de Régio-Emilia – Italie - et responsable d'une recherche sur les standards pour l'évaluation des traitements en Europe dans le cadre de l'ERIT, de Madame Françoise Facy, directeur de recherches à l'INSERM au Vésinet – France - , de Monsieur Paolo Stoco, directeur de Villa Renata à Venise – Italie - , co-auteur d'une étude sur les mères toxicomanes dans le cadre de l'IREFRA, de Monsieur Russ Hayton, directeur du Plymouth Community Drug Service à Plymouth– U.K.
- La place de la justice dans les stratégies de prévention avec des interventions du professeur Antoine Lazarus, Université Paris Nord – France - , de Monsieur Armando Léandro Ruiz Conselheiro, juge à la

haute cour de justice du Portugal et ancien directeur de l'école de la Magistrature de Lisbonne – Portugal -, du Docteur Evry Archer, chef de service au CHU de Lille – France - et responsable du secteur psychiatrique en milieu pénitentiaire, de Messieurs Kenroy Cole & Arlene Gonash, travailleurs sociaux à Feltham Young offenders institution and drug using à Londres – U.K - , de Monsieur Pascal Hachet, psychologue, auteur de plusieurs ouvrages sur les conduites à risques des adolescents, SATO-Picardie, Creil – France –.

- Les stratégies de réduction des risques avec des interventions ; du Docteur Luis Patricio, chef de clinique et directeur du centre Taïpas à Lisbonne – Portugal –, qui a présenté un film sur les actions de réduction des risques menées à Lisbonne, de Monsieur Patrick Beauverie, médecin du monde à Paris – France - , de Monsieur Jean-Marc Priez, président de Techno Plus à Paris – France -, du Docteur Pierre Gay Le Maître, directeur de l'Espace Parmentier SOS Drogue International à Paris – France -, de Monsieur Kjaer Jorgen, président de l'association d'usagers de drogue Brugerforeningen de Copenhague – Danemark -,
- Les réponses thérapeutiques face à l'infection VHC et VIH chez les toxicomanes avec des interventions ; du docteur Claude Jacob, chef de service toxicomanie au CHS de Jury les Metz – France -, du professeur Bernard Filoche, hépato-gastro-entérologue Lille – France –, du professeur Jean-Philippe Barbier, hépato-gastro-entérologue, hôpital Georges Pompidou à Paris – France -, du docteur Antonio Gamacho, CAT de Olaho – Portugal -, du docteur Jean-Luc Delassus, hôpital R. Ballenger à Aulnay sous bois – France -, du docteur Jean-François Cadranel, hépato-gastro-entérologue CHG à Creil – France -.
- L'évolution des traitements avec des interventions ; du docteur Philippe Hennaux, neuro-psychiâtre, directeur de la Pièce à Bruxelles – Belgique -, de Monsieur Eric Allouche, psychologue, Vestzjaellands Amts Misbrugcentret à Salgeslse – Danemarck -, du professeur Paolo Mezzelani, université de Vérone – Italie -, du docteur Alain Morel, directeur du Trait d'Union, Boulogne – France -, du docteur Anne Read, psychiatre, Plymouth Community Drug Service à Plymouth – UK –.
- La prise en charge en milieu résidentiel avec des interventions ; de Monsieur Louis Renault, trésorier de T3E et ancien directeur de la post-cure de Haute Brin Le Fief Sauvin – France -, du docteur Carlos Vieira, psychologue à la Communauté Thérapeutique « Montanha » à Covilhã – Portugal -, de Monsieur Bernard Fontaine, directeur du Cèdre Bleu à Lille – France -, de Madame le docteur Thérèse Vicente, psychiâtre-psychanalyste à Lisbonne – Portugal -.
- Les conduites à risques chez les adolescents avec des interventions ; du docteur Jean-Claude Madelin, pédopsychiatre à Senlis – France -, le docteur Amandor Calafat , membre de l'IREFREA et directeur de la

revue « Adiccones » à Palma de Majorque – Espagne -, Monsieur Jean-Jacques Yvorel, historien au Centre National de Formation et d'Etudes de la Protection Judiciaire de la Jeunesse à Vaucresson – France -, de Monsieur le docteur Karim Murji, criminologue à Open University Milton Keynes – UK -, Monsieur Kazim Khan, sociologue, chargé de mission T3E à Londres – UK -.

Ces trois journées ont constitué un temps fort pour l'ensemble des intervenants et des participants. Elles ont permis d'initier une réflexion pluridisciplinaire sur les différentes approches, les différents modèles et les différentes pratiques se développant en Europe. Par delà le déroulement formel de ce colloque, un grand nombre de contacts et d'échanges ont pu se nouer à cette occasion entre les différents professionnels participant ainsi à une dynamique de co-formation.

Au-delà de sa dimension nationale et européenne, ce colloque a trouvé un écho très important au niveau régional notamment auprès des médecins généralistes et hospitaliers ainsi que, d'une manière générale, auprès des intervenants du champ médico-social et de celui de l'éducation au niveau de la région picardie. Cette manifestation a été couverte par l'ensemble de la presse locale à savoir : le Courrier Picard, le Parisien Libéré, l'Observateur de Beauvais, ainsi que par F.R.3 Picardie. L'ensemble des partenaires ayant contribué à l'organisation de cette manifestation ainsi qu'un grand nombre de participants ont manifesté le souhait que ce colloque fasse l'objet d'une publication. C'est pour cette raison que nous avons décidé de consacrer le cahier n° 8 à cet effet.

Enfin, il faut également souligner que l'organisation de ce colloque, hormis son intérêt scientifique, constituait de surcroît un événement anniversaire pour le réseau T3E et le SATO-Picardie qui fêtaient à cette occasion, l'un ses 10 années et l'autre ses 25 années d'existence. C'est pour cette raison qu'une soirée de gala a été donnée le jeudi 10 avril 2003 aux grandes écuries de Chantilly grâce au soutien et à la générosité du directeur du Musée Vivant du Cheval de Chantilly.

## **10 – LES NEWSLETTERS**

Malgré tous nos efforts afin de produire des newsletters en coopération avec les autres réseaux européens, tel que cela était prévu initialement, nous n'avons pu aboutir. Pourtant, deux réunions ont été organisées avec plusieurs réseaux européens, l'une à notre initiative, à Paris, à l'hôpital Marmottan, l'autre, plus informelle, en marge d'une réunion à la Commission Européenne à Luxembourg. Nous ne pouvons que constater la difficulté de mettre en cohérence l'action des différents réseaux sur la question de la production de l'écrit et de publications communes alors que des coopérations dans l'organisation de colloques, de sessions de formation ou d'échanges de stagiaires, se développent avec moins de difficulté. En désespoir de cause, T3E a renoncé à publier ses 2 newsletters et n'a pas, de ce point de vue, rempli son contrat au regard de la Convention. Cependant, le nombre de pages prévues pour les newsletters et les deux cahiers, en terme d'impression, excède de 73 pages les prévisions initiales. Pour ces raisons, nous sollicitons que le coût prévu pour la réalisation de ces deux newsletters puisse être reporté sur la réalisation des deux cahiers T3E.

## **11 – PUBLICATIONS DES CAHIERS T3E et CREATION DU SITE INTERNET**

1 - Ce cahier est consacré à la publication du glossaire. Il s'agit d'un document bilingue qui compte plus de 165 pages contenant 754 termes utilisés par les intervenants en toxicomanie. Cet ouvrage a nécessité un travail particulier au niveau de la présentation et de la conception, aussi afin de ne pas dépasser de façon inconsidérée le budget prévu, nous avons décidé d'effectuer un premier tirage à 200 exemplaires et d'envisager un second tirage de 300 exemplaires à la réception du solde de la subvention de la Commission. Il est en outre envisagé, à moyen terme, de rendre accessible cet outil sur notre site internet.

\* document joint en annexe

2 - Ce deuxième cahier est consacré à la publication des actes du colloque de Beauvais. Ce document sera tiré à 1000 exemplaires dont 500 sont déjà disponibles depuis fin 2003. Il s'agit d'un document bilingue qui compte plus de 120 pages relatant 11 interventions.

Comme nous l'avons déjà indiqué dans le chapitre consacré aux newsletters les prévisions initiales du budget concernant la réalisation de nos publications ont été dépassées d'un volume de 73 pages. C'est également pour cette raison que nous avons choisi la prudence en réduisant le nombre d'exemplaires du glossaire afin de rester dans les capacités budgétaires.

\* document joint en annexe

3 - En ce qui concerne le tirage des différents documents relatifs aux programmes des séminaires de formation et de l'université d'été (colloque de Beauvais), celui-ci correspond globalement aux prévisions initiales.

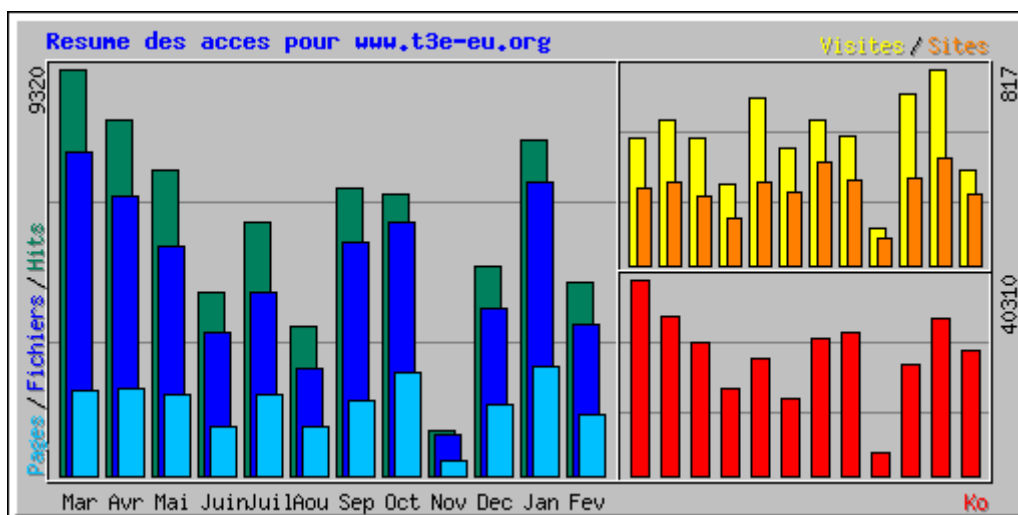
\* document joint en annexe

4 – En ce qui concerne le site Internet. La mise en place de ce site s'est faite de manière tardive. La réservation d'un nom de domaine « T3E-eu.org » a eu lieu en juillet 2002. L'organisme retenu pour la construction du site a été studio QUINZE MILLE. Le site a permis de diffuser des informations à propos des sessions de formation : séminaires et colloque de Beauvais, ainsi que sur les différentes publications disponibles. La difficulté rencontrée a été essentiellement de faire vivre ce site de façon bilingue français/anglais en intégrant les informations concernant les activités développées par T3E-UK. Nous produisons ci-après la fréquentation du site

### **T3E [UK] Race & Drugs Project**

pour les douze derniers mois. Malheureusement nous ne disposons pas des statistiques pour le début de vie de ce site.

Statistiques d'accès à [www.t3e-eu.org](http://www.t3e-eu.org)  
Période du résumé: 12 derniers mois



Résumé par mois										
Mois	Moyenne journalière				Totaux mensuels					
	Hits	Fichiers	Pages	Visites	Sites	Ko	Visites	Pages	Fichiers	Hits
<a href="#">Fev 2004</a>	261	204	83	23	299	25640	397	1412	3473	4449
<a href="#">Jan 2004</a>	247	216	81	26	445	32267	817	2518	6716	7674
<a href="#">Dec 2003</a>	154	124	51	23	362	22693	716	1607	3852	4801
<a href="#">Nov 2003</a>	172	157	57	25	110	4536	155	342	947	1035
<a href="#">Oct 2003</a>	258	232	94	21	352	29278	538	2357	5817	6453
<a href="#">Sep 2003</a>	220	178	57	20	430	28166	608	1729	5356	6600
<a href="#">Aou 2003</a>	111	78	36	15	302	15839	489	1127	2448	3441
<a href="#">Juil 2003</a>	187	135	59	22	343	24189	699	1838	4202	5797
<a href="#">Juin 2003</a>	140	109	37	11	198	17715	340	1120	3296	4202
<a href="#">Mai 2003</a>	225	169	60	17	288	27226	527	1870	5266	6995
<a href="#">Avr 2003</a>	271	213	66	20	344	32531	605	1984	6417	8144
<a href="#">Mar 2003</a>	300	239	62	17	324	40310	529	1952	7412	9320
<b>Totaux</b>						<b>300390</b>	<b>6420</b>	<b>19856</b>	<b>55202</b>	<b>68911</b>

**PROJECT ON PRODUCING  
GUIDELINES FOR MEETING THE NEEDS OF DRUG  
USERS FROM 'VISIBLE MINORITIES':  
WHAT DRUG SERVICES & ALLIED INSTITUTIONS  
CAN DO BY USING EU'S DIRECTIVES ON  
COUNTERING XENOPHOBIA & RACISM**

**Document concernant le point 3 du programme**

**Final Report to the European Commission**

**EC CONTRACT No: 2001/DRG/160:**

## **REPORT SUMMARY:**

- 1. Section 1** describes the terms of the contract and the aims and objectives of the project. It details the structure of the project, its support and internal monitoring and evaluation systems, and its links. The section concludes by providing a summary of how the aims and objects were met.
- 2. Section 2** provides the names of the partner institutions and of the lead persons. It lists the pan-EU networks to which the Project maintains informal links for dissemination and support.
- 3. Section 3** provides a full description of the background and the contextual framework for the Projects' work. It clarifies theoretical issues by using EU-wide data and information collected by the project on official country by country statistics and other information around the demography and spread of those minorities that are of non-EU origin. In the absence of full or compatible demographic information available from different EU countries, it produces a table of demographic indicators showing the potential epidemiology around social exclusion, drugs and minorities. The section concludes with giving an explanation of the relevant sections of the Treaty of Amsterdam that deal with countering anti-racism and anti-xenophobia across EU and explains the issue of equal treatment.
- 4. Section 4** provides details of the programme of activities. It provides the race-equality profile to each of the partner institutions and the actions undertaken to bring about change. Issues raised in the three Forum meetings are described.
- 5. Section 5** this section covers an evaluation of the Project and its recommendations. It deals with the identification of the core activities necessary or desirable in order to affect change.
- 6. This section** deals with the added value we feel the Project has provided during the period of the contract and since. It mentions the additional



### **T3E [UK] Race & Drugs Project**

support received, the development of a Distance Learning training module 'race' drugs and 'diversity' for Middlesex University's post-graduate course Drugs in Society; dissemination and publicity; work obtained for T3E [UK], from UK government sources as a result of the work we have been doing for EC; the subsequent need to employ two highly qualified researchers to do that work; in short, all the things that go towards making T3E [UK] a viable organisation.

**PROJECT ON PRODUCING GUIDELINES  
FOR MEETING THE NEEDS OF DRUG USERS FROM  
'VISIBLE MINORITIES':  
"WHAT DRUG SERVICES & ALLIED INSTITUTIONS  
CAN DO BY USING EU'S DIRECTIVES ON  
COUNTERING XENOPHOBIA & RACISM"**

**Final Report to the European Commission: EC  
CONTRACT No: 2001/DRG/160**

## **1. Introduction**

- 1.1. This report is submitted in accordance with the terms and conditions of the contract awarded by DGSANCO to T3E during 2001 (grant agreement no. S12.320965 (2001CVG2-201), and subsequently sub-contracted to T3E [UK].
- 1.2. As a general aim, the agreed contract has the follow-up of the "Race & Drugs Project's" programme of work, initiated during 1997-99, and continued during 1999-2000. Namely, the piloting with partner institutions in various EU countries, of the research based findings and recommendations, for improving access to drug prevention, care and treatment services for those whom we, for the lack of a more apposite term, have referred to as EU's "visible minorities". We had reproduced these findings and recommendations specifically in order to find problem-solving solutions for individual services to better meet the needs of visible minorities.<sup>i</sup>
- 1.3. The duration of the EC contract and thus that of the Project was over a 20 months period, starting on 1 September and terminating on 30 April 2003
- 1.4. As before, the Project has been based in the Social Policy Research Centre (RCPRU), Middlesex University.
- 1.5. **Specific aims and objectives:**  
The specific aims and objectives of the Project or the outcomes of the contract were:
  - a) To organise and coordinate three forum meetings with the partner institutions that had already been engaged in the piloting process in order to work together and share experiences for the refinement of our earlier work and, thereby, produce guidelines for wider dissemination and application across different EU Member States.
  - b) The production of revised guidelines for the transposition of equality based guidelines at EU as well as national level and the

## T3E [UK] Race & Drugs Project

placing of such on T3E's website for wider dissemination and interactive use, if needed by visitors to website.

- c) To continue to act as T3E's UK Correspondent and co-ordinate its programme of activities in UK

1.6 The Project's contractual aims and objectives have been met in full in the following ways:

- Overall co-ordination and management of the project was carried out by the T3E [UK]'s Coordinator, including the responsibility for the identification and selection of partners; providing them with relevant briefing; and for organising the meeting of the partners in a forum; responsibility for overall tasks and outcomes;
- As stated above, the Project has been based in the Social Policy Research Centre, Middlesex University, Queensway, Enfield EN3 4SA, since March 1999. Therefore, as previously it has benefited from:
  - the infrastructural support within the University, in particular from Professor Susanne MacGregor, Dr Betsy Thom (now Head of SPRC) and Professor Vincenzo Ruggiero (Criminology) as well as other colleagues
  - the continuing voluntary support and external supervision from Professor Stephan Feuchtwang, the Project's original supervisor and mentor
  - regular bimonthly meetings of T3E [UK]'s Board of Trustees and its overall monitoring of the Project's work
  - liaison and collaboration with T3E, as well as attending T3E's Technical and Scientific Committee meetings
  - the linked and allied work within UK of two Research Associates of T3E [UK], Dr Neville Adams and Dr Peter Fraser
  - The Project has also been linked into the work of the European Monitoring Centre on Racism and Xenophobia and to the European Anti-Racist Network's (ENAR) London base, receiving regular news through their publications and reports.
  - identification and selection of partners; providing them with relevant information and briefing; and for organising the meeting of the partners in a forum; responsibility for overall tasks and outcomes;

- The collection and collation of the available information centrally as well as through partners, in the different languages of EU; the archiving of information, its review and analysis
- The submission of a written report at the interim stage in consultation with relevant parties
- The writing, in draft form, of this final report; consulting on the draft with the Project's partners as well as the relevant parties mentioned above; revising and fine-tuning the guidelines by incorporating comments and feed-back into the final report.
- Ensuring that the report meets the conditions of the contract and includes, as a minimum :
  - a summary,
  - an analysis of the information
  - a discussion of the gaps and recommendations for the future
  - in annexes the original guidelines, and the revised guidelines<sup>ii</sup>;
  - also in annex form the additional value provided by the Project.

## **2. Project Partners**

- 2.1 We have been fortunate in finding partners, in that we are affiliated to Toxicomanie: Europe-Échanges-Études (T3E), as well as being linked to other Europe wide networks in the field of drug abuse namely ERIT, and Sastipen, (ASGG), the European network for HIV/AIDS & Drug Abuse Prevention amongst the Gypsy populations.
- 2.2 We are also fortunate in that we had a core of existing partners who are committed to implementing anti-discriminatory policies, procedures and practices. In addition to these we involved some new partners.
- 2.3 An additional bonus was that most of these partners were not only familiar with our work, having piloted the Action Points for Change document, but had also worked in collaboration with us in an EMCDDA project we had led.<sup>iii</sup> This made it easier to use the terminology and concepts we shared in common.

### T3E [UK] Race & Drugs Project

UK	1. Jerry Sutton Inward House Trust Lancaster 2. Jan King Milton House Trust 495 Liverpool Road Islington London N7
Italy	Professor Umberto Nizzoli SERT Reggio Emilia Via Amendola 2 42100 REGGIO EMILIA
Netherlands	1. Jan Lawalata Stichting Tjandu Postbus 725 3500 AS UTRECHT 2. Piet de Groot Stichting Hard Drugs Flierbodreef 19 1102 BV Amsterdam
Portugal	Adelaide Gomes REAPN Rua de Costa Cabral, 2368 4200 PORTO
France	Jacques Fonzy SATO Picardie rue des Malades Saint-Martin-le-Noeud 60000 France



### 3. Background and Conceptual Framework

3.1: The contextual framework for this Project is provided overall by the strategic policy and planning configurations at EU level in the field of drugs demand and drug harm reduction; social exclusion and anti-discrimination (the fight against xenophobia and racism).

3.2: In respect of the last point, it is important to note that coincident with the timing of this Project, there has been a movement at the level of the European Parliament to implement the principle of equal treatment between persons, irrespective of racial or ethnic origin, and for establishing a general framework for equal treatment in employment and education. Under Article 13 of the Treaty of Amsterdam the European Commission published proposals to take appropriate action to combat xenophobia and racism (November 1999). There are two directives<sup>1</sup> adopted and incorporated in that Treaty following ratification by the Council of Ministers and with the European Parliament. The first of these is an Employment Directive establishing a general framework for equal treatment in employment and occupation. The second, known as the Race Directive, is a proposal for implementing the principle of equal treatment of people, irrespective of ethnic or racial origin. This Project has therefore the possibility of anticipating the directives by taking proactive steps to ensure the principle of equal treatment in the area of drug abuse prevalence and epidemiology by including the dimension of social exclusion and the situation faced by the different minorities in different EU countries.

#### 3.3: Key Underlying Principles

3.3.1: Firstly, we take as our starting point the operational concept of “race”. *This is a convention often used by social scientists in UK to designate race as a social construct and not as a natural given.* This is because it allows us to discuss racism and xenophobia. In other words, those practices that are effectively monocultural or racist, resulting in outcomes such as that of disadvantaging and partially or totally socially excluding certain population groups from equal access to employment, education, housing, health and other normally available social benefits, etc., enjoyed by those deemed to be indigenous.

---

<sup>1</sup> Proposals for CEC Council Directives: **a)** COM (1999) 566 final, Implementing the principle of equal treatment between persons irrespective of racial or ethnic origin; **b)** COM (1999) 567 final, Establishing a Community Action Programme to combat discrimination 2001 - 2006; and, **c)** COM (1999) yyy final, Establishing a general framework for equal treatment in employment and education.

3.3.2: The theoretical definition we deploy throughout is the one put forward by the Race & Culture Policy Research Unit (RCPRU), as follows:

*Racism “describes the selective and unfavourable impact of a great range of practices upon a population categorised in a racist way. For that description to be possible, the population suffering the impact must first have been distinguished in a known racist way. That way is, of course, a classification which accords to some signs borne by individuals the attribution of original character as a type determining capacities, whatever the individual’s other characteristics might be. Skin colour is the most inescapable sign so used. But its perception and the perception of ethnic signs of origin vary over time and between countries and civil authorities. Whatever are or have been racial categories and signs for their recognition in any one country will be the basis for the testing of facts of a racist tendency in practice.”<sup>1</sup>*

3.3.3: The originality of this theoretical intervention lies in its rejection of monocausal accounts and explanations of racism. Instead it argues *“that racism consists in a categorisation of capacities for social life. Its preconditions”* that is to say the preconditions of racism, *“are firstly the abstraction of individuals as possessors of those capacities; secondly, the politics of government; and thirdly, the knowledges of the human sciences.*

*“By categorisation of capacities, we mean the categorising of unifying social aptitudes so that they can be attributed, as generalised capacities, to separate human populations. When what are deemed the most important and deep seated social capacities are distributed into differentiated human populations, we have the first conditions for racism.”* Feuchtwang, S., (1990), p. ix

3.3.4: Secondly, based on the Race & Drugs Project’s previous studies and investigations, we do not feel that solutions to this situation can, therefore, be marginal but need to be part of an overall re-orientation. We thus place the struggle for racial justice within the overall context of social justice. The issue of social justice becomes immediately clear if we look at the employment-related categories applied across EU.

---

<sup>1</sup> Feuchtwang, S., Racism: Territoriality and Ethnocentricity, in Cambridge, A. X., and Feuchtwang, S., (eds), Anti-Racist Strategies, Avebury, London 1990 (p. 21)



**Table 1: Employment Related Population Categories**

<p>1. Citizens of a country</p>	<p>a) This category includes citizens of an EU member state who, in theory at least, have full rights.</p> <p>b) However, it can cover various minorities as well, i.e., those who entered as newcomers and have settled and been granted nationality of the country</p> <p>c) It can also include, as in the case of France, black and brown folk, who are full citizens by virtue of belonging to one of the four overseas ‘<i>départements</i>’ or descendants of such</p> <p>d) Finally, the category may also include white minorities as, for example, “ethnic” Danes, living in Germany, who are in all other respects German.</p>
<p>2. Citizens of an EU member state who live and work in another EU country</p>	<p>e) The second category of persons has all the formal rights enjoyed by the first category, in theory at least. But, as Wrench warns, in practice it may be somewhat different, and they may be “denied equal access to some public sector jobs”.</p> <p>f) The category also includes the minorities referred to above who may be non-white and, therefore, suffer greater disadvantage and discrimination than fellow EU nationals living and working in another EU country. <b>The fact that this category suffers discrimination in employment in their own countries is confirmed by the Wrench report. It is to some extent also reflected in most of the country by country reports</b></p>
<p>3. Third country nationals who have full rights to residency and work in a member state</p>	<p>In theory people belonging to this category have almost all the rights, with some important exceptions: they do not possess EU citizenship rights of free movement between states, may only visit another member state for a maximum of three months and have no permanent right to work or residence</p>
<p>4. Third country nationals who have leave to residency in an EU member state on the basis of a revocable work permit for a fixed</p>	<p>Fewer rights than above. The permit may be for a few months for a restricted activity or geographical area. They can work their way to category 3 status or fall to category 5 status if their work permit has run out, or they work in a field not covered by the existing permit</p>

period of time	
5. Undocumented or 'illegal' workers	These range from recent political refugees whose status is still being determined to those who have worked in EU countries for many years without a work permit or legal right to residence. There are more in this category in southern Non-European countries although during the 90s their number has also been growing in northern Europe.

### 3.3.5: A Continuum of Rights

The five categories reveal, in the formal sense, that is to say before the law, “a continuum of rights ranging from full rights and privileges of citizenship in category 1 to relatively few rights in category 5.” In reality, that is to say informally, in everyday life, Wrench suggests, another dimension comes into play ***“producing a hierarchy of inequality but informally: this is the criteria of ethnicity or skin colour, which identifies a person as a member of a ‘visible’ minority. Visible minority status cuts across the citizenship divisions and produces new gradations of inequality. Thus even those people with full and formal citizenship rights can suffer disadvantage in the labour market on the ground of colour.”***<sup>1</sup> This dimension is, in its effects, nothing other than workplace discrimination on a racial basis. Moreover, since employment, or the lack of it, plays such a crucial role in determining social exclusion, what can happen in the labour market has knock-on effects and implications on other aspects of social life, such as housing, health and education. In epidemiological terms and for the purposes of this project, the continuum of rights, therefore, calls for a different kind of categorisation of minority populations: one that reflects the bases for racial categorisation and hence, so often, racial exclusion.

### 3.3.6: The Spectrum of Discrimination: Minorities and Social Exclusion

Modifying and adapting Wrench’s categories for the purposes of mapping social exclusion in relation to drugs and minorities, but keeping his notion of a continuum of diminishing rights and of ‘visible minorities’, fractures all the five categories used for formal employment related classifications. New categories need to be produced which take into account the spectrum along which runs the continuum of diminishing rights. In the production of these new categories, be it for purposes of mapping or for monitoring, it is crucially important to note that the recording and monitoring is of institutions and their service delivery and not of visible minorities per se. We do this from a European perspective and in a non-partisan spirit that does not bestow epistemological privileges on any one national approach.

3.3.7: In conclusion, there are a number of factors that ‘define’ the situation of immigration in each country:

- Having a colonial past
- Being an early industrial society and the need to accommodate additional workers
- Cultural links with populations outside the country (e.g. Portuguese with Brazilians)

---

<sup>1</sup> Wrench (1996), p. 4

- Geography (e.g. Greece receives many Albanians while Spain receives many North Africans)
- National policies as reflected, for example, in the recognition of asylum applications

**Table 2: Spread of the Different types of Minority Populations**

Country	Total population	Minorities
Austria	about 8.5 millions	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1.1-2.3% of total population are autochthon ethnic minorities</li> <li>• 9.8% of total population are 'guest workers'</li> <li>• 85,000 refugees and asylum-seekers (1%)</li> </ul>
Belgium	about 10.1 millions	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 3.3% of total population are non EU nationals</li> <li>• 59,200 refugees and asylum-seekers</li> </ul>
Denmark	about 5.3 millions	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 6.6% of total population are immigrants and their descendants</li> <li>• 70,000 refugees and asylum-seekers</li> </ul>
Finland	about 5.2 millions	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2.4% of total population are non-native Finnish</li> <li>• 13,700 refugees and asylum-seekers</li> </ul>
France	about 60.2 millions	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 500-600,000 Gypsies and travellers</li> <li>• 140,200 refugees and asylum-seekers</li> </ul>
Germany	about 82.0 millions	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 7.9% of total population are not German nationals</li> <li>• 3.3% of total population belongs to a visible minority</li> <li>• 1,320,000 refugees and asylum-seekers</li> </ul>
Greece	about 10.5 millions	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1-1.2% of total population belongs to the Muslim minority</li> <li>• about 2.8% of total population are Gypsies</li> <li>• more than 10% of total population are estimated to be the foreign population including illegal immigrants</li> <li>• 5,900 refugees and asylum-seekers</li> </ul>
Ireland	about 3.6 millions	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1.1% of total population was born abroad or was living abroad a year ago</li> <li>• 9,000 refugees and asylum-seekers</li> </ul>
Italy	about 57.6 millions	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2% of total population are foreigners</li> <li>• 68,300 refugees and asylum seekers</li> </ul>
Luxembourg	about 0.4 millions	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 13% of total population are of Portuguese origin</li> </ul>

### T3E [UK] Race & Drugs Project

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• 700 refugees and asylum seekers</li> </ul>
Netherlands	about 15.8 millions	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 8.1% of total population belong to a visible minority</li> <li>• 9.8% of total population are assimilated minorities</li> <li>• 131,800 refugees and asylum seekers</li> </ul>
Portugal	about 10.0 millions	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1.8% of total population are foreigners</li> <li>• 0.5-0,6% of total population are Gypsies</li> <li>• 340 refugees and asylum seekers</li> </ul>
Spain	about 39.6 millions	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1.8% of total population are foreigners</li> <li>• 1.4% of total population are Gypsies</li> <li>• 6,000 refugees and asylum seekers</li> </ul>
Sweden	about 8.9 millions	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 11% of total population are people born abroad</li> <li>• 178,000 refugees and asylum seekers</li> </ul>
Great Britain	about 56.8 millions	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 6.5% of total population are not white or are visible minorities</li> <li>• 197,100 refugees and asylum seekers</li> </ul>
<b>EU</b>	<b>about 374.5 millions</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>percentages cannot be estimated as data on minorities differ from country to country</b></li> <li>• <b>about 2.3 millions refugees and asylum seekers</b></li> </ul>

### 3.3.7: Demographic Characteristics of Minorities

Regarding the demographic characteristics of minority groups across the EU, the data collected allows us to draw some initial conclusions, which the preceding table as well as the following ones illustrates:

**Table 3: Selected important indications of different demographic characteristics and of social exclusion of various minority populations across the EU.**

Country	Majorities	Minorities
Austria	<ul style="list-style-type: none"> <li>• less than 50% of Austrian nationals receive wages instead of salaries</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• location and spread of all minority groups is unclear</li> <li>• foreign labourers are not highly educated and are less skilled</li> <li>• 75% of women and 90% of men who are foreign nationals receive wages and their</li> </ul>

		<p>median wage is 10% below that of Austrian wage recipients</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• same unemployment rates among foreign nationals as in total population</li> </ul>
Belgium		<ul style="list-style-type: none"> <li>• location and spread of most minority groups is unclear except for Brussels where most Moroccans and people from Zaire are concentrated</li> <li>• Maghrebians and Turkish workers work in unskilled and temporary employment</li> </ul>
Denmark	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 33.5% of the total population lives in and around Copenhagen</li> <li>• 6% of native Danish population is unemployed</li> <li>• 180,000kr is the average income for the native Danish</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 52.2% of foreigners live in Copenhagen and its suburbs</li> <li>• 26% of people belonging to a visible minority are unemployed</li> <li>• 123,000kr is the average income for visible minorities</li> <li>• visible minorities are over-represented in homelessness figures</li> </ul>
Finland	<ul style="list-style-type: none"> <li>• females and males are almost equally distributed in total population</li> <li>• 11.4% is the national unemployment rate</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• most Africans are males and most Eastern Europeans females</li> <li>• 30-35% of Russian immigrants and 20% of Estonians are unemployed</li> <li>• average income of people belonging to a visible minority is lower</li> </ul>
France	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 42.8% of French people live in</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 65% of foreigners live in urban areas where the greatest concentration is Île de France;</li> </ul>

T3E [UK] Race & Drugs Project

	urban areas	<p>Rhône-Alpes; and Provence- Côte D'Azur</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Gypsies largely around Paris, Marseilles, Montpellier, Toulouse</li> <li>people belonging to a visible minority are proportionally more unskilled</li> <li>more males than females in foreign populations</li> <li>foreigners are much younger as a group</li> <li>lack of proper education and, therefore, illiteracy very high amongst Gypsies and Travellers</li> </ul>
Germany	<ul style="list-style-type: none"> <li>the national unemployment rate is at 9.2%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>16% of migrants are unemployed</li> <li>concentration especially in the Federal states of Baden-Württemberg (12.3%), Berlin (14.0%), Bremen (12.2%), Hamburg (18.2%), Hessen (13.9%) and Nordrhein-Westfalen (11.2%) with the highest concentration in Frankfurt (24.4%)</li> <li>manual and not secure employment at high percentage for migrants</li> <li>low payment for migrants</li> </ul>
Greece		<ul style="list-style-type: none"> <li>temporary, manual, low paid work for immigrants</li> <li>only 2% of immigrants with higher degree use their qualifications</li> </ul>
Ireland		<ul style="list-style-type: none"> <li>evidence has recently been coming to light of the xenophobia and racism being experienced by migrants from Eastern Europe as well as from the developing world.</li> </ul>
Italy	<ul style="list-style-type: none"> <li>males and females are almost equally distributed amongst the total population</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>83% of all migrants live in Central and North Italy</li> <li>28% of all foreigners live in Rome and Milan</li> <li>majority of Africans are males and majority of Asians are females</li> <li>the vast majority of foreigners are below 40</li> </ul>

		<p>years of age</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>regular foreign employees constitute 50% of all household employees</li> </ul>
Luxembourg	<ul style="list-style-type: none"> <li>about 30% of total population are over 50 years old</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>less than 10% of the Portuguese are over 50 years old</li> </ul>
Netherlands	<ul style="list-style-type: none"> <li>2% increase of autochthon population in the 1990s</li> <li>22% increase of autochthon population living in urban areas</li> <li>4% unemployment among the autochthons</li> <li>65% participation rate in labour force among the autochthons</li> <li>f. 50,000 average annual household income among the autochthons</li> <li>4% of total population receive welfare benefits</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>33% increase of allochtone populations in the 1990s</li> <li>50% increase of allochtone populations living in urban areas</li> <li>16% unemployment among the allochtones</li> <li>50% participation rate in labour force among the allochtones</li> <li>f. 37,000 average annual household income among the allochtones</li> <li>23% of allochtones receive welfare benefits</li> </ul>



### T3E [UK] Race & Drugs Project

Portugal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• more than 60% of Europeans are older than 30 years of age</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• majority of foreigners live in Lisbon</li> <li>• males are more than females amongst foreigners, especially amongst the Africans</li> <li>• 60% of Africans are below the age of 19</li> </ul>
Spain	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 26% of the total Spanish citizens are below the age of 20</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 60% of Gypsies are below the age of 20</li> </ul>
Sweden	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 5% unemployment among the Swedish citizens</li> <li>• 11% of Swedes are self-employed</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• immigrants are employed mainly in manual jobs</li> <li>• 14.2% unemployment among foreigner citizens</li> <li>• 25% of Iranians and 20% of Turks are self-employed</li> </ul>
UK	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 19% of white people living in the major urban areas are located in low income areas</li> <li>• 28% of white people live in households with less than half the national average income</li> <li>• about 6% of white people are</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• visible minority populations are younger than white population</li> <li>• visible minority populations have higher percentage of males to females than there are in the white population</li> <li>• 45% of visible minority populations live in London</li> <li>• 50% of visible minority populations living in the major urban areas are located in low income areas</li> <li>• 87% of Bangladeshi, 84% of Pakistani and 45% of Indian live in households with less than half the national average income</li> <li>• black pupils are more likely to be excluded from school than others</li> <li>• more than 20% of Bangladeshi and Pakistani are unemployed</li> <li>• The Standard Mortality Ratio (SMR) amongst</li> </ul>

	<p>unemployed</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2% of white households live in overcrowded conditions</li> </ul>	<p>visible minorities is higher</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>15% of minority ethnic households live in overcrowded conditions</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Visible Minorities are over-subscribed in Criminal justice system</li> </ul> </li> </ul>
--	---	--

### 3.3.8: Anti-Discriminatory Legislation

Finally, the existence of policies aiming at combating racial discrimination against minority populations is found to be commensurate with the experience of dealing with such problems and with the long history of immigration and settlement. Such is the case for countries such as the Netherlands and the UK, both having large groups of settled minority populations over several generations, and both with anti-discrimination legislation in place. France, however, which shares a similar history, is different in its approach, encompassing and enshrining anti-discrimination in the idea of the First Republic, declaring the universal brotherhood of man, liberty and equality<sup>1</sup>. The main distinction between the two approaches, those of Netherlands and UK on the one hand, and on the other of the French and similar approaches, e.g., Portugal, is that the former allows for group discrimination to be legislated against while the latter approach is based on individual cases. Generally speaking, most countries that have only relatively recently started experiencing immigration are in the process of putting, or still have to put anti-discriminatory structures into place. This task could be facilitated by, for example, the European Convention on Human rights to which they are signatories. It should be pointed out that, at the point of compiling information for this report great many changes are already underway. Portugal and Italy for example, are beginning to employ policies to target social exclusion – usually in conformity with the European legislation - even if such policies (e.g. minimum wage) do not target minorities in particular but any group that is socially excluded. Finally at EU level the Declaration Against Xenophobia and Racism (1986) and the Resolution of the Council on the fight against racism and xenophobia (1990) have recently been further strengthened.

3.3.9. There was a consensus and understanding among the partners about the overall contextual background described in this section above, which had been forged during the course of our previous work. This helped to concentrate our focus on the production of guidelines.

---

<sup>1</sup> The French Constitution vis-à-vis race discrimination can be characterised as enshrining a principle of equality, non-recognition of “minorities”, and most of the time, prioritising rights and freedoms above nationality. Article 2 of the 1958 Constitution, which is still in force, provides that France is “*an indivisible secular, deomocratic and social republic. It ensures equality before the law to all citizens without distinction as to race or religion. It respects all faiths.*”. In 1991 it was confirmed that in addition to the above provision, the more extensive Declaration of Rights (1789) and the preamble to the 1946 Constitution provide legal norms which cover also protection against racial, ethnic or national discrimination. Legislation was also enacted in 1972 forbidding discrimination in employment, housing and the furnishing of goods and services.

## **4. Programme of activities**

### **4.1. Brief description of the partners involved:**

There were seven partners involved in all. The names of the institutions and of the lead persons from each institution are provided in section 2.3. above (pages 5-6). Of these one is a public service (SERT Reggio Emilia) and the other six are NGOs. Two partners are Dutch, two from England, and one each from Italy, France and Portugal. The two English partners, SATO Picardie from France and Tjandu from the Netherlands provide residential and day services. The Portuguese partners do not engage in drugs work directly and are linked to the European Anti-Poverty Network and, therefore, work on poverty and social exclusion generally. More detail is provided in the following section, which deals with the programme of activities.

4.2. The contract envisaged three meetings between partners: one at the beginning, one at the interim stage and one towards the end of the programme. It was agreed at the outset that the first meeting should take place in London, the second, at the interim stage in Amsterdam and the final meeting in Bologna. It was further agreed that the business of the first meeting would concern itself with an update from each of the partners and that the agendas of the other meetings would be set at the conclusion of the previous meeting. It was also agreed that T3E [UK] would send briefings and agendas. Travel and accommodation arrangements were determined between the host institution, partners and T3E [UK].

### **4.3. London Meeting (26-27 October 2001)**

4.3.1. This meeting took place on 26-27 October 2001, at Birkbeck College, London University. The general theme of the meeting was on what minimum implementation structures were deemed necessary for processes of kick-starting race-equality based changes. If time permitted the idea was to move on to examining good employment procedures and practices. (A copy of the briefing sent out to the partners is attached in appendix form.) Professor Umberto Nizzoli from SERT Reggio Emilia sent apologies for his absence together with a document about the activities that had been initiated and further ones that were in the planning process. Jan Lawalata, from Stichting Tjandu was also absent and sent his apologies. Jan King from Milton House and Jerry Sutton from Inward House sent two deputies to represent their organisations, respectively Sean Coody and Linda Bush. In addition Teodora Ciolompea an exchange placement at Milton House from Rumania was also present.

4.3.2. The meeting shared information between partners and provided an update on the activities that had been engaged in. This is summarised in the table below:

**Table showing the change profile of partner institutions.**

<b>Partner Institution</b>	<b>Change Profile</b>
<b>Inward House</b>	<p>Inward House, largely a residential rehabilitation institution, with some satellite offices in neighbouring districts joined in the piloting because of on-going concerns that they were not able to access or attract visible minority drug users to the service. Inward House is situated in a region of social and economic stagnation, with problems of racism and inter-communal strife. Most of the visible minorities in the region are of Pakistani origin, whose families came during the 60s and 70s. All the social indicators would suggest that there was strong likelihood of drug use amongst these persons, with particular regard to the younger age group, i.e., those who were born in UK.</p> <p>As a consequence, the Chief Executive of Inward House contacted T3E [UK] for advice and support. Information was sent and a visit made to Inward House made by T3E [UK]. Following this, the issue of change based on our Action Points document was processed for agreement by the Council of Management and by staff and residents. As a consequence, an EOP working party was set up. T3E [UK] attended a meeting of the working party to provide briefing on the Action Points document. Further training was bought in from an independent consultant and trainer who carried out training over one week covering Trustees, Managers, front-line workers and clients. This training led to the development of a strategic plan locking into the Action Points document, which had been found to be both pragmatic and clear. This document has been referred to in all dealings with the local commissioning and purchasing bodies for the latter's monitoring and evaluation role.</p>
<b>Hard Drugs Streetcornerwork</b>	<p><i>Piet de Groot, the Director of the Institution's branch, situated in the South-Eastern part of the city of Amsterdam, had been a T3E [UK] partner during the piloting stage from 1997 onwards.</i></p> <p>The organisation has been going for about 31 years and was set up to help deal with the heroin epidemic of the early 70s. Its strength arises from being based upon some founding principles of street work originating from New York when it was still known as New Amsterdam. These founding principles are based upon a culture of</p>

	<p>welcoming immigrants.</p> <p>The majority of their work as the name would imply, consists of working in the streets in order to help those with drug and drug related problems. However, being situated where they are, in an area with a demographic concentration of different visible minorities, there was a need for a multi-lingual, multi-cultural approach from the outset. This came easily because of the philosophical aims which lie behind the project. Having examined and considered the Action Points document they found it helpful in reinforcing their activities. Some of the changes they had brought about have been evaluated during our previous reports. They were present now to assist in the drawing up of revised guidelines at EU level.</p>
<p><b>Milton House</b></p>	<p>Milton House had replaced Cranstoun Drug Services who had informed T3E [UK] only belatedly that they were unable to be partners.</p> <p>Milton House consists of a residential service as well as a day programme for recovering drug users. It is based in a part of Islington, which is adjacent to considerable numbers of visible minorities living in the Borough. These visible minorities include West Indian, Bangladeshi, other South Asian, Turkish and Greek origin populations. Milton House based its strategic changes on process, identifying what had been done on the race-equality front, what was needed to be done, and on what obstacles existed preventing change from coming about.</p> <p>A working party had been set up consisting of the Director and one member of staff from each programme. T3E [UK] was then invited to introduce and to facilitate the Action Points for Change document to the EOP working party. Milton House were also in contact with Inward House, who had started the piloting earlier. The issues identified as needing action were: policy revision, staff training, client access and external publicity. They were working on these issues and found the Action Points document clear and helpful. They had also sought support from CRE.</p> <p>The main obstacles for change were identified as: motivating staff, the interruptions caused by the level of staff departures and their replacement, an ongoing process of organisational restructuring, and the difficulties inherent in reconstituting a working group due to staff changes.</p>
<p><b>SATO Picardie</b></p>	<p>SATO Picardie is a large organisation providing both residential and day services throughout Picardy. The Race &amp; Drugs Project had carried out an in-depth evaluation of its equalities profile. The organisation employs a number of visible minorities as well as having</p>

	<p>clients of Turkish, Maghrebian and Antilles (West Indian) origin.                  For reasons given earlier, the French constitution, and hence French law does not permit the classification and hence the counting of visible minorities living there. However, there are discernible changes to what we may call its 'race' profile in terms of members of staff and clients. Despite this, the Action Points document has been translated into French and its contents seem to have been addressed.                  The meeting was also informed that new documents have appeared in France addressing the question of racism and the means to combat it.</p>
SERT Reggio Emilia	Deferred to Amsterdam Meeting
Stichting Tjandu	As above

4.3.3. For the second day of the planned Forum meeting the Coordinator was unable to attend because of contracting a viral infection and the meeting had to be adjourned.

#### 4.4. Amsterdam Meeting (19-20 April 2002)

4.4.1 The Forum Meeting in Amsterdam took place on 19-20 April 2002. It was hosted by Streetcornerwork, our partners in that city and held in their offices. All partners attended the meeting, with the exception of SATO Picardie, who sent apologies.

4.4.2 Friday 19 April was a stock-taking session and for addressing issues left over from London:

- a) **Stichting Tjandu:** Jan Lawalata clarified that his organisation, which had been set up some 20 years or more earlier because of the situation facing the Moluccan population in the Netherlands; because of the rising numbers of Moluccans with drug dependency problems; and because it was felt that nothing was being done by the Dutch agencies to tackle this problem. Tjandu was set up at the initiative of Jan Lawalata and other Moluccan community leaders as a programme for Moluccans with a drug problem. It has a residential service in the countryside near Utrecht as well as a day service and operational office in Utrecht itself. The existence of the Tjandu treatment and rehabilitation programme and its success since has been confirmed by epidemiological data that reveals that drug problems amongst the Moluccan community had dramatically decreased and compared well with the general Dutch epidemiological data.

Jan Lawalata and his colleagues have also used the success of their programme to:

- having become a lobbying force to be reckoned with and one which the Dutch Government takes seriously at national and the local level
- Lobby NeViv, (now re-organised and replaced by GGZ), the Dutch umbrella organisation for drug services, which is a little akin to the role played by SCODA in England. This lobbying has been successful in that NeViv has several years ago established a multi-cultural platform for addressing issues of race-equality
- Promote the interests of other visible minorities in Holland, such as the Surinamese, Moroccans and Turks.
- Produced numerous kinds of information such as leaflets and guidelines to assist Holland's visible minorities

b) **SERT Reggio Emilia:** this institution, which has been the only public as distinct from voluntary service involved in the T3E [UK] piloting programme. It is situated in the town of Reggio Emilia, in the region Emilia-Romagna, one of the wealthier regions of Italy that has traditionally attracted migrants from other parts of Italy, and that now attracts them from other parts of the world.

The factor that has characterised the SERT response from the outset is the recognition by Professor Umberto Nizzoli, who has overall regional responsibility for drugs, alcohol and mental health, and who moreover is the Italian Correspondent of T3E, that the issue of racism and migration is one of the most important questions facing Europe today and posing questions that the service he was charged with needed to respond to.

As a result, as soon as our Action Points had emerged in its first draft format, SERT Reggio Emilia obtained a copy and had it translated into Italian. Its study led to the basis of our partnership pilot project. SERT Reggio Emilia has:

- circulated the document internally and involved staff in service development, even in the satellite clinics in the surrounding hills to the north-east;



## **T3E [UK] Race & Drugs Project**

- invited a multi-agency approach, including Urban Security, the syndicate of trades unions, the local church, and the Imam of the local mosque, whose access to the prison to visit North Africans imprisoned in connection with drug use was facilitated
- publicised the initiative by organising regional and national conferences
- established a consultation forum for representatives from the different visible minorities living locally: North Africans, people from different parts of West Africa, Chinese, Sri Lankans, Somalis, etc.
- an ongoing agenda on 'race' and drugs by evaluating how the changes work out in practice, which is ultimately aimed at client satisfaction

4.4.3. Saturday's meeting consisted of taking stock and reflections on what had been achieved by different partners. The partners also had the opportunity to make a tour of Harddrugs Streetcornerwork. Some partners had to depart early and the meeting was adjourned, therefore, after lunch.

## **4.5. Bologna Meeting (Reggio Emilia) Friday 25 - Saturday 26 October 2002**

4.5.1 All the partners were present except for the French because the lead person from SATO had urgent work-related affairs to attend. However, Adelaide Gomes from REAPN, Portugal did attend. Her presence was due to the fact that our previous partner from CAT Restelo was unable to act as a partner for technical reasons.

4.5.2. An agenda for the meeting is attached. While the agenda was generally adhered to and the principles of the Treaty of Amsterdam were clarified, this was followed by a free-flowing discussion about what the guidelines should finally look like.

4.5.3. An additional item for the agenda was a meeting with the Multi-Cultural Forum created by SERT for consultation purposes. This consisted of about 15-20 representatives of various community groups living in the area. These included representatives from Chinese, West African, Arab, North African and other groups. They discussed their concerns about the drug and drug-related amongst their communities. This was part of an ongoing discussion and exchange of information function whereby SERT could offer support.

#### 4.5.4. **The Guidelines:**

4.5.4.i. **The Forum agreed on the following issues for the revised document to take on board:**

- ◆ **A changed situation for all visible minorities across EU, following the catastrophic events of '9/11' in USA. It was emphasised that while Europe's recognisable Muslim populations, recognisable by virtue of name or other visible symbols, were the main targets and victims of anti-migrant groups, other visible minorities also felt more uncomfortable, unwelcome and insecure because of the fear that all who looked different were under suspicion and, therefore unprotected by the law when attacked.**
- ◆ **There was, therefore, an urgent need for initiatives similar to the one we had taken in the drugs field**
- ◆ **It was felt that a logical outcome of the Project was the need to establish a pan-EU Forum for the drugs field that could address issues of race and drugs and act as a resource.**

4.5.4.ii. **On the Action Points for Change document:**

- ◆ A recognition that at its heart it envisages a **change in the work-place culture**
- ◆ A recognition that the document had helped the partners in realising structured and focused change
- ◆ A need, therefore, to revise the document in order to accommodate the piloting experience
- ◆ A need also for the revised document to be put in clear and simple language

4.5.4.iii. There was general consensus that the piloting experience had shown the need for policy, procedure and practice development infrastructure and processes in the organisation.

- This confirmed the findings of our original report that often the changes that had taken place in agencies across EU were usually the result of *ad hoc* initiatives taken by individual by members of staff, but that if changes were going to have lasting effects there was a need for implementation and accountability structures
- **Monitoring, reviewing, evaluation and re-programming infrastructures were also needed.**

4.5.5. The meeting ended on a positive note in recognition of how far the partners had already traveled and of how much more there was still to be achieved. There was a recognition of the role the partners could play internally within their respective countries with other drug services; of a lobbying role that they could have for lobbying government departments; and, of acting as a resource for drug services from EU countries, providing funds were available to work trans-nationally. Finally, and commensurate with the previous points, the partners also felt that there was an EU role they could also have in the form of a semi-permanent Forum that met regularly and which could include also representation from EC and from EMCDDA.

## 5. **Evaluation and recommendations**

### **A. Evaluation:**

5.1. The Project has been tuned in to the perspective of our partners, their experiences and their ongoing concerns. Given the constraints of time and finances we have made every effort to support our partners and been available to offer support and advice by phone and by E-mail. Given also the constraints on time and resources of our partners we felt that they have shown every commitment to progressing changes internally in a systematic and structured manner. This has been the primary achievement of the Project and its benefits for the partners.

5.2. There have been obstacles in extending this Project to include other countries. However, information has been available on T3E's website. We do feel that

organisations in other countries do feel the need to make changes to fully accommodate the needs of drug users of visible minorities. However, the health structures and systems in these countries have not, to our knowledge, issued guidelines or taken other actions to address these kinds of health inequalities. (UK and Netherlands are the only two EU member states that have got Government structures in place to address issues of 'diversity'. There is perhaps also a space at EC level to specifically encourage and address the needs of visible minorities through programmes and other actions. There would appear to be need for some joined-up action between EC, EMCDDA, and EUMC. Our previous work across would indicate need. This need is also confirmed by virtue of the fact that we have been asked by other networks, notably by FESAT and ERIT to address issues of race and drugs, there the workshops have always been well attended and participants have approached us for help and support.

5.3. The actions taken by our partners do provide the basis for a pan-EU approach. An analysis of the table showing what actions have been taken by different involved institutions and agencies reveals the following essential core components for a pan-EU model:

- A recognition within the management and leadership of an agency from the outset that change needs to come about in a structured and systematic way and not simply *ad hoc* action
- A knowledge and understanding of the Member State's anti-discriminatory legislation and of EU anti-discriminatory legislation; what it means in practice in order to transpose the legislation and incorporate and develop an anti-discriminatory policy covering race (and gender, disability, etc.), which is commensurate with their employment, services and user involvement responsibilities.
- Developing such an approach needs to involve the following:
  - THE MANAGEMENT COMMITTEE OR BOARD OF TRUSTEES to secure commitment to and ownership of the policy. In other words to understand equal opportunities policies and to feel comfortable in progressing and directing change
  - MANAGERS who would take responsibility for it
  - THE STAFF who have the front-line knowledge and experience and who largely will be implementing it
  - USERS, in particular users from visible minority groups
  - COMMUNITY BASED SELF-HELP ORGANISATIONS, in particular visible minority ones who are in a position to say what is needed and act as a resource
- There are a number of policies which are helpful for ensuring that issues of anti-discrimination are properly addressed in agencies, including:
  - An Equal opportunities policy
  - An Human Resources policy
  - A Service Development programme

- A Communications Strategy (for internal and for external purposes)
- Whichever policy or policies are to be taken forward, an implementation process needs to be worked through which will contain a number of different elements including:
  - A separate budget allocation in place for race equality policy development and its operation
  - Possibly a special staff/management sub-group specifically to work on the implementation process for change
  - Specifics about which objectives are being established in each area and what the expected timetable for the accomplishment of each of the objectives
  - Detailed responsibilities of the policy built into the agency's decision-making for a, e.g., staff meetings
  - Annual evaluation involving the agency personnel, users and community networks. (The monitoring process should be part of somebody's specific job description)
- The two principal areas for action are EMPLOYMENT and SERVICES. These are covered at length in the Action Points for Change document, which also cover the third important element: COMMUNITIES.

## **B. Recommendations**

- 5.4. We do not wish to be over-prescriptive. Experience demonstrates that agencies that are fully geared to change are good at finding their own solutions. However, we are aware that few EU countries have a tradition or history of addressing inequalities. Therefore, it is likely that a Member State's health service, for example, may not be geared to implementing EU's anti-discriminatory legislation. For this reason, we feel that there is a central responsibility that devolves at EU level. EU has a legal platform from which initiatives, like the ones envisaged in the section above, gain a firmer foothold in Member States.
- 5.5. Therefore, we request the European Commission, to give serious consideration to addressing issues of racial discrimination and inequalities. We appreciate that EC's current funding applications for public health programmes do carry transversals, such as health inequalities. We feel that these transversals should carry greater weight in the assessment of applications, in particular the issue of racial discrimination and disadvantage.

## **6. Added value**

We would like the EC to note that as a consequence of its funding of our Project, for which we are deeply thankful, the Project's ongoing work, in UK in particular, but also elsewhere, has developed considerably:

- ❖ 1999-2001: the Project was awarded an EMCDDA contract to carry out "Mapping of all available information on drugs and social exclusion, focusing on "minorities" across 15 EU Member States

### T3E [UK] Race & Drugs Project

- ❖ T3E [UK] has continued its partnership with Sastipen. This has involved working to facilitate drug and drug related issues in UK relating to gypsies and travelers. UK partners involved in these activities have included the Irish Travelers Movement and the Home Office Drugs Prevention Advisory Service (DPAS) in the East of England. There is now growing interest in this work in UK, for example, the UK Drugs Strategy Directorate (DSD) is organising regional conferences on 'Diversity', which include gypsies and travelers in their remit and where the training materials for mediators prepared by Sastipen are being looked at for translation purposes
- ❖ 2000: the UK Government's Drugs Strategy Directorate (DSD) invited T3E [UK] to develop a training module for its DPAS Personnel on "Race, Drugs & Diversity"
- ❖ An interest was shown in this module by Dr Betsy Thom, Head of SPRC, Middlesex University in having it further developed for offer as an option for students on the distance learning MSc, Drugs in Society. It is anticipated that this will be happening as from September 2004
- ❖ Our Research Associates have been invited by the East Midlands Drug Strategy Directorate to provide race-equality training for its DAT Coordinators. The initial training was found to be of such merit, in particular by the participating trainees that we have since been invited to carry out more in-depth follow up training by the Home Office. The Project has benefited considerably from the advances made by Drs Neville Adams and Peter Fraser. They have fully collaborated in developing a post-graduate level distance learning module; they have stepped in because of the increasing call on our services and provided much needed additional resources for us. Neville Adams, who was originally involved as a partner (1975-77), has been of particular help in producing materials for the guidelines and mind-maps. They both need to be acknowledged.
- ❖ The active role of the Board of Trustees has been of vital support and it has been important.
- ❖ A by-product of all this support and the activities that T3E [UK] has been engaged in has helped us build up more training and technical resources.
- ❖ Our Project has been well publicised through articles contributed to specialist journals, such as 'Druglink' and through speaking at conferences and facilitating workshops.

---

<sup>i</sup> The term 'visible minorities' is used throughout to refer to those who are racially discriminated against, largely because of skin colour, other physical characteristics, or stigma attached to the body such as name. The preference for this term is no mere eccentricity. There are practical and political reasons for avoiding terms such as 'ethnic minorities.' The practical difficulties with 'ethnic minority' for applied social research have long been known to social scientists (see Moynihan, D, in *Beyond the Melting Pot*). The political problem is that it has often, even if not always, been used as a euphemism to refer to non-white people, and continues to be used so today. Moreover, in today's global situation the term has become politically over-loaded. The problem with using 'Black' as a generic term is that it is not always clear who among non-whites is included and who is not. We accept the impossibility of finding a term acceptable by all, and therefore we have taken a leaf out of the report *Preventing Racism at the Workplace* (European Foundation for the Improvement in Living and Working Conditions) and opted for the term 'visible minorities'.

<sup>ii</sup> These revised guidelines are also being forwarded to T3E in order for them to be placed on the website.

<sup>iii</sup> This refers to the project we had carried out for EMCDDA on the "Mapping of All Available Information on Drugs and Social Exclusion Among 15 EU Member States" (1999-2001)

Ce rapport a été produit par un contractant pour la Direction Générale de la Santé et Protection des Consommateurs et représente les opinions du contractant ou auteur. Ces opinions n'ont pas été adoptées ou en aucun cas approuvées par la Commission et ne représentent pas nécessairement l'opinion de la Commission ou de la Direction Générale de la Santé et Protection des Consommateurs. La Commission Européenne ne garantit pas l'exactitude des données délivrées par cette étude, de même qu'elle ne accepte aucune responsabilité de l'usage qui en est fait.