

ANNEXE 1

I - Les Orientations européennes

Fin novembre 2008, l'Union Européenne a publié un plan d'actions drogue 2009-2012 dans le cadre de la stratégie antidrogue de l'Union Européenne 2005-2012 qui vise à offrir un niveau élevé de protection, de bien-être et de cohésion sociale par la prévention et la réduction de la consommation de drogue.

L'approche à long terme de cette stratégie est fondée sur deux axes clés :

- réduction de la demande : il s'agit d'améliorer la coordination et la coopération et sensibiliser l'opinion publique, réduire la demande de drogue par des mesures de prévention de soins et de réduction des risques, notamment à l'intention des personnes vulnérables et ce, pour l'ensemble des toxicomanies.
- réduction de l'offre en renforçant l'efficacité de la répression

Ce plan se fixe comme objectifs pour réduire la demande :

- de prévenir la consommation de drogues et les risques qui y sont associés et retarder la première consommation de drogues en développant des actions de prévention à caractère général notamment à l'intention des jeunes dans les écoles et leur lieux de vie et pour les adultes dans leur lieu de travail et en prison.
- De prévenir les comportements à haut risque des toxicomanes en perfectionnant les techniques de dépistage, et d'intervention précoce et en mettant en place une prévention sélective évaluée efficace pour les groupes vulnérables risquant de tomber dans un usage problématique de drogue, y compris la consommation de drogue par injection.
- De renforcer l'efficacité des traitements et de la réadaptation en améliorant la disponibilité, l'accessibilité et la qualité des services en mettant en œuvre des programmes de réinsertion sociale.
- Assurer au détenus toxicomanes l'accès aux soins de santé afin de prévenir et de réduire leurs problèmes de santé liés à l'abus de drogues en mettant en place des services préventifs, thérapeutiques, de réduction des risques et de réadaptation à l'intention des détenus qui soient équivalents aux services offerts en dehors des prisons. Il faut également accorder une attention particulière au suivi médical après la sortie de prison.
- Garantir l'accès aux services de réduction des risques afin d'endiguer la propagation du VIH, de l'hépatite C et des autres maladies infectieuses transmissibles par le sang liées à la consommation de drogues.

II - Les orientations nationales

1- Les Lois

- La Loi relative à la politique de santé publique du 09 août 2004
- La Loi Evin du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme. Concernant la consommation de tabac, elle renforce le dispositif législatif en posant le principe de l'interdiction de fumer dans les locaux à usage collectif en interdisant toute publicité directe ou indirecte en faveur du tabac.
- la Loi Hôpital Patient Santé Territoire (sous réserve du vote définitif de la Loi d'ici juillet 2009) : elle définit l'éducation à la santé comme comprenant notamment la prévention comportementale et nutritionnelle, la promotion de l'activité physique et sportive et la lutte contre les addictions. Elle s'exprime par des actions individuelles ou collectives qui permettent à chacun de gérer son patrimoine santé. Cette loi interdit notamment de la vente d'alcool aux mineurs et dans les stations service sous certaines conditions. Elle interdit « d'offrir gratuitement à volonté des boissons

alcooliques dans un but commercial ou de les vendre à titre principal contre une somme forfaitaire, sauf dans le cadre de fêtes et foires traditionnelles ou dégustations ». Pour lutter contre le tabagisme, elle interdit de vendre des cigarettes aux moins de 18 ans

2- Les plans nationaux

La politique publique française en matière de lutte contre les drogues et les toxicomanies s'organise autour de 5 grands axes :

- la prévention, la communication et l'information
- l'application de la loi
- les soins, l'insertion sociale, la réduction des risques
- la formation, l'observation et le recherche
- l'international

Ces 5 axes sont repris pas le récente plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011 publié par la MILDT en Août 2008.

Ce plan gouvernemental reprend, dans son axe 3, les orientations du plan national de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011 afin d'assurer une complète cohérence des orientations nationales.

Aussi cet axe 3 comprend les 6 priorités suivantes :

- améliorer l'organisation de la prise en charge des addictions dans les établissements de santé
- mieux prendre en charge les addictions dans les centres médico-sociaux
- articuler davantage l'offre de soins en ville avec les secteurs sanitaire et médico-social
- développer la prévention
- renforcer la formation des professionnels en addictologie
- coordonner davantage la recherche en addictologie

Les dispositions précises du plan cancer Plan Cancer 2003-2007 sont reprises notamment au regard de la stratégie mise en place pour lutter contre le tabagisme : rendre plus difficile l'accès au tabac, faire appliquer l'interdiction de fumer dans les lieux collectifs, mettre en place des opérations « école sans tabac », faire appliquer l'interdiction de la promotion du tabac, mobiliser les associations dans la lutte contre le tabac, aider à l'arrêt du tabac par des actions volontaristes d'éducation à la santé, lutter contre le tabagisme des femmes enceintes.

En complément, le plan périnatalité 2005-2007 a organisé la mise en place d'un entretien individuel du 4^{ème} mois afin d'initier un dialogue plus précoce permettant l'expression des attentes et des besoins des futurs parents. Il sera aussi l'occasion d'aborder les questions notamment sur ses comportements à risque.

3- Le dispositif réglementaire

Les constats :

- Fragmentation entre le dispositif de prévention, le dispositif de prise en charge sanitaire et le dispositif médico-social et le dispositif d'insertion (sociale et professionnelle)
- Centré sur les addictions avec produits

a) le dispositif de prévention

De nombreux dispositifs sont mis à la disposition des acteurs régionaux et départementaux pour promouvoir des actions de prévention auprès d'un public varié et qui sont pilotés notamment par la

MILDT via les plans départementaux MILDT et le GRSP via le PRSP.

- décret du 6 septembre 2004 interdisant la vente de tabac aux mineurs de moins de 16 ans
 - Maisons des adolescents sont instaurées par la circulaire du 4 janvier 2005 à l'intention des adolescents, de leurs parents et des professionnels. Elles constituent des lieux d'accueil au sein d'un réseau de partenaires associant les professionnels de la santé, de la jeunesse, les services de l'Etat et les collectivités territoriales.
 - Le réseau Hôpital sans tabac a été mis en place et a créé une charte « hôpital sans tabac » qui vise 10 objectifs afin de mettre en place des actions de prévention du tabagisme.
 - Le décret du 15 novembre 2006 fixe les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans tous les lieux fermés et couverts accueillant du public ou qui constituent des lieux de travail, dans les établissements de santé, dans l'ensemble des transports en commun, et dans toute l'enceinte (y compris les endroits ouverts telles les cours d'écoles) des écoles, collèges et lycées publics et privés, ainsi que des établissements destinés à l'accueil, à la formation ou à l'hébergement des mineurs. Des emplacements réservés aux fumeurs peuvent y être installés, sauf dans les lieux accueillant des mineurs et les établissements de santé. A partir du 1er janvier 2008, les débits permanents de boissons à consommer sur place, hôtels, restaurants, débits de tabac, casinos, cercles de jeux et discothèques, sauf aménagement, éventuel, devront disposer d'un emplacement réservé aux fumeurs.
 - Prévention des conduites addictives en milieu scolaire avec un guide d'intervention pour les intervenants élaboré par la Direction Générale de l'Enseignement scolaire et la MILDT. Il doit s'intégrer dans la dynamique éducative des établissements à travers une démarche plus vaste de promotion de la santé.
 - Le dispositif Repérage Précoce et Intervention Brève en alcoologie (RPIB) : il s'agit d'une initiative de l'OMS inscrite dans un programme de lutte contre les alcoolisations excessives. Elle a ensuite été reprise par l'ANPAA dans son programme « Boire moins c'est mieux » et fait désormais l'objet d'une stratégie de diffusion à grande échelle auprès des médecins généralistes de la part de la Direction Générale de la Santé, conformément au plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool.

b) Le dispositif de soins

L'ARH, par son SROS 3ème génération, organise le dispositif sanitaire de prise en charge des conduites addictives :

La circulaire du 3 avril 2000 relative à la création de **consultations hospitalières** de tabacologie et d'unités de coordination de tabacologie

circulaire du 8 septembre 2000 relative à l'organisation des soins en définissant le cahier des charges des ELSA et en augmentant les possibilités d'hospitalisations pour sevrage, bilan et soins.

Les missions des ELSA sont de former et d'assister les équipes soignantes de l'hôpital, d'élaborer des protocoles de soins et de prise en charge, d'intervenir en tant que de besoin auprès des personnes hospitalisées et aux urgences, de développer des liens avec le dispositif de prise en charge permettant un suivi médico-psycho-social des patients. Elles mènent des actions de prévention, d'information et de sensibilisation au sein de l'établissement. Elles participent au recueil d'information et à la mise en place d'indicateurs.

Les établissements hospitaliers doivent s'organiser pour améliorer la prise en charge des personnes dépendantes et proposer plusieurs modalités d'hospitalisation : hospitalisation de très courte durée, hospitalisation complète, hospitalisations de jour, hospitalisation pour troubles psychiatriques.

La circulaire du 16 mai 2007 relative à l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie en mettant en place un **dispositif gradué** décliné en 3 niveaux :

- niveau 1 de proximité : réalisation de sevrages résidentiels simples, activité de liaison et consultations
- niveau 2 de recours : il offre des structures de court séjour : outre les missions du niveau 1, il offre la possibilité de réaliser des soins résidentiels complexes (en hospitalisation complète ou de jour) et des structures de soins de suite et de réadaptation.
- Niveau 3 de recours régional : outre les missions du niveau 2, il assure les missions d'enseignement, de formation, de recherche, de coordination régionale.

Les Décrets du 17 avril 2008 relatifs aux conditions d'implantation et aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de SSR. Les décrets du 17 avril 2008 réglementant l'activité de soins de suite et de réadaptation viennent restructurer cette activité. La réglementation antérieure (décret n°2004-1289 du 26 novembre 2004 relatif à la liste des activités de soins et des équipements matériels lourds soumis à autorisation) avait distingué l'activité de soins de suite de l'activité de rééducation et réadaptation fonctionnelle. La réforme de 2008 les réunit en une seule activité de soins de suite et de réadaptation. Le décret prévoit une seule modalité d'autorisation avec des possibilités de mentions complémentaires, dont la mention « affections liées aux conduites addictives ». La circulaire n°DHOS/O1/2008/305 du 3 octobre 2008 précise le contenu de la prise en charge attendue au titre de cette spécialité en termes d'objectifs spécifiques de prise en charge et de services attendus.

La Circulaire du 26 septembre 2008 relative à la filière hospitalière de soins en addictologie vise à la structuration territoriale du dispositif sanitaire, organisé en filières hospitalières addictologiques afin de prendre en charge globale graduée, de proximité et si nécessaire, d'avoir recours à un plateau technique spécialisé. Sur son territoire d'implantation, une filière propose des dispositifs de prise en charge couvrant l'intégralité des parcours possibles, selon la sévérité de l'addiction et les éventuelles co-morbidités associées somatiques psychologiques ou psychiatriques.

La filière fédère plusieurs maillons de l'activité addictologique que sont le court séjour, l'équipe de liaison et de soins en addictologie, les consultations hospitalières et les hôpitaux de jour, les services de soins et de réadaptation.

Cette fédération peut s'appuyer sur les réseaux de soins.

c) Le dispositif médico-social

la Loi du 04 août 2004 relative à la politique de santé publique a offert une reconnaissance législative à la réduction des risques et crée les **CAARUD** qui assurent les missions suivantes :

- accueil collectif et individuel, information et conseil personnalisé pour les usagers de drogues
- le soutien aux usagers dans l'accès aux soins
- le soutien aux usagers dans l'accès aux droits, l'accès aux logement et à l'insertion ou la réinsertion professionnelle
- la mise à disposition de matériel de prévention des infections
- l'intervention de proximité à l'extérieur du centre en vue d'établir un contact avec les usagers
- le développement d'actions de médiation sociale

Le décret du 14 mai 2007 relatif aux missions des **CSAPA** et la circulaire du 28 février 2008 relative à la mise en place des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et à la mise en place des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie fixent le cahier des charges des CSAPA qui ont vocation à remplacer les CSST et CCAA avec l'objectif d'améliorer le service rendu aux usagers en permettant une meilleure adéquation entre les moyens et les besoins sur un territoire. Les CSAPA se caractérisent par leur proximité, leur pluridisciplinarité et leur accompagnement dans la durée des patients et de leur entourage.

Les CSAPA ont pour mission :

- l'accueil, l'information, l'évaluation médicale, psychologique et sociale et l'orientation
- assurer la prise en charge médicale, psychologique, sociales et éducative et la réduction des risques
- assurer des consultations de proximité et de repérage précoce des usages nocifs
- activité de prévention, de formation et de recherche
- la prise en charge des addictions sans substances
- intervention en direction des personnes détenues ou sortant de prison

Ils peuvent fonctionner soit en ambulatoire, soit en hébergement.

La circulaire du 24 octobre 2006 fixant le cahier des charges des **communautés thérapeutiques**. Elles ont vocation à entrer dans le dispositif CSAPA puisqu'elles sont actuellement reconnues comme CSST avec hébergement. Elles s'adressent à un public de consommateurs dépendants à une ou plusieurs substances psycho-actives et proposent un hébergement collectif. Leur spécificité est de placer le groupe au cœur du projet thérapeutique et d'insertion sociale avec l'objectif d'abstinence des substances psycho-actives dont la personne est dépendante à l'admission. La participation au groupe selon des règles de vie collective représente le moteur du changement, de l'abstention de toute consommation, de l'abandon des comportements associés et du maintien de comportements de modes de vie adaptés.

Le décret du 03 octobre 2002 et la circulaire du 30 octobre 2002 relative aux **appartements de coordination thérapeutique (ACT)** stipule que ce sont des structures qui hébergent à titre temporaire des personnes en situation de fragilité psychologique et sociale et nécessitant des soins et un suivi médical. Ils s'appuient sur une double coordination médico-sociale devant permettre l'observance aux traitements, l'accès aux soins, l'ouverture des droits sociaux et l'aide à l'insertion sociale.

Les **appartements thérapeutiques-relais**, quant à eux, ont les missions décrites par l'arrêté du 15 septembre 1993. Ils sont des unités de soins à visée d'autonomie sociale mises à disposition de toxicomanes majeurs et dont l'intégration au sein d'un groupe dans une centre d'hébergement collectif n'est pas requise pour des durées limitées et nécessitant un encadrement en personnel soignants. Ils s'inscrivent dans une dynamique de socialisation en vue d'une restauration de la capacité du toxicomane à maîtriser sa situation d'abstinence et à agir de manière autonome.

d) Les dispositifs spécifiques (textes réglementaires)

- la substitution

La circulaire du 31 mars 1995 relative au traitement de substitution de la toxicomanie pour les toxicomanes dépendants aux opiacés détermine le cadre de mise en œuvre des traitements de substitution. Les traitements de substitution (la méthadone et la buprénorphine-haut-dosage) s'intègrent dans une stratégie thérapeutique d'ensemble de la dépendance visant à terme le sevrage. Afin d'apporter toutes les garanties dans la mise en œuvre de cette politique associant la médecine

libérale et la pharmacie d'officine, doivent être créés des **comités de suivi départementaux de la substitution** auxquels incombent 3 missions :

- organiser la prescription et la délivrance de ces médicaments de substitution notamment par la mise en place de réseaux entre CSST, médecins et pharmaciens
- conseiller les professionnels de santé, médecins et pharmaciens qui rencontreraient des difficultés dans la conduite et la dispensation de ces traitements
- veiller à la bonne utilisation de ces médicaments de substitution

L'initialisation des traitements peut être effectuée par les médecins au sein des CSAPA ainsi que par tout médecin hospitalier et tout médecin travaillant dans une unité de consultations et de soins ambulatoires en milieu carcéral.

- personne sous main de justice

Concernant la prévention, les personnes sous main de justice en milieu ouvert peuvent bénéficier du dispositif de droit commun. Toutefois comme les personnes détenues, elles peuvent bénéficier d'un dispositif particulier tel que celui des **conventions départementales d'objectifs justice-santé**, mises en place dès 1993. Elle constituent le dispositif national de coordination entre l'action judiciaire et l'action sanitaire. Elles visent à améliorer la prise en charge des usagers de drogues et la promotion d'actions de prévention de l'usage de substances psycho-actives dans le cadre de mesures judiciaires. La circulaire du 17 juin 1999 précise les objectifs des CDO : 4 axes sont mis en avant :

- la mise en place de permanences assurant un diagnostic de la situation des usagers
- la systématisation des interventions en détention
- la définition de réponses spécifiques pour l'accompagnement des jeunes consommateurs
- le développement d'actions en direction des personnes alcoolodépendantes.

L'opérationnalité de ces CDO est assurée par la contractualisation avec des opérateurs sous la forme de convention de prestation.

Dans la période pré-sententielle, le Procureur peut obliger une personne ayant commis une infraction à engager des soins afin d'éviter que les poursuites judiciaires ne soient engagées à son encontre. On parle d'alternatives aux poursuites. Le contrôle de l'obligation de soins est confié en général à un délégué du Procureur. Le juge d'instruction ou le juges des libertés et de la détention peuvent également obliger une personnes mise en examen à engager des soins dans le cadre de la mesure de contrôle judiciaire. Le contrôle de l'obligation de soins est confié à une association de contrôle judiciaire.

En post-sententiel, les soins font partie de la sanction décidée par une juridiction de jugement (tribunal correctionnel ou cour d'assises). Le contenu et le contrôle de l'obligation de soins sont de la compétence du juge de l'application des peines. Le condamné peut effectuer sa peine en dehors de la prison « en milieu ouvert » ou en prison « en milieu fermé ». Dans cette deuxième hypothèse, il n'est pas possible d'astreindre quelqu'un à une obligation de soins. Mais les détenus sont incités à engager des soins afin de pouvoir bénéficier de réductions de peine ou d'aménagement de peine.

L'obligation de soins peut prendre plusieurs formes :

- l'obligation de soins stricto sensu « se soumettre à des mesures d'examen, de traitement ou de soins, même sous le régime de l'hospitalisation ». Cela consiste en une orientation vers une structure sanitaire
- l'injonction de soins créée par la Loi du 17 juin 1998 et qui nécessite l'intervention d'un médecin coordonnateur ou relais
- les stages comme le stage en structure sanitaire ou le stage de sensibilisation aux dangers de

l'usage de produits stupéfiants

- injonctions thérapeutiques remises à l'ordre du jour par la Loi du 5 mars 2007.

La Loi du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive des infractions pénales complète la liste des infractions susceptibles de donner lieu à une peine de suivi socio-judiciaire, l'injonction de soins peut désormais concerner les auteurs des infractions les plus graves. La Loi du 25 février 2008 étend le champ de l'injonction de soins à la surveillance de sûreté.

Au sein des établissements pénitentiaires, les **unités pluridisciplinaires de mobilisation et de préparation à la sortie (UPS)** ont pour objectif de responsabiliser les bénéficiaires en cours de détention ou en fin d'exécution de peine et de favoriser l'acquisition de leur autonomie face à l'ensemble des difficultés qu'ils devront affronter à leur retour à a vie libre. Le programme des UPS est dédié à l'amélioration de la prise en charge sociale et sanitaire des personnes détenues présentant une dépendance aux produits psychoactifs licites ou illicites ou ayant une consommation abusive. Il s'inscrit dans les objectifs et les principes d'organisation retenus par la note interministérielle du 09 août 2001.

- femmes enceintes :

La charte « maternité sans tabac » s'inscrit dans le cadre du réseau « Hôpital sans tabac » a pour objectif de fédérer les établissements hospitaliers publics et privés pour une meilleure coordination des soins par les équipes hospitalières et inter-hospitalières dans la mise en œuvre des recommandations du consensus « grossesse et tabac », la mutualisation des expériences, la formations et les résultats.

Le Plan périnatalité 2005-2007 a décidé la mise en place d'un entretien individuel et/ou en couple systématiquement proposé à toutes les femmes enceintes, aux futurs parents au cours du 4^{ème} mois de grossesse afin de préparer avec eux les meilleures conditions possibles de la venue au monde de leur enfant. Cet entretien a pour objectif doit être l'occasion d'évoquer avec eux les questions peu abordée s avec la future mère lors des examens médicaux pré-nataux : al question des addictions et des risques pour l'enfant peuvent être abordés à ce moment.

Le réseau des PMI est également légitime pour aborder la question des addictions et leurs risques avec les futures mères ou mères de jeunes enfants.

- personnes en situation précaire :

le triptique « projet territorial partagé, le contrat urbain de cohésion sociale et l'atelier santé ville » permet d'instaurer dans des quartiers dits prioritaires une politique transversale axées sur notamment sur l'amélioration de la prévention et l'accès à la santé. Il suppose un investissement fort des élus et des services de l'Etat.

Les contrats locaux de santé permettent aussi de mener une politique de santé publique sur des territoires prioritaires jugés fragiles tant au niveau du soin que de la prévention, du dépistage ou de l'éducation thérapeutique. Ils supposent une articulation forte des acteurs de la santé

Quant aux Permanences d'Accès aux Soins de Santé sont des cellules de prise en charge médico-sociale qui doivent faciliter l'accès des personnes démunies non seulement au système hospitalier mais aussi aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social. Elles s'adressent à tous les publics présentant un problème de santé et en difficulté d'accès aux soins pour leur faciliter l'accès aux soins et leur apporter une aide concrète pour les problèmes liés aux besoins vitaux (hébergement, alimentation, hygiène et santé) en partenariat avec les acteurs locaux.

- les jeunes

Le cadre institutionnel des **consultations pour jeunes consommateurs** de cannabis et autres substances psychoactives et leur famille a évolué depuis la circulaire du 28 février 2008 qui fixe un nouveau cahier des charges (en son annexe 4) : elles s'adressent en priorité aux jeunes y compris les mineurs qui ressentent des difficultés en lien avec leur consommation de substances psychoactives. Les personnes présentant une addiction à des comportements sans consommation de substance associée peuvent y être accueillies. Une attention toute particulière doit être portée aux adolescents et aux jeunes adultes, sans pour autant totalement exclure des patients plus âgées pour lesquels ce type d'intervention s'avère utile. Leur spécificité tient à la double fonction qu'elles assurent : structures d'évaluation et d'accompagnement pour les usagers à risque, elles jouent aussi le rôle de plateforme d'orientation vers des structures spécialisées plus ajustées aux besoins du consommateur en cas d'usage nocif avéré ou de dépendance. Elles sont rattachées soit aux CSAPA, soit aux consultations hospitalières et doivent contribuer à une meilleure visibilité de l'offre de soins disponible pour l'ensemble des personnes en situation problématique avec un usage de substance ou une pratique addictive.

Le Plan de Cohésion Sociale, dans le cadre du programme 18 "Restaurer le lien social" s'est engagé sur le développement de lieux d'écoute pour les jeunes et a acté un programme de création de PAEJ. Ils s'adressent aux adolescents et jeunes majeurs rencontrant des difficultés (conflits familiaux, mal-être, échec scolaire, conduites à risque, violence, délinquance, etc.) et à leurs parents. Ils proposent un accueil inconditionnel, immédiat et anonyme et leur action s'inscrit dans un réseau d'acteurs de proximité. Ces structures peuvent mener des entretiens pour ensuite orienter vers une structure de prise en charge adéquate.

Cette formule peut être privilégiée en milieu rural pour pallier aux difficultés de déplacement des adolescents.

- la recherche/ la documentation/ l'observation

Les Centres Régionaux d'Information sur les drogues et les dépendances sont implantés dans les capitales régionales à proximité de pôles universitaires et de recherche. Ouverts aux institutionnels et aux professionnels spécialisés, ces CIRDD se positionnent comme au service des chefs de projets départementaux, des acteurs de la politique publique de lutte contre la drogue, des professionnels de prévention, de la lutte contre le trafic, de l'application de la loi et de la prise en charge sanitaire.

Les CIRDD sont organisés autour de 3 fonctions :

- documentation et information
- l'observation en prenant appui sur les relevés opérés par les échelons statistiques territoriaux des différents ministères pour porter un diagnostic régional et départemental partagé et de donner de la visibilité à la politique de prévention conduite, à l'identification des structures spécialisées en charge de conseiller, d'accueillir, de soigner, à la réalité de l'offre, de la consommation du trafic au sein du territoire
- le conseil méthodologique visant à apporter expertise et soutien aux actions de formation, d'analyse d'outils de prévention, d'évaluation de l'impact des programmes proposés. Ils peuvent aider à la réalisation d'un plan régional de formation pour les intervenants, professionnels et bénévoles, de la lutte contre les drogues et les dépendances.