

Le bonheur des enfants
sur ordonnance ?

ONT COLLABORÉ À CET OUVRAGE

Jean-Louis Chassaing

Anne Enot

Lola Forgeot

Stéphane Fourrier

Jamila Hamdani

Patrick Landman

Évelyne Lenoble

Constance Prieur

Louis Sciarra

Corinne Tyszler

Pablo Votadoro

Sous la direction de
Marika Bergès-Bounes
et Jean Marie Forget
avec Sandrine Calmettes, Catherine Ferron
et Christian Rey

Le bonheur des enfants
sur ordonnance ?
Le recours aux médicaments
du psychisme

Psychanalyse et clinique

éditions
éres

Conception de la couverture :
Anne Hébert

Version PDF © Éditions érès 2019
CF - ISBN PDF : 978-2-7492-6438-7
Première édition © Éditions érès 2019
33, avenue Marcel-Dassault, 31500 Toulouse, France
www.editions-eres.com

Aux termes du Code de la propriété intellectuelle, toute reproduction ou représentation, intégrale ou partielle de la présente publication, faite par quelque procédé que ce soit (reprographie, microfilmage, scannérisation, numérisation...) sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite et constitue une contrefaçon sanctionnée par les articles L 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

L'autorisation d'effectuer des reproductions par reprographie doit être obtenue auprès du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC), 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris, tél. 01 44 07 47 70, fax 01 46 34 67 19.

Table des matières

INTRODUCTION.....	7
-------------------	---

Les enjeux de la prescription, entre l'acte et le médicament

LE RECOURS AU MÉDICAMENT EST UN ACTE <i>Jean Marie Forget</i>	13
L'ENFANT ET LES PSYCHOSTIMULANTS <i>Christian Rey</i>	27
LA PILULE DU BONHEUR <i>Jamila Hamdani</i>	33
PRESCRIPTION, ORDONNANCE ET OBSERVANCE : QUESTION DE SIGNIFIANCE ? <i>Évelyne Lenoble</i>	43
QUAND LA RITALINE® S'INVITE DANS UNE THÉRAPIE D'ENFANT <i>Marika Bergès-Bounes</i>	55

Les actes raisonnés de la clinique

MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES AU QUOTIDIEN D'UN SERVICE DE PSYCHIATRIE POUR ADOLESCENTS AU DÉBUT DU XXI ^e SIÈCLE <i>Pablo Votadoro</i>	63
PILULE DU DÉSIR ? DE LA PRESCRIPTION EN INSTITUTION <i>Lola Forgeot</i>	85
PRESCRIRE DANS UN TRAVAIL D'ÉQUIPE EN CMPP <i>Louis Sciara</i>	97
QUELQUES RÉFLEXIONS SUR LA PRESCRIPTION MÉDICAMENTEUSE EN SERVICE DE PÉDOPSYCHIATRIE <i>Corinne Tyszler</i>	109
MÉDICAMENTS ET PÉDOPSYCHIATRIE <i>Anne Enot</i>	113

Le médicament comme symptôme du social

LES BESOINS DE L'ENFANT SONT-ILS SOLUBLES DANS LA LOI DU MARCHÉ ? <i>Stéphane Fourrier</i>	121
DE QUELQUES RAISONS DE CONTESTER LE TDA/H ET LA PRESCRIPTION DE MÉTHYLPHÉNIDATE <i>Patrick Landman</i>	133
RENDRE LA PSYCHOTHÉRAPIE ACCESSIBLE À L'ADOLESCENT EN DÉPRESSION : UN CHOIX DE SOCIÉTÉ <i>Constance Prieur</i>	139
(SE) DORER LA PILULE OU LA PILULE À MÈRE Des sciences et des techniques au service de quel bonheur ? <i>Jean-Louis Chassaing</i>	155

Introduction

Les médicaments psychotropes ont des effets bénéfiques indiscutables et reconnus. Leur prescription à des enfants divise les praticiens sur les objectifs recherchés devant des situations cliniques différentes : difficultés scolaires, troubles du comportement, dépressions, troubles du sommeil, etc.

Traitons-nous la chimie du cerveau ? Ou choisissons-nous d'aider un enfant à cheminer par la parole à partir de sa souffrance ? Ou les deux simultanément ? Souhaitons-nous une efficacité symptomatique immédiate ou plus durable, à long terme parce que élaborée dans un discours ?

La découverte des neuroleptiques et leur usage dans la clinique d'adultes ont produit des changements radicaux dans le traitement des troubles psychiatriques. Ils ont offert un apaisement aux envahissements hallucinatoires, délirants et impulsifs morbides chez des sujets psychotiques alors que ceux-ci étaient jusque-là enfermés à l'asile. Les anxiolytiques, les antidépresseurs ont permis de traiter d'autres affections psychiques.

Parallèlement à ces découvertes médicamenteuses, les apports de la psychanalyse ont offert des outils de résolution aux troubles psychiques que sont les diverses manifestations névrotiques d'angoisse, l'hystérie, les phobies, les névroses obsessionnelles et les états dépressifs névrotiques.

Le recours aux médicaments peut sembler diviser le clinicien de manière caricaturale entre une ambition thérapeutique par la parole et l'éradication d'un symptôme par un traitement. Ce qui peut passer pour une alternative risque d'entrer en résonance avec le double sens du mot *pharmakon*, qui est à la fois le remède et le poison. Le clinicien peut tenir une position nuancée et trouver pertinent pour son patient, dans certains cas, la prescription d'un traitement médicamenteux, qui du fait de l'apaisement obtenu, permettra à celui-ci un travail psychothérapeutique, autrement impossible.

Dans la clinique avec les enfants, l'usage est plus délicat. Pour un sujet en devenir, le recours à un produit apaisant risque de lui faire supposer qu'il pourrait éviter les tensions intrapsychiques corrélées aux franchissements successifs de la croissance qu'il conviendrait au contraire de prendre en compte dans une thérapie. Pour un enfant, la recherche de la singularité de sa place s'associe à celle d'une perte qui correspond aux exigences de la parole, puisqu'elle ne permet pas de se dire en totalité ; elle conduit à des deuils et à des épisodes d'incertitudes et d'angoisse. Les moments de passage peuvent provoquer des déséquilibres face aux exigences d'autonomie qu'il découvre pas à pas. Il a besoin, dans ce cheminement, d'un accompagnement attentif des adultes qui l'entourent. L'utilisation d'un médicament psychotrope chez l'enfant risque de court-circuiter le travail nécessaire à la maturation et à la mise en place d'un fantasme organisateur de son désir.

Le recours aux médicaments doit rester exceptionnel chez l'enfant et l'adolescent, et correspondre à l'initiative d'un clinicien familier des difficultés des jeunes. Les agences de médicaments conviennent elles-mêmes qu'en dehors de cas rares de dépression mélancolique, il est inutile et dangereux de prescrire des antidépresseurs chez l'enfant et l'adolescent. Un tel usage se révèle inapproprié dans la quête subjective du jeune patient et risque de susciter des tentatives de suicide de la part de celle ou de celui qui voit sa recherche intime rabattue sur un médicament, objet de soulagement immédiat qui peut obturer la visée de sa quête.

Introduction

Ce domaine complexe nécessite que les repères de pensée du clinicien soient précis et rigoureux pour ajuster au mieux sa position thérapeutique et évaluer le « sur-mesure » le plus pertinent pour chacun. C'est l'enjeu de l'ensemble des travaux proposés dans cet ouvrage, à partir de l'expérience de praticiens de la clinique, de l'institution et de prescripteurs de traitements appropriés.

LES ENJEUX
DE LA PRESCRIPTION,
ENTRE L'ACTE
ET LE MÉDICAMENT

Jean Marie Forget

Le recours au médicament est un acte

Le recours aux médicaments chez l'enfant et l'adolescent constitue un enjeu important car il concerne des sujets qui sont dans un temps de structuration de leur identité. Il s'agit donc moins d'une simple question de pharmacologie que de l'engagement de la responsabilité du clinicien dans l'acte même de la prescription. Ce qui nécessite que ce dernier soit à la fois informé des effets des médicaments qu'il prescrit, mais aussi familier de ce que représente pour l'enfant ou l'adolescent l'usage d'un médicament, du fait de la psychopathologie de ses manifestations. Cet équilibre délicat entre différents enjeux nécessite une évaluation soigneuse où l'acte doit prendre en compte la singularité de la situation.

Si la prescription peut correspondre pour un sujet à une nécessité d'apaisement par rapport à des tensions intimes qui ne lui sont pas familières, ou qui sont excessives, elle peut aussi risquer de masquer « les exigences de la vie¹ », de la vie organique comme de la vie psychique, qui ont besoin de frayer leur propre parcours pour offrir au sujet la reconnaissance de ce qui insiste en lui. Ce qui incite à une vigilance particulière quand

Jean Marie Forget, psychiatre, psychanalyste, membre de l'ALI.

1. S. Freud, « De l'esquisse d'une psychologie scientifique », dans *La naissance de la psychanalyse*, Paris, Puf, 1979, p. 313-369.

un traitement se révèle inefficace, ou devant un refus plus direct du sujet à une telle proposition.

Nous pouvons distinguer artificiellement trois champs différents : celui où la décision peut se définir clairement en regard de la compréhension que nous avons de la manifestation symptomatique ; celui où l'équilibre délicat entre différents enjeux nécessite une évaluation soigneuse car le choix doit prendre en compte la singularité de la situation ; celui enfin où la consistance de l'acte apparaît dans sa portée symbolique, alors même qu'il peut s'exercer dans l'abstention

À PROPOS DES MANIFESTATIONS DÉPRESSIVES DES JEUNES

Lors d'une journée récente de travail de l'École de psychanalyse de l'enfant et de l'adolescent de Paris (EPEP)², nous avons pu aborder avec soin les conditions du traitement des dépressions des enfants et des adolescents. Le prescripteur est dans une prise de position de réserve qui est étayée depuis plusieurs années par les recommandations même des agences du médicament.

Le 17 septembre 2015, *Le quotidien du médecin* se faisait l'écho d'une évaluation publiée dans le *British Medical Journal* démontrant que l'efficacité de deux molécules d'antidépresseurs, que sont la paroxétine³ et l'imipramine⁴, est équivalente à un effet placebo sur les troubles dépressifs sévères des adolescents. En revanche, ces prescriptions augmentent les comportements suicidaires et les complications cardio-vasculaires pour le second.

Le quotidien du médecin rappelle alors que, outre les remarques de la Food and Drug Administration (FDA) américaine de 2002 qui allaient dans ce sens, l'Agence française de

2. Journées de l'EPEP, « La pilule du bonheur ? », Paris, samedi 13 mai 2017.

3. Nom de la commercialisation : Déroxat.

4. Nom de la commercialisation : Tofranil.

sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) avait évoqué cette inefficacité des traitements antidépresseurs chez les adolescents et leurs risques dès 2003. Ces conclusions avaient été mises en cause par le laboratoire GlaxoSmithKline dans une étude qui tentait de contourner ces conclusions ; mais elle a été contestée, ce qui a entraîné une condamnation de ce laboratoire à une amende de trois milliards de dollars.

Le journal rappelait aussi que les médicaments qui ont obtenu une AMM⁵ pour l'indication des dépressions sévères chez l'adolescent ne doivent être prescrits « qu'en deuxième intention, en adjuvant à la psychothérapie ».

Pour compléter ces constats de pharmacologie, il est important de saisir les raisons d'un effet qui est au mieux placebo, et des risques suicidaires qui en résultent⁶.

L'efficacité de ces médicaments est incontestable sur les dépressions graves comme la dépression mélancolique. Or celle-ci ne se rencontre que de manière exceptionnelle chez l'adolescent, et sa découverte relève de cliniciens familiers de cette époque de la vie. Pour expliquer le peu d'effet des médicaments sur les manifestations dépressives des jeunes, il est important d'avoir à l'esprit quelques repères psychopathologiques concernant les troubles de l'humeur de l'adolescence.

L'adolescence est un temps de franchissement. C'est un temps de choix qui s'imposent à chacun. Ces choix prennent une tonalité de gravité, liée à la fois à l'enjeu de la sexualité qui surprend et déborde les adolescents, mais aussi au temps qui leur devient compté pour leur orientation dans leur cursus scolaire ou leur formation, et pour se frayer une place dans la vie sociale. Les adultes et les instances sociales leur rappellent les échéances qui s'imposent à eux, alors que l'enfance laissait supposer de pouvoir différer celles-ci, comme les constats de leurs difficultés personnelles et les conséquences nécessaires à en tirer.

5. AMM : autorisation de mise sur le marché.

6. J.M. Forget, « Les dépressions sévères des adolescents », *Le quotidien du médecin*, 15 octobre 2015.

Nous devons avoir à l'esprit ce qui se met en jeu dans tout choix imminent important : chacun ressent une part d'incertitude, et ne se trouve convaincu de la pertinence de celui-ci que dans un après-coup. Tout comme dans l'ébauche d'un brouillon. C'est dire la nécessité d'un climat de bienveillance qui doit présider à un choix véritable, comme pour débiter un brouillon ; or ce n'est pas ce climat que rencontre le jeune, du fait des exigences de son orientation à cette époque de la vie. Par ailleurs, c'est de manière inaugurale qu'un adolescent est amené à apprendre à compter sur cette part d'intimité et d'incertitude du brouillon intérieur qui préside à un choix. Il découvre devoir compter sur lui d'une manière qui ne lui était pas habituelle, qui s'ébauche en lui dans le meilleur des cas, et qui tranche, par les hésitations de sa recherche, avec l'assurance des repères du monde adulte qui fait autorité.

Enfin et surtout, dans un choix, chacun est amené à compter sur le résultat de son initiative, il perd logiquement tout ce qu'il n'a pas choisi. Et ce sans difficulté puisqu'il compte sur l'appui que lui offre son choix. Comme en escalade, prendre une nouvelle prise rend inutile la précédente, désormais perdue. Par contre, un jeune peut hésiter dans ses choix, en venir à renoncer à ses avancées, du fait de la pression de l'entourage, du fait de la fragilité inhérente à l'élaboration de son brouillon intérieur ; s'il ne rencontre pas un climat de bienveillance nécessaire à cette élaboration, s'il ne rencontre pas dans l'initiative qui lui est nécessaire l'incitation du monde adulte. Dès lors, ce qui envahit sa pensée, c'est l'ensemble de tout ce qu'il pourrait perdre s'il faisait un choix, sans compter sur l'appui de celui-ci. Il est envahi par l'ampleur des pertes de ce qu'il ne choisit pas. Et l'étendue de ces pertes incontournables, si on les rapporte à la logique même de la structure du choix, le déprime, en fait un adolescent déprimé. Dans ce sens, la dépression est liée à la difficulté d'assumer une perte en l'acceptant comme nécessaire à l'évolution. L'absence de perspective ne peut que progressivement aggraver son état clinique, dont les caractéristiques sont incontestables, mais dont la psychopathologie est à analyser finement.

De ce fait, la visée thérapeutique du praticien est de mettre en œuvre dans l'échange avec l'adolescent, comme avec ses proches, les conditions qui lui permettent de débiter le brouillon intérieur de ses choix vitaux, avec l'appui de l'anticipation proposé par le clinicien ; comme un enfant se hasarde à marcher, se lance dans le vide sur l'anticipation de ses parents et découvre, dans l'après-coup de sa lancée, les conditions de son équilibre. Il s'agit de permettre au jeune de s'affranchir des freins spécifiques de son histoire personnelle et familiale.

Bien entendu, dans ce travail, le praticien peut découvrir exceptionnellement des manifestations cliniques graves de mélancolie ou de psychose ; c'est exceptionnel. Le plus souvent, il constate, au fil de l'attention portée ainsi à l'adolescent et à ses proches, les tâtonnements successifs et inattendus du jeune qui révèlent un parcours que celui-ci construit peu à peu, trouvant confiance en soi.

Ainsi, la prescription d'un antidépresseur est hors sujet, elle ne peut en rien répondre à cette quête du jeune ; bien souvent, elle peut susciter le désespoir parce que l'enjeu vital n'est pas perçu à sa juste valeur ; si on considère les exigences de ce franchissement comme une maladie qu'on traite par un médicament, on court-circuite les conditions nécessaires à la prise en compte de cet enjeu et on déplace le problème ; ce qui peut expliquer des tentatives de suicide rapportées après ces prescriptions, souvent avec le médicament proposé. Les acteurs des études mentionnées précédemment, l'Agence française de la sécurité sanitaire, comme les instances équivalentes outre-Atlantique, ont bien mis en évidence ce travers.

C'est dire la responsabilité du clinicien à devoir mener une analyse psychopathologique soigneuse pour offrir au jeune les conditions nécessaires pour constituer ses propres perspectives, ce qui dissout peu à peu les manifestations dépressives.

C'est dire aussi qu'un tel travail rigoureusement thérapeutique ne peut se réduire à l'effet d'un soutien de type suggestif, comme le situerait la perspective actuelle des « psychothérapies », puisque le soulagement apporté ne peut être que transitoire, se dissiper progressivement en laissant resurgir le

malaise sous-jacent. Il s'agit que l'adresse proposée aux jeunes présentant une dépression sévère puisse être celle d'un psychanalyste familier de ces difficultés, puisqu'il s'agit en un premier temps de permettre à l'adolescent de s'assurer de la fiabilité de la structure de la parole de son interlocuteur par les incitations, par les anticipations qu'il peut lui proposer, et qui l'invitent à prendre confiance dans l'élaboration du brouillon intime de son désir singulier.

UN FILTRE D'APAISEMENT ?

Le recours à des médicaments peut présenter un tout autre enjeu dans des troubles cliniques qui correspondent à des manifestations imprévisibles et incoercibles. Elles peuvent être de gravité différente : des crises d'angoisse névrotiques ; des agitations et impulsions diverses ; des mouvements liés à des hallucinations et à des constructions délirantes. Nous savons bien l'usage abusif d'anxiolytiques dans notre pays pour trouver un apaisement aux premières, mais nous devons aussi nous rappeler les bénéfices considérables introduits sur les dernières par l'usage des neuroleptiques. En 1951, le chlorhydrate de chlorpromazine (Largactil), puis d'autres médicaments analogues ont permis à des patients psychotiques, jusqu'alors confinés à une vie asilaire, de trouver une sorte de distance à l'égard de leur vécu intime hallucinatoire ou délirant pour qu'il ne soit pas trop envahissant et pour leur permettre de faire face à certaines exigences rencontrées dans la vie quotidienne.

L'essentiel des effets des médicaments psychotropes sur ces différentes manifestations psychiques consiste à introduire un filtre qui puisse protéger le psychisme du sujet de tout envahissement excessif par des excitations ; qu'elles soient issues de son environnement ou qu'elles émergent de son intimité propre ; que ce soient des impulsions incoercibles, des hallucinations ou des constructions délirantes.

C'est une représentation analogue d'un tel filtre dans le psychisme dont S. Freud a montré la nécessité pour la

structuration de la subjectivité. Il a introduit la nécessité d'une barrière à l'égard des excitations de tous ordres, qu'il nommait « barrières de pare-excitation », pour mettre à l'abri et préserver les processus d'élaboration intime du sujet. Les grandes lignes de ces conceptualisations ne préjugent pas des découvertes plus récentes des neurosciences, qui ne les contredisent pas.

Dans sa découverte de l'inconscient et dans son travail sur le psychisme humain, S. Freud a pu identifier un « principe d'inertie⁷ », qui est une condition du fonctionnement primaire de la neurologie, et qui consiste en ce que les cellules nerveuses déchargent les surcroûts d'excitations leur venant du monde extérieur⁸. L'envahissement par de trop grande quantité d'énergie que le fonctionnement mental ne pourrait alors pas arriver à maîtriser conduirait à le perturber, à le rendre inefficace, voire à faire traumatisme.

Le principe d'inertie vise à maintenir les cellules dans un état de non-excitation. Les fonctions primaires de l'organisme correspondent en elles-mêmes aux processus qui permettent une telle décharge, en déplaçant l'énergie introduite par l'excitation dans un effort moteur pour éviter la source extérieure de l'excitation, comme dans la fuite.

Or les excitations qui ont leur origine dans l'intérieur de l'organisme – et qui correspondent aux exigences de la vie – ne peuvent pas trouver un tel exutoire. « Le système neuronique se voit obligé de renoncer à sa tendance originaire à l'inertie. Il doit apprendre à supporter une quantité emmagasinée⁹. » Cette accumulation d'énergie vise à permettre une opération, une « résistance » qui ne correspond plus à une simple décharge pour retrouver un état de non-excitation. La mémoire est l'exemple de ces résistances que S. Freud nomme les « barrières de contact », ou les « barrières de pare-excitations¹⁰ ».

À partir des formulations de S. Freud, nous pouvons donc identifier deux effets de ces barrières de pare-excitation : si elles

7. S. Freud, *op. cit.*

8. *Ibid.*

9. *Ibid.*

10. *Ibid.*

visent à tempérer l'incidence des excitations issues de l'intimité du sujet, liée à la mobilisation des fonctions corporelles, elles exercent aussi un frein à l'émergence des « exigences de la vie¹¹ ». Ce dernier effet, qui risque d'entraver un frayage à ce qui insiste dans la vie intime du sujet, peut éclairer les réserves à prescrire, rencontrées parfois par le clinicien, ou les refus de certains traitements.

Par ailleurs, les cellules des barrières de pare-excitation, par exemple les cellules spécifiques attachées à cette fonction mnésique, sont distinctes de celles qui restent sensibles aux différentes excitations, et qui sont les cellules de perception. Si les cellules de perception restent au contact des excitations multiples du monde extérieur, les cellules qui constituent les barrières de pare-excitation ne reçoivent des excitations que des cellules de la perception, ou des cellules de l'intérieur du corps. « Il est probable ainsi que les excitations endogènes appartiennent à un ordre de grandeur intercellulaire [...] La grandeur absolue des stimuli intercellulaires [...] est relativement faible et du même ordre que celle de la résistance des barrières de contact¹². » C'est-à-dire que « la structure du système neuro-nique [de la mémoire, des barrières de contact¹³] servirait à retenir, hors des neurones, une quantité d'énergie, tandis que sa fonction serait de les décharger¹⁴ ».

C'est là un autre enseignement à tirer de ces élaborations de S. Freud, qui identifie l'écart entre l'importance des excitations du monde extérieur auxquelles se confronte l'enfant à sa naissance, et le seuil de sensibilité, d'assimilation et d'intégration qui est acceptable pour son psychisme. Les précautions de l'entourage pour assurer à l'enfant un environnement apaisé en témoignent.

C'est un apaisement du même ordre que nous nous efforçons d'introduire auprès d'un enfant ou d'un adolescent quand le clinicien cherche à saisir le nœud qui suscite l'excitation

11. *Ibid.*

12. *Ibid.*

13. Incise de ma part.

14. *Ibid.*

Être heureux ! Nager dans le bonheur ! Le milieu du travail est aussi en ébullition dans cette société des loisirs¹⁴. Travailler devient très dur, surtout lorsqu'on ne supporte plus les collègues. Les arrêts de travail pour « maladie » n'en finissent plus : + 2,8 % depuis 2009, soit 10,3 milliards d'euros. Leur durée s'élève également : 54 jours en moyenne, soit + 1,8 % depuis 2016. Une école supérieure de commerce à son tour cherche la solution : être heureux au travail. Elle annonce : « Les sciences cognitives pour booster notre cerveau. Les mythes et les mystères du cerveau. Le groupe ESC fait entrer en résonance neurosciences et management, en lançant une offre de développement personnel. Dans des organisations où le bien-être au travail devient une notion fondamentale, ces formations doivent permettre au manager de s'adapter à l'évolution des structures et des forces vives. »

Alors, (se) dorer la pilule ? L'expression remonterait au XVII^e siècle, le verbe n'était pas pronominal. On dorait réellement la pilule des préparations médicales amères et peu appétissantes ; elles étaient enduites de sucre et badigeonnées d'argent ou d'or pour avoir un aspect agréable.

La pilule du bonheur fait inévitablement penser à la pilule contraceptive, déconnexion assurée scientifiquement entre le plaisir et la fécondation dans l'acte sexuel. Curieuse évolution où aujourd'hui les jeunes se livrent à regarder des films porno¹⁵ mais dont la pratique sexuelle serait diminuée¹⁶, notamment au profit des écrans, eux « sous la main », peut-on dire encore et encore. « On n'a plus le temps de manquer, donc de désirer. » La permanence de l'objet – encore une fois ce n'est pas l'objet de la psychanalyse¹⁷ – abrase, voire annihile, privation, frustration, castration, opérations lacaniennes du manque de l'objet. Bien

14. J. Dumazedier, *Sociologie empirique du loisir. Critique et contre-critique de la civilisation du loisir*, Paris, Le Seuil, 1974. Lire aussi N. Postman, *Se distraire à en mourir*, Paris, Fayard, 2011.

15. *Le Monde*, samedi 16 juin 2018.

16. « Sexe. Les codes ont changé », *Le Monde*, dimanche 10-lundi 11 juin 2018.

17. J.-L. Chassaing, « Drogue et langage », *op. cit.*

plus, il est possible d'alterner soi-même le plein et le vide, la présence et l'absence, le comble et le manque.

Les enfants l'ont « compris »... ou subi ! Les adultes aussi, un peu moins peut-être.

Et Freud, que l'on dit dépassé, écrivait à ce sujet¹⁸ que sous la pression des possibilités de souffrances, qu'il dénombre et définit, « l'homme s'applique d'ordinaire à réduire ses prétentions au bonheur [...] la tâche d'éviter la souffrance relègue à l'arrière-plan celle d'obtenir le bonheur ». Mais il y a l'extraordinaire, et en évoquant les stupéfiants, il explicite fort justement qu'« on leur doit non seulement une jouissance immédiate mais aussi un degré d'indépendance ardemment souhaité à l'égard du monde extérieur ». Il précise que pour la psychanalyse, « bonheur signifie satisfaction des pulsions », et qu'il « est un problème d'économie libidinale individuelle ».

Déjà Freud avait compris que la limite entre « la conquête du bonheur » et l'effort « pour éloigner le malheur » est bien ténue. À chacun ses définitions, et ses solutions. Question de responsabilité.

18. S. Freud, *Malaise dans la civilisation*, Paris, Puf, 1978.