

Mourir de plaisir : fantasme de la jouissance suprême, absolue et définitive

Christian MORMONT

L'abus de plaisir nuit-il à la santé ? Si la question est posée dans le cadre de cette société (Pensées de psychiatrie), c'est qu'elle n'est pas considérée comme exclusivement sanitaire.

Le sens commun condamne les excès, les abus, et la modération en toute chose est une forme de sagesse que chantent les philosophes de l'Antiquité aussi bien que les petits bourgeois modernes. La société contemporaine est toutefois confrontée à une situation un peu plus inconfortable dès l'instant où la réalisation de soi, l'épanouissement personnel, le plus de biens et de plaisirs individuels sont des valeurs prônées au détriment d'objectifs moins égocentrés, à des idéaux faisant référence à des tiers transcendants tels que Dieu, les idéologies politiques, les combats sociaux, les nations, etc. Il va de soi que ces valeurs tierces sont gourmandes ; elles exigent des sacrifices, et les excès qu'elles engendrent sont validés par la grandeur de la cause et par le fait qu'ils sont désintéressés. Le plaisir personnel leur est subordonné. A défaut des telles valeurs, en l'absence d'une âme de principe divin dont il faut rendre compte, ou d'une éternité à mériter, ou encore d'une représentation de l'homme participant à un univers sensé, quels freins opposer à l'appétit de jouissance sinon ceux qu'actionnent le concept matérialiste de santé ? Et ces freins sont-ils nécessaires ?

Platon considérait que la tempérance était une des quatre vertus cardinales et la situait donc dans une perspective morale. Alors que Voltaire, affirmant le caractère social de la vertu (c'est le bien que l'on fait aux autres), s'exprimait d'une manière particulièrement opportune pour notre propos : « Que m'importe que tu sois tempérant ? écrivait-il : c'est un précepte de santé que tu observes ; tu t'en porteras mieux et je t'en félicite... » mais, sous-entendu, cela ne fait de bien à personne d'autre. La distinction entre santé et vertu, abordée sous l'angle de la tempérance et de son contraire (l'excès) baptisé « vice » semble claire. Pour Voltaire, la tempérance sert les intérêts de l'individu et n'est donc pas moralement vertueuse.

Par ailleurs, la notion de plaisir est complexe. A côté des conceptions dionysiaques, des Bacchantes et des fêtes paniques où l'on se perd dans un orgasme cosmique, Epicure et Freud ont paradoxalement introduit comme agent pondérateur, non la tempérance mais la réalité.

Kundera (La lenteur, 1995) écrit : « Dans le langage de tous les jours, la notion d'hédonisme désigne un penchant amoral pour la vie jouisseuse, sinon vicieuse. C'est inexact, bien sûr : Epicure, le plus grand théoricien du plaisir, a compris la vie bienheureuse d'une façon extrêmement sceptique : éprouve du plaisir celui qui ne souffre pas.

C'est donc la souffrance qui est la notion fondamentale de l'hédonisme : on est heureux dans la mesure où on sait écarter la souffrance ; et comme les plaisirs apportent souvent plus de malheur que de bonheur, Epicure ne recommande que des plaisirs prudents et modestes. La sagesse épicurienne a un arrière-fond mélancolique : jeté dans la misère du monde, l'homme constate que la seule valeur évidente et sûre est le plaisir, si menu soit-il, qu'il peut lui-même ressentir : une gorgée d'eau fraîche, un regard vers le ciel..., une caresse. »

Ce point de vue n'est pas éloigné de la dialectique freudienne principe de plaisir-principe de réalité : l'homme est contraint de chercher la décharge de ses tensions (ce caractère contraignant du principe de plaisir est parfois ignoré) mais pour trouver le plaisir maximum, il doit tenir compte de la réalité. Le principe de réalité ne dénote pas la résignation aux limites de la réalité, il signifie au contraire l'irréductibilité de la recherche du plaisir, la réalité étant un moyen contingent au service du plaisir.

Ici, chez Epicure et chez Freud, la modération, plutôt qu'une vertu morale, est une stratégie hédoniste efficace.

On pourrait attendre que le point de vue médical contemporain ne soit ni hédoniste, ni moral et que, voltairien sans le savoir, il ne soit que sanitaire. Ce serait sans compter sans l'intrication du médical, du social et du moral. L'exemple, tout compte fait assez approprié, de la masturbation est édifiant. Il y a une vingtaine d'années (1984), Jean Stengers et A. Van Neck publiaient « L'histoire d'une grande peur : la masturbation », un des rares ouvrages consacrés à une étude historique de l'attitude des sociétés face à la masturbation. Contrairement à une idée largement répandue, la hantise de la masturbation est moderne et est moins d'origine religieuse que médicale. C'est Tissot, un médecin suisse, qui semble avoir joué un rôle déterminant dans le développement des théories anti masturbatoires des XVIIIème et XIXème siècles.

« Le déclenchement de cette « grande peur » ne serait autre qu'une brochure intitulée *Onania*, publiée en 1723, à des fins commerciales avant tout, par un charlatan anonyme de Londres. L'auteur, afin de favoriser la vente de ses remèdes contre le péché d'Onan, y fait un tableau très cru des souffrances endurées par de jeunes masturbateurs qu'il a eu à soigner. Pour la première fois, la masturbation se voit attribuer des effets destructeurs : vertiges, mélancolie, stupidité, impuissance, châtement divin, mort, la liste des maux auxquels s'expose le masturbateur est infinie. Le succès rencontré par la brochure est immense, et c'est elle qui, au fil de ses innombrables rééditions, va imposer dans toute l'Europe la terreur de la masturbation. Mieux : elle reçoit quelques années plus tard la caution scientifique d'un médecin renommé de l'époque, Tissot, qui, dans son traité *De l'onanisme* publié en 1757 rejoint les conclusions inquiétantes d'*Onania*.

La grande peur de la masturbation est née. Elle va se propager durant tout le XIX^{ème} siècle, accumulant les ravages chez des générations entières d'adolescents dévorés par la culpabilité. Les exemples ne manquent pas, témoignant du phénomène : intellectuels, comme Proudhon, Sainte-Beuve, les frères Goncourt, Littré et même Kant, médecins, comme Raspail, hommes d'Eglise comme Mgr Dupanloup ou Mgr Bouvier, directeurs de pensionnat, tous poursuivent assidûment ce qu'ils nomment le « fléau de l'onanisme ». Les remèdes proposés par les spécialistes font frémir : surveillance permanente, camisoles de force, pieds et bras liés pendant le sommeil, régimes alimentaires adaptés, dissuasion par la fatigue et l'exercice physique quotidien, et même, chez les malades jugés « irrécupérables », interventions chirurgicales ... »

L'activisme anti-masturbatoire des médecins a été considérable et a débordé largement sur le XX^{ème} siècle comme l'illustrent les quelques extraits suivants de F. Lanzmann « Petite histoire du sexe et de son apprentissage de 1900 à nos jours » (Ed J.-C.Lattès, 1995).

« Quel est le vice secret, bas et honteux qui de nos jours flétrit et décime la jeunesse, attaque la vie dans sa source, supprime la famille et menace de la société ? C'est le vice que les anciens auteurs appellent indifféremment onanisme ou masturbation et que nous préférons désigner ici sous le nom de vice solitaire. »

Le vice solitaire, Dr Surbled, éd. A.Maloine, 1905.

« Rien n'ébranle plus profondément ni plus sûrement le tempérament que la pratique solitaire où l'on cherche un vain et passager plaisir et où on ne trouve que la honte, la déception, la maladie et la mort ».

Le vice solitaire, Dr Surbled, éd. A.Maloine, 1905.

« Les jeunes filles adonnées aux plaisirs solitaires sont facilement reconnaissables, car elles perdent toute retenue en voyant quelqu'un qui leur plaît, au lieu de conserver leur gaieté et leur franchise, elles deviennent tristes, rêveuses, et plus ou moins capricieuses. Leur fraîcheur disparaît, les yeux, fatigués, sont entourés d'un cercle noir ou bleuâtre, comme cela arrive pendant l'écoulement menstruel, elles ont enfin des fleurs blanches abondantes qui augmentent l'épuisement occasionné par un abus meurtrier. »

Sécurité des sexes, Dr Bouglé, Michalon, éditeur, 1909.

« L'abus des plaisirs sexuels et l'onanisme peuvent conduire l'homme à la pédérastie. »

Pédéraste et pédérastie, Dr Rhazis, éd. De Porter, 1909.

Ce n'est pas toujours impunément que le masturbateur prend l'habitude de provoquer l'érection puis l'éjaculation par ses propres attouchements, il arrive très fréquemment que ce mode d'excitation devient le seul possible, et que la vue et le contact de la femme restent sans effet. L'individu n'est plus alors capable de ressentir l'orgasme que par la manuélistation. Sans qu'il présente la moindre altération physique, le malheureux se trouve alors frappé d'impuissance. Bien que le caractère purement imaginaire et nerveux de cette déficience la rende curable, elle ne doit pas moins être signalée à tout jeune homme soupçonné d'abuser de la masturbation. »

Conseil aux jeunes gens, Dr Henri Drouin, éd. Paul Dupont, 1935.

On en retrouve des échos dans le traité de sexologie publié par Hesnard, pourtant psychanalyste, en 1959.

Aujourd'hui, le discours médical a changé. La masturbation est la première étape du traitement des femmes anorgasmiques et certains chercheurs croient avoir démontré que la pratique masturbatoire protège du cancer de la prostate.

En accord avec Galien, l'abstinence de toute activité sexuelle est considérée comme pathogène puisqu'elle est de nature à induire des troubles physiologiques sans doute irréversibles. La masturbation est prescrite après avoir été proscrite.

Mais quoi qu'il en soit, le poids de la science médicale a été lourdement et injustement mis au service d'une attitude agressivement anti-sexuelle et l'on ne peut affirmer que la collusion de la morale (dans sa dimension répressive) et de la médecine est une affaire du passé. La question posée aujourd'hui atteste le contraire.

Il faut bien voir aussi qu'en posant la question de la nuisance, on se réfère de facto une certaine idée de ce qui est bon ou mauvais, bénéfique ou nuisible. La démarche descriptive, compréhensive, explicative est escamotée. Il nous faut donc en revenir à une attitude naturaliste, à un regard a-moral et examiner les faits.

L'énoncé même de la question met en présence deux notions dont les interrelations constituent le cœur du problème.

Le plaisir renvoie à la pulsion sexuelle définie précisément comme une poussée vague et indéterminée vers le plaisir, alors que la santé est une facette de la conservation et de l'affirmation de soi recherchées par les pulsions du moi.

Si l'on admet que les pulsions sont inlassables et insatiables et que ni la jouissance absolue, ni l'identité parfaite ne sont accessibles, on ne peut que s'interroger sur le destin et la coexistence de ces pulsions dans le psychisme.

En fait, le conflit est inévitable, conflit que l'on peut formuler avec Duyckaerts comme le conflit entre l'élan vers la jouissance et l'élan vers l'identité. Ce conflit existe lorsqu'une même zone corporelle se trouve investie simultanément par les deux élans psychiques, élans qui ne s'arrêtent jamais, qui ont quelque chose d'absolu, qui poussent au-delà de chaque limite atteinte. Conflit, certes, mais aussi articulation voire contamination entre ces élans concurrents : la bouche peut être investie à des fins d'affirmation de soi et à des fins de plaisir. Dans ce cas, le plaisir va être lié à la destruction car manger, c'est détruire. Le conflit peut conduire au blocage, au désinvestissement de la zone impliquée.

Il n'est pas nécessaire de pousser plus loin la réflexion sur ce champ complexe pour se rendre compte que fondamentalement le plaisir nuit à la santé (figurant ici la conservation et l'affirmation de soi) et que la santé nuit au plaisir, du moins si on prend ces notions dans leur sens extrême. La solution serait sans doute dans une espèce de troc, de marchandage entre pulsions, les déceptions ou insatisfactions vécues sur un plan trouvant compensation par des gratifications obtenues sur l'autre plan.

Si la pulsion sexuelle n'est pas adoucie par le souci de l'identité, si la recherche de l'identité n'est pas édulcorée par la demande de plaisir, on ne peut échapper à la quête inextinguible et tyrannique de l'absolu.

La question n'est pas la nuisance du plaisir sur la santé et vice versa et la solution n'est pas dans une morale de la tempérance. Elle est dans la résolution négociée du conflit entre des pulsions qui pour en arriver là ont dû être capables de se subordonner à la règle du plus grand plaisir possible et donc rabattre leur prétention à l'absolu.

Titre : Violence et absences de différences

3-4 novembre
Du ²⁰⁰⁵ symposium : 2005

Coordonnée des auteurs :

- Zdanowicz Nicolas : Université Catholique de Louvain, Clinique de Mont-Godinne, service de psychosomatique, 5530 Yvoir, Belgique
- Jacques Denis : Université Catholique de Louvain, Clinique de Mont-Godinne, service de psychosomatique, 5530 Yvoir, Belgique
- Reynaert Christine : Université Catholique de Louvain, Clinique de Mont-Godinne, service de psychosomatique, 5530 Yvoir, Belgique
- Delvenne Veronique : Université Libre de Bruxelles, Faculté de Psychologie, 63 rue Vanderveken, 1780 Bruxelles

Auteur principal et adresse de contact :

- Zdanowicz Nicolas : Université Catholique de Louvain, Clinique de Mont-Godinne, service de psychosomatique, 5530 Yvoir, Belgique

Email : nicolas.zdanowicz@uclouvain.be

Titre : Violence et absences de différences

Résumé :

Objectif : montrer comment l'interaction des discours préventifs médicaux, des changements de place relative des enfants et des adultes et du discours sur l'égalité des chances nivellent les jeunes dans une indifférenciation. Cette indifférenciation est source de violences. **Moyens :** à partir des données épidémiologiques sur la santé des jeunes un certain nombre de comportements en défaveur de la santé ont été mis en exergue. Le corps médicale par des techniques soit de prévention des risques soit de promotion de la santé modèle les jeunes dans des comportements « safe » et standard. Malheureusement ce modelage s'avère relativement inefficace et générateur de comportements à risques, par exemple, dans le sport.

D'un autre côté la perte de légitimité des adultes par rapport aux droits des enfants entraîne une difficulté dans la construction de l'identité du jeune. Dans ces contextes le discours sur l'égalité des chances et des accès aux biens mets en place une série d'objet comme trait de l'identité (pc, mp3, téléphones portables,...). Ne pas les posséder est ne pas exister et devient source de violences. **Résultats :** l'augmentation des comportements à risques et de délinquances est le résultat d'un ensemble de mécanismes qui ne permettent plus la construction d'une différence entre individus. Cette différence est celle qui fonde l'identité psychique. **Conclusion :** une promotion de la santé qui passerait par une éducation aux plaisirs, une augmentation de la cohérence entres adultes et l'instauration de groupes de jeunes citoyens nous semble êtres les éléments permettant de réinstaurer une dimension véritablement humaine.

Mots Clefs : prévention – trouble du comportement – personnalité

1. Introduction

Un certain discours laisse à penser que nos adolescents et jeunes adultes ont plus de comportements à risques et en particulier à risques contre les autres. Nous n'en sommes pas persuadé parce que à notre connaissance aucune étude n'a démontré cela et il nous semble que chaque années les forces de l'ordre annoncent qu'il y a moins de délinquance que l'année d'avant. Les études¹ qui se sont penchées sur l'évolution de la fréquence des actes délictueux commis dans plusieurs pays occidentaux en fonction de l'âge, ont montré que ces actes sont plus fréquents à 18 ans. Dès l'enfance 5% des jeunes sont déjà des « petits bandits » et 20% des adolescents commettent un acte délictueux. Mais, ces études ont aussi montré que, dès le début de la vingtaine, ces actes redeviennent aussi peu fréquents que dans l'enfance. Les adultes délinquants sont souvent les 5% de « petits bandits » de l'enfance. Un adolescent n'ayant jamais eu de problèmes durant ses primaires et, de manière plus générale, durant son enfance qui commettrait un acte délictueux a donc un bon pronostic. Nous n'en sommes pas persuadés non plus parce que quand nous regardons les médias décrivant les adolescents qui ont posé ces actes nous avons l'impression d'une « recherche d'audience », et c'est encore pire en période électorale. Nous admettons toutefois que peut-être ce qui a changé chez nos adolescents c'est le rapport au respect des différences. Différence de couleurs de peaux, différence de sexes, différence de pouvoirs, différence de possessions d'objets,... La différence est peut-être devenue plus intolérable : nous devons tous être de la même culture globale, nous avons tous droit à un MP3, un Ipod, un portable,... Paradoxalement l'idéal d'une société égalitaire semble avoir creusé le fossé des différences. Comment en sommes-nous arrivés là ?

Nous pensons que 3 types de phénomènes ont interagi pour aboutir à ce résultat : la dynamique médicale et ses actions préventives, les changements de la dynamique familiale et les changements de la dynamique sociale.

2. Interaction des dynamiques.

a. La dynamique médicale.

Depuis les années 80, différentes études épidémiologiques dans le domaine de la santé des jeunes ont permis d'avoir des indicateurs objectifs et subjectifs non seulement de leur santé mais également de leurs comportements de santé². Ces études sont censées pouvoir aider à définir les priorités sanitaires et l'élaboration d'outils de promotion de la santé. Comme nous le verrons, il est toutefois assez

impressionnant de s'apercevoir qu'alors que certains indicateurs sont bons, les adultes continuent à être persuadés qu'il y a péril en la demeure. L'exemple le plus frappant est le SIDA où les études prouvent que les connaissances des jeunes dans le domaine des mécanismes de transmission et de protection atteignent des sommets et alors que les adultes restent persuadés que les jeunes manquent de ce savoir.

Un des premiers champs investigué est celui des problèmes de l'alimentation des jeunes et de leurs poids. Ainsi, depuis pratiquement 1986, 90% des jeunes déclarent manger ce qu'ils veulent quand ils veulent et où ils veulent². Ces chiffres suffisent à alarmer les adultes dans le domaine alors que :

- la majorité d'entre eux déclarent également manger des fruits tous les jours (certes, cette consommation de fruits a tendance à diminuer entre 1986 et 2002, et, comme beaucoup d'autres valeurs, diminue avec l'âge, varie en fonction du type d'enseignement (les plus mauvais résultats étant généralement obtenus dans l'enseignement professionnel) et en fonction du sexe (les garçons ont en général les plus mauvais résultats)).
- les études concernant le poids montre que s'il existe dès la fin du primaire 15% des jeunes qui ont un excès de poids, ce chiffre est assez stable depuis les années nonante.
- 10% des jeunes déclarent également consommer au moins une fois par jour des produits de régime (malheureusement ce n'est pas toujours ceux qui ont un excès de poids qui les consomment).

On sait aussi que cet excès de poids est directement proportionnel au nombre d'heures passées devant la télévision avec 17% d'excès de poids lorsque la télévision est regardée plus de 4 heures, 30% d'excès de poids dans l'enseignement technique et 35% d'excès de poids dans l'enseignement professionnel.

Un des grands domaines de craintes des adultes par rapport au nouveau comportement des jeunes est l'usage d'Internet³. Régulièrement le corps médical met en garde contre un usage abusif de ce média. Cette mise en garde est d'autant plus étonnante que le nombre d'études sérieuses concernant le domaine est relativement restreint³. Internet serait à l'origine d'une diminution de l'âge du premier rapport sexuel, d'une multiplication du nombre de partenaires, voire d'une augmentation de l'homosexualité et de traumatismes. Toutefois dans la seule étude épidémiologique⁴ où ont été comparés des jeunes cherchant des partenaires en ligne

et les « non-cherchant », il apparaît que la différence d'âge de la première relation sexuelle n'est que de 6 mois, que le nombre de partenaires par an de ces jeunes est de 4,3 pour ceux qui emploient Internet contre 1,7 pour ceux qui ne l'emploient pas, mais surtout que la différence entre les deux est purement virtuelle. De même, dans une seule étude des taux de haut stress⁵ ont été rapportés suite à l'usage d'Internet, alors que dans la majorité des études si deux tiers des jeunes disaient avoir vécu des expériences négatives, 97% se disaient non traumatisés grâce à la possibilité de se déconnecter⁶.

Le troisième grand domaine investigués par ces études est l'école. Si à 13 ans 65% des jeunes disent aimer l'école, ils ne sont plus que 56% à 17 ans, un jeune sur deux va devoir recommencer une année, deux sur dix sont absents une fois par mois et un sur deux ressent un malaise face à l'école et aux attentes des parents et des enseignants². Ces résultats sont d'autant plus alarmants qu'il est apparu que le lieu privilégié pour faire de la promotion de la santé, est l'école et que plus l'école est ressentie comme un milieu de vie agréable, plus on augmente l'efficacité des campagnes de promotion de la santé.

Face à l'existence de comportements à risque pour la santé, la médecine a donc mis en place des instruments pour faire soit de la prévention des risques, soit de la promotion de la santé. Le programme le plus connu dans la prévention des risques est le programme DARE⁷ élaboré en 1983 aux Etats-Unis, programme qui visait la consommation par les jeunes de différentes drogues (tabac, haschich,...). Le programme a pour objectif d'augmenter la reconnaissance de la pression à consommer et de donner des compétences pour y résister. Ce programme qui a été le programme le plus largement diffusé dans les écoles des Etats-Unis comporte 17 leçons de 45 minutes données à raison d'une fois par semaine par des officiers de police en uniforme. Les études concernant les résultats de ce programme, études qui ont été réalisées en 1994 par Ennett⁷ ont montré des résultats catastrophiques.

Si significativement dans les écoles qui ont reçu le programme il y a un gain de connaissance et de compétence sociale des jeunes, il n'existe aucune différence entre écoles concernant l'usage de drogue. Cette campagne a toutefois permis de comprendre que le meilleur agent pour exécuter les campagnes sont les jeunes eux-mêmes. Malgré cet enseignement, aujourd'hui encore, des campagnes sont élaborées avec comme principal médiateur des médecins pour venir expliquer la nocivité du tabac dans les écoles.

En 1996, une campagne intitulée « Child & Adolescent Trial for Cardiovascular Health »⁸ a été diffusée dans différentes écoles de Californie, de Texas, de Louisiane et du Minnesota. Ce programme qui a pour objectif la prévention du tabagisme comprend 4 sessions de 50 minutes, un règlement anti-tabac à l'école et comprend des exercices à la maison impliquant les parents. Il vise à apprendre aux jeunes le danger du tabac et du tabagisme passif, à mettre en garde contre les coûts du tabagisme et contre la perte de la qualité de vie. L'ensemble de la formation se termine par un engagement écrit du jeune à ne jamais fumer. Aucune différence significative n'a pu être repérée entre les écoles ayant reçu le programme versus ceux qui ne l'avaient pas. Cette étude est d'autant plus marquant qu'en 1998 en Norvège⁹, un programme qui a les mêmes objectifs (la consommation de tabac par les jeunes) mais qui contrairement à l'interdiction de fumer insiste sur l'importance de la liberté individuelle, du libre arbitre et sur l'importance des prises de décision, a montré des effets significatifs à 6 mois.

L'apparition du SIDA et les différentes campagnes de prévention ont eu comme mérite de grandement faire avancer, du moins en Europe de l'ouest, les techniques d'intervention auprès des jeunes. Impliquer les parents, employer des groupes de pairs, mais aussi impliquer l'école et la prise de responsabilité à tous niveaux dans l'école par les jeunes, est apparu comme le moyen idéal de promouvoir, non seulement la santé sexuelle, mais également l'ensemble des comportements de santé. Cette technique s'associe avec des contenus d'enseignement, par exemple :

- dans les cours de gymnastique où l'on vise plus la forme physique plutôt que les performances,
- dans l'introduction de cours sur l'environnement, l'écologie,...

Dans cette dynamique, la mise de l'accent sur le libre déterminisme et l'importance de poser des choix en faveur de sa santé au sens global du mot, semble être une des clefs de l'efficacité beaucoup plus que de vouloir contrôler les jeunes. Ainsi, dans le domaine de la sexualité, dans le programme Safer Choices¹⁰, vouloir contrôler l'âge du premier rapport sexuel s'est avéré, malgré la mise en place de nombreux niveaux d'action, inefficace. Plusieurs auteurs ont d'ailleurs fait remarquer que vouloir contrôler la sexualité des jeunes reviendrait à peu près à empêcher les adolescents d'être des adolescents.

Il nous semble étonnant que, complémentaires à tous ces programmes de réduction des risques ou de promotion de la santé, on ne parle jamais aux jeunes

des aspects positifs de l'usage de telle ou telle substance ou comportement. Pourquoi ne parle-t-on jamais aux jeunes de l'effet positif du chocolat sur la tension artérielle et le risque de décès par maladie cardiovasculaire¹¹, pourquoi ne parle-t-on pas de l'effet positif de la sexualité sur le cancer de la prostate¹² ou encore du fait qu'une relation sexuelle est l'équivalent d'une course à pied de 800 mètres d'un athlète¹³ ? On peut craindre que ces effets de la lutte contre certains comportements des jeunes participent avec la dynamique familiale et sociale à la mise en place de certains comportements à risque. Ainsi en 1994 on mettait en évidence que dans la tranche 10 à 18 ans, on comptait 33% d'accidentés en un an, un sur deux nécessitant un traitement médical, 7,5/10 entraînant un absentéisme scolaire. Les lieux de ces accidents étaient en premier l'école (2,5/10), la maison (2/10), le terrain de sport (2/10) et seulement 1/10 sur la voie publique¹⁴. Il est également apparu que plus l'école poussait aux performances physiques, plus elle était le lieu d'accidents.

b. Dynamique familiale et sociétale.

Pour structurer la personnalité d'un enfant, imposer une certaine autorité, même subtile, s'avère nécessaire. Celle-ci permet à l'enfant de se forger une conduite et de se donner un certain nombre de limites. Cela commence très tôt par l'échange de regards. Par exemple, un enfant est engagé dans un jeu anodin. Débutant la marche, il s'éloigne de plus en plus de sa mère en l'observant. A un moment donné, un regard de la part de sa mère suffira à faire savoir à l'enfant qu'il ne peut aller plus loin. Il s'agit d'un acte d'autorité pur, sans aucune intervention physique, exercé seulement au moyen du regard. Ensuite les parents vont devoir se positionner par une série de limites. Les « privations » effectuées par la mère et la « frustration » de la mère occupée par d'autres, comme son mari, permet à l'enfant d'en avoir une représentation intériorisée, l'introduit au fait qu'elle n'est pas qu'à lui et entame une triangulation avec son père. Avoir un père qui fait preuve d'autorité, tout en lui-même respectant celle de la démocratie, introduit l'enfant à avoir des stratégies à long terme plutôt qu'être dans le « tout, tout de suite ». Passer ces étapes fait émerger une identité personnelle sensée maintenir une sécurité interne, déterminant progressivement « qui je suis, ce qui est bon et ce qui n'est pas bon pour moi, mes limites et celles des autres ». Grandir nécessite une certaine énergie, une force de vie une « vie-olence ». Violence pour oser s'extraire du cocon familial, violence qui, lorsqu'elle est médiatisée par le langage et le relationnel, devient de l'agressivité. Cette agressivité structurelle va aussi permettre à l'adolescent de se « battre avec

ses parents » pour gagner de la liberté, pour s'affirmer, pour défendre un certain nombre de ses valeurs. En ce sens, il va provoquer une « dégradation » de l'importance de la place de l'autre et une diminution du pouvoir des parents. Cette évolution n'est pas forcément à comprendre seulement comme un développement du moi de l'adolescent mais aussi comme une démarche au cours de laquelle il renégocie une partie de la responsabilité que possédaient ses parents¹⁵. Encore faut-il que les parents ne soient pas trop fragiles pour oser la céder. Encore faut-il que les parents osent priver et frustrer un peu. Si l'énergie n'est pas métabolisée elle reste violence. L'évolution de notre société démocratique n'a pas favorisé l'autorité parentale :

- La charte de l'enfance n'est ni accompagnée d'une charte de ses devoirs ni d'une charte des droits des parents.
- Le changement de la loi sur le divorce en posant dans la parentalité, le bien-être de l'enfant en position centrale déplace le pôle de gravité des parents vers l'enfant,...

A la fin de l'enfance, le pré-adolescent doit réaliser un deuil quant à la façon dont il a vécu, de ce qui le faisait vivre, et de ce qu'il aimait. Ce deuil impose une étape de questionnement en rapport avec le pourquoi et le comment vivre. Cette étape est marquée par la disparition d'un grand nombre des objets de l'enfance mais aussi par l'émergence de nouveaux objets et de centres d'intérêts qui permettront le passage vers l'organisation adulte. Ce creusement de différences par rapport au milieu familial repose donc sur l'acquisition de différences d'abord par rapport à la famille puis par rapport aux pairs. Dans ce passage risque de se creuser un « vide », dont souffre l'adolescent. Ce vide sera d'autant plus important que la personnalité n'est pas bien limitée et l'adolescent mal différencié¹⁶. Cela se caractérise par un sentiment de ne pas savoir qui il veut être tout en ne souhaitant plus être défini comme l'enfant qu'il était. Dans ce « vide » que traversent les adolescents, peut s'intercaler la question de la mort. Ainsi, s'exposer à des situations potentiellement mortelles et en sortir indemne pourra donner à l'adolescent un sentiment de déterminisme à vivre (« si j'en sors, c'est que je dois vivre ! »). A défaut de se sentir vivant, à défaut de symbolisations identitaires, les situations dangereuses vont permettre à ces jeunes de s'éprouver comme vivant par le danger. Danger dans lequel ils se mettent ou dans lequel ils mettent les autres.

Aujourd'hui, un idéal égalitaire tend à nous communiquer que nous avons tous des droits semblables, le droit aux chances égales, le droit à la réussite, le droit à la santé, le droit à un PC, le droit de choisir son sexe... Les tribunaux doivent gérer des plaintes contre les gynécologues qui n'ont pas maîtrisé le risque « d'anormalités », les professeurs sont accusés de mal enseigner ou d'examens inéquitables, les sociétés d'assurance augmentent sans cesse les primes des médecins, la médecine change les sexes... Parfois ces droits nous semblent être à la limite des devoirs : devoir avoir un pc, devoir avoir des côtés masculins et féminins, devoir avoir la santé et la jeunesse,... Ces devoirs peuvent même aller jusqu'à l'auto culpabilisation, « si je rate c'est de ma faute, on m'avait donné toutes les chances ». Cette victimisation pouvant elle-même alimenter la violence.

Quand on ne sait pas qui on est, quand on n'a pas encore de place dans une société (chômage, études prolongées,...), quand il faut avoir pour être plutôt que de mourir ou tuer, il reste la possibilité de posséder pour exister. Posséder des objets de jeunes comme les autres parce que c'est un droit : MP3, baskets, GSM, PC portables... Posséder des liens tellement forts avec les pairs pour ne pas disparaître dans le vide : être tout le temps en réseaux (GSM, Messenger,...), être avec les autres par mon corps tatoué ou percé de la présence de l'autre.

Dès lors que le bien-être de l'enfant se trouve en position centrale, que l'idéal démocratique met en doute les pouvoirs des uns et des autres, que l'enfant (par une charte) possède plus de droits que de devoirs, comment l'adulte peut-il dire « non » et exercer une autorité nécessaire vis-à-vis de l'enfant ? Par ce manque de limites effectives, les capacités de mentalisation de l'enfant ne sont pas assez sollicitées, engendrant durant le vide possible de l'adolescence une dominance des expressions par l'agir et des difficultés à différer la satisfaction des besoins. L'enfant ne bénéficie plus de cette privation qui permet de créer des plans, un monde imaginaire, de se projeter dans l'avenir, et donc de passer à un stade ultérieur de son développement permettant l'élaboration de stratégies alternatives aux actes. Les jeunes chez qui il y a peu de monde intérieur, où rien ne fait trace, se lancent dans des tentatives d'autodétermination au moyen d'actes.

3. Conclusion : la prévention

Pour ces 3 types de dynamiques (figure 1) nous pensons que l'on pourrait envisager 3 types de prévention.

Insérer figure 1

Dynamique	Idéale	Mais alors	Conséquences (objets de désirs ou comportement)	Prévention possibles
Médicale	Supprimer l'obésité, le tabac, les drogues, le SIDA,...	Seul l'ascétisme peut sauver notre corps	Chaussures Nike Sports à risques	Parler aussi du plaisir
Familiale	Droit des enfants	Pas de droit des parents	Nous sommes tous égaux, la différence est illégale	Augmenter les liaisons famille- école-sociale
Sociale	Nous avons tous le droit d'avoir	Je suis ce que j'ai	MP3 PC – MSN Téléphone portables Ipod ...	Instaurer des Groupe de pairs
	Etre communiquer	= La capacité de communication défini l'individu		

La médecine pourrait en parallèle aux contrôles incessants des désirs nuisant à la santé qu'elle propose d'éliminer aussi aborder une éducation aux plaisirs.

Dans une démocratie les pouvoirs sont contrôlés par des organes démocratiques d'où la multiplication des organes de contrôle. Si les autorités « individuelles » (parents, professeurs, policiers...) perdent de leur légitimité et donc leurs pouvoirs peut-être faut-il envisager des liaisons plus intenses entre ces protagonistes plutôt que des accusations réciproques d'impuissance. Dans la même logique s'il n'est plus possible d'apprendre au jeune à se faire loi peut être faut-il réfléchir à la mise en place de groupes de pairs d'adolescents ayant une autorité démocratique entre eux. Peut-être avons nous aussi, comme adulte, à réfléchir à une société un minimum non-égalitaire pour assurer que les différences génèrent des échanges plutôt que des droits de posséder ?

Références

1. Dumas J. Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent. Bruxelles: De Boeck Université 1999.
2. Zdanowicz N. La santé à l'adolescence: un processus d'internalisation lié à la dynamique familiale. Louvain La Neuve: Faculté de Médecine 2001.
3. Y Salmon NZ. Net, sex and rock'n'roll ! The potentialities of a tool like the internet and its influences on a teenagers' sexuality. *Journal of Sexology*. 2006; 54(2006): 1158-1360.

4. M McFarlane SB, C Rietmeijer. Young adults on the Internet: risks behaviours for sexually transmitted diseases and HIV. *Journal of Adolescent Health*. 2002; 31: 11-16.
5. K Mitchell DF, J Wolack. Risk factors and impact of online sexual solicitation of youth. *JAMA*. 2001; 2005: 3011-3014.
6. N Zdanowicz CR. Medicine student's knowledge in sexology and their use of Internet. *Sexologies*. 2007; 16: 121-131.
7. ST Ennett NT, CL Ringwalt, RL Flewelling. How effective is drug abuse resistance education. *Public Health*. 1994; 84: 1394-1401.
8. JP Elder CP, EJ Stone, CC Johnson, M. Yang. Tobacco use measurement, prediction, and intervention in elementary schools in four States; the CATCH study. *Preventive Medicine*. 1996; 25: 486-494.
9. O Josendal LA, IH Bergh. Effects of a school-based smoking prevention program among subgroups of adolescents. *Health Education Research*. 1998; 13: 215-224.
10. Coyle K B-EK, Kirby D, Parcel G, Banspach S. Short term impact of sfer choices: a multicomponent, school-based HIV, other STD, and pregnancy prevention program. *Journal of School Health*. 1999; 69: 181-188.
11. Buijsse B. Cacao intake, blood pressure and cardiovascular mortality: the Zutphen Elderly Study. *Archives of Internal Medicine*. 2006; 116: 411-417.
12. Leitzmann MF PE, Stampfer MJ, Willett WC, Giovannucci E. Ejaculation frequency and subsequent risk of prostate cancer. *JAMA*. 2004; 291: 1578-1586.
13. Butt D. The sexual response as exercise. A brief review and theoretical proposal. *Sport Medicine*. 1990; 9: 330-343.
14. Piette D. PM, Boutsen M., de Smet P., Leveque A., Barette M. Vers la Santé des jeunes en l'an 2000? . Bruxelles: ULB 1997.
15. Zdanowicz N, Reynaert C. Adolescent health. *Lancet*. 2004; 364(9433): 497.
16. Zdanowicz N. PV, Reynaert Ch., Janne P., Vause M. Prévenir la toxicomanie. *Louvain Medical*. 2001; 120: 93-97.