

Nouvelles stratégies de prévention chez l'adolescent et le jeune adulte ¹

C. N. Robert et O. Jeanneret

Centre d'Etude de Technique législative, Faculté de Droit et Institut de Médecine sociale et préventive, Faculté de Médecine, Université de Genève

Introduction

Il n'est guère possible de développer ici les raisons qui, dans le monde actuel, rendent évidentes et parfois dramatiques les difficultés de socialisation des jeunes. La crise du savoir, jointe à la crise des valeurs fait l'objet de rapports autorisés et compétents, mettant en évidence les contradictions inhérentes

- aux différents agents de socialisation que sont la famille, l'école et les mass média,
- au fractionnement de leur action (éducation, instruction, formation technique, loisirs, etc.),
- à l'incertitude des modèles d'identification,
- à la limitation temporelle de l'action de certains agents de socialisation précédemment capitaux (famille) et à leur remplacement par des agents nouveaux, tels que les regroupements de jeunes, en marge du monde adulte (bandes, campus universitaires, communautés, etc.).

L'anomie caractérisée dans laquelle nous vivons actuellement aura donc des répercussions directes sur un certain nombre d'individus, qui par l'âge ou le caractère traversent des périodes d'évolution et de maturation physique et psychique. C'est le cas des *jeunes*, qui constituent incontestablement, en santé mentale et du point de vue épidémiologique, une *population à risques élevés*.

Mais il est certain que le «mal de la jeunesse» aboutissant à des conduites déviantes (évasion, conformisme névrotique, rébellion) est dû en grande partie à une attitude réactionnelle de nature collective et à causes sociales. Il s'agit d'une «nouvelle pathologie des signes et des conduites» (Dr. Claude Olivenstein), telles que conduites dépressives et suicidaires, toxicomaniaques (alcool, médicaments et drogues illicites), sexopathiques, délinquantielles (vois dans les grands magasins), migrantes (fugues), absentéisme («clochardisation»), etc., qui contraignent à repenser la notion classique de maladie, et à mettre en situation de mutation le modèle médical traditionnel général, singulièrement celui de santé mentale destiné aux jeunes et, si faire se peut, dans une perspective préventive.

L'effort actuel de réflexion critique et d'originalité créatrice qui affecte les services de conseils pour jeunes se trouve justifié au double point de vue quantitatif (démographie et allongement de l'adolescence) et qualitatif (importance de la prévention à tous les niveaux).

Dans cette catégorie à risques élevés que représentent les adolescents et jeunes adultes, des besoins (médico-psycho-sociaux) en partie nouveaux, en partie mal couverts par les institutions traditionnelles, ont donné naissance à des réponses novatrices dont les principes et les modalités sont présentés et discutés ici.

Genèse et définitions

Il est difficile de dire au juste où et quand cela a commencé, mais il est certain qu'en Europe, c'est dès 1970 que se situent les créations successives de services nouveaux destinés aux jeunes. Rupture téméraire, redéfinition des objectifs du travail médico-social, événements ou rencontres fortuits, emprise d'une personnalité forte... il serait impossible d'énumérer exhaustivement ce qui peut conduire à repenser certaines pratiques professionnelles.

Ainsi depuis plusieurs années sont apparues, en marge de l'équipement médico-éducatif, des figures nouvelles parfois clandestines et souvent inconnues [1], les centres de conseils et d'information pour jeunes qui semblent avoir rapidement reçu leur consécration des jeunes eux-mêmes, puis, plus tardivement, de certaines autorités constituées. On peut relever leur succès grandissant dans le monde anglo-saxon d'abord, puis en Europe [2], les travaux importants que leur a consacré la Commission le Dain au Canada [3], et certaines recherches récentes entreprises par le Bureau régional pour l'Europe de l'OMS [4].

Retenons pour l'instant la définition des centres de conseil pour jeunes établie par l'OMS en 1974: «Service permanent ou semi-permanent, spécialisé ou polyvalent, s'occupant d'adolescents et de jeunes adultes. Il peut utiliser des professionnels qualifiés (directement ou comme consultants) et a pour tâche de trouver des solutions dans la collectivité, soit en proposant des alternatives aux institutions habituellement utilisées, soit en exploitant les services traditionnels et institutions spécialisées. Il se caractérise par sa disponibilité, ses facilités d'accès et peut offrir une vaste gamme de prestations. Les contacts y sont informels et confidentiels» [5].

Cette définition s'applique très exactement à des services qui ont adopté une manière écologique d'aborder la prévention des handicaps, troubles et dysfonctionnement de l'adolescent [6], ceci en rencontrant les jeunes dans leur milieu d'élection, en les comprenant dans

¹ Ce texte doit la plupart de ses informations à une étude entreprise à la demande de l'Organisation Mondiale de la Santé [1].

leurs affinités et leurs identifications, en les tolérant dans leur inconstance et leurs intermittences, pour négocier une meilleure adaptation qui soit la leur ou/et celle de leur environnement.

Services traditionnels et services novateurs

La plupart des pays européens connaissent depuis plusieurs dizaines d'années des services administratifs spécialisés dans l'intervention médicale, sociale, éducative et psychologique sur des familles ou des jeunes présentant certaines carences ou handicaps rendant difficile leur intégration sociale, scolaire ou professionnelle. Ces services de guidance pratiquent souvent encore une relation d'aide individuelle, ressentie comme insuffisante dans le domaine de la «protection de la jeunesse», et où prédomine encore un critère aussi peu sûr qu'imprécis: «l'intérêt de l'enfant».

Les statistiques de ces services rendent d'ailleurs largement compte de l'aspect négligeable des consultations spontanées des jeunes, qui ne dépassent pas 8 % par rapport à l'ensemble des demandes (cf *tableau 1*).

Il existe donc des résistances psychologiques et des obstacles concrets empêchant les jeunes de s'adresser à ces services. On peut citer par exemple:

Tableau 1. Nombre de consultations demandées spontanément par des adolescents (mineurs légaux), rapporté à l'ensemble des demandes émanant de particuliers (en pourcent), en 1973

– Erziehungsberatungsstellen (BRD)	2,9 %
– Jugendamt (Vienne)	5,0 %
– Service de protection de la jeunesse (Genève)	8,0 %

1° leur *localisation géographique* qui dépend d'une planification politico-économique sans rapport avec les zones de besoin;

2° leurs *locaux rigides* qui répondent à une utilisation administrative rationalisée, et non aux exigences d'une clientèle dont les modes, les genres de vie et les goûts esthétiques peuvent changer presque d'un mois à l'autre;

3° l'*horaire de travail* souvent incompatible avec l'horaire de jeunes travailleurs et toujours inconciliable avec celui des jeunes marginaux;

4° l'*accueil* qui est organisé en fonction de la spécificité technique de la demande de l'utilisateur, et non en fonction de l'état dans lequel se trouve le jeune qui vient demander de l'aide en pleine crise passagère;

5° les *méthodes appliquées* qui pèchent par excès de technicité, conduisent à des interventions souvent inadaptées aux situations vécues de leurs usagers.

A cette analyse, il faut ajouter que la lente montée de la drogue fut déterminante dans la création de nouvelles formes d'interventions thérapeutiques. La drogue, incontestable moyen de provocation à l'égard des parents, le fut également (et l'est d'ailleurs encore) pour l'ensemble de l'équipement médico-social. Elle a

mis en évidence la carence de services adaptés aux véritables besoins des jeunes, et d'autre part «l'impasse thérapeutique» [7] des prises en charge médico-sociales traditionnelles face aux nouvelles conduites déviantes juvéniles.

Essai de typologie fonctionnelle

Les initiatives originales et singulières qui conduisirent à la création de services de conseils pour jeunes rendent difficile, voire hasardeuse toute tentative de classification exhaustive ou définitive. En tentant d'énumérer ici quelques types de services, nous n'avons nullement l'intention d'imposer, là où règnent l'imagination, la créativité, la souplesse et la mobilité, une typologie stéréotypée; nous proposons ici une classification provisoire et exclusivement fonctionnelle [8] de ces services avec un ou deux exemples connus de l'un de nous (CNR):

a) Certains services visent exclusivement à mettre à la disposition des jeunes une *documentation* ou des *informations* sur les sujets les plus divers pouvant les intéresser: *scolarité*, *orientation professionnelle*, *travail*, *loisirs*, *voyages*, *hébergement*, *manifestations culturelles* (Infor-Jeunes, Bruxelles [9]).

b) D'autres services tiennent à apparaître pour l'extérieur comme des services d'information, mais sont en fait des *services de conseils*. La consultation pour information fournit alors au jeune l'alibi lui permettant de se rendre dans un tel centre; cette information est conçue comme un préalable permettant d'accéder, par l'entretien individuel, à la demande implicite du jeune, demande constatée de fait dans la très grande majorité des cas et qui dépasse alors le cadre strict de l'information (Info-Center, Vienne).

c) Les *services de conseils* qui sont connus comme tels et sont à la disposition de parents ou de jeunes pour toute demande d'aide et de conseil. Ils n'agissent comme tels qu'après avoir été sollicités par l'utilisateur, souvent en situation de crise, puis décident en accord avec lui de la suite à donner aux problèmes posés (Bureau de consultation Jeunesse, Montréal [10], Centre Liotard, Genève [11]).

d) L'*éducation de rue* (street corner workers) qui se développe souvent «en amont» de certains services de conseils et qui consiste à envoyer des équipes d'éducateurs, médecins, juristes, etc. sur les lieux de rencontre des jeunes pour pratiquer, par la présence, une pédagogie en situation spontanée [12].

e) Les *services d'accueil et d'hébergement* qui mettent à la disposition des jeunes des locaux destinés au logement temporaire. Ces services disposent souvent d'un personnel qualifié pouvant saisir l'occasion d'une situation de fugue, ou de recherche de logement, pour intervenir de façon appropriée sur l'ensemble des problèmes posés par un jeune hébergé (Notschlafstelle, Bâle et Zurich).

f) Les «*free clinics*», ou *consultations de médecine générale*. Elles offrent aux jeunes, ou à l'ensemble de la population d'un quartier, des prestations médi-

cales qualifiées dans des conditions d'accès facilité, dépourvu de formalités administratives et de délai d'attente. Leur pratique médicale met l'accent sur la relation malade/médecin, insiste sur les ressources thérapeutiques propres à l'individu, favorise l'autonomie de certaines catégories de patients et se fonde finalement sur une conception renouvelée de la médecine sociale. Ces «free clinics» ont développé le côté prophylactique de leurs interventions médicales et prolongent fréquemment la relation de soins par des interventions éducatives ou informatives de type préventif surtout dans les domaines suivants: maladies vénériennes, contraception, vie sexuelle, drogues. Certaines disposent d'un matériel de laboratoire permettant de faire rapidement certaines analyses ou des tests (Free Clinic Heidelberg [13]).

Caractères généraux des centres de conseils pour jeunes

1. La plupart de ces centres ont tenté une démarche d'approche des zones urbaines où se retrouvent les jeunes, démarche raisonnée visant à se rapprocher de leurs usagers potentiels, et donc à rendre matériellement la consultation plus aisée. Ceci contribue également à faire admettre, là où cela se justifie, la présence d'un service communautaire: l'implantation étudiée en fonction des besoins peut ainsi favoriser une certaine «responsabilisation» du groupe ou de la communauté, pour les problèmes qu'ils engendrent ou dont ils sont l'expression.
2. Les locaux de ces centres présentent, d'une ville à l'autre, d'étranges similitudes. Presque tous occupent des immeubles désuets, sans confort, aux locaux peints et repeints de couleurs vives, décorés par des jeunes et meublés «rétro». De tels locaux sont mieux adaptés que d'autres au genre de vie des jeunes, à leurs goûts esthétiques, à leur sens d'un espace de vie chaleureux, humain; ils offrent également de multiples solutions d'aménagement, et constituent en fait des espaces souples, que peuvent modeler à leur gré les personnes qui y travaillent professionnellement et les usagers. Le «fonctionnel» fait de métal, de béton et de verre armés, rebute souvent l'utilisateur et consacre une fixité dans les habitudes de vie qui est difficilement supportée par les jeunes.
3. Les heures d'ouverture de ces centres témoignent de leur adaptation à la demande des usagers: certains sont ouverts jour et nuit, la plupart dès la fin de l'après-midi et en soirée.
4. On trouve dans la plupart de ces centres des professionnels que l'on pourrait regrouper sous l'appellation d'intermédiaires sociaux: médecins, psychiatres, psychologues, assistants sociaux, éducateurs spécialisés, ergothérapeutes, infirmières. La formation des équipes varie évidemment en fonction des priorités et objectifs retenus par les centres, qui peuvent être psycho-sociaux, médicaux, socio-éducatifs et volontairement non médicalisés, etc. Toutes ces équipes sont non seulement *multidisciplinaires*, mais très largement *interdisciplinaires*, ce qui suppose une participation

étroite de chacun des membres de l'équipe aux décisions de gestion interne et de prise en charge, une bonne coordination et si possible une intégration des méthodes propres à chaque discipline.

On a souvent voulu voir dans ces services des créations spontanées de bénévoles, issues d'une générosité charitable. En réalité il convient de corriger cette idée inexacte en insistant sur le fait que la presque totalité de ces centres ont à leur tête et/ou occupent des collaborateurs professionnellement qualifiés. Cette constatation est décisive car elle réduit à néant les critiques faites à l'égard de ces centres, critiques se fondant sur l'incompétence prétendue d'un personnel au front des problèmes de santé mentale ou physique.

5. Ces centres sont organisés de façon souple et peu hiérarchisée. Ce sont des communautés de travail, parfois même associées à des communautés de vie. Comme le relève si justement M.-A. Bertrand «Cette cohérence rend possible pour le participant à ce service d'intégrer dans un tout significatif tous les éléments de sa vie: sa tâche particulière, sa place dans le milieu, son orientation, ses buts» [14]. On doit d'autre part relever l'interchangeabilité reconnue des différents membres dans ces équipes de travail, interchangeable d'ailleurs professionnelle et fonctionnelle, tant les caractéristiques personnelles sont souvent infiniment plus déterminantes qu'un «savoir» ou qu'un «pouvoir» particulier.

6. Les usagers de ces services ont en général entre 15 et 25 ans et présentent des problèmes les plus divers tels que la demande d'informations relatives à des sujets non abordés ou mal abordés dans la famille ou à l'école (vie sexuelle, contraception, drogue, etc.), les conflits avec des autorités telles que police et justice, les conduites d'évasion, les fugues, les problèmes relationnels, les problèmes psychologiques et psychosomatiques à incidences somatiques, l'interruption de grossesse et les toxicomanies.

On y retrouvera donc pêle-mêle «le petit consommateur de haschisch qui n'a qu'un sujet de conversation: la légalisation du H (...), l'ex-étudiant chevelu, militant d'extrême-gauche (...), le vrai hippie qui a franchement décroché (...), l'objecteur de conscience «professionnel» qui est de toutes les «manifestations» (...), il y a le jeune adolescent qui s'est, pour la huitième fois cette semaine, bagarré avec son père vaguement alcoolique (...), il y a aussi les «vrais» cas de fugeurs, de suicidaires, de drogués» [15]; ces usagers constituent en fait deux catégories de jeunes: «ceux qui, suite à des circonstances personnelles, familiales et/ou sociales arrivent difficilement à un équilibre psychosocial et ceux qui, sur la base de nouvelles valeurs, vivent selon des modes nouveaux avec lesquels la société se familiarise progressivement» [16].

Principes d'action

Il convient de rappeler quelques principes qui ont incontestablement présidé à la création de la plupart de ses services.

Ces services sont pour la plupart «émérés», c'est-à-

dire que «Ce sont les personnes mêmes (professionnels ou usagers), qui ont ressenti et vécu un besoin ou des situations-problèmes, qui ont pris en main (directement ou indirectement) la mise sur pied, l'organisation, l'initiative d'une réponse» [17]; ceci correspond d'ailleurs au désir d'autonomiser l'action sociale et de santé mentale face aux pouvoirs publics, dont le rôle est en effet prépondérant dans ces secteurs, mais qui représentent, pratiquent ou favorisent une politique globale contestée dans des domaines affectant précisément les jeunes et leurs conditions de vie. Le but est alors d'élargir la marge de manœuvre du travail médico-social, en augmentant l'éventail des méthodes et des solutions applicables aux situations individuelles, notamment par l'emploi d'alternatives aux débouchés traditionnels [18]. Cet objectif pose évidemment pour postulat que de nouvelles prises en charge sont possibles et seront encouragées dans la collectivité, dont les membres modifient ainsi leur attitude à l'égard de certains handicapés sociaux ou déviants, en déplaçant leur seuil de tolérance.

Un second principe capital paraît être la meilleure connaissance, souhaitée par les équipes de travail de ces centres, des réelles conditions de vie des jeunes, de leurs problèmes quotidiens, ceci afin de s'adapter aux besoins et de mieux comprendre certaines situations.

Tableau 2
Principes d'action des services de conseils pour jeunes

A - Majeurs

1. Rendre l'action sociale et de santé mentale indépendante à l'égard des pouvoirs publics.
2. Mieux connaître les conditions réelles de vie des jeunes afin de mieux s'adapter aux besoins (changeants) pour agir préventivement, si faire se peut (meilleure «lisibilité» des phénomènes sociaux).
3. Admettre que la démarche personnelle, directe et spontanée représente l'élément essentiel dans le coefficient de réussite (succès thérapeutique).
4. Respecter les jeunes, admettre leurs choix et leurs décisions (abandon du mode d'assistance tutélaire au profit du mode contractuel).

B - Mineurs

5. Gratuité des prestations
6. Anonymat et confidentialité
7. Pluralisme et interdisciplinarité des collaborateurs
8. Collaboration avec d'autres d'institutions de l'équipement médico-social, en cas de nécessité.

de santé difficile, présente un coefficient de réussite particulièrement favorable du point de vue thérapeutique. C'est évidemment admettre qu'est grandement facilitée «l'accessibilité» à de tels centres, et que, confrontés à certaines difficultés, les jeunes iront spontanément consulter de tels services, vu leur proximité géographique, l'accès simplifié et la réputation favorable des prestations offertes, qui ne sont pas vécues comme des interventions contraignantes et directives.

L'approche «rogérienne» de la relation d'aide résume assez synthétiquement ce que ces centres pratiquent sous la forme du traitement négocié, d'une relation égalitaire entre usager et soignant [19], s'établissant indépendamment de tout statut professionnel ou hiérarchique.

Enfin, leurs objectifs communautaires et leurs stratégies d'approche et d'ouverture novatrices, la multiplication des postes d'intervention avancés dans les zones de turbulences sociales, une action dans le milieu, correspondant à un éclatement des structures, font de ces centres les instruments d'une politique sociale communautaire, disponible et non imposée, accordant une large place à la personnalité et à son environnement, non à la maladie ou aux aspects nosographiques et techniques des troubles du comportement, reconnaissant et acceptant la priorité de la demande et les choix de l'usager.

Conclusion

Il est bien difficile de conclure tant est mouvant le champ des pratiques médico-sociales où ont pris place ces services novateurs. Mais après des conflits et incidents fréquents, ayant incontestablement marqué un temps de crise dans le travail médico-social, il semble tout de même que certaines pratiques nouvelles ont suscité des réformes dans les institutions les plus traditionnelles. Cela est souhaitable. Pourtant, après une période de floraison, le nombre de ces services novateurs aujourd'hui déjà diminue. Les plus solides, les mieux implantés, et espérons-le aussi les plus utiles, vont subsister mais c'est au prix d'un combat financier, souvent politisé. Et pour gagner les batailles formelles (décisions de subvention, autorisations, etc.), ces centres devraient disposer de résultats statistiques, d'une quantification de leur travail*. Or il est quasiment impossible d'évaluer objectivement les résultats obtenus par telle ou telle pratique médico-sociale, mais ce défaut (quasi-ontologique) est largement partagé par d'autres méthodes dans le champ des pratiques sociales de la rééducation et de la réintégration sociale. Qui a un jour pu démontrer l'efficacité et la rentabilité de tel service social ou de certaines méthodes préventives? Alors pourquoi ne vouloir soumettre que les nouvelles méthodes d'intervention médico-sociales à une évaluation, alors que les méthodes traditionnelles continuent d'être entretenues souvent sans évaluation sérieuse?

Mais il faut également insister sur la base méthodologique de tels centres, qui consiste à admettre que la démarche personnelle, directe et spontanée, visant à obtenir aide, conseils ou soins en situation sociale ou

Tableau 3
Fréquentation de quelques services de conseils en Europe

A. INFORMATION	
Infor-jeunes / Bruxelles (1973)	85 000 jeunes en une année
Info-center / Vienne (de 1973, correspondant au début de son action)	3 000 jeunes en 8 mois
B. CONSEILS ET TRAITEMENT:	
Drop-in I et II / Zurich (1973)	6 400 jeunes en une année
Jongeren Advies Centrum (Louvain) (1973)	2 000 jeunes en une année
C. FREE-CLINICS:	
Heidelberg (1973)	1 500 nouveaux patients en une année
Infor-jeunes / Bruxelles (1973)	12 000 consul- tations

Pour l'instant, deux conclusions, apparemment contradictoires ou paradoxales semblent s'imposer:

1. Il semble évident que dans la mesure où ces centres interviennent hors des politiques courantes de l'administration sociale ou de santé publique, ils réalisent incontestablement une «privatisation» de l'action préventive et thérapeutique, ceci d'ailleurs indépendamment de leurs sources de financement qui peuvent être privées ou publiques. Reconnaisant aux acteurs en présence (usagers et soignants) la qualité de partenaires sociaux, et situant l'action socio-médicale au niveau d'une négociation, ces centres réalisent, dans une certaine mesure, une prévention dans des conditions nouvelles, une médiation.
2. D'autre part, la dimension collective des problèmes posés est sans cesse mise en évidence. Ces centres désirent tous passer du «clinique» au «politique», avoir une action prenant les dimensions d'un développement communautaire, même et surtout si cela ne se situe qu'au niveau d'une micro-société. Dans ce sens, l'abaissement des «barrières thérapeutiques» et la promotion de formes nouvelles de prévention, réalisés par ces services pour jeunes, mérite de retenir l'attention de ceux qui sont à la recherche de stratégies nouvelles en santé publique.

Résumé

Dans le cadre de l'action médico-sociale, il est justifié de reconsidérer les stratégies classiques d'intervention en faveur des jeunes, pour de multiples raisons. De nouvelles conduites, telles la toxicomanie, par exemple, ont mis en évidence l'insuffisance de l'équipement traditionnel. Dès 1970, de nouveaux services de conseils pour

jeunes sont apparus en Europe, dont les objectifs peuvent être multiples: information, conseils, hébergement, aide socio-éducative, assistance médicale. Ces services, nés dans la collectivité, ont des caractéristiques déontologiques et d'organisation qui permettent de les distinguer facilement des services administratifs conventionnels. Leur clientèle se recrute parmi les adolescents et les jeunes adultes dont les motifs de consultation sont très variés. L'originalité des méthodes de travail, des prestations et des principes de ces services novateurs peut être considérée comme une contribution décisive à l'étude de nouvelles stratégies de prévention en faveur des jeunes.

Zusammenfassung

Neue Strategien der Prävention beim Jugendlichen und jungen Erwachsenen

Aus mehreren Gründen ist es gerechtfertigt, im Zusammenhang mit der medizinischen und sozialen Hilfeleistung an junge Leute die klassischen Interventionsmethoden neu zu überdenken. Neue Verhaltensweisen, wie etwa die Drogensucht, haben das Ungenügen der traditionellen Behandlungsmethoden deutlich gemacht. Seit 1970 sind in Europa Beratungsstellen für Jugendliche gegründet worden, deren Zwecke vielfältig sind: Sie dienen der Information, der Beratung, der Unterkunft, der sozialen und erzieherischen Unterstützung, der medizinischen Hilfe.

Diese Dienstleistungsstellen entstammen den Gemeinschaften der Jugendlichen selbst und lassen sich aufgrund ihrer Wertstrukturen und Organisation leicht von den konventionellen Verwaltungsdiensten unterscheiden. Ihre Benutzer sind meist Adoleszenten und junge Erwachsene, deren Gründe für die Konsultation der Zentren vielfältig sind. Aufgrund der Originalität der dort angewandten Methoden, Einrichtungen und Prinzipien können diese neuartigen Dienstleistungsstellen bei der Erforschung neuer präventiver Strategien zu Gunsten junger Leute einen entscheidenden Beitrag leisten.

Summary

New strategies of prevention in favour of youth and young adults

For various reasons, it is justified to revise the classical strategies of intervention concerning medical and social action to help young people. New behaviours such as drug addiction, for instance, have emphasized the inadequacies of the conventional means of treatment. Since 1970, Youth Advisory Services have appeared in Europe. Their aims may be various: information, counselling, lodging, social and educative help, medical assistance.

These services which were created by the community have such ethical and organizational features that it is easy to discern them among the conventional administrative services. Their users are mainly teenagers and young adults whose reasons for consultation are due to various causes. The originality of the methods, facilities and principles of these innovating services may be considered as a decisive contribution to the research of new prevention strategies to help young people.

NOTES

- [1] OMS. Patterns of Youth Advisory Services; by C. N. Robert and M. F. Shore, Regional Office, Copenhagen, 1974. (ICP/MNH 016 III).
- [2] M. F. Shore signale qu'en Hollande, par exemple, on évalue à 300, le nombre de services de ce type engagés dans les interventions préventives et thérapeutiques dans le domaine de la drogue (Youth Advisory Services in six European Countries, in Children Today, Vol. 5, no 1, 1976, p. 25).
- [3] Commission d'enquête sur l'usage des drogues à des fins non médicales, Ottawa 1970 (rapport provisoire p. 286 et 345) et Ottawa 1973 (rapport final, Appendice M p. 1079 consacré aux services novateurs (innovative Services); certaines conclusions desdits rapports ont été largement inspirées d'une étude extrêmement intéressante faite par Marie-Andrée Bertrand (et al.): Recherche sur les services novateurs et non-conventionnels, Ecole de criminologie, Université de Montréal (dactyl.) 1973.
- [4] Citées à la note [1] cf. également OMS: Youth Advisory Ser-

* Les seuls documents disponibles sont des nombres approximatifs de consultants et de consultations (voir tableau 3).

- vices, Report on a Working Group, Lübeck 12-16 mai 1975, Bureau Régional de l'Europe, Copenhague 1976, ICP/MNH 016 III (1).
- [5] Définition établie et utilisée pour l'étude citée en note [1].
- [6] C. Arnould, F. Goffioul et G. Kellens, Réflexions sur une expérience de prévention secondaire: les «groupes Delta», in Bulletin de médecine légale et de toxicologie médicale, No 2 1974, p. 111.
- [7] Pour reprendre ici l'expression très imagée du Dr Bensoussan: Qui sont les drogués? Paris 1974, p. 68.
- [8] D'autres typologies ont été proposées, mettant l'accent sur des aspects plus sociologiques et stratégiques de ces services. Cf. par exemple, celle de P. Lascoumes: les stratégies novatrices de prévention et de contrôle social, in Centre d'étude de délinquance juvénile: Voies nouvelles de prévention, Bruxelles 1974, p. 167.
- [9] G. Stoop, Les mouvements Infor-Jeunes, in Centre d'étude de délinquance juvénile (op. cit.) p. 45.
- [10] R. Jost, Présentation du Bureau de consultation Jeunesse Inc. (dactyl.) Montréal 1975.
- [11] B. Studer, Le Centre Liotard, in les Cahiers Médico-sociaux (Genève) M. 1/2 1973, p. 31, et Notre pratique au Centre Liotard, in Garrone et Figueiredo: les unités de jour et le psychiatrie, la Diversité, p. 59 et ss, Genève 1976.
- [12] C. N. Robert, L'éducation de rue, un exemple, in Centre d'étude de délinquance juvénile (op. cit.), p. 17 à 43.
- [13] Coll: Alternative Jugendarbeit in Selbstorganisation, Free Clinic Heidelberg, 2ème éd., Hattersheim 1975. Il convient de citer également C. Orsel: les Free Clinics, in Centre d'étude de délinquance juvénile (op. cit.), p. 79.
- [14] M.-A. Bertrand, op. cit. p. 315.
- [15] J.-M. Englebert, La drogue à sa place, Bulletin des stupéfiants (ONU) 1974, No 1, p. 24.
- [16] R. Jost, Présentation du BCJ Inc. (op. cit.) p. 3.
- [17] M.-A. Bertrand, op. cit. p. 312.
- [18] M.-A. Bertrand parle de «potentiel innovateur qui recherche des moyens originaux, jamais vus pour répondre à des besoins nouveaux ou anciens» (op. cit. p. 314).
- [19] Ce qui doit revaloriser le sens étymologique du concept de «traitement», conçu comme négociation, et ce sur quoi nous insistions déjà in C. N. Robert: Traitement social, le refus d'une spécialisation, in Jeunesse et drogues, Genève 1972, p. 20. Cette idée se retrouve maintenant dans des documents aussi sérieux que le rapport du Comité Batshaw (et al.): Rapport du Comité d'étude sur la réadaptation des enfants et adolescents placés en centre d'accueil, Québec 1975, qui envisage par exemple que l'action socio-éducative fonctionne «selon le mode contractuel» (p. 28).

Adresse des auteurs:

Professeur C. N. Robert, Dr. en droit, Faculté de droit de l'Université, Centre d'étude de technique législative, 5, rue St-Ours, CH-1211 Genève 4