

Université de Montréal

Qu'est-ce que le trouble de l'addiction ? : pour une définition hybride et une classification dimensionnelle de l'addiction.

**Par
Rachel Frenette**

Département de philosophie, Faculté des arts et des sciences

**Mémoire présenté en vue de l'obtention du grade de maîtrise
en philosophie option enseignement au collégial**

20 août 2021

© Rachel Frenette, 2021

**Université de Montréal
Département de philosophie, Faculté des arts et des sciences**

Ce mémoire intitulé

Qu'est-ce que le trouble de l'addiction ? : pour une définition hybride et une classification dimensionnelle de l'addiction.

Présenté par
Rachel Frenette

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes

Ryoa Chung
Présidente-rapporteuse

Aude Bandini
Directrice de recherche

Christine Tappolet
Membre du jury

Résumé : La catégorisation actuelle du trouble de l'addiction dans le DSM-V fait face à plusieurs problèmes théoriques. D'abord, la catégorie nommée « Troubles liés à l'abus de substance et troubles addictifs » met en évidence le problème de l'exclusion par son manque de justification à inclure certains troubles du comportement, mais à en exclure d'autres, dans sa caractérisation. Le chevauchement constitue le deuxième problème que pose la catégorie du DSM-V, dans la mesure où certaines catégories censées être distinctes se recoupent en réalité. Les problèmes d'exclusion et de chevauchement remettent en question le fait de tracer ainsi les frontières entre catégories et en révèlent leur manque de validité conceptuelle. Et alors que la catégorie du trouble de l'addiction se heurte à ces problèmes, on peut douter de son utilité dans le traitement et la prise en charge des patients. Donc, par souci de fournir une classification en psychiatrie qui est valide et utile, il est nécessaire de redéfinir le trouble de l'addiction. Cela nous permettra de le classer autrement et adéquatement. Ainsi, nous défendons la thèse, dans ce mémoire, selon laquelle l'addiction ne renvoie pas à une entité discrète mais plutôt à un continuum, où coexistent deux phénomènes qu'il faut toutefois séparer : la motivation addictive et le *trouble* de l'addiction. Selon la définition que nous proposons, une taxonomie dimensionnelle, plutôt que catégorielle, représente mieux le trouble de l'addiction. Une telle approche possède le potentiel d'offrir de meilleurs outils aux cliniciens et aux chercheurs dans le traitement des personnes atteintes du trouble de l'addiction.

Mots clés : addiction, trouble de l'addiction, philosophie de la psychiatrie, validité, utilité, continuum, classification dimensionnelle, dysfonctionnement préjudiciable, HiTOP, DSM-V

Abstract: The categorization of addiction in the DSM-V faces many theoretical problems. First, the category named “Substance-use disorders and addictive disorders” emphasizes the problem of exclusion by its lack of justification to include certain behavioral disorders, whilst also excluding many other ones. Second, the category also induces the problem of overlapping, which refers to the way certain categories expected to be distinct actually intersect with each other. These problems of exclusion and overlapping raise some questions about the way the boundaries between categories are traced and reveal their lack of conceptual validity. Moreover, as categorization faces these theoretical problems, we can also doubt the usefulness of the category of addiction in the treatment and care of patients. Therefore, it is necessary to redefine addictive disorder in order

to offer a classification that is valid and useful. Thus, in this memoir, we want to argue that addiction refers not to a discrete entity but to a continuum where two distinct phenomena coexist: addictive motivation and addictive *disorder*. According to our definition, dimensions, rather than categories, are much more appropriate to represent as is the disorder of addiction. This approach has the potential to offer better tools to clinicians and researchers in the treatment of people suffering from an addictive disorder.

Key words : addiction, addictive disorder, philosophy of psychiatry, validity, utility, dimensional classification, continuum, harmful dysfunction, HiTOP, DSM-V

Remerciements

Il va de soi, en premier lieu, de remercier ma directrice de recherche Aude Bandini, sans qui ce travail n'aurait pu être accompli. Ses nombreux commentaires rigoureux et judicieux m'ont permis de poser les bonnes questions et d'améliorer constamment ma plume.

J'aimerais par la suite remercier mon époux, Joël Côté, qui a su m'accompagner à travers cette épreuve avec un amour inconditionnel. Sa présence réconfortante ainsi que sa joie de vivre m'ont rappelé l'importance d'avoir du plaisir à faire mon travail et de trouver l'équilibre.

Également, je remercie ma grande sœur Judith Frenette et mon amie Rose Hirigoyen pour leur temps, leur intérêt et leur grande générosité.

Enfin, j'envoie des remerciements infinis pour mes parents, Éric Frenette et Manon Carrier. Leurs encouragements sous toutes leurs formes m'ont été des plus précieux.

Table des matières

I.	INTRODUCTION	8
II.	CHAPITRE 1 : LA DÉFINITION DU TROUBLE DE L'ADDICTION	11
A.	HISTOIRE ET ÉTYMOLOGIE DE L'ADDICTION	11
B.	LES FAITS ET LES VALEURS POUR LE TROUBLE DE L'ADDICTION	13
C.	LE CONTEXTE HISTORIQUE DU DYSFONCTIONNEMENT PRÉJUDICIABLE	19
D.	LE DYSFONCTIONNEMENT PRÉJUDICIABLE.....	22
E.	LE TROUBLE DE L'ADDICTION COMME DYSFONCTIONNEMENT PRÉJUDICIABLE	24
i.	<i>Le dysfonctionnement</i>	25
ii.	<i>Le préjudice</i>	30
F.	L'OBJET OU LE COMPORTEMENT?.....	33
G.	CONCLUSION.....	34
III.	CHAPITRE 2 : LA CATÉGORISATION DU TROUBLE DE L'ADDICTION	35
A.	L'HISTOIRE DU TROUBLE DE L'ADDICTION DANS LE DSM	35
B.	LE TROUBLE DE L'ADDICTION DANS LE DSM-V	38
C.	LE TROUBLE LIÉ AU JEU D'ARGENT.....	39
D.	L'ENJEU DE L'EXCLUSION.....	41
E.	L'ÉTIOLOGIE OU L'EXPRESSION ?.....	43
F.	LE CAS DES PERSONNES ATTEINTES VOLONTAIREMENT DU TROUBLE DE L'ADDICTION.....	45
G.	CONCLUSION	47
IV.	CHAPITRE 3 : LA CLASSIFICATION DIMENSIONNELLE	49
A.	LE CHEVAUCHEMENT.....	49
B.	LES CRITIQUES DE LA CATÉGORISATION DU DSM-V	51
C.	LA CLASSIFICATION HiTOP	52
D.	LE TROUBLE DE L'ADDICTION COMME CONDITION DIMENSIONNELLE	61
E.	LE TRAITEMENT DU TROUBLE DE L'ADDICTION EN TANT QUE DYSFONCTIONNEMENT PRÉJUDICIABLE	62
F.	CONCLUSION.....	64
V.	CONCLUSION	65
VI.	BIBLIOGRAPHIE	67

Liste des signes et abréviations

APA : American Psychiatric Association

BDMA : Brain Disorder Model of Addiction

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Health

HiTOP : Hierarchical Taxonomy of Psychopathology

NIMH : National Institute of Mental Health

ODC : Obsession d'une dysmorphie corporelle

PTA : Personne atteinte du trouble de l'addiction

RDoC : Research Domain Criteria

SHI : Syndrome d'hyperphagie alimentaire incontrôlée

SSOT : Society for the Suppression of Opium Trade

TJA : Trouble du jeu lié à l'argent

TSPT : Trouble du stress post-traumatique

I. Introduction

Le DSM-V (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux) classe le trouble¹ de l'addiction² dans la catégorie des *Troubles liés à une substance et troubles addictifs*. Cette catégorie, portant auparavant le nom de *Troubles liés à une substance*, s'est ainsi élargie, de manière à rendre compte des similarités entre certains troubles du comportement et les troubles liés à des substances. Notamment, on y inclut désormais le trouble du comportement lié au jeu d'argent. Malgré cette extension, plusieurs autres troubles du comportement, présentant de nombreuses similitudes avec le trouble de l'addiction tel que présenté par le DSM-V, n'y figurent pas : la pratique excessive d'activité physique, l'usage problématique d'Internet ou encore le visionnement abusif de pornographie. Ces conditions se retrouvent plutôt sous la catégorie des « Autres troubles mentaux ». La question se pose alors de savoir ce qui justifie le choix d'inclure certains troubles, comme celui lié au jeu d'argent, et au contraire d'en exclure d'autres qui présentent à première vue tout autant des similarités avec l'addiction, dans cette catégorie des troubles addictifs. Outre cette première difficulté, le trouble de l'addiction pose également un problème parce qu'il met en évidence que certaines catégories censées être distinctes se chevauchent en réalité. Ainsi, certains troubles considérés semblables à des addictions tombent sous de toutes autres catégories. Par exemple, le syndrome d'hyperphagie alimentaire incontrôlée (SHI) est classé parmi les troubles alimentaires. À la lumière de cette observation, on peut se demander ce qui justifie et légitime les frontières établies entre les catégories diagnostiques, et comment on devrait en penser les relations.

Si la catégorie actuelle qui est censée rendre compte des troubles addictifs engendre de tels problèmes théoriques (l'exclusion et le chevauchement problématiques entre catégories), on peut douter de sa validité conceptuelle³. En effet, cette catégorie ne semble pas permettre de distinguer de manière satisfaisante ce qui relève d'une pathologie de ce qui n'en relève pas.

¹ Selon Wakefield, le terme « trouble » est préférable à utiliser pour parler des conditions mentales en général : « Certains auteurs distinguent « trouble » [disorder] et « maladie » [disease, illness] ; je préfère le terme de « trouble », plus large, qui recouvre autant les atteintes traumatiques que les maladies, et qui est ainsi plus près du concept général de la pathologie médicale. » (Wakefield, 2006, p. 39) Par souci de cohérence, puisque nous nous basons sur le concept de dysfonctionnement préjudiciable de Wakefield pour définir l'addiction, nous le définirons en tant que trouble et non en tant que maladie.

² Par souci de cohérence avec la littérature en anglais (et en français), nous utiliserons le terme addiction, plutôt que toxicomanie ou dépendance, dans ce mémoire.

³ Derek Bolton explique très bien ce que signifie la validité conceptuelle, une notion d'abord exprimée par Wakefield (1992) : « to what extent do the manuals capture all and only the mental disorders (or mental and behavioural disorders), and to what extent have they left some out, or, most discussed, to what extent have they mistakenly included some non-disorders in. » (2007, p. 164)

De plus, on peut considérer, avec Ian Hacking (2001), que la manière dont on conçoit une condition (ici médicale), tend à amener les personnes concernées à se conformer à cette représentation sociale. Par un effet de boucle de rétroaction, la représentation sociale de départ est confirmée, et devient encore plus contraignante. Dès lors, dans le cas du trouble de l'addiction, on peut s'attendre à ce que les problèmes d'exclusion et de chevauchement aient un impact réel sur la personne catégorisée. Autrement dit, l'usage que l'on fait d'une catégorie diagnostique a le pouvoir de transformer et d'influencer le comportement des personnes qui tombent sous cette catégorie. D'où l'importance de bien en définir le sens et l'extension : ceci peut avoir des effets considérables sur les patients et leur traitement. En l'occurrence, le fait d'exclure de la catégorie des troubles addictifs des conditions qui présentent pourtant des ressemblances significatives avec l'addiction risque de nuire aux traitements et aux patients, puisque la catégorie dans laquelle on les classe est particulièrement peu informative, vague et très large (Autres troubles mentaux). De la même manière, ne pas considérer le SHI comme une addiction peut s'avérer nuisible pour l'identification des mesures appropriées à mettre en place : les personnes atteintes du SHI seront-elles prises en charge de manière à traiter la cause réelle des comportements alimentaires qui leur portent préjudice ? Si les traitements prodigués aux patients en réponse au diagnostic et se fondant sur la catégorie du DSM-V s'avèrent inadéquats, et parfois même nuisibles, on peut se demander de quelle utilité est cette catégorie des troubles addictifs telle qu'on la définit actuellement.

Mais qu'est-ce qu'une bonne catégorie diagnostique en psychiatrie ? Selon Hyman (2010), c'est une catégorie qui se révèle à la fois valide et utile. Être valide, au simple sens d'être cohérent⁴ avec le reste des éléments ou des principes au sein d'un ensemble, n'est pas suffisant. Une bonne classification en psychiatrie vise à rendre compte de la réalité clinique : c'est-à-dire des conditions et troubles psychiatriques tels qu'ils se présentent effectivement. D'autre part, une bonne classification doit aussi permettre de traiter les patients de manière adéquate et d'améliorer leur santé. Si une classification ne favorise pas la réalisation de cette tâche propre à la médecine, alors elle n'est pas utile. Qu'en est-il alors de la catégorie actuelle des troubles de l'addiction?

⁴ On oppose la validité conceptuelle, soit le fait de bien distinguer ce qui est une pathologie de ce qui n'en est pas une, à la validité par cohérence, soit le fait d'être une partie qui cohère avec un tout. La notion de validité par cohérence peut se rattacher à la théorie de la vérité en tant que cohérence, c'est-à-dire la théorie selon laquelle « the truth of any (true) proposition consists in its coherence with some specified set of propositions » (Young, 2018). Dans le cas spécifique de la catégorie des troubles addictifs, l'on exprime ainsi que la catégorie n'est pas valide conceptuellement, bien qu'elle puisse être valide par cohérence étant donné sa relation avec les autres catégories du DSM-V.

Afin de résoudre ces problèmes, il faut d'abord définir avec précision ce qu'est une addiction, et expliquer en quoi elle constitue une pathologie. À partir de là, nous évaluerons la catégorie par laquelle la psychiatrie contemporaine s'efforce d'en rendre compte, en termes de validité et d'utilité. Ainsi, dans ce mémoire, nous défendrons la thèse selon laquelle l'addiction ne renvoie pas à une entité discrète mais plutôt à un continuum de phénomènes, où coexistent deux éléments qu'il faut cependant séparer, à savoir la motivation addictive et le *trouble* de l'addiction proprement dit. Nous verrons également qu'une taxonomie dimensionnelle, plutôt que catégorielle, représente mieux le trouble de l'addiction tel que nous proposons de le définir. En somme, nous pouvons résumer notre proposition ainsi : le trouble de l'addiction est un dysfonctionnement préjudiciable qui se situe sur le continuum de l'addiction, et qui se laisse mieux appréhender au sein d'une classification de type dimensionnel qu'au travers de catégories.

Le premier chapitre introduit l'idée que les premiers usages et sens du terme « *addicere* » pointent déjà vers l'idée de motivation addictive, et que la notion de dysfonctionnement préjudiciable, établie par Jerome Wakefield (1992), permet de développer une définition satisfaisante du trouble de l'addiction. C'est cette composante normative du dysfonctionnement dit *préjudiciable* qui permet de distinguer la simple motivation addictive du véritable trouble de l'addiction. Le deuxième chapitre montre comment cette définition du trouble de l'addiction, en termes de dysfonctionnement préjudiciable, permet de résoudre le problème de l'exclusion auquel est confrontée la catégorisation actuelle du DSM-V. En reconstruisant rapidement l'histoire de la catégorisation de l'addiction, on mettra en évidence en quoi celle qui apparaît dans le DSM-V est en fait inadéquate pour rendre compte du trouble de l'addiction tel que nous le définissons. Le troisième chapitre exposera alors la manière dont une classification dimensionnelle pourrait permettre d'y parvenir, et notamment de surmonter le second problème posé par la catégorie et le type de classification actuels, à savoir le problème du chevauchement. Le tout nous permettra de conclure qu'il vaut mieux parler de l'addiction comme d'un continuum de phénomènes que l'on peut appréhender sous différentes dimensions, afin de parvenir à un concept à la fois valide et prometteur en termes d'efficacité pour les traitements.

II. Chapitre 1 : La définition du trouble de l'addiction

Dans ce chapitre, nous chercherons à redéfinir le trouble de l'addiction. Pour ce faire, nous étudierons l'étymologie du mot « addiction » ainsi que l'histoire de son sens médical. Cette étude fera ressortir une importante ambivalence dans l'usage que l'on fait de ce terme. Ensuite, nous verrons que la définition hybride du trouble introduite par Jerome Wakefield est la plus adéquate pour rendre compte de ce qu'est le trouble de l'addiction. Celui-ci se définit alors comme une motivation addictive préjudiciable.

A. HISTOIRE ET ÉTYMOLOGIE DE L'ADDICTION

Dans une étude étymologique détaillée, Rosenthal et Faris (2019) expliquent que le premier sens du terme *addiction* en République romaine, apparu entre le 5^{ème} et 3^{ème} siècle AEC, est ambigu. *Addicere* résulte en latin de l'ajout de la préposition *ad* au verbe *dicere*, qui veut littéralement dire « parler à ». Dans un sens moins littéral, *addicere* signifie adjuger ou consentir. Dérivé de ce verbe, on trouve *addictio*, terme technique qui décrit l'acte légal par lequel un débiteur devient l'obligé de son créancier. Le juge ayant le pouvoir de prononcer cette sentence est vu comme l'incarnation du divin, de Jupiter. À la même époque, cependant, *addicere* est également utilisé dans un usage augural. Ainsi, avant les batailles et les guerres, le juge a le droit de consulter les auspices, et l'accord ou l'aide de Jupiter est communiqué à travers les oiseaux. Ce sont ces derniers qui, dans ce contexte, ont la capacité de *addicere*, « de parler à ». Ainsi, depuis ses origines, le terme « addiction » est associé à des connotations positives et négatives : il réfère à un asservissement ou à une bénédiction. Cela lui confère le statut paradoxal d'auto-antonyme : un mot qui contient, parmi ses multiples sens, son contraire. Rosenthal et Faris donnent l'exemple de l'auto-antonyme « sanctionner » qui veut à la fois dire permettre et punir.

Aujourd'hui, on définit l'addiction dans le dictionnaire ainsi : « L'addiction est un asservissement d'un sujet à une substance ou une activité dont il a contracté l'habitude par un usage plus ou moins répété. »⁵ En d'autres mots, une personne qui souffre d'une addiction est asservie par habitude à une substance nocive. Cela vient rejoindre un des premiers sens du verbe *addicere*. Mais qu'en est-il du deuxième sens ? Une addiction peut-elle être comprise comme référant à une bénédiction dans l'usage contemporain ? En fait, il semble qu'on ne fasse pas vraiment de

⁵ Doctissimo. (2018), « Addiction », *Doctissimo*, <https://www.doctissimo.fr/sante/dictionnaire-medical/addiction> consulté le 17 mai 2021.

distinction entre certaines addictions qui seraient négatives et d'autres qui seraient positives, mais plutôt entre celles qui seraient pathologiques et d'autres qui seraient bénignes. C'est souvent dans ce sens qu'on utilise le terme d'addiction dans le langage courant, hors du contexte médical : « en langue anglaise, le mot addiction est totalement intégré dans le langage populaire pour désigner toutes les passions dévorantes et les dépendances (c'est un sex addict a-t-on dit de Bill Clinton du temps de l'affaire Monika Lewinski) » (Rozaire *et al.*, 2009, p. 9). Dans cet exemple, on n'exprime pas l'idée que Clinton devrait recevoir des soins en raison d'une dépendance pathologique au sexe. Ce n'est pas non plus une question de diagnostic médical. Il s'agit plutôt de mettre en évidence l'aspect incontrôlable, voire irréprensible, d'une envie ou d'une passion. Ce genre d'appropriation du terme « addiction » se retrouve en français. L'ambivalence du verbe *addicere*, manifeste dès ses origines, se traduit aujourd'hui par un double-usage du terme « addiction », dont le sens varie et désigne soit une pathologie, soit une passion puissante, mais pas pour autant pathologique.

Qu'est-ce qui fait que l'on parle d'une addiction comme d'une pathologie ? En étudiant l'usage du terme « addiction » dans le contexte proprement médical, on constate que ce dernier est assez récent, étant introduit autour du 18^{ième} siècle (Dupont et Naassila, 2016, p. 93). Au 17^{ième} siècle, des ressemblances et métaphores apparaissent entre les maladies somatiques, comme la lèpre, et les jeux liés à l'argent ou l'ébriété. Toutefois, comme Rosenthal et Faris le remarquent, « it was not addiction itself that was the disease, it was drunkenness or gambling, and when they referred to addiction, it was to convey 'attachment' or 'preference'. » (2019, p. 446) En ce sens, l'addiction a le potentiel de devenir une pathologie sans en être une *a priori*. Le concept d'une maladie de l'addiction date plutôt de 1784, soit l'année de publication de *l'Enquête sur l'effet des spiritueux sur le corps et l'âme humains* par Benjamin Rush. Dans ce texte, Rush explique que l'abus de spiritueux correspond à une maladie : l'ivrognerie⁶. C'est donc à partir du modèle de l'alcool que se développe le concept de maladie addictive tel qu'on le connaît aujourd'hui. Dans les années 1880, le terme alcoolisme est remplacé par celui de toxicomanie et s'étend à d'autres types de substances addictives que l'alcool. La toxicomanie désigne alors une manie, un type de comportements néfastes pour la société et l'individu, induite par la consommation d'une substance (introduite par voie digestive ou cutanée). Ce n'est qu'en 1932 que l'idée d'addiction comportementale est développée. Edward Glover compare alors certains comportements, comme

⁶ Le mot ivrognerie est une traduction de *inebriety*, qui diffère du terme français ébriété. En effet, *inebriety* inclut tout aspect de l'alcoolisme sans faire une distinction pour l'état d'ébriété non-chronique.

la consommation excessive de sucre ou encore l'activité de « lire en excès », (Dupont et Naassila., 2016, p. 97) à des drogues en vertu de leur potentiel à devenir addictifs. En d'autres mots, le comportement lui-même, plutôt que la substance, devient l'objet de l'addiction. Pour Glover, cela permet de concevoir qu'il existerait de bonnes et de mauvaises formes d'addiction, selon le comportement.

Dès lors, on peut se demander quelle serait la cause de la pathologie de l'addiction. D'un côté, on pourrait penser que l'addiction est un trouble cérébral qui résulte de la consommation excessive d'une substance. Ainsi, la cause de la pathologie serait la substance, celle-ci ayant altéré le bon fonctionnement du cerveau. Cependant, il semble difficile de rendre compte de comportements addictifs en de tels termes. Des comportements comme la lecture ou le fait de se nourrir n'étant pas en soi pathologiques, il faudrait plutôt conclure que le trouble de l'addiction est un trouble de la tempérance ou du contrôle de soi. Une personne atteinte du trouble de l'addiction (PTA) serait alors incapable de contrôler son attachement ou son penchant vers certains comportements, si bien que ceux-ci lui feraient du tort.

B. LES FAITS ET LES VALEURS POUR LE TROUBLE DE L'ADDICTION

En philosophie de la psychiatrie, on peut rapporter ces questionnements à un débat fondamental, soit le débat sur la neutralité axiologique des définitions. Celui-ci se manifeste lorsque les philosophes se questionnent sur la nature du trouble mental : s'agit-il d'un fait objectif, ou bien relève-t-il de normes et de valeurs ? Dans le premier cas, on théorise le trouble mental comme étant le résultat d'une défaillance biologique. Ainsi, le trouble mental « is a plainly factual, biological term couched in evolutionary theory. » (Thornton, 2007, p. 13) Dans le deuxième, le trouble mental est une déviance par rapport à une norme morale ou sociale, et il correspond à une condition qui est mauvaise pour la personne qui la subit. D'une certaine manière, ce débat se résume à la question de savoir si le trouble mental peut, ou non, être réduit à des faits objectifs et observables, tels que les décrit la biologie. On veut savoir si le trouble mental est quelque chose dont on peut rendre compte « within a satisfactory conception of the natural realm [...] » (Thornton, 2007, p. 13).

Actuellement, la conception du trouble de l'addiction comme trouble cérébral, de nature biologique, est largement dominante. Elle est notamment endossée par la *American Psychiatric*

Association et porte le nom de BDMA, soit *Brain Disorder Model of Addiction*⁷. Selon ce modèle, le trouble de l'addiction est « a chronic, relapsing illness, characterized by a compulsive drug seeking and use. » (Leshner, 1997, p. 45) et il résulte de changements considérables au niveau du fonctionnement biochimique du cerveau. L'addiction serait donc un trouble chronique causé par un dérèglement des fonctions normales du cerveau. Le contexte et l'environnement peuvent bien jouer un rôle dans le développement d'une addiction. Néanmoins, celle-ci demeure essentiellement un trouble neurobiologique : « That addiction is tied to changes in brain structure and function is what makes it, fundamentally, a brain disease. » (Leshner, 1997, p. 46) Par conséquent, on doit traiter le trouble de l'addiction comme toute autre maladie somatique chronique, par exemple l'hypertension : « a major goal of treatment must be either to reverse or to compensate for those brain changes. » (1997, p. 46) Pour Leshner, le BDMA permettrait d'offrir un traitement plus adéquat aux personnes atteintes du trouble de l'addiction. Il aurait aussi le potentiel de réduire le stigma associé aux PTA en laissant entendre qu'on ne peut pas les tenir pour responsables de leur condition. En effet, tel un schizophrène ou un individu qui souffre de la maladie d'Alzheimer, une PTA a un cerveau altéré, anormal, et il faut la traiter de manière à compenser pour cet organe.

Si l'on prétend que le BDMA offre la meilleure explication qui soit pour penser le trouble de l'addiction, alors c'est bien la substance consommée de manière excessive qui cause l'addiction. En effet, la consommation excessive et chronique d'une substance donnée modifie le cerveau au niveau du système de récompense mésolimbique. Donc, qu'une personne soit irresponsable ou intempérante n'est pas ce qui caractérise le trouble de l'addiction. Le cerveau d'une PTA n'est plus normal, en raison de son exposition chronique à une substance donnée. Il y a ainsi un lien de causalité entre substance et cerveau, assuré par la capacité présumée de la substance à altérer le bon fonctionnement du cerveau.

Le BDMA est séduisant au premier abord : il offre notamment une théorie solide sur laquelle s'appuyer pour développer des médicaments ou des traitements pharmaceutiques pour l'addiction. De plus, ce modèle permet d'expliquer pourquoi il est si difficile pour une PTA de contrôler sa consommation. Cependant, cette conception de l'addiction se heurte à plusieurs problèmes épistémologiques et éthiques. D'abord, le BDMA prétend que le trouble de l'addiction est un trouble cérébral parce que le cerveau d'une PTA est altéré par rapport à celui d'un sujet

⁷ Heather, N. (2017), « Q: Is Addiction a Brain Disease or a Moral Failing? A: Neither », *Neuroethics*, vol. 10, p. 115–124.

« sain ». Toutefois, Marc Lewis fait remarquer que la neuroplasticité⁸ du cerveau n'est pas une exception, mais bien une règle : « Neuroplasticity simply describes brain changeability and elevates it to a first principle. Indeed, there's nothing more fundamental to the human brain than its plasticity. » (Lewis, 2017, p.10) Pour affirmer que les changements neurologiques causent l'addiction, il faudrait prouver que les changements observés dans le cerveau d'une PTA sont systématiquement de nature pathologique, ce qui n'est pas le cas. Lewis soutient aussi que le BDMA ne permet pas de rendre compte de l'expérience subjective des PTA. En effet, le modèle biologique prétend que l'acte compulsif de consommer est ce qui caractérise l'addiction. Cela implique que la consommation et le choix de consommer sont, en quelque sorte, hors de leur contrôle. Or, la plupart des PTA ne se considèrent jamais comme complètement impuissantes face à leur consommation : « most addicts never feel like they have lost all control over their impulses » (2017, p. 14). Enfin, une troisième faille du modèle biologique est qu'il ne permet pas de rendre compte adéquatement des addictions comportementales. Si l'addiction est le résultat des changements neurologiques causés par la consommation excessive d'une substance, alors les addictions comportementales, qui n'impliquent aucune substance, ne seraient pas de vraies addictions. Toutefois, les données des neurosciences démontrent clairement que les addictions comportementales sont semblables, voire identiques, aux addictions à des substances (2017, p. 12). Tous ces enjeux épistémologiques remettent en question la validité de la définition du trouble de l'addiction en termes de troubles du cerveau. En ce qui concerne les problèmes à caractère éthique, selon une méta-analyse conduite par Kvaale et al. (2013), les approches biogénétiques des troubles mentaux ont effectivement le pouvoir de réduire les stigmas, mais elles impliquent aussi une réduction de l'espoir et de la confiance que l'on peut avoir dans les traitements dédiés à ces conditions.⁹ Les explications biogénétiques ont aussi tendance à renforcer les stéréotypes entourant les personnes atteintes de troubles psychologiques et psychiatriques, et notamment l'idée qu'elles seraient plus dangereuses. En ce sens, pour plusieurs psychiatres (Bracken *et al.*, 2012), ce genre d'approches est tout simplement contreproductif. Par conséquent, il semblerait qu'une conception purement biologique du trouble de l'addiction ne soit pas véritablement utile sur le plan clinique pour traiter les PTA.

⁸ On peut définir la neuroplasticité du cerveau humain ainsi: « the extraordinary ability of the human brain to adapt in response to environmental stimulus, cognitive demand, or behavioral experience. » (Li *et al.*, 2014, p. 318)

⁹ Dans Heather, N. (2017), « Q: Is Addiction a Brain Disease or a Moral Failing? A: Neither », *Neuroethics*, vol. 10, p. 115-124.

Sachant cela, vaudrait-il mieux concevoir l'addiction comme une variation par rapport à une norme sociale, ou plutôt comme une construction sociale ? En d'autres mots, l'addiction ne serait pas un trouble du cerveau, mais plutôt une condition qui diffère de la norme, laquelle est elle-même contingente. On inscrit généralement les approches normatives et constructivistes dans le mouvement plus vaste de l'antipsychiatrie. David Cooper est le premier à utiliser le terme « antipsychiatrie » en 1970. Il défend alors l'idée selon laquelle la maladie mentale ne correspond pas à une entité réelle, mais plutôt à une création sociale et familiale. En d'autres mots, l'invention de la maladie mentale s'explique par une forme d'intolérance de la part de la famille à l'égard d'une personne, qu'elle juge comme invalide, ou à qui elle reproche des comportements inappropriés. La médecine psychiatrique se saisirait ensuite de cette invention afin de la formaliser, la classer et prétendrait la guérir. Les critiques de la psychiatrie ne partagent toutefois pas tous le point de vue de Cooper, qui est effectivement assez radical ontologiquement. Un bon exemple est Michel Foucault¹⁰, qui ne nie pas en soi l'existence de la maladie mentale. Seulement, il rattache le concept de maladie mentale à celui de vérité, qui est pour lui le résultat d'une construction historique. Autrement dit, la vérité est située, elle ne correspond pas à un concept universel (Feys, 2017). Elle est aussi discursive, en ce sens que le vrai correspond à ce que l'on dit être vrai. Connaître la vérité signifie donc connaître le discours du vrai. Selon cette perspective, le discours scientifique qui constitue la psychiatrie est avant tout l'expression d'une forme de pouvoir. On institue la folie comme objet et le discours qui l'entoure comme étant vrai, afin de mobiliser et actualiser ce pouvoir. Or, puisque la folie n'est pas une espèce naturelle, les « fous » se retrouvent victimes d'une (pseudo)science basée sur un concept vide.

L'avantage des approches constructivistes ou plus largement antipsychiatriques se situe dans leurs intentions morales et politiques, en ce sens qu'elles cherchent à redonner une liberté et une responsabilité au patient sur sa condition (Feys, 2017, p. 462). Si une maladie mentale correspond à une espèce naturelle, soit à un fait de la nature, alors le patient perd tout droit ou responsabilité sur sa condition. En revanche, une vision constructiviste des troubles mentaux, quoique ce ne soit pas toujours le cas pour chacune d'entre elles, alloue la possibilité de voir le patient comme un acteur dans sa maladie et sa guérison. Il est dès lors possible de ne plus le

¹⁰Bien que Foucault soit souvent associé à l'antipsychiatrie, il ne se considère pas lui-même faire partie de ce mouvement. Contrairement aux défenseurs de l'antipsychiatrie, il ne part pas de l'institution médicale pour en dénoncer le pouvoir. Il analyse plutôt le pouvoir, et son rapport avec le problème de la vérité du discours, dans le contexte scientifique médical. (Feys, 2017, p. 460)

considérer comme la simple victime d'une affection biologique. Une telle distinction a le potentiel d'être très bénéfique pour penser et traiter le trouble de l'addiction puisque l'on sait que la plupart des PTA guérissent par elles-mêmes, sans l'aide d'aucun traitement pharmacologique ou psychiatrique (Lewis, 2017, p. 8 ; Heyman, 2013, p. 53). Ainsi, une conception normative du trouble de l'addiction peut sembler mieux adaptée pour le décrire.

Toutefois, une conception normative comporte le risque considérable d'entraîner une moralisation de l'addiction. En effet, historiquement, l'addiction en tant que déviance était souvent pensée en termes de moralité. Ainsi, on blâmait l'individu aux prises avec un trouble de l'addiction comme étant incapable de bien agir moralement et socialement. Le cas de l'opium en Angleterre au 19^{ième} siècle est un bon exemple d'une conception morale de l'addiction. C'est à travers la création en 1874 par Edward Pease, un Quaker, de la *Society for the Suppression of Opium Trade (SSOT)*, qu'un lien entre moralité et consommation s'établit. La *SSOT* a pour mission de convaincre les Britanniques que la consommation d'opium pour des raisons non médicales est un mal, voire un acte démoniaque. La substance elle-même est aussi jugée comme intrinsèquement mauvaise, «with its tendency to foster a gradual and increasingly strong craving» (Harding, 1986, p. 81). La personne devenue dépendante à l'opium est ainsi blâmée pour ses actes et ses choix : « the addict could be cast, not as a victim of opium, but as an irresponsible individual willfully adopting a course of self-destruction – fully aware of the probable consequences but unable to resist the drug induced craving. In other words, a 'willing victim.' » (Harding, 1986, p. 82) En d'autres mots, l'addiction est vue comme le symptôme d'un caractère moral défaillant. Dans la dernière partie du 19^{ième} siècle, des médecins appuient cette représentation moralisatrice du patient comme victime volontaire : c'est notamment le cas des Dr. Foster (1886), Norman Kerr (1894), et William Huntley (1897), qui soutiennent qu'il existerait un lien entre l'absence de sens moral et la consommation d'opium.

La question se pose de savoir ce qu'une telle conception morale identifie comme étant la cause du trouble de l'addiction : est-ce la substance ou le comportement ? Comme le trouble mental est un problème de moralité ou de déviance sociale, une PTA, dans cette optique, est responsable de sa condition et de son manque de volonté de bien agir. Ainsi, bien que la substance puisse être qualifiée d'intrinsèquement mauvaise, ce n'est pas la substance elle-même qui cause le trouble de l'addiction. Ce dernier s'explique plutôt par une défaillance de la volonté et de la maîtrise de soi. Une personne normale, morale et saine d'esprit a le devoir d'être tempérante, c'est-à-dire de se

contrôler et de modérer sa consommation. Si elle y échoue, c'est en vertu de vices dont elle est coupable, et par conséquent, elle est une victime volontaire de son addiction.

Cet exemple démontre bien en quoi une définition de l'addiction exclusivement constructionniste ou normativiste peut s'avérer problématique. La responsabilité de l'individu est mise en cause, l'on blâme une personne pour son incapacité à être tempérant. Puisque l'on valorise la maîtrise de soi, celui qui échoue à se maîtriser est nécessairement fautif. Remarquons cependant, comme le relève Pickard (2016), qu'il est en fait non seulement souhaitable mais aussi possible de penser le trouble de l'addiction sous le prisme de la responsabilité, sans pour autant tomber dans de la moralisation. Ainsi, tout comme la PTA a la capacité de faire des choix par rapport à sa condition, nous aurions la capacité de choisir de la blâmer ou non. Autrement dit, s'il est souhaitable d'adopter un modèle du choix pour penser l'addiction afin de traiter adéquatement les PTA, cela requiert que l'on sépare l'un de l'autre les concepts de responsabilité et de blâme. Un deuxième risque est également soulevé par les conceptions normatives. En effet, le fait de ne faire intervenir que des normes ou des valeurs pour définir le pathologique encourage à interpréter, sans bonne justification, toute condition hors-norme comme une maladie. On peut penser au cas de l'homosexualité, qui, jusqu'en 1973¹¹, était catégorisée comme un trouble mental dans le DSM. Avant l'apparition du DSM-III, il était répandu chez les spécialistes de considérer l'homosexualité comme un mal social (et moral), un défaut de caractère. Par exemple, le psychanalyste Edmund Bergler disait ouvertement qu'il considérait les homosexuels comme des personnes désagréables : « Homosexuals are essentially disagreeable people, regardless of their pleasant or unpleasant outward manner... [their] shell is a mixture of superciliousness, fake aggression, and whimpering. » (Drescher, 2015, p. 566) Évidemment, il s'est avéré que ces jugements ne relevaient que de l'expression de préjugés.

En résumé, ni la conception purement naturaliste, ni la conception normative ne semblent adéquates pour théoriser le trouble de l'addiction de manière satisfaisante. D'une part, la BDMA est épistémologiquement très contestable, en plus d'être inefficace cliniquement pour traiter les individus souffrants d'un trouble de l'addiction. D'autre part, le risque que l'évaluation ou les considérations normatives tournent à de la simple moralisation est assez élevé. Il faut se rappeler qu'en psychiatrie, on souhaite venir en aide à de vrais patients. Ainsi, la conception de l'addiction

¹¹ Carr, S. et H. Spandler. (2019), « Hidden from history? A brief modern history of the psychiatric "treatment" of lesbian and bisexual women in England », *The Lancet*, vol. 6, n° 4, p. 289-290.

doit certes être valide, mais elle doit aussi être utile pour les soins ou les traitements des PTA. Jerome Wakefield, en 1992, propose une autre manière de concevoir le trouble en général, en y distinguant deux composantes : une composante biologique, et une composante normative. Sa définition hybride du trouble s'avère très prometteuse pour penser le trouble de l'addiction, et c'est à elle que nous nous intéresserons dans la prochaine section.

C. LE CONTEXTE HISTORIQUE DU DYSFONCTIONNEMENT PRÉJUDICIALE

Le concept de dysfonctionnement préjudiciable apparaît à l'époque du DSM-III-R publié en 1986 en guise de révision pour le DSM-III. En fait, le DSM-III se révèle déjà être une grande amélioration par rapport à la version précédente du manuel : on y répertorie 80 nouveaux troubles mentaux, et plus de 500 cliniciens ont pris part à des études sur la fiabilité de la catégorisation des troubles mentaux (Demazeux, 2013). C'est aussi dans cette version du manuel que la tradition psychanalytique est plus ou moins délaissée, la catégorie des névroses étant abandonnée. L'objectif de base du DSM-III, dont Robert Spitzer¹² supervise l'élaboration, est simple mais assez révolutionnaire méthodologiquement : on se concentre sur les descriptions cliniques des troubles mentaux basées sur des critères diagnostiques, sans aucune considération étiologique. On voit clairement ici l'influence de la pensée néokraepelienne¹³ dans le souci de s'appuyer sur des faits et des données empiriques. Résumons ainsi ce que le manuel de 1980 offre de nouveau par rapport aux classifications précédentes : « l'approche descriptive, l'adoption de critères précis pour chaque diagnostic, l'organisation en un système multiaxial, la question du diagnostic différentiel » (Demazeux, 2013, p. 144). L'approche descriptive vise à éviter toute implication théorique en définissant les troubles et les diagnostics par leurs symptômes et expressions. Chaque diagnostic est ainsi décrit selon des critères précis qui font référence aux symptômes. L'organisation en un système multiaxial correspond à la tentative d'évaluer l'état de santé d'un individu à travers plusieurs domaines d'information considérés pertinents cliniquement (Williams, 1985, p. 175).

¹² Robert Spitzer a joué un rôle important dans la transformation de la méthode en psychiatrie. Selon Peter Tyrer, « Before 1980, psychiatric classification was in a mess. » (2018, p. 198) Le manuel diagnostique de 1980, dirigé par Spitzer, a permis d'arriver à des consensus en psychiatrie, ce qui a changé considérablement la pratique. Spitzer est aussi reconnu pour avoir retiré l'homosexualité des diagnostics psychiatriques possibles.

¹³ Lorsqu'on parle de pensée néo-Kraepelienne, cela fait référence à Emil Kraepelin, un psychiatre du 19^{ème} siècle. Kraepelin est surtout le représentant d'une tradition empirique de la classification : « Kraepelin represents the history of careful descriptive psychiatry in which symptoms, signs and course are paramount in understanding and classifying psychiatric illness. » (Compton, 1995, p. 200) En ce sens, le DSM-III est comparé à la classification de Kraepelin parce qu'elle se base sur des observations de symptômes, et non sur une théorie particulière.

Cela diffère des manuels précédents dans la mesure où l'on ne s'intéresse plus seulement qu'à l'axe seul du diagnostic. Dans le cas du DSM-III, l'on retrouve désormais cinq axes d'information : le premier correspond à des syndromes cliniques, le deuxième à des troubles de la personnalité et de développement, le troisième à des conditions somatiques, le quatrième à la gravité des facteurs de stress psychosociaux et le cinquième au « plus haut niveau de fonctionnement adaptatif » (Williams, 1985, p. 177)¹⁴. On peut donc dire que par ces différents axes d'information, le DSM-III reflète mieux que les précédents manuels la complexité des aspects biopsychosociaux qui composent l'état de santé d'un individu. Enfin, en ce qui a trait à la nouvelle question du diagnostic différentiel, le DSM-III cherche à permettre l'élimination de « l'hypothèse de l'existence d'une maladie proche de celle qu'il cherche à identifier. »¹⁵ En peu de temps, cette édition du DSM est traduite en plus de treize langues, devenant un outil à l'international. Ce succès plutôt inattendu a toutefois des conséquences négatives, notamment en raison de l'absence marquée de la phénoménologie clinique. En d'autres mots, le manuel donne des critères détaillés pour diagnostiquer chaque trouble mental, mais, en contrepartie, fait abstraction de l'expérience individuelle du patient. Son vécu et son histoire sont mis de côté au profit de plus de systématicité. Le manque de validité des critères établis constitue un second problème. Bien que les équipes de travail étaient qualifiées, variées et nombreuses, Robert Spitzer le reconnaît lui-même : « Presque toutes les décisions ont été prises sur la base du consensus, mais, sur certains points, il a fallu voter—et j'ai moi-même parfois perdu. »¹⁶ (Spitzer, 2001) Comme le montre Miriam Solomon (2015), les décisions prises sur la base d'un consensus ne sont pas infaillibles, et on peut même prétendre que « group deliberation often produces worse decisions than can be obtained without deliberation. » (Janis 1982 ; Surowiecki 2004). En effet, le fait de délibérer en groupe ne permet pas toujours l'obtention d'une décision satisfaisante, ni même valide. Par exemple, comme le souligne Solomon, « dynamics of groupthink tend to lead the group to a polarized position, not to an average or a neutral aggregate of individual opinions. » (Solomon, 2015, p. 96) La pression sociale et les biais cognitifs, tels les biais de confirmation ou d'autorité, peuvent mener à prendre des décisions plus radicales qu'on l'aurait souhaité, et qui s'avèrent potentiellement problématiques. Ces défauts expliquent pourquoi, avec le temps, on a pu observer l'émergence de

¹⁴ Ma traduction.

¹⁵ Doctissimo. (2018), « Diagnostic différentiel », *Doctissimo*, <https://www.doctissimo.fr/sante/dictionnaire-medical/diagnostic-differentiel> consulté le 17 mai 2021.

¹⁶ Dans Demazeux, S. (2013), *Qu'est-ce que le DSM?*, Ithaque, p.143.

contradictions et d'ambiguïtés entre les catégories diagnostiques. À la lumière de ces difficultés théoriques, un comité de révision est créé en 1983 et publie, en 1986, le DSM-III-R.

Le DSM-III-R, tout comme le DSM-III, a la prétention d'être athéorique. Cela veut dire qu'aucune théorie psychiatrique particulière ne le fonde, et qu'étant neutre, des cliniciens d'écoles théoriques différentes (béhavioristes, psychodynamiques, etc.) peuvent l'utiliser. De ce fait, alors que des manuels théoriques peuvent se baser sur plusieurs principes pour déterminer ce qu'est un trouble pathologique et ce qui ne l'est pas, le DSM-III-R, lui, s'en abstient. On utilise la définition du trouble mental elle-même pour distinguer le trouble pathologique de l'état normal. Ainsi, la définition du trouble mental s'avère avoir une importance majeure pour le diagnostic et le travail clinique. Le concept de validité conceptuelle, soit la validité de la distinction entre ce qui est pathologique et ce qui ne l'est pas, est ce qui guide particulièrement Wakefield dans son analyse de la définition du trouble mental telle qu'elle est proposée dans le DSM-III. Son argument principal est le suivant :

DSM-III-R's definition fails to operationalize dysfunction adequately and thus fails to distinguish validly disorders from other negative conditions. These invalidities in the definition lead to invalidities in many specific DSM-III-R diagnostic criteria. Thus, DSM-III-R's method of pursuing reliability has substantial costs in validity. (1992, p. 233)

Wakefield relève plusieurs problèmes associés à la définition du DSM-III-R. Par exemple, il dit qu'elle est circulaire puisqu'elle utilise implicitement la notion de dysfonctionnement pour conceptualiser le trouble mental sans définir pour autant cette même notion. Ou encore, exiger qu'une réaction soit « inattendue » pour constituer une pathologie lui semble problématique, notamment parce qu'on ne sait pas ce que veut dire « inattendue » dans ce contexte. Wakefield suggère, en considérant les intentions des auteurs, que cela fait référence à une réaction « statistically unlikely » (1992, p.237). Toutefois, si tel est le cas, alors il existe de nombreux contre-exemples. En effet, certaines conditions nuisibles et déviantes statistiquement ne sont pas causées par des dysfonctionnements. On peut penser à la procrastination ou à la paresse, à titre d'exemples. D'autre part, certaines conditions statistiquement *probables*, comme le TSPT (trouble de stress post-traumatique), sont néanmoins considérées comme des troubles. Mentionnons enfin le problème de la clause du « mal nécessaire » : « Conditions are not included if the associated distress, disability, or other disadvantage is apparently the necessary price associated with attaining

some positive goal. » (Spitzer&Endicott, 1978, p. 28)¹⁷ Si tel est le cas, alors on pourrait dire, à la manière de Moore (1978, p. 95)¹⁸, que la cirrhose du foie est un mal nécessaire associé au plaisir de la consommation d'alcool. Cependant, cela semble un peu absurde puisque la cirrhose du foie est bel et bien une condition pathologique grave.

Bref, la définition du DSM-III-R comporte plusieurs défauts, et c'est ce qui conduit Wakefield à chercher une nouvelle façon de concevoir le trouble mental. Celui-ci, dans ses écrits, prendra désormais le nom de dysfonctionnement préjudiciable.

D. Le dysfonctionnement préjudiciable

Comme mentionné précédemment, la position de Wakefield intègre deux composantes dans le trouble : une composante factuelle et une composante normative. De plus, la définition qu'il offre se veut plus valide que celle du DSM-III-R, en ce qu'elle permettrait de distinguer de manière adéquate ce qui est un trouble de ce qui ne l'est pas. En effet, Wakefield prétend que sa définition différencie correctement les vrais troubles de ce qui ne seraient que des réactions adaptées face à un environnement stressant, ce en quoi la définition du DSM-III-R échouerait. Mais qu'en est-il véritablement ?

En premier lieu, la composante biologique du trouble est intimement liée aux concepts de fonction et de dysfonction. Plus précisément, le trouble se définit en rapport aux fonctions dites naturelles. Pour illustrer ce qu'est une fonction naturelle, Wakefield donne l'exemple du cœur. La fonction naturelle du cœur est de pomper le sang. Ainsi, lorsque le cœur n'accomplit plus cette tâche, il y a un dysfonctionnement. L'effet sonore que crée le cœur lorsqu'il pompe le sang n'est pas une fonction naturelle. En effet, comme le relève Carl Hempel (1965), « Une analyse de la 'fonction naturelle' doit spécifier ce qui distingue les fonctions naturelles d'un organe de ses autres effets. »¹⁹ Avant d'être utilisées en médecine, les fonctions sont d'abord appliquées aux artéfacts, tels les automobiles ou les stylos. Elles correspondent à la raison pour laquelle ces artéfacts existent. En ce sens, la fonction d'une automobile est de nous permettre de nous déplacer. On remarque toutefois une différence entre la fonction d'un artéfact et celle d'un organe : l'artéfact a une fonction pour laquelle il a été conçu, alors que l'organe, lui, n'est pas conçu de manière

¹⁷ Dans Wakefield, J. C. (1992), « The concept of mental disorder: On the boundary between biological facts and social values », *American Psychologist*, vol. 47, n° 3, p. 373-388.

¹⁸ *Ibid.*

¹⁹ Dans Wakefield, J. C. (2006), « Fait et valeur dans le concept de trouble mental : le trouble en tant que dysfonction préjudiciable » *Philosophiques*, vol. 33, n° 1, p. 44.

artificielle ni intentionnelle. Il est là naturellement. C'est donc surtout la structure explicative par les effets qui justifie la comparaison entre les deux. En d'autres mots, une fonction, autant pour les artefacts que pour les organes ou autres mécanismes naturels, s'explique et se justifie par le biais de ses effets. Définissons en ces termes la fonction naturelle d'un organe : « la fonction naturelle d'un organe ou d'un autre mécanisme naturel est un effet de l'organe ou du mécanisme qui entre dans l'explication de l'existence, de la structure ou de l'activité de l'organe ou du mécanisme. » (Wakefield, 2006, p. 46) Un dysfonctionnement est observé lorsqu'un mécanisme n'est plus capable d'exécuter sa fonction. Évidemment, cette analyse ne se limite pas aux mécanismes physiques ou biologiques. Les mécanismes mentaux pour la cognition ou la perception possèdent également des fonctions naturelles, qui, lorsque perturbées, donnent lieu à des dysfonctionnements. Ce genre d'explication d'un mécanisme en vertu de ses effets naturels est une extension de l'explication causale par la sélection naturelle. En effet, plus un mécanisme favorise le *fitness*²⁰ d'un organisme, plus ce mécanisme est préservé au cours de l'évolution. Ce lien nous mène à constater que l'approche évolutionniste est la plus adaptée afin d'expliquer le concept de dysfonctionnement tel que Wakefield le décrit. Pour ainsi dire, « la théorie évolutionniste fournit la seule explication scientifique plausible qui existe actuellement de la façon dont les fonctions normales d'un mécanisme peuvent expliquer l'existence et la structure de celle-ci. » (Wakefield, 2006, p. 49) De cette manière, la dysfonction dépend de faits évolutifs. Évidemment, il n'y aura pas toujours consensus par rapport aux faits relevés sur les fonctions naturelles, mais l'on parle de scientificité parce que c'est vérifiable empiriquement, et surtout, parce que c'est cohérent avec le modèle scientifique actuel. Parler de dysfonction en rapport avec l'évolution nous évite d'évoquer de nouvelles hypothèses sur la nature des choses.

En deuxième lieu, la composante normative du trouble rend compte de ce qui est évaluatif et déterminé culturellement dans le pathologique. Wakefield relève l'exemple suivant : « L'incapacité d'apprendre à lire qu'entraîne une dysfonction dans le corps calleux (en supposant que cette théorie sur certains types de dyslexie soit vraie) est préjudiciable dans les sociétés alphabétisées mais ne l'est pas dans les sociétés pré-littéraires où lire n'est pas une habileté enseignée ou valorisée. » (Wakefield, 2006, p. 41) Un autre exemple qu'il donne est celui de l'albinisme. Bien que l'on puisse identifier le dysfonctionnement d'un certain mécanisme (un défaut de production de mélanine), l'albinisme n'est pas considéré comme un trouble. Ceci

²⁰ Selon Bouchard, la notion de fitness doit être comprise « en termes de persistance de la lignée ». (2011, p.358)

s'explique par le fait que dans nos sociétés actuelles, l'albinisme n'est pas préjudiciable. Il en va de même pour certains troubles psychologiques ou psychiatriques. Ce qui ne cause pas de préjudice n'est pas un trouble, même s'il s'agit d'un dysfonctionnement.

Inversement, le critère de dysfonction permet également de rejeter certaines conditions préjudiciables qui ne sont pas considérées pour autant comme des pathologies. On peut penser aux écarts qu'il existe chez différents individus dans leur capacité à exécuter une tâche. Par exemple, le fait qu'une personne ne sache pas nager ne signifie pas qu'elle est malade si cela n'implique aucune défaillance d'une fonction naturelle. Néanmoins, le fait d'être mauvaise en natation peut lui être préjudiciable selon certaines normes sociales et contextuelles.

Notons que la définition de Wakefield se rapporte surtout à ce qui est préjudiciable en fonction de valeurs sociales et culturelles. Elle ne fait pas directement référence aux notions de souffrance ou de tort vécu en fonction de valeurs individuelles. Dans ce mémoire, cependant, nous soutiendrons qu'il n'est pas suffisant d'identifier un préjudice en fonction des valeurs d'une société donnée. Il faut aussi que la personne ressente du préjudice en fonction de ses propres valeurs.

En résumé, le trouble mental est un dysfonctionnement préjudiciable de certains mécanismes psychologiques et/ou affectifs. Deux composantes le constituent. La première composante est associée à la notion de fonction naturelle. Un dysfonctionnement est observé lorsqu'un mécanisme n'accomplit pas sa fonction naturelle, et cela s'ancre dans une approche évolutionniste. La deuxième composante vient légitimer l'apport des valeurs et des normes culturelles dans la définition d'un trouble. Ainsi, la défaillance d'un mécanisme n'est pas suffisante pour dire qu'il y a pathologie. Il faut également que cette défaillance soit préjudiciable et qu'elle cause du tort à la personne concernée. Ensemble, les deux composantes permettent d'éviter plusieurs problèmes associés à des définitions trop larges ou trop étroites du trouble, et elles renforcent la validité conceptuelle en distinguant bien le pathologique du non pathologique.

E. LE TROUBLE DE L'ADDICTION COMME DYSFONCTIONNEMENT PRÉJUDICIALE

L'analyse de Wakefield semble intéressante pour mieux comprendre ce que sont un trouble et une pathologie en général. Mais en quoi la notion de dysfonctionnement préjudiciable est-elle utile ou particulièrement adéquate pour penser le trouble de l'addiction ? Pour le savoir, il faut d'abord préciser quelles pourraient être les composantes factuelle et normative du trouble de l'addiction.

i. Le dysfonctionnement

Dans un article de 2016, Bennett Foddy soutient la thèse selon laquelle « the very broad folk usage of the term ‘addiction’ is essentially correct, and [...] the reasons usually given in favor of a more narrow conception are mistaken. » (p. 50) Pour lui, l’addiction résulte d’un comportement volontaire menant à une récompense. La détresse psychologique vécue par une personne dépendante est certes un critère à considérer pour le traitement et la médicalisation d’un trouble de l’addiction. Cependant, elle ne détermine pas ce qu’est une addiction au sens large du terme. En d’autres mots, pour Foddy, ce que l’on peut appeler l’usage populaire²¹ du terme « addiction » est adéquat.

Plusieurs chercheurs soutiennent l’idée que les drogues sont addictives en vertu de leur effet sur les récepteurs de dopamine. Elles stimulent en effet les récepteurs D2 de manière démesurée, créant l’impression d’une récompense intense. Cependant, au fil du temps, ces récepteurs deviennent moins sensibles :

[...] clinical and preclinical studies have shown that drug consumption triggers much smaller increases in dopamine levels in the presence of addiction (in both animals and humans) than in its absence (i.e., in persons who have never used drugs). This attenuated release of dopamine renders the brain’s reward system much less sensitive to stimulation by both drug-related and non-drug-related rewards. (Volkow, Koob et McLellan, 2016, p. 366)

Par conséquent, la quantité de drogue doit augmenter pour produire l’effet escompté. Bien que la quantité de dopamine produite par la consommation d’une substance puisse être une des causes de l’addiction, elle n’est pas la seule selon Foddy. Ce dernier donne l’exemple des patients hospitalisés à qui on donne de la morphine afin de soulager les douleurs aiguës ou chroniques. Dans ce contexte, les patients ne deviennent pour la plupart jamais dépendants (seuls 3% développent une addiction). Cette statistique s’explique par le rôle que joue l’auto-administration d’une substance dans la formation d’une addiction, ainsi que par la théorie de l’apprentissage et du conditionnement opérant : « when an animal performs some willful (‘operant’) action and later receives some reward (or experiences some punishment), the animal becomes more likely (or less) to repeat the rewarding behavior at a later time. » (p. 53) Donc, lorsqu’aucun comportement opérant n’est mis en place, aucun conditionnement ne s’en suit. Autrement dit, l’animal n’a rien

²¹ Il est reconnu, en particulier dans la langue anglaise, que le terme « addiction » est intégré de manière populaire pour désigner « toutes les passions dévorantes et les dépendances ». (Rozaire *et al.*, 2009, p. 11)

« appris » véritablement. Enfin, la vitesse avec laquelle une drogue fait effet joue également un rôle dans son potentiel à donner lieu à une addiction (p.54).

L'affinité qu'ont les drogues avec les récepteurs du cerveau qui sont normalement activés par des récompenses naturelles est une des raisons pour lesquelles elles sont addictives. Mais faut-il alors en conclure que n'importe quelle récompense naturelle est susceptible de devenir addictive ? Foddy explique que ce n'est pas le cas, puisqu'il faut aussi qu'une récompense naturelle soit produite en quantité suffisante pour devenir addictive. Néanmoins, l'intensité de certaines récompenses naturelles peut effectivement être comparable à ce qu'une drogue produit. Il étudie ainsi le cas du syndrome d'hyperphagie alimentaire incontrôlée (SHI). Les critères diagnostiques respectifs du SHI et d'une addiction à une substance se ressemblent beaucoup : « As well as eating like they are addicted to food, binge eaters crave food, they eat more than they intend to, they lie about using it, and so forth, in essentially the same behavioral pattern expressed by drug addicts. (Gold et al. 2003). » (p. 55)²² De plus, la consommation de nourriture active les mêmes circuits neuronaux que la consommation de drogue. Des études démontrent que les aliments très salés ou très sucrés donnent notamment lieu à des récompenses importantes dans le cerveau. En particulier, on constate que « [b]ingeing on sugar can even elicit a heroin-like withdrawal syndrome, since sweet taste sensations activate the same opioid receptors in the brain (Avena et al. 2007 p. 9). »²³ Puisque le goût de la nourriture est responsable de la production de dopamine et d'endorphine, les effets de récompense sont extrêmement rapides à se faire sentir. Ainsi, il n'est pas nécessaire de digérer un aliment pour en retirer une récompense ou une réponse neurophysiologique. Enfin, tout comme une addiction à une substance, le SHI se forme lorsqu'une personne a volontairement initié l'acte de manger. Lorsqu'une personne est gavée ou nourrie sous contrainte, la nourriture perd de son effet de récompense. À la suite de cette analyse, on ne voit pas pourquoi le SHI n'est pas une addiction au même titre que les addictions aux drogues. Et s'il l'est, il paraît très probable que plusieurs autres dépendances à des récompenses naturelles soient également bel et bien des addictions.

Qu'en est-il par exemple pour le trouble lié au jeu d'argent ? Sous quelles conditions serait-il légitime de le considérer comme une forme d'addiction ? C'est ce que détaille Foddy dans la

²² Dans Foddy, B. (2017), « Addiction: The pleasures and perils of operant behavior » dans Heather, N. et Segal G. (dir.), *Addiction and choice: Rethinking the relationship*, Oxford University Press, p. 49-65.

²³ *Ibid.*

troisième partie de son article. Pour commencer, les effets neurobiologiques du trouble lié au jeu d'argent sont très semblables aux effets de l'addiction ou encore du SHI. En effet, des études démontrent que, tout comme chez les personnes atteintes d'addiction ou de SHI, on observe une baisse d'activité des récepteurs D2 de dopamine chez la personne dépendante aux jeux d'argent. La question se pose toutefois de savoir ce qui, dans le jeu, est addictif. En effet, le jeu d'argent implique de gagner de l'argent, ce qui est certes une récompense, mais elle n'est pas naturelle. Cependant, si l'on se rappelle du critère du comportement opérant, alors il est possible de postuler avec Foddy que :

something as simple as visual feedback (like a spinning slot machine wheel) can become rewarding if it occurs after the player presses a button or pulls a lever. And operant conditioning experiments demonstrate that reward learning is strongest when there is a tight temporal pairing between action and reward. (p. 60)

Ce critère démontre que c'est l'action posée menant à une récompense fiable et rapide, plutôt que la récompense elle-même, qui est addictive. Cela vient rejoindre plusieurs aspects communs à l'addiction aux drogues ou au SHI. Ainsi, on justifie le fait de conceptualiser le trouble lié au jeu d'argent comme une addiction.

Enfin, pour Foddy, cela corrobore l'hypothèse selon laquelle n'importe quel comportement peut mener à une addiction si ce comportement est volontaire et qu'une récompense est obtenue rapidement et systématiquement après son exécution. Une addiction peut ainsi se former à condition que « the behavior is (1) voluntarily repeated (2) a sufficient number of times, and (3) the reward is tightly paired to the operant behavior. » (p. 61) Si tels sont les faits, alors il faut reconnaître qu'une addiction est en fait un problème « uncannily normal » (Lewis, 2015) chez l'être humain : la recherche de récompense, qui serait à l'origine de l'addiction, est en effet une motivation que l'on retrouve chez tous.

Dès lors, on peut se demander dans quelle mesure il est toujours justifié de considérer que toute addiction renvoie à une dysfonction. En effet, on pourrait douter qu'il y ait dysfonction si le trouble de l'addiction s'expliquait simplement par la recherche d'une récompense, car il s'agit d'un mécanisme présent chez tous les êtres humains. Cependant, les deux phénomènes ne sont pas mutuellement exclusifs. D'une part, il est effectivement possible que tous les individus puissent développer une addiction, en vertu de ce trait neurobiologique commun. Mais d'autre part, tous ne développent pas effectivement un *trouble* de l'addiction. Bien que nécessaire, la présence d'une

dysfonction n'est pas à elle seule suffisante pour que l'on puisse parler de trouble de l'addiction. Si l'on revient à la définition donnée par Wakefield, une dysfonction est observée lorsqu'un mécanisme n'est plus apte à accomplir sa fonction naturelle. Cette dernière peut être comprise comme étant « un effet de l'organe ou du mécanisme qui entre dans l'explication de l'existence, de la structure ou de l'activité de l'organe ou du mécanisme. » (Wakefield, 2006, p. 46) Dans le cas d'une addiction, ce serait le mécanisme de recherche de récompense qui serait dysfonctionnel : ce mécanisme n'agirait plus selon la fonction pour laquelle il a été conçu au cours de l'évolution. Aujourd'hui, on sait que le mécanisme de motivation par la récompense nous permet d'apprendre et d'agir de manière à favoriser notre survie, par le biais de l'alimentation et de notre reproduction. Par exemple, le fait d'obtenir une récompense lorsqu'on mange ou lorsqu'on boit nous motive à reproduire l'expérience de manger ou boire. Tel que le dit Wolfram Schultz (2015) :

This is what the brain is made for: detecting, seeking, and learning about rewards in the environment by moving around, identifying stimuli, valuing them, and acquiring them through decisions and actions. The brain was not made for enjoying a great meal; it was made for getting the best food for survival, and one of the ways to do that is to make sure that people are attentive and appreciate what they are eating.

Autrement dit, la fonction du mécanisme motivationnel dans le cerveau est, entre autres, de nous apprendre à reproduire des comportements qui avantagent notre survie. Une addiction survient lorsque ce mécanisme agit de manière hyperactive envers un objet ou un comportement menant à l'obtention d'une récompense. Cette hyperactivité résulte de l'inhibition de l'activité des récepteurs D2, l'individu devant alors compenser ce manque de dopamine. Par conséquent, sa motivation à obtenir une récompense est exagérée. Gabriel Segal décrit la dysfonction dans l'addiction sous deux aspects : premièrement, « [t]he motivational system grossly miscalculates the value of the rewards, even in the moment », et deuxièmement, « using tends to increase the motivation to use, rather than decrease it. » (2013, p. 457) Un système motivationnel fonctionnel a la propriété de soulager un désir lorsqu'on agit sur celui-ci de manière appropriée. Dans le cas de l'addiction, ce soulagement est soit absent, soit très tardif, ce qui enclenche un mécanisme de compensation de la part du système motivationnel. C'est cette hyperactivité du système motivationnel qui nous paraît être ce qu'il y a de proprement dysfonctionnel dans l'addiction.

On pourrait cependant objecter qu'ici, le mécanisme n'est pas tout à fait « non-fonctionnel ». En effet, l'hyperactivité d'un système ou d'un mécanisme constitue toujours une

forme d'activité et de fonctionnement : on ne peut pas alors vraiment parler de dysfonction, ou d'incapacité à remplir la fonction. Toutefois, le fait qu'un mécanisme accomplisse sa fonction mais de manière à nuire à l'organisme auquel il appartient semble bien indiquer qu'il y a un problème dans l'accomplissement adéquat de sa fonction naturelle. Par exemple, si le cœur d'un individu pompe le sang sensiblement plus vite que la norme pour un être humain, on reconnaîtra qu'il est « fonctionnel » au sens où il remplit bien sa fonction naturelle. Mais l'hyperactivité d'un cœur (qui pompe le sang trop rapidement et pendant trop longtemps) peut conduire à des interférences avec les signaux électriques du cœur, et mener à de graves problèmes d'arythmie cardiaque.²⁴ Il est clair dans une telle situation qu'en tant qu'organe, le cœur n'est pas déficient, et qu'il remplit bien sa fonction de pomper le sang. Cependant, nous ne pouvons arrêter notre analyse de la fonction naturelle du cœur si tôt. Cette dernière est de pomper le sang *adéquatement*, de manière à assurer la survie de l'organisme vivant qui possède cet organe de manière optimale. Si l'évolution a naturellement épargné ce mécanisme, c'est qu'il n'allait pas à l'encontre de la survie de l'organisme vivant. C'est sous le même type de considérations que l'on peut comprendre le problème que posent les allergies. Les allergies sont une réaction du système immunitaire à une substance particulière qu'il prend comme particulièrement dangereuse pour l'organisme. Dans le cas d'une allergie alimentaire, on parle d'une « réponse immunitaire induite par les [immunoglobulines E] à une protéine contenue dans un aliment. »²⁵ Les IgE induisent ainsi la plupart des allergies alimentaires, mais on note aussi des réactions allergiques provoquées par l'action des lymphocytes T. Lorsque causées par les IgE, les réactions allergiques peuvent être mortelles et provoquer l'anaphylaxie. Dans cet exemple, l'organisme réagit de manière conforme à ce qui constitue sa fonction : c'est bien son rôle que de détecter les substances néfastes ou pathogènes et de protéger le corps contre elles. Seulement, il est hyperactif lorsqu'il traite tel un corps étranger une protéine alimentaire normalement inoffensive²⁶. Cette hyperactivité du système immunitaire donne lieu à une panoplie de symptômes désagréables, qui peuvent parfois même être

²⁴ University of California San Francisco. (2020), « Heart Failure Signs and Symptoms », *UCSF Health*, <https://www.ucsfhealth.org/conditions/heart-failure/symptoms#:~:text=Pumping%20blood%20too%20fast%20for,a%20dangerous%20heart%20rhythm%20disorder> consulté le 17 mai 2021

²⁵ Allergies Alimentaires Canada. (2021), « Que sont les allergies alimentaires ? », *Allergies Alimentaires Canada*, <https://allergiesalimentairescanada.ca/les-allergies-alimentaires/allergies-alimentaires-101/que-sont-les-allergies-alimentaires/> consulté le 10 mai 2021.

²⁶ AFPRAL. (2021), « Qu'est-ce qu'une allergie ? », *Association Française pour la prévention des allergies*, retrouvé à <https://allergies.afpral.fr/allergie/decouvrir-les-allergies/qu-est-ce-qu-une-allergie> consulté le 27 juillet 2021.

mortels (œdème, arythmie cardiaque, etc.). La fonction biologique est assurée, certes, mais pas de manière à être avantageuse pour l'organisme dans sa lutte pour sa survie. De plus, il ne faut pas oublier que le corps humain fonctionne selon le principe d'homéostasie. Chaque organe ne peut véritablement fonctionner de manière isolée, et la réponse disproportionnée d'un système du corps affecte tous les autres organes et systèmes à la fois. Ainsi, une allergie alimentaire se traduit par une réponse exagérée du système immunitaire, laquelle engendre des réactions de la part des systèmes respiratoire, digestif, circulatoire, etc. En ce sens, il nous paraît juste de soutenir que dans ce cas, une allergie est un type de dysfonctionnement.

En résumé, le dysfonctionnement chez une PTA correspond à une hyperactivité du système motivationnel en raison d'une inhibition de l'activité des récepteurs de dopamine D2. Cette hyperactivité ne correspond pas à une défaillance à remplir sa fonction en tant que telle, mais elle demeure néanmoins une forme de dysfonction. Celle-ci prendra désormais le nom de la motivation addictive dans ce mémoire.

ii. Le préjudice

La définition du trouble donnée par Jerome Wakefield fait cependant intervenir une deuxième composante : il s'agit en effet d'un dysfonctionnement *préjudiciable*. Dans le cas de l'addiction, comment pourrions-nous rendre compte de ce deuxième aspect à caractère normatif ? Quels rôles la normativité (sociale ou individuelle) joue-t-elle dans la définition du trouble de l'addiction ? Wakefield soutient qu'une condition, pour être un trouble, doit causer du tort à la personne qui la subit. Autrement dit, la personne doit subir un préjudice résultant de la dysfonction. Dans le cas de l'addiction, on doit donc se demander dans quelle mesure une dysfonction du système de la récompense cause du préjudice.

En fait, on doit admettre que l'addiction en soi ne cause pas de préjudice. Cela va plutôt dépendre du contexte, de l'individu, et de l'objet auxquels se rattache l'addiction. Si n'importe quel comportement pouvant mener à l'obtention d'une récompense est susceptible de devenir une addiction, cela ne veut pas pour autant dire que tous les comportements prenant la forme d'une addiction et impliquant une forme de dysfonction sont nécessairement préjudiciables. On peut penser par exemple à une personne qui a développé une addiction au café, et à qui cela ne cause aucun tort :

I may be addicted to caffeine, but my caffeine addiction in the context of my society and life is not an addictive disorder because it is not harmful. It is a dysfunction because I am physiologically and

psychologically dependent on caffeine intake, which is a failure of the biologically designed functioning of various mechanisms. (Wakefield, 2017, p.41)

Si cette personne n'est rendue ni malheureuse ni souffrante par cette condition, alors elle ne lui est pas préjudiciable. Cela vient rejoindre l'idée d'ambivalence, ou d'auto-antonyme, du mot *addicere* et de la motivation addictive. L'addiction, lorsqu'elle est préjudiciable, devient un trouble. Mais le phénomène général de l'addiction n'est pas de manière inhérente préjudiciable.

Notons d'ailleurs que Wakefield lui-même défend cette thèse. En effet, dans son article de 2017, il fait une distinction claire entre l'addiction et le trouble de l'addiction. Pour lui, « [Addictive disorder] is a medical disorder in which there is a harmful partial dysfunction of the desire/deliberation/choice system due to peremptory desires that are outside of biologically designed parameters and override the system's usual adaptive workings. » (p.50) Toutefois, nous n'avons pas identifié exactement la même dysfonction. Wakefield soutient que « substances that are not naturally selected to play that kind of role in the brain. » (2017, p. 65) causent la sensibilisation du cerveau dans l'addiction, et la dysfonction qui en résulte. Cette idée que des substances soient, ou non, sélectionnées ne nous semble pas très convaincante. Tout comme plusieurs boissons peuvent éteindre la soif et satisfaire ce besoin, plusieurs substances peuvent permettre d'obtenir une récompense. Il nous semble que ce qui est en question n'est pas nécessairement la nature de la substance, mais surtout la recherche excessive de cette substance et de la récompense associée. En d'autres mots, ce n'est pas tant le fait qu'une substance soit X ou Y qui importe dans la psychopathologie de l'addiction, mais plutôt le fait qu'une personne souhaite obtenir X ou Y de manière excessive, et ce, même s'il existe des substances plus addictives que d'autres. Ce qui importe, c'est l'attachement ou la relation que la personne entretient avec la substance. Par ailleurs, comme nous l'avons vu, il est possible qu'une addiction ne soit pas dirigée vers une substance, et qu'on ait plutôt affaire à un comportement répété de manière excessive. Quel serait alors l'objet « non sélectionné » dans ces cas ? Bref, envisager la dysfonction comme étant nécessairement dirigée et causée par un objet qui serait non sélectionné ne nous semble pas convaincant. Un deuxième écart théorique nous sépare de Wakefield, et qui concerne cette fois l'aspect préjudiciable des troubles. En un mot, il nous semble que la présence ou l'absence de préjudice dépend de valeurs individuelles, en plus des valeurs culturelles et sociales. Cette idée qu'une condition doit être préjudiciable, dans le sens d'être une mauvaise chose pour la personne qui la vit, est notamment endossée par Rachel Cooper (2002). Bien que Cooper soit en complet

désaccord avec l'idée de définir une pathologie en termes de fonctions naturelles, la réflexion qu'elle mène au sujet des dimensions normative et subjective de la maladie rejoint l'interprétation du caractère préjudiciable des troubles que nous défendons. En effet, elle soutient que toute condition pathologique doit être « bad for the individual potential patient » (p. 272), et que « someone can have a disease even if their condition is a good thing for most people » (p. 272). Autrement dit, c'est l'individu affecté par la condition qui seul peut déterminer si celle-ci lui est préjudiciable ou non. Cela rend possible la prise en compte de toute une variété de vécus, dans la mesure où quelqu'un peut subir du préjudice à cause d'une condition qui ne serait pas forcément vécue comme préjudiciable par d'autres. Inversement, une personne peut ne pas subir de tort bien qu'elle soit affectée par une condition considérée comme préjudiciable par la plupart des autres personnes. Afin d'illustrer cette thèse, on peut imaginer le cas d'Élisa, une personne qui, secrètement, se sent malheureuse en raison de sa relation à son travail. Élisa travaille de nombreuses heures par jour, parfois même la nuit. Bien qu'elle se sente coupable de devoir renoncer à voir ses amis et ses enfants autant qu'elle le voudrait, elle se sent incapable de diminuer sa cadence au travail. Physiquement, elle en subit aussi les conséquences : fatigue, faiblesse, carences alimentaires. Élisa aimerait avoir une relation différente avec le travail, car elle sait, intuitivement, qu'il y a un problème. Cependant, elle n'y arrive pas. Les amis d'Élisa ne soupçonnent pas qu'elle est si malheureuse, car ils considèrent qu'elle est un modèle de réussite et d'accomplissement professionnel. Ils sont tous impressionnés par ses performances et ses succès. De la même manière, son employeur et ses collaborateurs sont très satisfaits de son efficacité, et ne s'imaginent pas du tout qu'elle en souffre.

Dans cet exemple, il est clair qu'Élisa vit un préjudice au regard de ses propres intuitions et valeurs. Ainsi, bien que ses proches ne le voient pas comme tel, il semblerait juste de dire que tout bien considéré, elle est atteinte d'un trouble de l'addiction au travail. Cela confirme notre thèse selon laquelle on ne peut pas réduire le trouble à une dysfonction préjudiciable, si on conçoit ici le préjudice comme ne découlant que d'une déviance par rapport à des normes sociales. C'est aussi au regard des valeurs personnelles de l'individu et de son propre jugement sur sa situation qu'il faut évaluer s'il y a ou non préjudice en lien avec la dysfonction.

Par ailleurs, les normes sociales sont potentiellement sources de nombreux stigmas, et donc causes de préjudices, notamment pour les personnes atteintes de troubles mentaux. Évidemment, le stigma social n'est pas en soi ce qui constitue ni ce qui définit le trouble mental comme tel. Il

n'est pas non plus suffisant pour permettre de distinguer le pathologique du normal, d'autant plus que la plupart des stigmas sont fondés sur des préjugés et de l'ignorance. Pensons à nouveau au cas de l'homosexualité, classée comme un trouble sexuel jusqu'en 1973. Les homosexuels étaient ainsi victimes de préjudices sociaux considérables. Pourtant, ils ne souffraient pas eux-mêmes de leur orientation sexuelle en soi. C'était l'interprétation qu'on en avait et les actions et jugements discriminatoires qui en résultaient qui les faisaient souffrir. De ce fait, ce n'est pas parce que, culturellement, un peuple désapprouve une certaine condition ou pratique, qu'on peut la considérer comme un trouble. Comme le souligne Cooper, « [...] something cannot be a disease just because it is bad for society. » (p. 272) La personne atteinte d'un trouble doit en souffrir, non pas seulement parce qu'elle est alors victime de violences et d'exclusion sociales, mais parce qu'elle est aux prises avec une certaine dysfonction et qu'elle juge, par rapport à elle-même, qu'elle en subit du préjudice. Dans le cas de l'addiction, il existe ainsi de très nombreux préjugés particulièrement tenaces : les PTA n'auraient aucune volonté, ou seraient incapables d'exercer le moindre contrôle de soi. Parfois, on croit même qu'elles seraient plus dangereuses et impulsives que les autres personnes souffrant de troubles mentaux²⁷. Ce genre de préjugés sont malheureusement toujours très présents dans le contexte social actuel. Mais ce ne sont pas ces jugements péjoratifs ni les normes sociales contingentes qu'ils expriment qui définissent les troubles en tant que tels, même s'ils participent certainement à rendre certaines conditions plus ou moins préjudiciables, en raison notamment de l'influence qu'ils exercent sur la perception que les personnes ont d'elles-mêmes.

F. L'objet ou le comportement?

Qu'est-ce qu'une analyse de l'addiction comme dysfonctionnement préjudiciable révèle sur le caractère pathologique de l'addiction ? Est-ce l'objet ou le comportement qui constitue le caractère pathologique de l'addiction ? Nous pensons que ce n'est ni l'un, ni l'autre. En fait, selon l'analyse du trouble de l'addiction en termes de dysfonctionnement préjudiciable, ce qui justifie que l'on parle d'un trouble, c'est le préjudice vécu par une personne en raison de l'existence d'une dysfonction. Ce qui distingue une addiction pathologique d'une addiction anodine ou bénigne, c'est la présence ou non de préjudices et de tort vécu. Ainsi, le concept de dysfonctionnement

²⁷ Committee on the Science of Changing Behavioral Health Social Norms; Board on Behavioral, Cognitive, and Sensory Sciences; Division of Behavioral and Social Sciences and Education; National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2016), *Ending Discrimination Against People with Mental and Substance Use Disorders: The Evidence for Stigma Change*, Washington, National Academies Press.

préjudiciable permet d'éviter de catégoriser de manière dichotomique des objets, substances ou comportements relativement à leur valeur. Autrement dit, un objet ou un comportement ne sont ni bons ni mauvais en soi. Il n'est nullement nécessaire, ni même pertinent, d'attribuer une valeur intrinsèque aux objets ou aux comportements : le trouble de l'addiction est mieux compris à partir du moment où l'on reconnaît qu'il est le résultat d'une dysfonction chez un individu, qui en subit en conséquence un préjudice.

G. Conclusion

En résumé, l'addiction est une notion dont la définition est ambivalente, ce qui rejoint le caractère auto-antonymique du terme latin *addicere*. Lorsqu'une personne présente une addiction, l'on observe chez elle une dysfonction de nature biologique et psychologique, qui s'explique par une hyperactivité du système motivationnel. La personne présentant cette dysfonction peut, ou non, en souffrir. Si tel est le cas, alors on peut dire que cette personne est atteinte d'un trouble de l'addiction. On met ainsi en jeu ainsi une distinction importante entre la motivation addictive et le trouble mental de l'addiction. Ce faisant, on admet qu'il est possible qu'une addiction ne cause pas de tort ou de préjudice. Il s'avère donc que le contexte social, de même que les valeurs individuelles, jouent un rôle crucial dans la détermination de ce qui relève ou non d'un trouble ou d'une pathologie. Enfin, nous avons répondu à la question de savoir si c'est la substance ou le comportement qui constituent la source de ce qu'il y a de pathologique dans une addiction : en tant que dysfonctionnement préjudiciable, le trouble de l'addiction n'a pas besoin qu'on l'explique en termes d'objet ou de comportement spécifiques. Ce n'est pas là ce qui est susceptible d'être quelque chose de pathologique.

III. Chapitre 2 : La catégorisation du trouble de l'addiction

Dans ce chapitre, nous reviendrons sur l'histoire de la catégorie du trouble de l'addiction dans le DSM pour en dégager certains principes directifs. Ensuite, nous verrons que le concept du dysfonctionnement préjudiciable nous permet de défendre l'hypothèse selon laquelle il existe un continuum de l'addiction. Ceci permet d'inclure davantage de conditions (telles que la pratique excessive d'activité physique ou encore le visionnement excessif de pornographie) dans le continuum de l'addiction et, par conséquent, d'éviter le problème de l'exclusion. Pour finir, nous examinerons deux difficultés auxquelles fait face notre définition: le problème de la compatibilité et le problème des dépendants volontaires.

A. L'HISTOIRE DU TROUBLE DE L'ADDICTION DANS LE DSM

Avant d'expliquer comment on peut repenser une catégorisation de l'addiction à partir du moment où on la définit en termes de dysfonctionnement préjudiciable, il est nécessaire de revenir sur la catégorie actuelle, telle qu'elle est offerte par le DSM-V, ainsi que sur son histoire. Cela nous permettra de dégager deux éléments ayant joué un rôle important dans l'évolution de cette catégorie. Nous défendrons alors la thèse d'après laquelle c'est aussi en raison de ces deux éléments (la validité et l'utilité) que nous sommes justifiés de définir le trouble de l'addiction en termes de dysfonctionnement préjudiciable.

Dans les faits, le trouble de l'addiction n'a pas toujours figuré comme catégorie indépendante dans le DSM. En effet, jusqu'au DSM-III, la culture psychanalytique influence considérablement la conceptualisation des troubles mentaux, et l'on parle surtout de « functional reactions to environmental stressors. » (Robinson&Adinoff, 2016, p. 9) Ainsi, en 1952, l'APA classe l'alcoolisme et l'addiction sous la catégorie « trouble de la personnalité sociopathe ». On voit alors l'addiction seulement comme une réaction secondaire à un trouble préalable. Un diagnostic d'addiction comme trouble primaire demeure toutefois possible, mais dans de rares cas, lorsqu'on juge que « there is a well-established addiction to alcohol without recognizable underlying disorder. » (Robinson&Adinoff, 2016, p. 9) En 1968, lors de la publication du DSM-II, le courant psychanalytique a toujours beaucoup d'influence, et l'on classe encore l'alcoolisme parmi les effets résultant des troubles de personnalités. Toutefois, on note à cette époque l'apparition de traitements pharmacologiques efficaces pour certains troubles mentaux, et l'on reconnaît depuis 1965 l'alcoolisme comme un trouble médical à part entière (plutôt que comme

une réaction face à certaines situations dans l'environnement). Ainsi, on incite à diagnostiquer l'addiction séparément des troubles de personnalité, même lorsqu'elle semble en être un symptôme. Le DSM-III de 1980 marque la fin de l'influence de la tradition psychanalytique et la réémergence du modèle biomédical. Le souci d'offrir aux professionnels de la santé un diagnostic fiable et valide motive ce changement. Ainsi, tous les troubles du DSM sont désormais classés en fonction de critères diagnostiques précis et « consensus based » (Robinson&Adinoff, 2016, p. 11), et l'on abandonne ceux du DSM-I et II, qui étaient ancrés dans la théorie psychanalytique²⁸. Dès lors, l'addiction n'est plus un trouble secondaire, elle constitue désormais une catégorie à part entière et indépendante. Deux sous-catégories la composent : l'abus de substance et la dépendance. On explique la distinction entre ces deux sous-catégories par les notions de tolérance et de manque : l'abus de substance correspond à l'aspect pathologique de la consommation d'un point de vue social ou légal, tandis que la dépendance reflète les conséquences purement physiologiques de la consommation chronique, soit la tolérance et le manque. La publication du DSM-III-R en 1987, rédigé en réponse à des problèmes de validité conceptuelle²⁹, s'accompagne d'importants changements concernant la catégorie des troubles liés aux substances. En particulier, certains critères de la sous-catégorie de l'abus de substance sont déplacés sous celle de la dépendance. Par conséquent, il n'est plus possible d'affirmer que « des symptômes physiologiques sont à la fois nécessaires et suffisants pour un diagnostic de dépendance »³⁰ (Robinson&Adinoff, 2016, p. 12). Le diagnostic de dépendance implique dorénavant la présence d'une combinaison de problèmes comportementaux et d'effets physiologiques. Cela permet aux patients à qui on prescrit des opioïdes, et qui font l'expérience physiologique du manque lors de leur sevrage, de ne pas tomber pour autant sous la catégorie des personnes atteintes de dépendances. Par la suite, ni le DSM-IV, ni le DSM-IV-TR n'apportent de changements notables du point de vue de la catégorisation des troubles liés aux substances, quoique la différence entre les sous-catégories d'abus et de

²⁸ Les versions précédentes du DSM, dans la caractérisation des troubles mentaux, mettent l'accent sur les concepts suivants : « psychoneurosis and functional reactions to environmental stressors » (Robinson et Adinoff, 2016, p. 11). Cependant, le DSM-III abandonne de tels critères, et se base plutôt sur les critères de Feighner. Ces derniers font référence à des descriptions opérationnelles que l'on fait des conditions psychiatriques, basées sur des données empiriques et concernant surtout les symptômes et traits spécifiques observables. (Kendler *et al.*, 2010, p. 139)

²⁹ Un des problèmes est celui de la vulnérabilité de la catégorie d'abus de substance en fonction des lois sociales : « actions of a legislature in a particular state can determine the number of residents who met DSM-III criteria for a mental disorder [...] » (Robinson&Adinoff, 2016, p. 12) Ainsi, une nouvelle loi restrictive sur la consommation d'alcool au volant pouvait faire en sorte qu'un individu soit de ce fait considéré comme souffrant d'un trouble d'abus de substance.

³⁰ Ma traduction.

dépendance soit de plus en plus contestée.³¹ On y ajoute des précisions concernant la nature des dépendances liées à une substance, notamment le fait qu'il n'est ni nécessaire ni suffisant d'observer une tolérance ou un manque pour pouvoir en porter le diagnostic. Ainsi, on peut désormais diagnostiquer une dépendance à une substance tout en spécifiant si elle s'accompagne ou non d'une dépendance physiologique.

Tous ces changements effectués dans les différentes versions du DSM ont en commun deux objectifs. D'une part, on vise une classification valide d'un point de vue théorique. On peut concevoir la validité d'une classification psychiatrique de différentes manières, et nous nous attarderons sur trois d'entre elles. Tout d'abord, il y a ce qu'on pourrait appeler la validité-cohérence. On cherche en effet à créer des catégories cohérentes formées par les liens de corrélation entre symptômes et syndromes³² (Jablensky, 2016). Le degré de validité est alors testé en fonction de la cohésion interne entre les catégories et des variables explicatives (tels les mécanismes pathogéniques ou encore les facteurs de risque). Ensuite, on peut parler de la validité de contenu, soit « the demonstration that the defining characteristics of a given disorder are indeed enquired into and elicited before that diagnosis is made. » (Kendell, 1975, p. 40) Autrement dit, on doit pouvoir identifier les caractéristiques d'une condition psychiatrique avant même de poser un diagnostic. Enfin, on peut aussi parler de la validité conceptuelle (Wakefield, 1992), qui réfère au fait qu'une bonne classification doit pouvoir permettre de clairement distinguer le pathologique du non pathologique. Ainsi, une classification valide devrait permettre d'exclure les conditions qui sont plutôt des réactions normales face à certains événements de la vie, et d'inclure celles qui sont effectivement des pathologies. Le second objectif poursuivi au fil des différentes versions du DSM est l'utilité : on souhaite en effet disposer de critères diagnostiques applicables en pratique. Sur le plan pragmatique, on cherche des outils qui puissent être utiles pour les professionnels de la santé, autant en clinique qu'en recherche. Selon Jablensky, un diagnostic est utile en ce sens « if it provides non-trivial information about prognosis and likely treatment outcomes, and/or testable propositions about biological and social correlates. » (2016, p. 29) L'utilité d'un diagnostic se

³¹ Selon Robinson et Adinoff, les deux sous-catégories donnaient lieu à des problèmes importants : « differences in reliability and external validity, incorrect assumptions about the relationship between abuse and dependence, and the problem of “diagnostic orphans” (individuals with symptoms for whom neither diagnosis was met). » (2016, p. 12)

³² La distinction entre les symptômes et les syndromes est telle que les symptômes (des traits observables ou des manifestations de maladie) composent les syndromes.

mesure à sa capacité à fournir des informations pertinentes sur le pronostic et le traitement du trouble psychiatrique auquel on s'intéresse.

En bref, si la catégorie des troubles addictifs subit des modifications au fil du temps, c'est en vue de pouvoir soigner des individus réels, en les évaluant de manière appropriée et au moyen d'un appareil théorique valide. Cette validité peut être fonction de la cohérence, du contenu et des concepts mêmes des catégories diagnostiques auxquelles on a recours. En ce sens, lorsque les créateurs du DSM ont décidé d'abandonner la théorie psychanalytique et d'adopter des critères diagnostiques, ou encore lorsqu'ils sont revenus sur la séparation entre l'abus et la dépendance, l'objectif a toujours été d'améliorer la validité et l'utilité de leur catégorisation. Ils souhaitaient notamment que le contenu de la catégorie du trouble de l'addiction soit cohérent avec le reste du DSM, qu'il reflète bien la réalité des individus qui en souffrent, et enfin, qu'il permette de distinguer adéquatement une situation pathologique d'une situation qui ne l'est pas. Tout cela s'inscrit dans un désir de disposer d'un manuel qui soit utile, pertinent et applicable pour les chercheurs et cliniciens pour le traitement des PTA.

B. Le trouble de l'addiction dans le DSM-V

La publication du DSM-V en 2013 marque l'apparition des changements les plus significatifs dans la catégorisation de l'addiction. En effet, l'abus et la dépendance ne sont plus distingués en deux sous-catégories, mais désormais réunis sous une seule et même catégorie (les troubles liés à l'abus de substance). Des études psychométriques démontrent une « uni-dimensionality of the biaxial abuse/dependence paradigm » (Robinson&Adinoff, 2016,p.13), suggérant qu'il n'y a pas de sous-catégories distinctes, mais plutôt des conditions situées sur une échelle de sévérité de l'addiction. Une telle échelle est alors créée, variant entre faible, modérée et sévère. Deux autres changements majeurs ont lieu dans le DSM-V : on abandonne le critère des problèmes légaux³³ et on ajoute celui de l'envie impérieuse (*craving*). Enfin, le nom officiel de la catégorie ne fait plus intervenir le terme « addiction » en tant que tel. On utilise plutôt l'expression « Substance-related and addictive disorders », soit les troubles liés à une substance et les troubles addictifs. Le but des auteurs du DSM-V est d'être aussi axiologiquement neutre que possible :

³³ Dans les versions précédentes du DSM, un des critères diagnostiques des troubles liés à l'abus de substance était le fait que la personne atteinte ait des problèmes avec la loi. Ce critère s'est cependant avéré inutile du point de vue diagnostique. (Hasin *et al.*, 2011)

Note that the word addiction is not applied as a diagnostic term in this classification, [...] The more neutral term substance use disorder is used to describe the wide range of the disorder, from a mild form to a severe state of chronically relapsing, compulsive drug taking. [...] the word is omitted from the official DSM-5 substance use disorder diagnostic terminology because of its uncertain definition and its potentially negative connotation.³⁴

De nouveau, l'étude des changements apportés à la catégorie de l'addiction dans le DSM-V nous révèle qu'ils sont eux aussi motivés par des considérations de validité et d'utilité clinique. En effet, l'ajout et l'abandon de certains critères diagnostiques permettent à la catégorie de correspondre davantage à la situation réelle des personnes atteintes d'une addiction. La nouvelle classification est donc meilleure comparativement à la précédente, car elle est plus valide du point de vue de son contenu. Elle diminue aussi le risque de poser des diagnostics erronés, en distinguant de manière adéquate ce qui est une addiction de ce qui ne l'est pas. Cela lui confère une meilleure validité conceptuelle. Enfin, l'adoption d'une échelle de sévérité et le désir de neutralité axiologique démontrent l'importance du potentiel clinique et pratique d'une classification. Ainsi, pour les auteurs du DSM-V, la catégorie du trouble de l'addiction doit être valide en théorie, et elle doit pouvoir servir en pratique.

C. LE TROUBLE LIÉ AU JEU D'ARGENT

Les auteurs du DSM-V effectuent un dernier grand changement : l'inclusion du trouble lié au jeu d'argent (TJA) dans la catégorie des troubles addictifs. Mais qu'est-ce qui justifie le fait d'inclure ce trouble dans la même catégorie diagnostique que les troubles liés à l'abus de substance ?

D'abord, c'est en 1980,³⁵ dans le DSM-III, que le TJA est reconnu pour la première fois en tant que trouble. Robert Custer, un médecin qui traite spécifiquement des patients ayant des problèmes en lien avec les jeux d'argent, élabore les premiers critères diagnostiques. À ce moment, ce que l'on nomme maintenant TJA est considéré comme un trouble de l'impulsivité, et non comme une addiction³⁶. Les critères contiennent malgré tout quelques similarités avec ceux du

³⁴ American Psychiatric Association. (2013), « Substance-Related and Addictive Disorders », *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V*, <https://dsm.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.books.9780890425596.dsm16#CHDCCGHF> consulté le 17 mai 2021.

³⁵ Reilly, C., et N. Smith. (2013), « The evolving definition of pathological gambling in the DSM-5 », *National center for responsible gaming*, vol. 1, p. 2.

³⁶ Les addictions et les troubles de l'impulsivité se distinguent par la notion de compulsion, utilisée pour caractériser une addiction. Alors qu'une impulsion réfère surtout à une action posée dans l'instant ou sur un coup de tête, la compulsion fait référence à « un trait hypothétique qui explique la répétition persistante des actions en dépit des

trouble lié à l'abus de substance : une perte de contrôle, des ennuis avec la famille, des problèmes financiers, *etc.* L'édition qui suit, soit le DSM-IV, contient des critères pour le TJA qui ressemblent encore plus à ceux que l'on associe à un trouble de consommation. En effet, on compte maintenant dix critères différents, et le diagnostic est posé lorsque cinq de ces critères sont satisfaits. Malgré l'ajout de critères, la définition et la catégorisation du TJA du DSM-IV sont grandement critiqués (Reilly & Smith, 2013). Notamment, on considère que le DSM-IV décrit le TJA uniquement en fonction des cas où les patients se trouvent en milieux de soins. Ainsi, on dispose de très peu d'informations sur le trouble tel que vécu à l'extérieur d'un environnement contrôlé. De plus, le DSM-IV ne rend pas compte des différents degrés de sévérité, alors qu'il semble bien qu'on puisse en distinguer dans la pratique et en clinique. Enfin, on remet en question la décision d'inclure le TJA au sein des troubles impulsifs. Si le TJA est un trouble de l'impulsivité, il devrait y avoir des ressemblances avec la kleptomanie ou la pyromanie, par exemple. Cependant, on note des différences importantes entre les deux du point de vue émotionnel :

As Shaffer and Korn observed, individuals with kleptomania and pyromania feel overwhelmed by an impulse to act and often report a sense of relief after having acted. In contrast, pathological gamblers, while in action, often find their gambling enjoyable and only after the gambling is terminated or losses are incurred do pathological gamblers begin to feel distress. (Reilly & Smith, 2013, p. 3)

À la lumière de ces critiques, l'équipe de rédaction du DSM-V propose d'inclure le TJA dans la catégorie du trouble de l'addiction. En plus des ressemblances au niveau des symptômes observables, plusieurs études démontrent que les jeux d'argent ont des effets similaires aux drogues sur le cerveau. Par ailleurs, dans l'édition précédente du manuel, un critère stipulait qu'une personne atteinte du TJA « has committed illegal acts such as forgery, fraud theft or embezzlement to finance gambling » (Reilly&Smith, 2013, p.4) Cependant, aucune donnée ne rend légitime ce critère. Désormais, le TJA comporte ainsi neuf critères différents, et l'on pose un diagnostic lorsqu'au moins quatre d'entre eux sont observés en clinique.

Ce qui justifie cette décision d'inclure le TJA dans la catégorie de l'addiction est essentiellement un souci de rendre compte des similarités entre les deux, et des données probantes

conséquences défavorables » (Ziegler, 2017, p. 243) Une différence temporelle existe donc entre les deux, dans la mesure où une compulsions est répétée, tandis qu'une impulsion ne l'est pas nécessairement.

fournies par les neurosciences. Cela démontre encore une fois la volonté des auteurs du DSM d'élaborer une catégorie valide et utile.

D. L'ENJEU DE L'EXCLUSION

Malgré l'inclusion du TJA, le DSM-V ne considère toujours pas qu'il y ait des addictions à la nourriture ou à l'exercice, par exemple. Le manque de données et de preuves scientifiques explique cette exclusion. Cependant, pour les mêmes principes évoqués de validité et d'utilité clinique, il nous semble possible à ce jour d'affirmer que ces comportements, intuitivement nommés « addictions » dans le langage commun, sont effectivement des troubles addictifs.

En effet, selon l'analyse du trouble de l'addiction en termes de dysfonctionnement préjudiciable, presque n'importe quel comportement menant à l'obtention d'une récompense, répété volontairement et à plusieurs reprises, peut devenir un trouble de l'addiction. L'addiction ne se limite plus aux drogues ou aux jeux d'argent, et l'on prouve que d'autres comportements peuvent aussi devenir addictifs. Reprenons l'exemple donné par Foddy du SHI. D'abord, puisque l'action de manger est généralement volontaire, répétée, et qu'elle mène à une récompense, alors il semble tout à fait possible de développer une addiction à la nourriture. De plus, les drogues et la nourriture produisent des effets très similaires sur les récepteurs neuronaux du cerveau au niveau du système de récompense. À cet égard, une méta-étude menée par Gordon *et al.* (2018) a analysé 52 études empiriques sur l'addiction à la nourriture en fonction des critères diagnostiques actuels du DSM pour l'addiction. Les auteurs ont alors trouvé « significant support for the construct of food addiction in both animals and humans, with each primary criterion having support from at least one study [...], though some sub-criteria have not yet been studied. » (p. 12) Gordon et ses collègues concluent qu'il apparaît valide de parler d'addiction à la nourriture. Les nourritures avec un taux important de gras ajouté ou de glucides raffinés comme le sucre sont les plus associées au développement d'addictions, par le biais du dysfonctionnement, devenant préjudiciable, de leur système de récompense. On parle alors d'addiction à de la nourriture *highly palatable*, soit très savoureuse. Ce type de trouble de l'addiction serait par ailleurs davantage comparable aux troubles liés à l'usage de substance qu'à des troubles du comportement, par exemple le TJA (Meule et Gearhardt, 2014).³⁷

³⁷ Dans Gordon, E. L., *et al.* (2018), « What Is the Evidence for "Food Addiction?" A Systematic Review », *Nutrients*, vol. 10, n° 4, p. 477.

Quant au visionnement de contenus pornographiques ou à la pratique d'activité physique, si l'on suit le modèle de Foddy, il faudrait conclure que ces comportements sont également susceptibles de devenir des troubles addictifs. Puisque l'on sait que le visionnement de pornographie et la pratique d'activité physique sont des activités généralement volontaires, pouvant être répétées un grand nombre de fois et qui activent le système de recherche de récompense (Doidge, 2007³⁸ ; Greenwood *et al.*, 2011), il faut conclure qu'elles sont susceptibles de donner lieu à des troubles de l'addiction.

Cependant, rappelons que lorsque l'on parle d'addiction dans le langage ordinaire, on ne souhaite pas nécessairement référer par-là à un *trouble* de l'addiction. Mais nous pensons que cet usage reste correct, dans la mesure où selon nous, l'addiction renvoie à un continuum de phénomènes³⁹ qui inclut aussi bien le phénomène de motivation addictive que le trouble de l'addiction à proprement parler. Ainsi, lorsqu'on dit spontanément qu'une personne est *addict* ou dépendante à quelque chose, que ce soit un aliment, un sport ou une série télévisée, on peut faire référence à toutes les variations du continuum de l'addiction. En d'autres mots, dire qu'une personne présente une addiction ne revient pas à dire qu'elle possède un trouble de l'addiction. On peut aussi vouloir dire qu'elle semble avoir une motivation exagérée par rapport à une certaine norme à répéter un certain comportement. Le fait de se représenter l'addiction comme un continuum permet de rendre compte de toutes ces usages du terme « addiction » dans le langage ordinaire.

Enfin, si les actions de manger, de visionner des contenus pornographiques et de faire de l'exercice physique sont toutes à risque d'engendrer des troubles de l'addiction, alors il importe que la catégorie diagnostique du DSM en rende compte. En ce sens, une définition du trouble de l'addiction en termes de dysfonctionnement préjudiciable permet une extension plus large et fournit au moins une tentative de réponse au problème d'exclusion. On justifie le fait que certains troubles comportementaux, qui semblent intuitivement relever des troubles addictifs, puissent effectivement prendre le nom de « troubles addictifs ». Cette définition permet une classification plus valide de l'addiction, puisqu'elle s'accorde davantage à la réalité du phénomène. Elle aide

³⁸ Doidge, N. (2007), *The Brain That Changes Itself: Stories of Personal Triumph from the Frontiers of Brain Science*, New York, Penguin Books.

³⁹ À noter que le continuum en question pour l'addiction diffère d'un spectre tel le spectre de l'autisme. En effet, le spectre de l'autisme regroupe différents troubles psychiatriques de l'autisme, tandis que le continuum de l'addiction ne regroupe pas différents troubles psychiatriques de l'addiction, mais plutôt différents phénomènes relatifs à l'addiction.

aussi à renforcer l'utilité de la classification en incluant théoriquement des conditions qui n'apparaissent nulle part auparavant. Cette inclusion théorique a par la suite une portée pratique : de réelles personnes qui subissent un préjudice peuvent maintenant recevoir un diagnostic approprié, et éventuellement, un plan de traitement et de prise en charge. Par conséquent, la définition du trouble de l'addiction en termes de dysfonctionnement préjudiciable nous semble être une solution intéressante au problème de l'exclusion.

E. L'étiologie ou l'expression ?

On peut rapidement anticiper une objection à ce stade : la définition du trouble de l'addiction en termes de dysfonctionnement préjudiciable ne porte pas tant sur les symptômes que sur l'étiologie du trouble. Ainsi, le fait de comparer cette définition avec une catégorie diagnostique dans le DSM-V n'est pas vraiment approprié ni même possible. Autrement dit, on ne peut pas prendre une définition qui porte sur le processus explicatif d'un trouble et lui faire jouer le rôle d'une catégorie diagnostique basée sur des symptômes observables. L'étiologie ou encore la physiopathologie ne sont pas la même chose que la symptomatologie d'une maladie. Prenons l'exemple de l'apnée obstructive du sommeil. L'apnée du sommeil est une forme d'obstruction des voies respiratoires supérieures qui se produit lorsque le sujet est endormi. Il existe plusieurs facteurs de risque pour cette maladie, dont les principaux sont les suivants : « un oropharynx "encombré" par une mandibule courte ou rétractée, une base de la langue ou des amygdales proéminentes, une forme de tête arrondie et un cou court, un tour de cou > 43 cm, des parois latérales du pharynx épaisses et des coussinets adipeux parapharyngés latéraux.⁴⁰ » Ce trouble respiratoire associé au sommeil se caractérise par des ronflements, de l'étouffement, un sommeil non réparateur ou agité, et une difficulté à rester endormi. Dans cet exemple, l'étiologie de la maladie (les différents facteurs de risque) n'est pas équivalente à l'expression de la maladie (une obstruction des voies respiratoires). En ce sens, l'identification des facteurs de risque n'est pas suffisante pour diagnostiquer l'apnée du sommeil, qui dépend surtout de symptômes survenant pendant le sommeil. En d'autres mots, observer que notre conjoint ou conjointe possède un tour de cou supérieur à 43 cm ne justifie pas qu'on lui diagnostique une apnée du sommeil.

⁴⁰ Strohl, K. P. (2020), « Apnée obstructive du sommeil », *Mercks Manual*, <https://www.merckmanuals.com/fr-ca/professional/troubles-pulmonaires/apn%C3%A9e-du-sommeil/apn%C3%A9e-obstructive-du-sommeil> consulté le 17 mai 2021.

À notre avis cependant, cette objection n'est que partiellement valable. D'abord, il est vrai que l'identification de facteurs de risque ne suffit pas pour diagnostiquer l'apnée du sommeil. Néanmoins, elle joue un rôle primordial dans l'élaboration du diagnostic. En effet, on dit qu'un « diagnostic d'apnée obstructive du sommeil est évoqué en présence des facteurs de risque **et/ou** de symptômes identifiables. »⁴¹ Ainsi, les facteurs de risque jouent un rôle important pour le diagnostic de l'apnée du sommeil. L'identification de facteurs de risque ne constitue pas une justification suffisante pour diagnostiquer un trouble d'apnée du sommeil, mais elle est nécessaire. De ce fait, bien que la cause et l'expression d'une maladie ne se situent pas sur un même niveau informatif du point de vue temporel (l'un vient avant l'autre), il est utile de se servir de la cause pour valider et compléter un diagnostic basé sur les symptômes. Par ailleurs, un diagnostic uniquement basé sur des symptômes ne permet peut-être pas d'aller chercher toutes les informations nécessaires au traitement de la maladie. Si c'est une malformation de la mâchoire, plutôt qu'un surpoids, qui cause l'apnée obstructive du sommeil, le traitement ne sera pas exactement le même. L'idée n'est donc pas de dire que nous pouvons substituer entre elles l'étiologie et l'expression. Cependant, ensemble, elles permettent d'identifier avec beaucoup plus de validité une pathologie. De ce fait, le traitement peut être plus adapté.

En ce qui concerne le trouble de l'addiction, il est vrai que notre définition en termes de dysfonctionnement préjudiciable s'intéresse à une fonction naturelle, soit à la physiopathologie de l'addiction. Mais elle s'intéresse aussi aux symptômes puisque le préjudice est une forme d'expression de cette dysfonction. Ce n'est donc pas une définition du trouble à caractère purement étiologique. En revanche, nous pensons qu'une catégorisation uniquement basée sur les symptômes, telle que celle du DSM-V, n'est pas suffisante. Il y a exclusion sur le plan conceptuel, mais aussi sur le plan clinique, dans la mesure où des personnes qui souffrent réellement ne se voient pas offrir des traitements adaptés à leurs besoins. Leurs conditions sont mal identifiées (pensons à la catégorie des « Autres troubles mentaux »), non-classées ou même considérées illégitimes. Certes, la définition proposée du trouble de l'addiction en termes de dysfonctionnement préjudiciable ne fournit pas le portrait complet des données étiologiques et physiopathologiques de l'addiction. Nous identifions ici un mécanisme central, sans prétendre

⁴¹ Strohl, K. P. (2020), « Apnée obstructive du sommeil », *Mercks Manual*, <https://www.merckmanuals.com/fr-ca/professional/troubles-pulmonaires/apn%C3%A9e-du-sommeil/apn%C3%A9e-obstructive-du-sommeil> consulté le 17 mai 2021. Je surligne.

qu'il soit unique, de la formation des addictions. Néanmoins, il s'agit d'une information étiologique supplémentaire à ce que nous donnent à connaître les symptômes, ceux-ci étant considérés comme les effets d'une certaine dysfonction.

En résumé, il n'y a pas nécessairement de contradiction ou d'incohérence à comparer la catégorisation actuelle du DSM-V et une définition en termes de dysfonctionnement préjudiciable. On souhaite seulement élargir l'horizon de classification du trouble de l'addiction en fonction des causes.

F. Le cas des personnes atteintes volontairement du trouble de l'addiction

La définition que nous donnons du trouble de l'addiction nous mène à penser que seules les personnes qui subissent un préjudice sont atteintes du trouble de l'addiction. En d'autres mots, un dysfonctionnement du système motivationnel ne suffit pas pour dire qu'une personne est atteinte du trouble de l'addiction. Dès lors, comment expliquer ce que Owen Flanagan (2016) nomme les *willing addicts* ? Dans son article, Flanagan soutient en effet qu'il est possible que des personnes possèdent un trouble de l'addiction de manière volontaire : « A willing addict prefers, all things considered, to be an addict. He has a settled disposition to continue to use in the way he uses. He endorses using the way he uses. » (2016, p. 66) Cependant, si le trouble de l'addiction est un dysfonctionnement *préjudiciable*, comment expliquer qu'il puisse être choisi volontairement ? Pourquoi une personne déciderait-elle de subir du préjudice ? Une analyse des cas proposés par Flanagan peut nous aider à formuler une réponse.

En fait, on peut dire que les dépendants volontaires ne sont pas réellement atteints d'un trouble de l'addiction. S'ils tolèrent le fait de vivre avec cette condition, c'est qu'elle ne leur est pas réellement préjudiciable, tout bien considéré⁴². Les dépendants volontaires seraient plutôt des personnes atteintes d'une dysfonction du système motivationnel, mais ils en concluent que les avantages de leur addiction surpassent ses désavantages. On peut penser au cas de *Morphine Mary* présenté dans l'article de Flanagan : c'est celui d'une femme à qui il reste six mois à vivre, et à qui l'on prescrit de la morphine pour diminuer ses souffrances. Cette patiente deviendra physiquement dépendante à la morphine, mais elle n'en subira pas de préjudices. D'ailleurs, elle pourra profiter

⁴² La notion « tout bien considéré » fait référence au fait qu'une personne ait constaté que les bénéfices de son addiction en surpassent les désavantages. Par conséquent, on peut dire de cette personne qu'elle ne possède pas une condition qui est préjudiciable *tout bien considéré*.

davantage de ses derniers mois de vie en consommant de la morphine. Ainsi, dans ce cas, on peut dire que Mary n'est pas vraiment atteinte d'un trouble de l'addiction, bien que l'on puisse identifier une dysfonction au niveau de son système motivationnel. L'absence de préjudice justifie cette conclusion.

Le cas de Keith Richards, membre des Rolling Stones, et également mentionné dans le texte de Flanagan, peut aussi illustrer un cas d'addiction qui ne serait pas un trouble. Richards révèle qu'il a consommé de l'héroïne de manière volontaire, par curiosité, plaisir et désir d'expérimenter avec son propre corps : « It's like what Churchill said about alcohol, 'Believe me—I've taken a lot more out of alcohol than it's ever taken out of me!' And I kind of feel the same way about the dope and stuff. I got something out of it. » (2016, p. 70) Si l'on dit que le trouble de l'addiction est un dysfonctionnement préjudiciable, alors Richards n'est pas atteint d'un trouble de l'addiction. La condition du préjudice ne s'applique pas dans son cas, bien qu'il puisse avoir développé une motivation addictive. Il en va de même pour le cas de Christopher Hitchens, qui boit quotidiennement de l'alcool, mais qui vit très bien avec sa consommation. Son emploi d'écrivain et sa relation amoureuse avec sa femme n'en sont pas non plus affectés négativement. Pour ces raisons, nous pensons qu'il faut admettre que Hitchens ne subit pas de préjudice en lien avec sa condition, bien qu'il puisse avoir développé une motivation addictive et une dépendance physique à l'alcool. Les prochains exemples donnés par Flanagan de l'écrivain Lawrence Osborne et du personnage Bob Hugues sont un peu plus complexes, mais dans les deux cas, les personnages vivent bien avec leurs choix de consommation et le style de vie qui en ressort. Ils n'expriment pas en subir de préjudices, sauf Bob Hugues qui, lorsque c'est le cas, cesse de consommer. À vrai dire, Hugues ne s'en sort pas complètement : il devient dépendant physiquement à la méthadone. Néanmoins, il a su s'ajuster quand il s'est rendu compte que sa manière de vivre et de consommer lui causait du tort.

Enfin, Flanagan nous présente Rust Cohle, un personnage joué par Matthew McConaughey dans la série *True Detective*. Cohle reconnaît les risques associés à ses addictions à la cigarette et à l'alcool, mais il ne cherche pas à s'arrêter. Il est à l'aise dans ses habitudes de consommation et prétend même qu'elles représentent une forme de connaissance de soi : « Tend bar four nights a week. In between I drink, and there's nobody around to make me stop. Which is good. I understand who I am. After all these years ... There's a victory in that. » (2016, p. 74) Si l'on prend les paroles de Cohle au sérieux, il faut conclure qu'il se sent bien dans sa consommation, qu'il approuve ses

comportements, et qu'il n'en subit pas de préjudices, tout bien considéré. Alors, on ne peut pas le considérer comme atteint d'un trouble de l'addiction.

À la suite de ces exemples, la question suivante se pose : n'y aurait-il pas des cas où les dépendants volontaires seraient dans le déni quant aux préjudices qu'ils subissent ? En d'autres mots, ils seraient bel et bien atteints d'une addiction préjudiciable, mais ils ne voudraient pas se l'avouer. Ou encore, ils ne s'en rendraient tout simplement pas compte. L'exemple de Cohle est particulièrement propice à une telle conclusion. Celui-ci vivrait en réalité plusieurs préjudices associés à sa consommation, mais il ne se l'avouerait pas ou, en vertu même de sa condition, ne pourrait pas porter un jugement adéquat sur cette question. Il s'agit certainement d'une possibilité. Cependant, si tel est le cas, on ne pourrait pas parler de dépendance volontaire. Flanagan dit que l'individu doit, tout bien considéré, préférer continuer à consommer comme il le fait. Nous ne croyons pas que l'on puisse dire d'une personne dans le déni, qui se ment à elle-même, ou à qui il manque des informations pertinentes, qu'elle préfère, *tout bien considéré*, consommer. Ces personnes ne seraient pas dépendantes volontairement, mais plutôt des personnes atteintes du trouble de l'addiction. Ces dernières peuvent très bien être dans une forme de déni ou de duperie de soi. Cependant, la définition de Flanagan exclut que ce puisse être le cas pour un dépendant volontaire.

En résumé, nous pouvons dire que les dépendants volontaires, dans tous les exemples donnés par Flanagan, ne sont pas réellement atteints d'un trouble de l'addiction. Si c'était le cas, alors il faudrait pouvoir identifier une motivation addictive *préjudiciable*. Par ailleurs, n'oublions pas que si des dépendants volontaires existent, ils ne composent qu'une très faible minorité des gens présentant une motivation addictive. La plupart, nous dit Flanagan, sont « unwilling or resigned » (2016, p. 76) Bref, ces cas ne seraient que minoritaires ou marginaux.

G. CONCLUSION

La définition du trouble de l'addiction comme dysfonctionnement préjudiciable nous fait revoir les critères qui permettent de distinguer le pathologique du non pathologique. Autrement dit, elle inclut désormais toute condition préjudiciable qui résulte d'un dysfonctionnement motivationnel. Cette conceptualisation est beaucoup plus large que celle qui est offerte par le DSM-V, et, par conséquent, est une tentative de résolution au problème de l'exclusion. Elle renvoie à une catégorie qui semble clairement plus valide et utile que la précédente. De plus, même s'il y a bien une différence entre l'identification d'une cause ou de l'explication d'un trouble, et son expression par

des symptômes, nous avons vu que les deux ne sont pas incompatibles. En fait, nous proposons d'ajouter une considération étiologique dans la classification du trouble de l'addiction, en plus de sa caractérisation en termes de symptômes et traits. Cela a pour avantage d'ouvrir la possibilité de meilleurs moyens pour identifier et traiter le trouble de l'addiction. Enfin, nous nous sommes intéressés au cas des dépendants volontaires. Bien qu'à première vue, l'existence de telles situations semble invalider notre hypothèse du trouble de l'addiction comme dysfonctionnement préjudiciable, nous avons vu que la portée de ces contre-exemples est bien plus limitée qu'on pourrait le croire.

IV. Chapitre 3 : La classification dimensionnelle

Dans ce chapitre, nous verrons comment penser une résolution au problème du chevauchement et nous défendrons la pertinence d'une classification de type dimensionnel en psychiatrie, en particulier au regard de conditions comme celle de l'addiction. À travers l'analyse de la classification HiTOP (*Hierarchical Taxonomy of Psychopathology*), nous montrerons pourquoi une taxonomie dimensionnelle s'avère plus adéquate qu'une taxonomie catégorielle pour rendre compte de l'addiction telle que nous l'avons caractérisée précédemment, soit en termes de dysfonctionnement préjudiciable. Notre démarche s'inscrit dans un souci de contribuer, de manière pragmatique, à traiter, soulager et soigner les personnes atteintes du trouble de l'addiction.

A. Le chevauchement

Le problème du chevauchement peut être décrit ainsi : différentes catégories dans le DSM-V, possédant la possibilité d'être mutuellement exclusives, décrivent les symptômes d'une seule et même personne. Par exemple, il est possible que les symptômes d'une personne présentant un trouble alimentaire satisfassent à la fois aux critères diagnostics d'obsession d'une dysmorphie corporelle (ODC) et à ceux d'anorexie mentale. Bien que le DSM-V précise qu'il ne faut poser un diagnostic d'ODC seulement si les symptômes ne sont pas mieux expliqués par la présence d'anorexie, cela ne résout pas le problème initial : une personne présente des symptômes qui relèvent de deux catégories diagnostiques différentes et potentiellement exclusives l'une de l'autre. Dès lors, on peut remettre en question la validité des frontières entre catégories : pourquoi diviser ainsi les troubles mentaux si les catégories auxquelles on parvient ne reflètent pas les réalités individuelles ? À quoi servent ces catégories si elles ne rendent pas compte des conditions mentales tels qu'elles se présentent en réalité ? Par ailleurs, dans certains cas, le choix entre plusieurs catégories est loin d'être évident. Or, le traitement offert étant influencé par ce choix, il est crucial de poser le bon diagnostic. Le trouble de l'addiction comme dysfonctionnement préjudiciable rend ce problème de chevauchement particulièrement important, puisqu'en vertu de cette définition, il est tout à fait justifié de classer le SHI (actuellement sous les troubles alimentaires) au sein de la catégorie des troubles addictifs. En effet, selon notre analyse, toute condition qui tombe sous la définition d'une motivation addictive préjudiciable peut être un trouble de l'addiction. Donc, il y a un plus grand recouvrement entre catégories. D'un point de vue théorique, cela semble suggérer que notre définition de l'addiction est potentiellement trop inclusive. Et cela ne va pas sans

conséquences sur le plan pratique. Rappelons la notion de performativité qui est associée aux catégories diagnostiques. Lorsqu'on catégorise un individu comme souffrant d'une certaine condition, le caractère performatif de cette catégorisation l'affecte. Les attentes, les stéréotypes et les idées que l'on peut avoir sur une maladie ont un impact sur la manière dont la personne vit son appartenance à cette classe de patients. En ce sens, le problème de chevauchement pourrait entraîner une certaine confusion chez l'individu qui se retrouve sous plusieurs catégories à la fois, mais à qui on décide de diagnostiquer un seul trouble ou un trouble dominant. On peut également penser aux patients dont la condition est classée sous la catégorie « Autres troubles mentaux », et dont la symptomatologie est similaire à celle de l'addiction telle que décrite dans le manuel diagnostique. Dans un tel cas, on peut s'attendre à ce que l'idée que se font les patients et leurs proches de leur condition soit floue, imprécise et profondément insatisfaisante. Enfin, le traitement offert à ces personnes risque d'être inadéquat. Une question se pose alors inévitablement : pourquoi choisir de définir le trouble de l'addiction en termes de dysfonctionnement préjudiciable ?

L'argument principal consiste à dire que le chevauchement dans le DSM-V est lui-même dû à un manque de validité et d'utilité des catégories. Ainsi, le problème ne serait pas notre définition, mais plutôt le type de taxonomie utilisé dans le DSM. D'une part, concernant la validité, Kotov *et al.* (2017) remarquent que « construction of traditional taxonomies went beyond evidence available on the structure of psychopathology and was shaped by various other considerations. » (p.457) En d'autres mots, des raisons non scientifiques (par exemple politiques ou financières) motivent la taxonomie actuelle du DSM-V, qui avance une catégorisation que les données en psychopathologie ne permettent pas de justifier. De plus, on reproche au DSM d'avoir des catégories diagnostiques arbitraires et trop rigides (Hyman, 2010). Cela engendre plusieurs problèmes théoriques dans l'organisation structurelle des troubles mentaux, dont la comorbidité et le chevauchement⁴³. Néanmoins, le problème le plus important est pratique : les catégories diagnostiques actuelles du DSM n'aident pas réellement à traiter ou à soigner les patients. Pour donner un exemple, Mohammed et Rosenheck démontrent qu'un bon nombre de prescriptions de médicaments psychotropes « seems to be unrelated to diagnosis and thus [substantial use] is likely to be targeted at specific symptoms (e.g., insomnia, anxiety, nightmares, and flashbacks) rather

⁴³ Il est important de bien différencier le chevauchement et la comorbidité. Le premier, expliqué en début de chapitre, est un problème théorique résultant du postulat selon lequel les troubles mentaux sont des entités discrètes et structurellement catégorisables. Le second, plutôt pratique, réfère à la présence simultanée de plusieurs diagnostics chez un patient.

than diagnosed illnesses. » (2008). Cette étude indique que les diagnostics actuels du DSM ne sont pas nécessaires, ni même utiles, pour la prescription de certaines médications, qui dépendrait surtout de l'identification de symptômes. Dès lors, on peut se demander à quoi servent les catégories diagnostiques, si ce n'est à cibler adéquatement les traitements.

Kotov *et al.* développent davantage cette critique de la catégorisation actuelle du DSM-V dans leur article. Leur solution est d'abandonner une taxonomie par catégories strictes et d'adopter une classification dimensionnelle. De cette façon, ils évitent le problème du chevauchement. Comme cela s'avère être une piste intéressante dans le cadre de notre analyse du trouble de l'addiction, il nous semble pertinent de revenir sur les autres arguments qu'ils mobilisent contre la catégorisation du DSM-V.

B. Les critiques de la catégorisation du DSM-V

Kotov *et al.* soulignent quatre autres problèmes associés à la catégorisation actuelle du DSM-V. Premièrement, une condition psychiatrique n'est pas observée comme étant une entité discrète. En effet, on observe plutôt en clinique que les conditions existent en tant que dimensions (Widiger&Samuel, 2005). Malgré cela, dans le DSM-V, on décrit les troubles sans aucune variation possible. Un trouble est soit présent, soit absent. Étant donné la nature continue des conditions psychiatriques, cela mène à une perte de données quant aux différences individuelles observées (MacCallum *et al.*, 2002, p. 19). Deuxièmement, les diagnostics traditionnels manquent de fiabilité : « the DSM-5 Field Trials found that 40% of diagnoses did not meet even a relaxed cutoff for acceptable interrater reliability (Regier et al., 2013) » (2017, p. 457) En d'autres mots, par un calcul du kappa de Cohen⁴⁴, les essais cliniques du DSM-V ont démontré que 40% des diagnostics ne faisaient pas l'unanimité. Cela indique un faible taux de fiabilité. Notamment, le kappa associé à l'alcoolisme (*alcohol use disorder*) est de 0.40 (Regier *et al.*, 2013, tableau 1). Bien qu'on le désigne qualitativement comme étant « bon », un kappa se retrouvant entre 0.20 à 0.39 est qualifié de « discutable ». Troisièmement, les diagnostics posés à l'aide d'une classification traditionnelle ne rendent pas compte adéquatement de l'hétérogénéité de certaines pathologies. En effet, on explique plutôt l'hétérogénéité par des sous-groupes ou des sous-types de pathologie. Par exemple, sous les troubles anxieux dans le DSM-V, certains sous-types de

⁴⁴ Le kappa de Cohen est « a numerical index that reflects the degree of agreement between two raters or rating systems classifying data into mutually exclusive categories, corrected for the level of agreement expected by chance alone. » (APA dictionary, 2020)

phobies spécifiques (au sang, aux animaux ou encore à un environnement naturel) sont ajoutés afin de rendre compte des disparités cliniques observées (Watson, 2003, p. 236). Pour appuyer ce fait, Watson avance que le fait de devoir recourir à des sous-catégories toujours plus précises remet en question la validité et l'utilité des catégories diagnostiques. Son argument principal consiste à dire que puisque les catégories en soi ne rendent pas compte de l'hétérogénéité des troubles mentaux, et que cela nécessite la création de sous-catégories toujours plus précises, alors il vaut mieux abandonner les catégories. Bref, non seulement elles manquent de validité parce qu'elles ne correspondent pas à la réalité clinique, mais en plus leur utilité n'est pas évidente s'il faut toujours avoir recours à d'autres sous-catégories. Par ailleurs, pour Watson, le problème de l'hétérogénéité semble dévoiler qu'on gagnerait à abandonner les catégories diagnostiques plus larges en se concentrant directement sur des regroupements homogènes de symptômes. Quatrièmement, un bon nombre de conditions de patients qui souffrent réellement ne satisfont pas la totalité des critères diagnostiques d'un syndrome. Ces cas tombent alors sous la catégorie des « Autres troubles mentaux », offrant très peu d'informations sur leurs conditions et sur le traitement de celles-ci.

Pour Hyman, « There is a reasonable consensus that the goals of a classification of mental disorders should be optimized for clinical utility (and the DSM-IV and ICD-10 purport to do this) without ultimately sacrificing validity. » (2010) Ainsi, il semble qu'une bonne classification en psychiatrie doit être utile cliniquement, sans pour autant perdre de vue l'importance de sa validité. À la lumière des problèmes ontologiques et épistémologiques identifiés plus haut, nous sommes en droit de nous demander si la catégorisation du DSM-V répond effectivement à ses propres attentes. En effet, nous avons identifié que les catégories diagnostiques actuelles dans le DSM-V n'assurent pas sa validité ni son utilité. Un autre type de classification pourrait-il se révéler plus valide et utile ? C'est sur cette question que nous nous pencherons dans la prochaine section, en étudiant la classification hiérarchique dimensionnelle nommée HiTOP. Parler des troubles mentaux en termes de dimensions s'oppose alors au postulat selon lequel les troubles mentaux correspondraient à des entités catégorielles discrètes.

C. LA CLASSIFICATION HiTOP

Insatisfait de la catégorisation proposée par le DSM, un groupe de recherche est créé en 2015 afin de développer une classification se basant uniquement sur la recherche nosologique. Ses principales motivations sont d'aider la pratique psychiatrique en clinique et de faire progresser la

recherche en santé mentale. En 2017, le consortium publie la première version d'une structure HiTOP. Depuis, le groupe de recherche s'agrandit continuellement.

La classification HiTOP a pour objectifs de « (a) integrate evidence generated by [advances in quantitative research on the organization of psychopathology to date] and (b) produce a system that reflects a synthesis of existing studies. » (2017, p. 456) Elle se veut fiable, à jour et quantitative. La notion d'analyse quantitative dépend d'une procédure statistique nommée « factor analysis » (2017, p. 458), soit une analyse par facteurs, qui regroupe des variables (par exemple, les syndromes⁴⁵ ou les symptômes) en fonction de la relation entre celles-ci. Le but est d'arriver à une organisation optimale des différentes variables, et de construire des syndromes à partir de covariations entre les symptômes. Ce type d'analyse s'oppose à une analyse par catégories, qui regroupe des individus plutôt que des variables données, et qui part du principe selon lequel les troubles mentaux sont des entités catégorielles. La notion de dimension peut être définie ainsi : « Dimensions are psychopathologic continua that reflect individual differences in a maladaptive characteristic across the entire population [...] » (2017, p. 456) À titre d'exemple, l'anxiété sociale est une dimension dont le degré varie entre des interactions sociales adéquates et une détresse omniprésente dans les situations sociales. Par contraste, le DSM-V présente l'anxiété sociale comme une entité catégorielle dont la présence ou l'absence dépend de la satisfaction ou non de certains critères diagnostiques précis. Un avantage d'une analyse par facteurs est qu'elle permet de conceptualiser la psychopathologie en termes de dimensions plutôt qu'en termes de catégories, ce qui représente mieux la réalité clinique (Haslam *et al.*, 2020).

Les dimensions dans la classification HiTOP sont mises en relation de manière hiérarchique. Cela veut dire qu'on identifie des covariations à partir des syndromes afin de les regrouper en de plus larges dimensions. Ces nouvelles dimensions prennent alors le nom de spectres. La possibilité d'utiliser différents niveaux dimensionnels afin de décrire la condition d'un patient constitue l'avantage principal d'une hiérarchie taxonomique : « the multilevel approach (including individual symptoms, components/traits, syndromes, subfactors, and spectra) allows for a flexible description of a patient depending on the desired degree of specificity. » (2017, p. 458) De plus, la classification dimensionnelle hiérarchisée résout le problème de la comorbidité⁴⁶

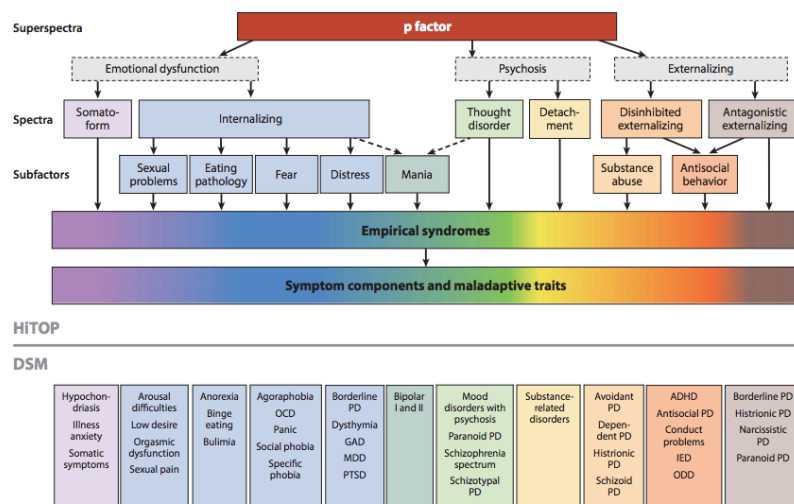
⁴⁵ Les syndromes sont des composés de certains traits (par exemple des symptômes) ayant un lien entre eux. Dans un contexte de classification dimensionnelle, les syndromes correspondent à des dimensions et non à des catégories.

⁴⁶ En psychiatrie, la comorbidité désigne « la présence simultanée de plusieurs affections psychiatriques, empêchant de ne retenir qu'un seul diagnostic. » (Thomsen, 2021)

puisque l'on peut maintenant rendre compte des syndromes à l'aide de niveaux supérieurs de dimensions. En d'autres mots, le spectre supérieur à deux syndromes peut expliquer leur cooccurrence chez un individu.

Le premier et le plus large niveau de la classification HiTOP est le spectre. Celui-ci est divisé en six⁴⁷ : l'internalisation, le trouble de la pensée, l'externalisation désinhibée, l'externalisation antagoniste, le détachement et le somatoforme. Le spectre d'internalisation cherche à rendre compte de la comorbidité entre les conditions suivantes : dépression, anxiété, stress post-traumatique, troubles alimentaires, dysfonctions sexuelles et trouble obsessionnel compulsif (Kotov *et al.*, 2017, p. 459). Quant aux spectres d'externalisation, ils visent à permettre de rendre compte de la comorbidité entre les conditions suivantes : troubles liés à l'abus de substance, trouble des conduites, trouble oppositionnel avec provocation, trouble de déficit d'attention, trouble explosif intermittent, trouble de personnalité antisociale (p. 459). On retrouve également le spectre du détachement qui permet de rendre compte de certaines spécificités associées aux troubles de la personnalité. Aussi, le spectre du trouble de la pensée renvoie à certains troubles de la personnalité, comme le trouble bipolaire I et les troubles psychotiques. Enfin, le spectre du somatoforme inclut des conditions à symptomatologies sommatives, comme par exemple la crainte excessive d'avoir une maladie. On peut voir comment les six dimensions de spectres se décomposent dans le schéma ci-dessous :

Kotov *et al.* 2021, p. 19-5



⁴⁷ Le choix des six spectres dépend de la procédure d'analyse par facteurs et reflète les résultats des études quantitatives effectuées. (Kotov *et al.*, 2017)

Sous les six dimensions, il y a les sous-spectres (*subfactors*), soit des spectres délimités à l'intérieur même d'autres spectres. C'est grâce à des analyses par facteurs plus précises et ciblées que l'on parvient à identifier ces sous-spectres. Certaines des dimensions à ce niveau présentent beaucoup de similarités et sont parfois difficiles à distinguer l'une de l'autre. Par exemple, les dimensions de la peur et de la détresse apparaissent parfois comme relevant d'une seule dimension. Dans le même ordre d'idées, la dimension de la manie peut se retrouver à la fois dans le spectre de l'internalisation et du trouble de la pensée. Cependant, ce genre de cooccurrence entre spectres n'est pas réellement problématique dans une classification dimensionnelle comme HiTOP. En effet, les auteurs soutiennent que les dimensions peuvent interagir entre elles, et la cooccurrence est comprise comme étant « a natural consequence of the fact that different syndromes or symptoms overlap in terms of phenomenology. » (Hopwood *et al.*, 2019, p. 482) Ainsi, la comorbidité entre syndromes ou symptômes est normale, et à partir du moment où l'on abandonne une catégorisation stricte, on voit qu'elle correspond plutôt à différentes expressions d'un même spectre. Par ailleurs, la structure HiTOP permet aussi d'associer des syndromes dimensionnels à plusieurs spectres. Par exemple, en faisant référence aux troubles émotifs (trouble obsessionnel-compulsif, trouble bipolaire, anxiété, dépression), les auteurs expliquent que « interstitial constructs (i.e. dimensions associated with multiple spectra) are allowed, indeed expected, within the HiTOP model. » (2017, p. 463) En d'autres mots, il est tout à fait possible que des liens entre les différents troubles émotifs apparaissent, et on s'attend même à ce que tel soit le cas dans une structure HiTOP. Il y a à cela deux raisons : d'une part, les créateurs de la structure HiTOP postulent que les dimensions sont des continuums ; d'autre part, ils désirent faire correspondre le plus adéquatement possible ces dimensions aux données empiriques disponibles en psychopathologie.

Le niveau des syndromes se précise après le niveau des sous-spectres. Encore une fois, des déplacements entre sous-spectres sont possibles et attendus pour différents syndromes. Par exemple, le trouble obsessionnel compulsif tient le rôle d'un « weak member » de la peur, et peut parfois se situer au sein du spectre du trouble de la pensée. Les syndromes et leurs composantes symptomatiques sont beaucoup moins étudiés que les spectres, car il est difficile d'avoir accès à la liste complète des symptômes d'un patient. Les données proviennent généralement d'analyses d'entrevues psychiatriques où l'on utilise le « skip logic » (2017, p. 463), c'est-à-dire le raisonnement qui permet de choisir de manière efficace entre deux diagnostics donnés. Dès lors, un diagnostic peut ou non être posé, ce qui est très utile cliniquement. Cependant, il ne peut

généralement pas intégrer de manière exhaustive les symptômes d'un patient. Mais lorsqu'on doit choisir entre deux diagnostics donnés, il n'est en fait pas nécessaire de les connaître tous ni de les prendre en considération. On ne s'intéresse en fait qu'à ceux qui sont caractéristiques. Par ailleurs, il est important de noter que la plupart des études qu'intègre HiTOP utilisent les catégories du DSM-V. Toutefois, les troubles, tels que décrits par les catégorisations traditionnelles, ne font pas partie de la structure HiTOP : « HiTOP does not include DSM and ICD disorders; instead, it aims to model signs and symptoms described in these manuals (as well as additional symptoms) and reorganize them based on evidence. » (Kotov *et al.*, 2021, p. 19-5) Ce choix s'explique par le fait que les syndromes étudiés dans la HiTOP, en vertu de la nature dimensionnelle de cette dernière, ne correspondent pas nécessairement à des troubles tels que définis par le DSM-V. Il n'y a donc pas d'adéquation nécessaire entre les dimensions de la HiTOP et les troubles tels que catégorisés dans le DSM-V. Enfin, on reconnaît les limites du modèle et l'importance de poursuivre les recherches en incorporant davantage de marqueurs dans les analyses par facteurs, tels que la durée de la maladie ou l'âge au moment de l'apparition des premiers symptômes. Néanmoins, tout bien considéré, les défenseurs de la catégorisation HiTOP soutiennent que « HiTOP can effectively summarize information on shared genetic vulnerabilities, environmental risk factors, neurobiological abnormalities, illness course, functional impairment, and treatment efficacy for many forms of psychopathology. » (2017, p. 467).

Le modèle HiTOP propose une structure qui rend compte des données quantitatives empiriques en psychopathologie, et évite les problèmes d'une nosologie traditionnelle comme le chevauchement, la comorbidité, ou le caractère arbitraire des frontières entre catégories. De plus, on peut enfin rendre compte du continuum de l'addiction dans une classification dimensionnelle. En ce sens, au premier abord, ce type de classification semble convenir à la définition que l'on a défendue pour le trouble de l'addiction. Mais que dit exactement la HiTOP sur le trouble de l'addiction actuellement ?

D'abord, une question légitime se pose quant à l'utilisation du terme « trouble » dans une classification HiTOP : est-il possible de parler de *trouble* de l'addiction si l'on souhaite classer ce dernier dans une classification dimensionnelle ? Selon notre interprétation, ce n'est pas problématique, pour autant cependant que par « trouble » on fasse référence à une condition dimensionnelle, et que l'on respecte ainsi la règle qui enjoint de concevoir les syndromes en termes de dimensions. Puisque notre définition du trouble de l'addiction renvoie à ce que l'on a appelé la

motivation addictive préjudiciable, et que celle-ci se situe à l'extrémité du continuum de l'addiction, le fait de parler de trouble semble ainsi approprié. Il serait toutefois peut-être plus précis de parler uniquement de l'addiction en tant que continuum, et de la motivation addictive préjudiciable en tant que pathologie comme ce qui se situe à une extrémité de ce continuum. Dès lors, il ne serait plus nécessaire de parler de trouble, et la séparation entre notre définition et la catégorie du DSM-V serait plus évidente. Cependant, puisque la HiTOP fait usage des catégories dans sa schématisation, on peut se permettre de continuer à utiliser le terme « trouble de l'addiction » (et celui de troubles en général) dans la suite de notre analyse.

Selon le schéma représentant la taxonomie HiTOP (tableau 2), le trouble de l'addiction est compris dans le spectre de l'externalisation désinhibée. Le trouble de l'addiction est lié seulement au sous-spectre de « substance-abuse » (abus de substance). Puis, ce spectre se décline en un syndrome : les troubles liés aux substances. Il est intéressant de constater que le spectre de l'externalisation désinhibée comprend aussi un autre sous-spectre en plus de l'abus de substance, soit celui du comportement antisocial. Ainsi, cela voudrait dire que certaines similarités existent entre les troubles d'abus de substance et les troubles de comportement antisocial (tels que le trouble du déficit d'attention et d'hyperactivité et les troubles du contrôle des impulsions et des conduites). Cependant, alors que nous avons noté et justifié l'idée qu'il y a une similarité entre le syndrome d'hyperphagie alimentaire incontrôlée et le trouble de l'addiction, la classification HiTOP, elle, ne semble établir aucun lien entre les deux. Les troubles alimentaires paraissent complètement indépendants des troubles liés aux substances dans ce schéma de classification hiérarchique. Quelles conclusions faut-il en tirer? L'on peut tenter quatre réponses.

Premièrement, s'il y a un lien indéniable à faire entre « substance abuse » et le trouble de l'addiction, les deux ne renvoient pas tout à fait à la même chose. Le trouble de l'addiction est forcément plus large que le trouble lié à l'abus de substance, puisqu'il admet aussi la possibilité d'inclure des troubles comportementaux. En ce sens, la structure HiTOP ne représente tout simplement pas comme tel le trouble de l'addiction en termes de dysfonctionnement préjudiciable. On fait uniquement référence à la notion d'abus de substance en tant qu'expression ou symptôme. Il est donc difficile de faire correspondre le trouble de l'addiction dans son entièreté au sein de la taxonomie dimensionnelle HiTOP actuelle. Néanmoins, cela ne démontre pas nécessairement qu'il est impossible d'arriver à une éventuelle compatibilité. En effet, puisque nous prenons l'addiction comme un continuum, il est possible d'imaginer une dimension de l'addiction pour laquelle un

extrême correspond au trouble de l'addiction compris comme une motivation addictive préjudiciable. Ainsi, la notion d'addiction pourrait remplacer celle d'abus de substance afin d'inclure toutes les variations possibles du continuum de l'addiction. Cela permettrait d'ailleurs d'inclure les addictions comportementales, en plus des addictions à des substances, dans la classification. Deuxièmement, les auteurs de la taxonomie hiérarchique reconnaissent que certaines conditions ne sont peut-être pas bien classées : « Another focus of the workgroup is to clarify the “dark matter of psychopathology”—conditions whose placement in HiTOP is uncertain, such as neurodevelopmental conditions, mania, and eating disorders. » (Kotov *et al.*, 2021, p. 19-12) Ici, on dit clairement que cette « matière noire » de la psychopathologie inclut les troubles alimentaires. Par conséquent, il est très possible qu'une nouvelle version de la HiTOP déplace le SHI. On peut s'imaginer qu'il soit finalement classé de manière à faire apparaître les ressemblances qu'il entretient avec les troubles addictifs. Troisièmement, il faut faire attention de bien distinguer la définition d'un trouble de sa symptomatologie. En ce sens, la HiTOP s'intéresse davantage aux expressions du trouble, qu'à son étiologie. En effet, la classification du SHI dans les troubles alimentaires met l'accent sur le caractère symptomatique et expressif du trouble. De la même manière, classer les troubles liés à l'abus de substance sous le sous-spectre des troubles d'abus de substances n'est pas informatif sur le plan étiologique. En revanche, s'intéresser aux dysfonctions des comportements qui mènent à une addiction, ou au SHI, permet de penser en se plaçant sur le plan de l'étiologie, plutôt que de l'expression. On s'intéresse à la cause et à la manière dont se développe le syndrome, et pas seulement à la manière dont il se manifeste. L'incompatibilité entre les deux sous-spectres dans le schéma de la HiTOP n'est donc pas le reflet d'une contradiction. Elle invite plutôt à structurer la psychopathologie en fonction de considérations à la fois symptomatiques et étiologiques. Une telle structure aurait le potentiel de fournir un portrait plus global de la condition à laquelle on s'intéresse. Quatrièmement, en lien avec ce qui précède immédiatement, peut-être pourrions-nous proposer d'intégrer un nouveau spectre qui expliciterait le rôle des dysfonctions dans les syndromes et les conditions mentales. Par exemple, des informations de la classification RDoC (*Research Domain Criteria*) pourraient servir à bonifier la HiTOP, ou à changer la manière dont elle est divisée. En fait, la classification RDoC, lancée en 2009 par le NIMH (National Institute of Mental Health), s'avère intéressante en comparaison à la HiTOP puisqu'elle rend compte des fonctions naturelles et des données étiologiques. Son but, ancré dans l'hypothèse que les troubles mentaux sont des troubles du

cerveau, est de « classifier les troubles mentaux [en se basant sur] les dimensions de comportements observables et de mesures neurobiologiques » (NIMH, 2008)⁴⁸. La structure du RDoC prend la forme d'une matrice bidimensionnelle dont les colonnes sont composées de sept unités d'analyse et dont les lignes correspondent à cinq domaines. Les unités d'analyse vont des gènes jusqu'au vécu personnel, et les domaines représentent les principaux systèmes du cerveau. Différents construits, se voulant pertinents à la fois « sur le plan comportemental [...] et cérébral [...] » (Demazeux, 2015, p.794), divisent les domaines. Ces construits sont des dimensions qui font référence à des « non-computable concepts based on convergent sets of data, whose precise functional significance changes as increasing amounts of data are compiled to inform our understanding. » (Cuthbert, 2014, p. 29) En d'autres mots, les construits sont des concepts abstraits dont le sens dépend et varie en fonction de série de données compilées en neurosciences et en sciences comportementales. Des exemples de tels construits sont la communication sociale, la perception et la compréhension des autres pour le domaine des systèmes de processus sociaux. Le tableau ci-dessous représente la matrice du RDoC :

The RDoC Matrix*

Domain (Construct)	Unit of Analysis							
	Gene	Molecules	Cells	Circuits	Physiology	Behavior	Self-Report	Paradigms
Negative Valence Systems								
Acute threat								
Potential threat								
Sustained threat								
Loss								
Frustrative nonreward								
Positive Valence Systems								
Approach motivation								
Initial responsiveness to reward								
Sustained responsiveness to reward								
Reward learning								
Habit								
Cognitive Systems								
Attention								
Perception								
Declarative memory								
Language behavior								
Cognitive control								
Working memory								
Systems for Social Processes								
Affiliation and attachment								
Social communication								
Perception and understanding of self								
Perception and understanding of others								
Arousal and Regulatory Systems								
Arousal								
Circadian rhythms								
Sleep and wakefulness								

* See: http://www.nimh.nih.gov/research-priorities/rdoc/nimh-research-domain-criteria-rdoc.shtml#toc_matrix

Kirmayer, L. & D. Crafa. (2014), What kind of science for psychiatry?, *Frontiers in Human Neuroscience*, 8. P. 1-12.

⁴⁸ Dans Demazeux, S., & V. Pidoux. (2015), « Le projet RDoC-La classification psychiatrique de demain ? », *Médecine/sciences*, vol. 31, n° 8-9, p. 792-796.

Bref, puisque le RDoC fait directement référence à des données neurophysiologiques, le fait d'établir un lien entre le RDoC et la HiTOP pourrait être bénéfique pour penser le trouble de l'addiction tel que nous l'avons défini. D'ailleurs, cette idée de lier entre elles les données étiologiques et les données symptomatologiques semble déjà être explorée par les chercheurs qui ont conçu la HiTOP : « HiTOP also interfaces with initiatives to design etiologically based dimensional frameworks for psychopathology research, including RDoC. » (Kotov *et al.*, 2021, p. 19-15) Ainsi, il est envisageable de faire le pont entre les données des neurosciences et de la recherche étiologique et les dimensions de la structure HiTOP.

Ces quatre idées énoncées, il semble y avoir la possibilité de réorganiser les sous-spectres dans une classification HiTOP. En fait, une structure dimensionnelle ne met pas en jeu de frontières immuables entre ses dimensions, ce qui permet d'entrevoir la possibilité d'une autre unification. À cet égard, Kotov *et al.* soutiennent que « HiTOP is intended to be a living model » (2021, p. 19-10), et que ce paradigme de classification doit tenir compte des nouvelles données empiriques disponibles en psychopathologie. Cela étant dit, le *Revision Workgroup* doit respecter des critères stricts pour évaluer des propositions de changements structuraux afin d'en assurer la validité. Nous constatons donc la possibilité d'effectuer un changement, sans en présumer la facilité.

En résumé, il n'apparaît pas impossible de rendre compte de la similarité entre troubles alimentaires et troubles addictifs, ou encore de penser un nouveau spectre qui contiendrait de l'information sur les dysfonctions. De plus, n'oublions pas que la structure actuelle, par la définition même des dimensions, permet déjà de reconnaître des liens entre les différents spectres. À l'opposé, la catégorisation traditionnelle du DSM-V est rigide, autant dans ses critères diagnostiques que dans l'imperméabilité stricte de ses catégories. Une telle catégorisation ne permet pas de penser des associations entre différents syndromes, ni d'évaluer en fonction d'un continuum le trouble de l'addiction. Ainsi, selon nous, il est justifié et prometteur de poursuivre les recherches sur la structure HiTOP : celle-ci a le grand potentiel de représenter adéquatement le trouble de l'addiction.

Enfin, mentionnons que le modèle HiTOP prétend uniquement s'intéresser à la notion de dysfonction psychologique, plutôt qu'à « its consequences for functioning in society (e.g., absenteeism from work, conflict with romantic partner). » (Kotov *et al.*, 2021, p. 19-5) À première vue, cela semble peut-être contradictoire avec notre définition du trouble de l'addiction en termes de dysfonctionnement préjudiciable, puisque la notion de préjudice exprime

effectivement l'idée selon laquelle une dysfonction doit être problématique pour une personne *dans sa vie* pour qu'il y ait trouble. Cependant, il faut bien reconnaître que la notion de préjudice ne dépend pas nécessairement d'une incapacité à bien fonctionner en société. Une personne peut très bien fonctionner en société et tout de même considérer qu'elle subit un certain préjudice, parce qu'elle ressent les choses de cette manière. Comme nous l'avons expliqué précédemment, le préjudice est évalué en fonction de normes sociales, mais aussi individuelles. Il n'est donc pas suffisant, pour établir qu'une personne présente un trouble, de montrer qu'elle est incapable de fonctionner en société. Cette personne doit aussi confirmer qu'elle estime être lésée par cette condition selon ses propres standards et valeurs. Ainsi, nous sommes d'accord avec la démarche de HiTOP de séparer les symptômes et les conséquences des symptômes dans la création d'une nosologie. Les conséquences des symptômes sont, comme le relèvent Kotov *et al.* (2021), malgré tout utiles pour évaluer les troubles, même si elles ne font pas en soi partie de la structure HiTOP. L'incapacité d'une personne à fonctionner en société peut ainsi effectivement aider à identifier la présence d'un trouble chez cette personne.

D. Le trouble de l'addiction comme condition dimensionnelle

Nous défendons la thèse selon laquelle on peut concevoir une classification HiTOP bonifiée, qui rendrait mieux compte du lien entre SHI et trouble de l'addiction, et s'avèrerait tout bien considéré meilleure que la catégorisation actuelle du DSM-V. Nous nous fondons pour cela sur plusieurs raisons.

Premièrement, une classification dimensionnelle rompt avec un cadre où les troubles correspondent exactement à des entités catégoriques précises. Dans une telle classification, un trouble donné ne tombe jamais de manière essentielle ou naturelle sous une catégorie ou une classe, il est plutôt le résultat d'une association entre différents traits, symptômes et expressions. Dans le cas de l'addiction, on peut ainsi parler d'un continuum dont le degré varie entre un système de recherche de récompense dans les normes physiologiques, et une motivation addictive préjudiciable. Cette dimension de l'addiction permet de rendre compte des variations possibles de toutes les conditions addictives (qu'elles soient comportementales ou en lien avec une substance). Ainsi, une meilleure représentation de la réalité de l'addiction engendrerait un gain en validité pour la classification. Deuxièmement, rappelons que l'utilisation de catégories diagnostiques peut entraîner des effets performatifs dommageables, par effets de boucle rétroactive : « [...] the meaning of a human science classification [...] affects the behaviour of those who fall under that

classification (e.g. an individual diagnosed with depression acts in accordance with the expectations fostered by that classification.) » (Tsou, 2007, p. 329) On peut s’imaginer que plus une catégorie est fixe et stricte, plus les attentes créées par l’utilisation de cette catégorie ont le pouvoir d’affecter le comportement de la personne qui s’y retrouve classée. En effet, les stéréotypes et les attentes liés à l’usage de cette catégorie auront tendance à être très précis, ce qui peut avoir un effet « cloîtrant » sur l’individu qui s’y retrouve. Cela a-t-il un impact sur le pouvoir d’action d’un individu, sur son sentiment de responsabilité ou d’agentivité à l’égard de sa propre condition ? Quoiqu’il en soit, comprendre le trouble de l’addiction dans une classification dimensionnelle offre une nosologie beaucoup plus souple que celle du DSM-V, ce qui diminue les risques d’engendrer une représentation de la catégorie très stéréotypée. Une classification dimensionnelle aurait donc tendance à mieux rendre compte de l’individualité de chaque patient atteint d’un trouble de l’addiction, et la « performance » attendue d’un individu présentant un trouble décrit en termes de dimensions plutôt qu’en termes de catégories serait moins strictement déterminée. Troisièmement, la médecine en général, et la psychiatrie en particulier, cherchent à prévenir et à soulager les gens qui souffrent. Ainsi, une bonne classification psychiatrique doit non seulement être conceptuellement valide et fiable, mais elle doit surtout pouvoir servir à traiter et à soigner effectivement les personnes qui subissent du préjudice. Une classification dimensionnelle semble davantage utile en psychiatrie qu’une taxonomie par catégories du point de vue de l’efficacité des traitements. Le problème du chevauchement relevé au départ ne se pose plus, ou du moins peut être surmonté, dans une classification comme HiTOP. En effet, celle-ci fournit une explication satisfaisante à la cooccurrence de différentes conditions, en permettant de les associer sous une hiérarchie de dimensions. De cette manière, on ne cherche plus seulement à faire correspondre des conditions à des catégories strictes. Il s’agit plutôt de faire ressortir des dimensions à même les données empiriques en psychopathologie.

E. Le traitement du trouble de l’addiction en tant que dysfonctionnement préjudiciable

C’est ainsi que nous parvenons à préciser l’apport pratique et clinique d’une définition du trouble de l’addiction en termes de dysfonctionnement préjudiciable. En effet, il paraît essentiel d’indiquer en quoi la définition de l’addiction en termes de dysfonctionnement préjudiciable pourrait concrètement permettre d’améliorer la prise en charge des PTA.

D'abord, une conséquence facilement identifiable de notre définition est le fait qu'elle permet d'inclure toutes sortes de conditions auparavant non-classées ou innommées jusque-là, et de ce fait permet aussi de donner des recommandations de traitement pour un certain nombre de patients qui restent sinon plus ou moins laissés pour compte. On dispose ainsi désormais de bonnes raisons de considérer des conditions telles que l'addiction à l'exercice physique, à la pornographie ou encore à la nourriture, comme relevant des troubles de l'addiction. Si l'on conçoit le SHI comme une addiction à la nourriture par exemple, le type de traitements que l'on proposera à celles et ceux qui en souffrent pourrait être sensiblement différent. Les outils dont nous disposons pour traiter les troubles d'addiction à l'alcool ou aux drogues peuvent dès lors servir à l'interprétation (ou être interprétés au prisme) du SHI, et vice-versa. À ce stade, on peut peut-être craindre une « pathologisation » de conditions qui ne seraient en fait que des difficultés ordinaires de la vie. Cependant, il nous semble que les critères de dysfonction et de préjudice nous permettent d'éviter une telle conséquence. Selon notre définition, une personne qui croit subir un préjudice, mais qui ne présente aucune dysfonction, n'est pas atteinte d'un trouble de l'addiction. Inversement, une personne qui ne subit pas de préjudice mais qui témoigne d'une motivation addictive n'est pas non plus considérée comme atteinte d'une quelconque pathologie. Ainsi, l'inclusion que nous faisons d'autres troubles du comportement au sein de la classe des troubles addictifs ne mène pas à une pathologisation exagérée de conditions « normales » et non pathologiques. D'ailleurs, on pourrait même suggérer le contraire : le fait de distinguer la motivation addictive du trouble de l'addiction empêche de s'embarquer sur une telle pente glissante. Ensuite, la conception de l'addiction comme continuum permet de banaliser la chose, en quelque sorte. Autrement dit, l'addiction n'est pas un phénomène extraordinaire. Elle renvoie à une dysfonction du système motivationnel, et nous possédons tous un tel système. Nous sommes donc tous plus ou moins à risque de développer une motivation addictive, et conséquemment, un trouble de l'addiction. Néanmoins, on reconnaît l'existence d'une réelle pathologie lorsqu'il y a préjudice, ainsi que l'importance de traiter les personnes qui en souffrent. Le fait de banaliser l'addiction de cette manière a le potentiel de diminuer le stigma éprouvé par PTA. Par exemple, l'idée que les PTA ne souffriraient pas d'une condition aberrante, en rupture complète avec la normalité (comme une malformation du cerveau), peut sans doute diminuer l'auto-stigma, c'est-à-dire les jugements stigmatisants internalisés par la personne discriminée. De plus, la conception du trouble de l'addiction comme dysfonctionnement préjudiciable reconnaît la responsabilité mais aussi l'agentivité qu'une PTA peut entretenir avec

sa condition, tout en évitant la conclusion qu'il s'agit d'un défaut ou d'un vice moral. Il peut sembler difficile de séparer responsabilité et blâme, dans la mesure où il est tentant de blâmer celui ou celle qui est responsable de sa condition. Cependant, le fait de mêler les composantes factuelle et normative dans notre définition le permet. D'abord, on abandonne l'hypothèse du BDMA et du trouble de l'addiction qui se réduirait à un trouble cérébral. De ce fait, la PTA n'est pas une victime impuissante d'un état ou d'une défaillance physiologique. Elle détient un pouvoir d'action et de responsabilité sur elle-même. Ensuite, on abandonne aussi une conception purement normative et moralisatrice. Nous n'avons pas à blâmer la PTA pour sa condition, puisque celle-ci n'est pas le résultat d'une faute morale de sa part. Plutôt, l'addiction est un phénomène relativement banal neurobiologiquement, en ce sens qu'il peut arriver à presque n'importe qui possédant un mécanisme motivationnel. Le trouble de l'addiction est simplement la condition psychiatrique expliquée par la présence d'une motivation addictive préjudiciable. Il est le fruit de plusieurs facteurs contextuels, sociaux et individuels, et ne dépend pas simplement d'une bonne maîtrise de soi. Cela peut potentiellement avoir un impact sur la manière dont se conçoit une personne aux prises avec un trouble de l'addiction, et éventuellement sur sa guérison.

F. Conclusion

Enfin, pour faire suite à l'analyse de la classification dimensionnelle, il nous paraît pertinent et prometteur d'étudier davantage la HiTOP, dans le but de rendre compte du trouble de l'addiction comme dysfonctionnement préjudiciable. On remet sa catégorisation stricte actuelle en cause et on propose plutôt de le définir en termes de dimensions. En favorisant un tel cadre conceptuel, on autorise la mise en place d'une conception moins stigmatisante de l'addiction pour les PTA, ainsi que de nouvelles pistes thérapeutiques.

V. Conclusion

Ce mémoire avait pour objectif de redéfinir le trouble de l'addiction afin de mieux le catégoriser, et ceci dans le souci d'améliorer, peut-être, les traitements et les soins psychiatriques que l'on offre aux PTA. La thèse avancée est que le trouble de l'addiction est un dysfonctionnement préjudiciable, qui se situe à une extrémité du continuum de l'addiction. Le dysfonctionnement dont il est question correspond à une hyperactivité du système motivationnel et peut prendre le nom de motivation addictive. La motivation addictive n'est pas en soi pathologique puisqu'elle ne s'accompagne pas nécessairement de préjudice. Cette définition de l'addiction permet de comprendre que des comportements volontaires, répétés un nombre suffisant de fois et donnant lieu systématiquement à des récompenses sont susceptibles de devenir des troubles de l'addiction, mais seulement à partir du moment où ils s'accompagnent de préjudices pour la personne concernée. De ce fait, nous incluons désormais toute condition satisfaisant ces critères et occasionnant du tort à une personne dans la classe des troubles de l'addiction. Selon cette nouvelle définition, la catégorie actuelle de l'addiction dans le DSM-V est trop exclusive pour représenter le trouble de l'addiction. En effet, la définition du trouble de l'addiction en termes de dysfonctionnement préjudiciable requiert que l'on revoie notre manière de classer les troubles mentaux. Nous proposons une classification de type dimensionnel, soit la HiTOP, afin de remédier à ce problème. Malgré quelques lacunes, elle possède par son caractère dimensionnel le potentiel de mieux représenter le trouble de l'addiction qu'une catégorisation traditionnelle comme celle du DSM. Enfin, cela peut changer notre perception du trouble mental en tant que condition catégorielle, et occasionner des retombées positives sur les traitements effectivement offerts aux PTA.

Bref, la définition que nous proposons du trouble de l'addiction présente selon nous un double intérêt, théorique et pratique. Reste à savoir dans quelle mesure cette nouvelle définition remet en question le rôle du diagnostic en psychiatrie. En effet, puisque l'état pathologique n'est jamais réellement en discontinuité avec la normalité, le diagnostic n'aurait plus pour rôle de classer les malades parmi d'autres malades, mais plutôt de classer une variation parmi des variations possibles de traits et de symptômes. Quel serait alors le sens du diagnostic ? On pourrait s'inspirer ici de Anne-Marie Goldstein-Jutel, qui soutient que « Diagnoses do capture reality, but the nature of that reality is fluid, situated and social. Mirowsky and Ross (1989) compare diagnoses to constellations in the sky, made up of stars that are truly present but whose meaning comes from

how we assemble them in recognizable patterns. » (2001, p. 61) Mirowsky et Ross comparent donc le diagnostic aux constellations d'étoiles : la figure que l'on peut associer à une constellation est un produit de notre capacité à relier et à assembler des faits entre eux (soit, dans ce cas, des étoiles). De cette manière, on pourrait dire que le sens et la forme du diagnostic ne sont pas fixes. Ils sont ceux que l'on décide de lui attribuer et varient en fonction des traits possibles. En d'autres mots, recevoir un diagnostic ne voudrait plus nécessairement dire avoir une pathologie, mais plutôt être là où une variation de traits existe. Une telle conception, ou signification, du diagnostic peut s'étendre aux autres troubles mentaux, et ne se limite pas au trouble de l'addiction. En effet, nous pensons que le modèle du trouble de l'addiction en tant que continuum au sein d'une classification dimensionnelle peut aussi servir à penser les autres troubles mentaux. Puisqu'une bonne classification en psychiatrie doit chercher à être d'abord utile (Jablensky, 2016), tout en ne cédant rien de sa validité (Hyman, 2010), la classification dimensionnelle paraît tout à fait pertinente. Il devient même intéressant de se demander si une telle classification serait adéquate pour penser les maladies de manière générale, en médecine. Pourrait-on par exemple évoquer l'idée que la maladie de Parkinson représente une variation au sein de variations de traits possibles ? Ou encore, que la maladie d'Alzheimer est une variation quantitative se situant entre un état cognitif fonctionnel et une perte de mémoire débilante ? Il vaudrait la peine de se pencher sur ces questions, car après tout, si la médecine prétend vouloir prévenir et guérir, elle devrait donner la priorité à l'utilité, puis à la validité, de la classification des troubles et maladies sur laquelle elle repose. De cette manière, les concepts de santé et de maladie ne s'opposeraient plus mutuellement, mais feraient plutôt partie d'un même ensemble où ils coexisteraient en continu. Cela permettrait peut-être une meilleure compréhension de l'individu dans ses particularités, tout en maintenant la recherche de la tendance et de la généralité, ou de la similarité dans la différence.

VI. Bibliographie

1. Association Française pour la Prévention des Allergies. (2021), « Qu'est-ce qu'une allergie ? ». *Association Française pour la prévention des allergies*, <https://allergies.afpral.fr/allergie/decouvrir-les-allergies/qu-est-ce-qu-une-allergie> consulté le 27 juillet 2021.
2. Allergies Alimentaires Canada. (2021), « Que sont les allergies alimentaires ? », *Allergies Alimentaires Canada*, <https://allergiesalimentairescanada.ca/les-allergies-alimentaires/allergies-alimentaires-101/que-sont-les-allergies-alimentaires/> consulté le 10 mai 2021.
3. American Psychiatric Association. (2013), « Substance-Related and Addictive Disorders », *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V*, <https://dsm.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.books.9780890425596.dsm16#CHDCCGHF> consulté le 17 mai 2021.
4. American Psychiatric Association. (2020), « Cohen's kappa », *APA dictionary of psychology*, <https://dictionary.apa.org/cohens-kappa> consulté le 17 mai 2021.
5. Avena, N. M. , *et al.* (2007). « Evidence for sugar addiction: behavioral and neurochemical effects of intermittent, excessive sugar intake », *Neuroscience & Biobehavioural Reviews*, vol. 32, n° 1, p. 20-39.
6. Basaglia, F. (2007), *Psychiatrie et démocratie*. Ramonville Saint-Ange, Érès.
7. Bergler, E. (1956), *Homosexuality: Disease or Way of Life*, New York, Hill & Wang.
8. Bolton D. (2007), « The usefulness of Wakefield's definition for the diagnostic manuals », *World Psychiatry*, vol. 6, n° 3, p. 164-165.
9. Bouchard, F. (2011), « Chapitre 12. La fitness au-delà des gènes et des organismes. », Dans T. Heams, P. Huneman, G. Lecointre & M. Silberstein (dir.), *Les mondes darwiniens: L'évolution de l'évolution. Volume 1.*, Paris: Éditions Matériologiques, p. 357-379.
10. Bracken, P., *et al.* (2012), « Psychiatry beyond the current paradigm », *British Journal of Psychiatry*, vol. 201, p. 430–434.
11. Carr, S. et H. Spandler. (2019), « Hidden from history? A brief modern history of the psychiatric “treatment” of lesbian and bisexual women in England », *The Lancet*, vol. 6, n° 4, p. 289-290.
12. Committee on the Science of Changing Behavioral Health Social Norms; Board on Behavioral, Cognitive, and Sensory Sciences; Division of Behavioral and Social Sciences and Education; National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2016), *Ending Discrimination Against People with Mental and Substance Use Disorders: The Evidence for Stigma Change*, Washington, National Academies Press.
13. Compton, W. M., & S. B. Guze. (1995), « The neo-Kraepelinian revolution in psychiatric diagnosis », *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, vol. 245, n° 4-5, p. 196–201.
14. Cooper, D. (1970), « *Psychiatrie et anti-psychiatrie* », dans Lacan, J. (dir), *Le champ freudien*, Paris, Seuil.
15. Cooper, R. (2002), « Disease », *Studies in History and Philosophy of Science Part C: Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences*, vol. 33, n° 2, p. 263-282.

16. Cuthbert B. N. (2014), « The RDoC framework: facilitating transition from ICD/DSM to dimensional approaches that integrate neuroscience and psychopathology », *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, vol. 13, n° 1, p. 28–35.
17. Demazeux, S. (2013), *Qu'est-ce que le DSM?*, Ithaque, 256 p.
18. Demazeux, S., & V. Pidoux. (2015), « Le projet RDoC-La classification psychiatrique de demain ? », *médecine/sciences*, vol. 31, n° 8-9, p. 792-796.
19. Doctissimo. (2018), « Addiction », *Doctissimo*,
<https://www.doctissimo.fr/sante/dictionnaire-medical/addiction> consulté le 17 mai 2021.
20. Doctissimo. (2018), « Diagnostic différentiel », *Doctissimo*,
<https://www.doctissimo.fr/sante/dictionnaire-medical/diagnostic-differentiel> consulté le 17 mai 2021.
21. Doidge, N. (2007), *The Brain That Changes Itself: Stories of Personal Triumph from the Frontiers of Brain Science*, New York, Penguin Books.
22. Drescher, J. (2015), « Out of DSM: Depathologizing Homosexuality », *Behavioral sciences (Basel, Switzerland)*, vol. 5, n° 4, p. 565–575.
23. Dupont, J. C., & M. Naassila. (2016), « Une brève histoire de l'addiction », *Alcoologie et addictologie*, vol. 38, n° 2, p. 93-102.
24. Feys, J. (2017), « Les fondements constructivistes de l'antipsychiatrie », *L'information psychiatrique*, vol. 6, n° 6, p. 457-463.
25. Flanagan, O. (2016), « Willing addicts? Drinkers, dandies, druggies, and other Dionysians », dans N. Heather et G. Segal (dir.), *Addiction and Choice: Rethinking the relationship*, Oxford University Press.
26. Foddy, B. (2017), « Addiction: The pleasures and perils of operant behavior » dans N. Heather et G. Segal, (dir.), *Addiction and choice: Rethinking the relationship*, Oxford University Press, p. 49-65.
27. Foucault, M. (2003), *Le pouvoir psychiatrique. Cours au Collège de France*, Paris, Seuil/Gallimard.
28. Friend of China. (1897), Vol. XVII, n° 1, p. 32, dans Harding, G. (1986). « Constructing addiction as a moral failing », *Sociology of Health & Illness*, vol. 8, p. 75-85.
29. Glover, E. (1932), « On the aetiology of drug addiction », *International Journal of Psychoanalysis*, vol. 13, p. 298-328.
30. Greenwood, B. & M. Fleshner. (2011), « Exercise, Stress Resistance, and Central Serotonergic Systems », *Exercise and sport sciences reviews*, vol. 39, p. 140-149.
31. Gold, M., et al.. (2003), « Overeating, binge eating, and eating disorders as addictions », *Psychiatric Annals*, 33, p. 117-22.
32. Goldstein-Jutel, A. (2014), *Putting a Name to it*, JHU Press.
33. Gordon, E. L., et al. (2018), « What Is the Evidence for "Food Addiction?" A Systematic Review », *Nutrients*, vol. 10, n° 4, p. 477.
34. Hacking I. (2008), *Entre science et réalité. La construction sociale de quoi ?*, Paris : La Découverte.
35. Harding, G. (1986), « Constructing addiction as a moral failing », *Sociology of Health & Illness*, vol. 8, p. 75-85.
36. Hasin, D. S., et al. (2013), « DSM-5 criteria for substance use disorders: recommendations and rationale », *The American journal of psychiatry*, vol. 170, n° 8, p. 834-851.

37. Haslam N., *et al.* (2020), « Dimensions over categories: a meta-analysis of taxometric research », *Psychol Med*, vol. 50, n° 9, p. 1418-1432.
38. Heather, N. (2017), « Q: Is Addiction a Brain Disease or a Moral Failing? A: Neither », *Neuroethics*, vol. 10, p. 115-124.
39. Hempel, C. G. (1965), « The logic of functional analysis » dans C. G. Hempel (dir.), *Aspects of scientific explanation and other essays in the philosophy of science*, New York, Free Press, p. 297-330.
40. Heyman, G. M. (2013), « Quitting drugs: quantitative and qualitative features », *Annual Review of Clinical Psychology*, vol. 9, p. 29–59.
41. Hopwood, C. J., *et al.* (2020), « Integrating psychotherapy with the hierarchical taxonomy of psychopathology (HiTOP) », *Journal of Psychotherapy Integration*, vol. 30, n° 4, p. 477–497
42. Hyman S. E. (2010), « The diagnosis of mental disorders: the problem of reification », *Annual review of clinical psychology*, vol. 6, p. 155–179.
43. Jablensky, A. (2016), « Psychiatric classifications: validity and utility », *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, vol. 15, n° 1, p. 26–31.
44. Janis, I. L. (1982), *Groupthink: psychological studies of policy decisions and fiascoes*, 2ième édition, Boston, Houghton Mifflin.
45. Kendell, R. E. (1975), *The role of diagnosis in psychiatry*, Blackwell Scientific Publications.
46. Kendler, K. S., R. A. Muñoz, & G. Murphy. (2010), The development of the Feighner criteria: a historical perspective. *The American journal of psychiatry*, 167(2), 134–142.
47. Kerr, N. (1894), *Inebriety of Narconumia: Its etiology, pathology, treatment and jurisprudence*. 3ième edition, Londres.
48. Kirmayer, L. & D. Crafa. (2014), « What kind of science for psychiatry ? », *Frontiers in Human Neuroscience*, vol. 8, p. 1-12.
49. Kotov, R. *et al.* (2017), « The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A dimensional alternative to traditional nosologies », *Journal of abnormal psychology*, vol. 126, n° 4, p. 454–477.
50. Kotov, R., *et al.* (2021), « The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A quantitative nosology based on consensus of evidence », *Annual review of clinical psychology*, vol. 17.
51. Kvaale, E. P., *et al.* (2013), « The ‘side effects’ of medicalization: a meta-analytic review of how biogenetic explanations affect stigma », *Clinical Psychology Review*, vol. 33, p. 782–794.
52. Leshner, A. I. (1997), « Addiction is a brain disease, and it matters », *Science*, vol. 278, n° 5335, p. 45-47.
53. Lewis, M. (2015), *The biology of desire: Why addiction is not a disease*. Hachette UK.
54. Lewis, M. (2017), « Addiction and the brain: development, not disease », *Neuroethics*, vol. 10, n° 1, p. 7-18.
55. Love, T., *et al.* (2015), « Neuroscience of Internet Pornography Addiction: A Review and Update », *Behav. Sci.*, vol. 5, n° 3, p. 388-433.
56. Li P., *et al.* (2014), « Neuroplasticity as a function of second language learning: anatomical changes in the human brain », *Cortex*, vol. 58, p. 301-324.

57. MacCallum, R. C., *et al.* (2002), « On the practice of dichotomization of quantitative variables », *Psychological methods*, vol. 7, n° 1, p. 19-40.
58. Meule A. et A. N. Gearhardt. (2014), « Food addiction in the light of DSM-5 », *Nutrients*, vol. 6, p. 3653-3671.
59. Mirowsky, J., & Ross, C. E. (1989), « Psychiatric diagnosis as reified measurement ». *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 30, n° 1, p. 11-25.
60. Mohamed, S. et R. A. Rosenheck. (2008), « Pharmacotherapy of PTSD in the U.S. Department of Veterans Affairs: diagnostic- and symptom-guided drug selection », *The Journal of clinical psychiatry*, vol. 69, n° 6, p. 959-965.
61. Moore, M. S. (1978), « Discussion of the Spitzer-Endicott and Klein proposed definitions of mental disorder (illness) », dans R. L. Spitzer & D. F. Klein (dir.), *Critical issues in psychiatric diagnosis*, New York, Raven Press, p. 85-104.
62. NIMH. (2008), « Strategic Plan », p. 9, retrouvé à <http://www.nimh.nih.gov/about/strategicplanning-reports/index.shtml#strategic-objective1>, dans Demazeux, S., & V. Pidoux. (2015), « Le projet RDoC-La classification psychiatrique de demain ? », *médecine/sciences*, vol. 31, n° 8-9, p. 792-796.
63. Pickard, H. (2017), « Responsibility without blame for addiction », *Neuroethics*, vol. 10, n° 1, p. 169-180.
64. Regier, D. A., *et al.* (2013), « DSM-5 field trials in the United States and Canada, Part II: test-retest reliability of selected categorical diagnoses », *The American journal of psychiatry*, vol. 170, n° 1, p. 59-70.
65. Reilly, C., et N. Smith. (2013), « The evolving definition of pathological gambling in the DSM-5 », *National center for responsible gaming*, vol. 1, p. 1-6.
66. Robinson, S. M., & B. Adinoff. (2016), « The Classification of Substance Use Disorders: Historical, Contextual, and Conceptual Considerations », *Behavioral sciences (Basel, Switzerland)*, vol. 6, n° 3, 18.
67. Rosenthal, R. J., & S. B. Faris. (2019), « The etymology and early history of 'addiction' », *Addiction Research & Theory*, vol. 27, n° 5, p. 437-449.
68. Rozaire, C., *et al.* (2009), « Qu'est-ce que l'addiction ? », *Archives de politique criminelle*, vol. 1, n° 1, p. 9-23.
69. RUSH, B. (1784), « Enquête sur l'effet des spiritueux sur le corps et l'âme humains », dans DUPONT, J-C & M. Naassila. (2016). « Une brève histoire de l'addiction », *Alcoologie et Addictologie*, vol. 38, n° 2, p. 94.
70. Schultz, W. (2015), « Neuronal Reward and Decision Signals: From Theories to Data », *Physiol Rev.*, vol. 95, n° 3, p. 853-951.
71. Segal, G. (2013), « How an addict's power of choice is lost and can be regained », dans N. Heather et G. Segal (dir.), *Addiction and choice: Rethinking the Relationship*, Oxford University Press.
72. Solomon, M. (2015), *Making medical knowledge*. Oxford University Press, USA.
73. Spitzer, R. L., & J. Endicott. (1978), « Medical and mental disorder: Proposed definition and criteria », dans R. L. Spitzer & D. F. Klein (dir.), *Critical issues in psychiatric diagnosis*, New York, Raven Press, p. 15-39.
74. Spitzer R. L. (2001), « Values and assumptions in the development of DSM-III and DSM-III-R: an insider's perspective and a belated response to Sadler, Hulgus, and Agich's "On values in recent American psychiatric classification" », *The Journal of nervous and mental disease*, vol. 189, n° 6, p. 351-359.

75. Strohl, K. P., (2020), « Apnée obstructive du sommeil », *Mercks Manual*, <https://www.merckmanuals.com/fr-ca/professional/troubles-pulmonaires/apn%C3%A9e-du-sommeil/apn%C3%A9e-obstructive-du-sommeil>, consulté le 17 mai 2021.
76. Surowiecki, J. (2004), *The wisdom of crowds: why the many are smarter than the few and how collective wisdom shapes business, economies, societies, and nations*, New York; Londres, Doubleday.
77. Thomsen, C. (2021), « Comorbidité », *Dictionnaire medical*, <https://www.dictionnaire-medical.fr/definitions/617-comorbidite/>, consulté le 26 juillet 2021.
78. Thornton, T. (2007), *Essential Philosophy of Psychiatry*, Oxford University Press, 280 p.
79. Tsou, J. Y. (2007), « Hacking on the looping effects of psychiatric classifications: What is an interactive and indifferent kind ? », *International Studies in the Philosophy of Science*, vol. 21, n° 3, p. 329-344.
80. Tyrer P. (2018), « Robert Spitzer's legacy: agreement is halfway to truth », *BJPsych bulletin*, vol. 42, n° 5, p. 198–199.
81. University of California San Francisco. (2020), « Heart Failure Signs and Symptoms », *UCSF Health*, <https://www.ucsfhealth.org/conditions/heart-failure/symptoms#:~:text=Pumping%20blood%20too%20fast%20for,a%20dangerous%20heart%20rhythm%20disorder> consulté le 17 mai 2021.
82. Volkow, N. D., G. F. Koob, et A. T. McLellan. (2016), « Neurobiologic Advances from the Brain Disease Model of Addiction », *The New England journal of medicine*, vol. 374, n° 4, p. 363-371.
83. Wakefield, J. C. (1992), « The concept of mental disorder: On the boundary between biological facts and social values », *American Psychologist*, vol. 47, n° 3, p. 373-388.
84. Wakefield, J. C. (2006), « Fait et valeur dans le concept de trouble mental : le trouble en tant que dysfonction préjudiciable » *Philosophiques*, vol. 33, n° 1, p. 37-63.
85. Wakefield, J.C. (2017), « Addiction and the Concept of Disorder, Part 1: Why Addiction is a Medical Disorder », *Neuroethics*, vol. 10, p. 39-53.
86. Wakefield, J. C. (2017), « Addiction and the Concept of Disorder, Part 2: Is every Mental Disorder a Brain Disorder ? », *Neuroethics*, vol. 10, p. 55-67.
87. Watson, D. (2003), « Subtypes, specifiers, epicycles, and eccentrics: Toward a more parsimonious taxonomy of psychopathology », *Clinical Psychology: Science and Practice*, vol. 10, n° 2, p. 233-238.
88. Widiger, T. A., & D. B. Samuel. (2005), « Diagnostic categories or dimensions ? A question for the Diagnostic and statistical manual of mental disorders—fifth ed. », *Journal of Abnormal Psychology*, vol. 114, 494-504.
89. Williams, J. B. (1985), « The multiaxial system of DSM-III: Where did it come from and where should it go ? I. Its origins and critiques », *Archives of General Psychiatry*, vol. 42, n° 2, p. 175-180.
90. Wong E. H., et al. (2010), « Challenges and opportunities for drug discovery in psychiatric disorders: the drug hunters' perspective », *International Journal Neuropsychopharmacology*, vol. 13, p. 1269-1284.
91. Young, J. O. (2018), « The Coherence Theory of Truth », *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Fall 2018 Edition), Edward N. Zalta (dir.), <https://plato.stanford.edu/archives/fall2018/entries/truth-coherence/> consulté le 17 mai 2021.

92. Ziegler, O., *et al.* (2017), « Le Binge Eating Disorder en 2017 : de l'impulsivité à la compulsivité, les ouvertures du DSM-5 », *Médecine des Maladies Métaboliques*, vol. 11, p. 237-245.