

Redéfinir le trouble de l'addiction

Rachel Frenette*

Introduction

La cinquième version du DSM¹ (*Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*) classe le trouble de l'addiction dans la catégorie des *Troubles liés à une substance et troubles addictifs*. Cette catégorie, portant auparavant le nom de *Troubles liés à une substance*, inclut désormais le trouble lié au jeu d'argent. Or, malgré cette extension, plusieurs autres troubles du comportement, manifestant des similarités avec la description de l'addiction du DSM-V, y sont exclus. Les troubles de comportement liés à l'usage d'Internet, à la pornographie ou encore à l'exercice physique en sont des exemples. Ces conditions se retrouvent plutôt sous la catégorie très large des *Autres troubles mentaux*. L'exclusion de ces troubles du comportement soulève une question importante sur la caractérisation de l'addiction dans le DSM-V. En effet, quelle est la justification au fait d'inclure le trouble lié au jeu d'argent, et d'exclure d'autres troubles du comportement, dans la

* L'autrice est doctorante en philosophie à l'Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne. Cet article est le fruit d'une communication présentée lors du colloque des cycles supérieurs organisé en 2021 par l'Association des étudiantes et étudiants en philosophie de l'Université de Montréal.

¹ Nous ferons référence au *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* par l'usage du sigle DSM, qui est une abréviation de l'anglais : *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Le DSM est un ouvrage de référence, publié par l'Association américaine de psychiatrie et utilisé par un grand nombre de psychiatres à l'échelle internationale pour diagnostiquer les troubles mentaux. Nous nous appuyerons sur la version la plus récente du DSM, parue en 2013.

catégorie des troubles addictifs² ? Alors qu'on pourrait croire que ce n'est qu'une question de temps avant que ces troubles ne soient inclus dans le manuel, leur exclusion indique néanmoins le fait que la caractérisation actuelle de l'addiction est insuffisante, voire inadéquate. Par ailleurs, plusieurs troubles considérés similaires en clinique à des troubles addictifs sont classés dans d'autres catégories. Le syndrome d'hyperphagie alimentaire incontrôlée (SHI), retrouvé sous les troubles alimentaires, mais souvent étudié, voire vécu comme une addiction à la nourriture, en est un bon exemple. Dès lors, il est légitime de se demander pourquoi on trace ainsi les frontières entre catégories : ce choix est-il arbitraire ou justifié ?

Ces deux problèmes mènent à la question suivante : qu'est-ce qu'un trouble de l'addiction ? Autrement dit, afin de classer adéquatement l'addiction, il faut déterminer en quoi une addiction constitue une pathologie psychiatrique. Dans cet article, nous défendons qu'une bonne définition de l'addiction peut s'appuyer sur le concept de trouble de Jerome Wakefield³. Ainsi, le trouble de l'addiction est un dysfonctionnement préjudiciable, le dysfonctionnement en question correspondant à une motivation addictive. Cette définition permet de concevoir l'addiction comme un continuum, où la frontière entre le pathologique et le non-pathologique n'est pas stricte. En ce sens, nous soutenons que des

² C'est une question que se posent d'ailleurs Grant et Chamberlain dans un article de 2016 : Jon E. Grant et Samuel R. Chamberlain, « Expanding the Definition of Addiction: DSM-5 vs. ICD-11. », *CNS Spectrums* 21, n° 4 (2016) : 300-303.

³ La définition que propose Wakefield est semblable à celle que donne le DSM. Cependant, la première, contrairement à la deuxième, définit clairement le concept de dysfonctionnement, ce qui lui permet d'acquiescer une validité conceptuelle, soit la validité de la distinction entre ce qui est pathologique et ce qui ne l'est pas. Pour plus de détails sur la définition du trouble mental du DSM et les problèmes relevés par Wakefield, voir Jerome C. Wakefield, « The Concept of Mental Disorder: On the Boundary Between Biological Facts and Social Values », *American Psychologist* 47, n° 3 (1992) : 373-388 ; Steeves Demazeux, *Qu'est-ce que le DSM ?* (Paris : Ithaque, 2013) ; et Rachel Frenette, « Qu'est-ce que le trouble de l'addiction ? Pour une définition hybride et une classification dimensionnelle de l'addiction », (Mémoire de M.A., Université de Montréal, 2022), <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/26553>.

dimensions, plutôt que des catégories, représenteraient mieux le trouble de l'addiction. Une telle conception de l'addiction, selon nous, résout les problèmes de l'exclusion et du chevauchement.

Le concept de dysfonctionnement préjudiciable de Jerome Wakefield

Le concept de dysfonctionnement préjudiciable introduit par Jerome Wakefield recouvre deux composantes : biologique et normative. D'une part, la composante biologique du trouble est intimement liée aux concepts de fonction et de dysfonctionnement. Plus précisément, le trouble se définit par les fonctions dites naturelles. Les termes suivants peuvent définir la fonction naturelle : « [...] 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 mécanisme⁴ ». Un dysfonctionnement est observé lorsqu'un mécanisme n'est plus capable d'exécuter sa fonction adéquatement. Pour reprendre un exemple donné par Wakefield, la fonction naturelle du cœur est de pomper le sang. Lorsque le cœur n'accomplit plus sa fonction de pomper le sang adéquatement, alors il y a dysfonctionnement. Évidemment, cette analyse ne se limite pas aux mécanismes physiques. Les mécanismes mentaux peuvent également donner lieu à des dysfonctionnements lorsque leur fonction naturelle est perturbée. Ce genre d'explication, qui part des effets naturels d'un mécanisme pour en justifier la raison d'être, est une extension de l'explication causale par sélection naturelle. En effet, on peut comprendre que plus un mécanisme favorise la lutte pour la survie de l'organisme, moins il aura tendance à être éliminé au cours de l'évolution. Le dysfonctionnement fait en ce sens référence à la théorie évolutionniste, puisque, pour constituer un dysfonctionnement, il aura fallu qu'une fonction naturelle sélectionnée par l'évolution faillisse à son rôle.

⁴ Jerome C. Wakefield, « Fait et valeur dans le concept de trouble mental : Le trouble en tant que dysfonction préjudiciable ». *Philosophiques* 33, n° 1 (2006) : 46.

D'autre part, 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 valorisée⁵.

Wakefield propose aussi l'exemple 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 s'explique par le fait qu'actuellement, dans la plupart des sociétés, l'albinisme n'est pas préjudiciable. La même logique peut être appliquée aux mécanismes psychologiques ou cognitifs : le dysfonctionnement d'un de ces mécanismes qui n'est pas préjudiciable ne constitue pas un trouble. De la même manière, le critère de dysfonctionnement requiert que l'on ne prenne pas pour pathologiques des conditions préjudiciables non-issues d'un dysfonctionnement. On peut penser aux écarts qui existent chez différents individus dans leur capacité à exécuter une tâche. Par exemple, qu'une personne soit piètre nageur, ou ne sache pas nager, n'implique pas qu'elle soit atteinte d'un trouble puisqu'aucune de ses fonctions naturelles n'est concernée. Cependant, le fait d'être incompetent en natation peut lui causer du tort selon certaines normes sociales, culturelles et contextuelles.

Le trouble de l'addiction

Si le trouble de l'addiction est un dysfonctionnement préjudiciable, alors il est possible d'identifier le dysfonctionnement d'un certain mécanisme, ainsi qu'une forme de préjudice occasionnée par ce dysfonctionnement.

Premièrement, en ce qui concerne la composante biologique, les recherches en neurosciences peuvent être utiles afin de déterminer ce

⁵ Wakefield, « Fait et valeur dans le concept de trouble mental », 46.

que serait le dysfonctionnement dont souffre une personne atteinte du trouble de l'addiction. À cet égard, plusieurs chercheurs considèrent que les drogues sont addictives en vertu de leur effet sur les récepteurs de dopamine. En fait, les drogues auraient la capacité de stimuler les récepteurs de dopamine D2 de manière démesurée, créant l'effet d'une récompense intense. Cela engendre au fil du temps une désensibilisation des récepteurs D2 :

[...] 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 rewards⁶.

Par conséquent, il est nécessaire d'augmenter la quantité consommée d'une drogue afin de produire l'effet escompté. Cette étude semble indiquer qu'il y a, dans l'addiction, une première cause associée à une désensibilisation de récepteurs neuronaux. Cependant, pour le philosophe Bennett Foddy⁷, la désensibilisation ne peut pas être la seule cause de l'addiction. Pour étayer sa thèse, il s'appuie sur le cas de patients atteints de douleurs chroniques à qui l'on administre de la morphine en milieu hospitalier. Dans de tels cas, les patients ne développent, pour la plupart, jamais d'addiction. Comment l'expliquer ? Selon Foddy, la raison est qu'il faut reconnaître le rôle prépondérant de l'auto-administration d'une substance dans la formation d'une addiction. La théorie de l'apprentissage par le conditionnement opérant corrobore cette thèse :

⁶ Nora D. Volkow, George F. Koob, et A. Thomas McLellan, « Neurobiologic Advances from the Brain Disease Model of Addiction », *The New England Journal of Medicine* 374, n° 4 (2016) : 366.

⁷ Benett Foddy, « Addiction: The Pleasures and Perils of Operant Behavior », dans *Addiction and Choice: Rethinking the Relationship*, dir. Nick Heather et Gabriel Segal (Oxford : Oxford University Press, 2017), 49-65.

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 time⁸.

Ainsi, l'apprentissage dépend du comportement opérant. Ce dernier permet à un animal de faire un lien évident entre la récompense et le comportement permettant l'obtention de cette même récompense. Enfin, un autre facteur qui entre en jeu dans la formation d'une addiction est la vitesse à laquelle une drogue fait effet : « Ceci, ainsi, est un aspect important de ce qui rend addictif tout comportement associé à la consommation de drogue : cela produit une récompense relativement rapide et fiable suite à la consommation d'une drogue⁹ ». Autrement dit, plus la récompense suit rapidement et systématiquement un comportement, plus l'apprentissage est favorisé.

Il a été noté que la manière dont une drogue agit sur les récepteurs du cerveau normalement activés par des récompenses dites naturelles, telle la nourriture, est une des causes de l'addiction. Effectivement, il est possible que certaines récompenses naturelles puissent être produites en quantité suffisante pour devenir addictives. Le cas du syndrome d'hyperphagie alimentaire incontrôlée (SHI), étudié par Foddy, en constitue un très bon exemple. La nourriture, tout comme les drogues, active les récepteurs de dopamine D2. De plus, on compare souvent les critères diagnostiques du SHI avec ceux des troubles addictifs :

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 addicts¹⁰.

⁸ Foddy, « Addiction: The Pleasures and Perils of Operant Behavior », 53.

⁹ Foddy, 54. Notre traduction.

¹⁰ Foddy, 55.

Les effets de récompense liés à la nourriture sont rapidement sentis car, comme le relève Foddy¹¹, il suffit de goûter un aliment, plutôt que de le digérer, pour obtenir une récompense neurophysiologique. Enfin, tout comme pour la formation d'une addiction à une substance, le SHI suppose que la personne a volontairement initié l'acte de manger. En effet, une personne nourrie sous contrainte ou gavée ne sera pas susceptible de développer une addiction à la nourriture. Bref, cette étude de cas semble suggérer que le SHI, par son effet sur le cerveau, serait comparable à une addiction aux drogues. Si tel est le cas, il est alors très probable que plusieurs autres dépendances à des récompenses naturelles, par exemple au sexe, soient bel et bien des addictions.

Il en va de même pour les jeux d'argent, défend Foddy. Les effets neurophysiologiques du jeu d'argent se révèlent être très semblables à ceux de l'addiction et du SHI. Tout comme pour les personnes atteintes d'une addiction ou du SHI, on observe une baisse d'activité des récepteurs D2 chez une personne dépendante aux jeux d'argent. Certes, les jeux d'argent ne permettent pas l'obtention d'une récompense naturelle directe comme le fait la nourriture, et ils permettent plutôt l'obtention d'une récompense non-naturelle, en l'occurrence l'argent. Cependant, l'on comprend rapidement ce qui devient addictif dans le jeu grâce au critère du comportement opérant :

[...] 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 reward¹².

C'est donc l'action qui, engendrant une récompense directe, mène à la formation d'une addiction. Autrement dit, ce n'est pas l'argent

¹¹ Il s'appuie sur l'étude suivante : Kent C. Berridge, « Food Reward: Brain Substrates of Wanting and Liking », *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 20 (1996) : 1-25.

¹² Foddy « Addiction: The Pleasures and Perils of Operant Behavior », 60.

dans le jeu, mais bien le fait de jouer qui est addictif. Et ceci justifie le fait de considérer le jeu d'argent pathologique comme une addiction.

Bref, selon cet auteur, il est possible de dégager trois aspects communs dans l'addiction : « [...] le comportement est (1) volontairement répété (2) un nombre suffisant de fois, et (3) la récompense est directement liée au comportement opérant¹³ ». Si son analyse est correcte, alors cela signifie que n'importe quel comportement satisfaisant ces trois critères est susceptible de devenir une addiction. Le développement d'une addiction passe par un conditionnement opérant, et non par un objet spécifique¹⁴.

Alors, quel serait le dysfonctionnement chez une personne atteinte d'un trouble de l'addiction ? Actuellement, on sait que le mécanisme de recherche de récompense existe parce qu'il nous est utile dans la lutte pour la survie. Par exemple, la satisfaction obtenue lorsqu'on mange ou lorsqu'on boit nous motive à reproduire à nouveau les comportements de manger et boire. Ces récompenses sont des éléments essentiels qui nous permettent d'apprendre et d'agir de manière à favoriser notre survie. Comme le soutient Wolfram Schultz :

This is what the brain is made for : detecting, seeking, and learning about rewards in the environment by moving

¹³ Foddy « Addiction: The Pleasures and Perils of Operant Behavior », 61. Notre traduction.

¹⁴ À noter que le fait d'identifier un dysfonctionnement dans le trouble de l'addiction, et dans l'addiction plus généralement, ne nie pas qu'il puisse y avoir d'autres systèmes ou dysfonctionnements en jeu dans la formation d'une addiction, ni qu'il puisse y avoir des facteurs qui prédisposent une personne à l'addiction. Pensons notamment au rôle que pourrait jouer l'hormone de la leptine dans le cas des addictions à la nourriture (Triinu Peters *et al.*, « The Association of Serum Leptin Levels with Food Addiction is Moderated by Weight Status in Adolescent Psychiatric Inpatients », *European Eating Disorders Review: The Journal of the Eating Disorders Association* 26, n° 6 (2018) : 618-628), ou encore à la prise de risque et à l'anxiété en tant que facteurs déclencheurs de l'addiction de manière générale (Laura E. Kwako *et al.*, « Addictions Neuroclinical Assessment: A Reverse Translational Approach », *Neuropharmacology* 122 (2017) : 254-264). Néanmoins, il semble y avoir un dysfonctionnement commun aux addictions, que nous nommons la motivation addictive.

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 eating¹⁵.

On pourrait donc dire que la fonction du mécanisme de recherche de récompense est, entre autres, de nous apprendre à reproduire des comportements avantageux. Or, lorsque ce mécanisme est hyperactif envers un objet ou un comportement menant à l'obtention d'une récompense, alors le mécanisme est dysfonctionnel. Cela se traduit par une envie ou une motivation à reproduire un comportement dans des proportions exagérées et, surtout, inessentiels à la survie. Prenons l'exemple du SHH : de la nourriture est consommée, ce qui est essentiel à la survie. Toutefois, il n'est pas souhaitable d'en consommer de manière excessive. Ainsi, l'on peut supposer qu'une personne qui consomme excessivement de la nourriture possède un système motivationnel hyperactif. Ce système est hyperactif précisément parce que l'activité des récepteurs de dopamine D2, responsables de créer l'effet de récompense, est inhibée par désensibilisation. La personne doit donc compenser cette inhibition en cherchant à répéter davantage le comportement permettant l'obtention d'une récompense (par la fréquence ou encore par la quantité consommée). On peut donc dire que sa motivation à obtenir la récompense est affectée, puis exagérée. En somme, cette hyperactivité du mécanisme de recherche de récompense nous apparaît être ce qui est dysfonctionnel dans l'addiction.

Une objection possible consisterait à dire que puisque le mécanisme remplit bien une fonction, alors il n'est pas dysfonctionnel. En d'autres mots, l'hyperactivité d'un système ou d'un mécanisme n'impliquerait à première vue pas de défaillance de la part de ce système. Par conséquent, on ne serait pas en droit de parler de dysfonctionnement. Toutefois, nous pensons qu'il faut reconnaître que si un mécanisme accomplit une fonction, mais qu'il l'accomplit de manière à nuire à l'organisme, alors il y a un problème dans

¹⁵ Wolfram Schultz, « Neuronal Reward and Decision Signals: From Theories to Data », *Physiological Reviews* 95, n° 3 (2015) : 853-951.

l'accomplissement de sa fonction naturelle. Cet argument peut être soutenu à travers l'exemple de la fonction du cœur. Si le cœur d'un individu pompe le sang sensiblement plus vite que ce qui est la norme pour un être humain, on reconnaîtra qu'il est « fonctionnel », au sens où il remplit bien sa fonction naturelle de pomper le sang. Mais l'hyperactivité d'un cœur (qui pompe le sang trop rapidement, trop longtemps) peut mener à des interférences des signaux électriques du cœur, et ainsi causer de graves problèmes d'arythmie cardiaque¹⁶. Dans une telle situation, il est clair qu'en tant qu'organe, le cœur n'est pas complètement déficient, et qu'il remplit bien sa fonction de pomper le sang. Cependant, nous ne pouvons arrêter si tôt notre analyse de la fonction naturelle du cœur. Cette dernière consiste à pomper le sang *adéquatement*, de manière à assurer la survie *optimale* de l'organisme vivant doté d'un cœur. 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. Prenons un autre exemple : les allergies. Les allergies sont une réaction du système immunitaire envers une substance particulière qu'il considère dangereuse pour l'organisme. Plus précisément, dans le cas d'une allergie alimentaire, il s'agit d'une « [...] réponse immunitaire induite par les [immunoglobulines E] à une protéine contenue dans un aliment¹⁷ ». Lorsqu'une personne est en crise d'allergie, son système immunitaire réagit normalement : il détecte des substances pathogènes et en protège le corps. Toutefois, lorsqu'il agit contre une protéine alimentaire anodine, il agit de manière hyperactive et disproportionnée. Cette activité excessive du système immunitaire donne lieu à une multitude de symptômes non-souhaitables, voire mortels. Ainsi, une fonction est accomplie, puisque le système immunitaire assure un certain travail associé à sa raison d'être. Néanmoins, cette fonction n'est pas accomplie de manière à être avantageuse dans la lutte pour la survie de l'organisme. Par ailleurs, il faut tenir compte du principe d'homéostasie qui régule

¹⁶ University of California San Francisco, « Heart Failure Signs and Symptoms », 2020, <https://www.ucsfhealth.org/conditions/heart-failure/symptoms#:~:text=Pumping%20blood%20too%20fast%20for,a%20dangerous%20heart%20rhythm%20disorder>.

¹⁷ Allergies Alimentaires Canada, « Que sont les allergies alimentaires ? », 2021, <https://allergiesalimentairescanada.ca/les-allergies-alimentaires/allergies-alimentaires-101/que-sont-les-allergies-alimentaires/>.

le corps. Un organe n'est pas seul. Il fait partie d'un tout, d'un organisme en entier. Par conséquent, une réponse anormale d'un système ou d'un organe est susceptible d'affecter tous les autres systèmes ou organes en même temps. Dans le cas des allergies alimentaires, bien que l'on puisse identifier qu'il s'agit d'une réponse immunitaire, on note aussi, entre autres, des conséquences sur les systèmes digestifs et respiratoires. De ce fait, il nous apparaît juste d'argumenter qu'une allergie est une sorte de dysfonctionnement de l'organisme.

En résumé, le dysfonctionnement présent chez une personne atteinte du trouble de l'addiction correspond à une hyperactivité du système motivationnel, que nous appellerons désormais la « motivation addictive ». Celle-ci s'explique par une inhibition de l'activité des récepteurs de dopamine D2. Une motivation addictive ne signifie pas que le système motivationnel de l'individu est défaillant, ni qu'il ne remplit pas sa fonction, mais on peut néanmoins parler de *dys*fonctionnement.

Comme nous l'avons mentionné plus haut, la définition du trouble que donne Wakefield comporte une deuxième composante : il est question d'un dysfonctionnement qui soit *préjudiciable*. Ainsi, il est nécessaire de se demander quel rôle joue la normativité sociale et individuelle dans la définition du trouble de l'addiction. En d'autres termes, en ce qui concerne le trouble de l'addiction, un dysfonctionnement au niveau du système dopaminergique doit être reconnu préjudiciable. Ainsi, on en vient à admettre que, malgré les apparences, une addiction ne cause pas nécessairement de préjudice à la personne qui en est atteinte. On peut penser, par exemple, à une personne ayant une addiction au café, mais qui n'en subit 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 mechanisms¹⁸.

¹⁸ Jerome C. Wakefield, « Addiction and the Concept of Disorder, Part 1: Why Addiction is a Medical Disorder », *Neuroethics* 10 (2017) : 41.

Si une condition n'occasionne aucun tort, alors elle n'est pas préjudiciable. Et si le dysfonctionnement biologique n'est pas préjudiciable, alors il ne constitue pas un trouble. L'addiction doit être préjudiciable pour être un trouble, sans quoi il s'agit tout simplement d'une motivation addictive. Autrement dit, le phénomène général de l'addiction n'est pas, de manière inhérente, préjudiciable.

À noter d'ailleurs que cette thèse est défendue par Wakefield lui-même. Dans un article de 2017¹⁹, il pose une distinction claire entre l'addiction et le trouble de l'addiction. Toutefois, nous identifions un dysfonctionnement différent. En effet, Wakefield soutient que la sensibilisation du cerveau dans l'addiction, et le dysfonctionnement qui en résulte, sont causés par « [...] des substances qui ne sont pas naturellement sélectionnées à jouer ce genre de rôle dans le cerveau²⁰ ». Cependant, l'idée selon laquelle des substances en tant que telles peuvent être naturellement sélectionnées ne nous semble pas très convaincante. Tout comme plusieurs breuvages peuvent étancher la soif de l'organisme et satisfaire ce besoin, plusieurs substances permettent d'obtenir une récompense recherchée. Ainsi, nous soutenons que le trouble de l'addiction ne dépend pas de la nature d'une substance (permettant néanmoins l'obtention d'une récompense), mais plutôt, et surtout, de la motivation excessive à obtenir une substance. Autrement dit, le fait qu'une substance soit X ou Y importe peu dans l'explication d'une addiction, et l'on s'intéresse surtout au fait qu'une personne souhaite obtenir une substance X ou Y de manière excessive. Et ceci vaut, même s'il existe des substances X plus addictives que des substances Y. La nature d'une substance n'est donc pas nécessairement déterminante dans la formation d'une addiction, car celle-ci dépend de l'attachement ou de la relation qu'une personne entretient avec la substance en question. Par ailleurs, il faut pouvoir rendre compte des addictions comportementales qui n'impliquent pas de substances précises. Dans de tels cas, il n'y aurait pas d'objet non-sélectionné. Ainsi, l'argument de Wakefield ne convient pas à tous les types d'addictions que nous identifions.

¹⁹ Wakefield, « Addiction and the Concept of Disorder, Part 1 », 41.

²⁰ Jerome C. Wakefield, « Addiction and the Concept of Disorder, Part 2: Is Every Mental Disorder a Brain Disorder? », *Neuroethics* 10 (2017) : 65. Notre traduction.

Indiquons une deuxième précision en lien avec la définition de Wakefield. Comme mentionné précédemment, nous pensons que le préjudice vécu²¹ doit certes dépendre de valeurs sociales et culturelles, mais aussi de valeurs individuelles. Nous formulons cette thèse à partir d'un article de Rachel Cooper²², dans lequel elle soutient qu'une condition, pour être une pathologie, (*disease*) doit être mauvaise pour la personne qui la subit. Ainsi, bien que Cooper ne soit pas d'accord avec le fait de définir une maladie ou un trouble à l'aide du concept de fonction naturelle, ce qu'elle affirme concernant l'aspect normatif et subjectif d'une maladie vient rejoindre notre interprétation du caractère préjudiciable d'un trouble. Dans son article, elle avance qu'un trouble doit être « [...] mauvais pour le potentiel patient individuel²³ » et qu'« [...] une personne peut avoir une pathologie même si sa condition est une bonne chose pour la plupart des gens²⁴ ». Cela veut dire que le fait qu'une condition soit préjudiciable ou non dépend de la manière dont une personne vit cette condition. On admet donc la possibilité qu'une même condition puisse être vécue différemment par différentes personnes. En ce sens, une condition peut ne pas être préjudiciable pour une personne tout en étant considérée comme préjudiciable pour d'autres. Pour illustrer cette distinction, on peut penser à Mireille, une personne qui, secrètement, se sent très malheureuse en raison d'une dépendance à l'exercice physique. Mireille manque de temps pour voir ses amis parce qu'elle passe la majorité de ses journées à faire du sport et à planifier ses entraînements. Physiquement, elle ressent une grande fatigue. Cela ne l'empêche toutefois pas de bouger, et elle cherche même à augmenter les heures passées à s'entraîner. Ainsi, Mireille se sent incapable de diminuer sa cadence, mais elle sait, intuitivement,

²¹ Lorsque nous parlons de préjudice, nous faisons référence à toutes formes d'atteinte portée sur le bien-être d'un individu ou sur ses intérêts. Cela varie donc grandement d'une personne à l'autre, et peut correspondre autant à un sentiment intense d'angoisse, par exemple, qu'à une obsession envahissante causant de la souffrance.

²² Rachel Cooper, « Disease », *Studies in History and Philosophy of Science Part C: Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences* 33, n° 2 (2002) : 263-282.

²³ Cooper, « Disease », 272. Notre traduction.

²⁴ Cooper, « Disease », 272. Notre traduction.

qu'elle devrait le faire. Son entourage ne sait pas que Mireille est malheureuse car on la considère comme étant en excellente forme. Ses amis sont tous impressionnés par son apparence physique et valorisent ses performances dans différents sports. Néanmoins, dans cet exemple, Mireille subit clairement une certaine forme de préjudice. Par conséquent, malgré le fait que ses amis ne croient pas qu'elle souffre d'une quelconque dépendance, il semblerait justifié de dire qu'elle est atteinte d'un trouble de l'addiction à l'activité physique.

En résumé, il ne suffit pas d'identifier un préjudice en fonction de normes sociales pour dire qu'une personne est atteinte d'un trouble. Cette personne doit elle-même se considérer comme subissant des torts en fonction de ses propres valeurs et intuitions personnelles. Il est ainsi possible qu'une même condition, par le dysfonctionnement qu'elle implique, soit bonne (ou même neutre) pour une personne, mais mauvaise pour une autre. Ainsi, un préjudice vécu dépend toujours d'un contexte.

Les conséquences théoriques et pratiques

L'analyse du trouble de l'addiction en termes de dysfonctionnement préjudiciable implique plusieurs conséquences théoriques et pratiques.

D'abord, on peut maintenant parler d'un continuum de l'addiction. En effet, le pathologique et le non-pathologique ne sont plus délimités par une frontière stricte. Celle-ci dépend de la notion de préjudice, qui est contextuelle. Le degré d'addiction varie entre une motivation à obtenir une récompense et une motivation exagérée à obtenir une récompense qui cause du préjudice. Cette deuxième extrémité du continuum équivaut au trouble de l'addiction. Un simple dysfonctionnement, correspondant à une motivation addictive, se situe quelque part entre les deux extrémités, et ne bascule dans le trouble que lorsqu'une personne considère subir un tort en raison de ce dysfonctionnement. Le préjudice vécu par une personne en raison de sa condition dépend de ses valeurs ainsi que des normes sociales et culturelles de la société dans laquelle elle se trouve. Ainsi, bien que l'on puisse définir clairement ce qu'est un trouble de l'addiction, à savoir une motivation addictive préjudiciable, il faut reconnaître qu'il n'existe pas de frontière rigide entre une motivation addictive et une

motivation addictive préjudiciable. Le préjudice dépend d'une large diversité de facteurs et varie d'une personne à l'autre. Bref, il est impossible d'établir une limite précise entre une addiction pathologique et une addiction non-pathologique. Cela justifie le choix de conceptualiser l'addiction en termes d'un continuum.

Ensuite, nous proposons également une résolution au problème d'exclusion mentionné au tout début. En effet, nous possédons désormais une justification au fait de dire que les conditions spontanément nommées « addictions » sont effectivement des addictions. Rappelons-nous des trois critères de Foddy : le comportement doit être volontaire, initié un nombre suffisant de fois, et une récompense doit être systématiquement et directement liée au comportement effectué. Dès qu'un comportement satisfait ces trois critères, il est susceptible de devenir addictif. Par conséquent, l'addiction ne touche plus seulement l'alcool et les drogues, et l'on reconnaît qu'elle ne se résume pas à une affaire de substance dont la nature serait addictive. Un comportement peut également avoir un potentiel addictif. La résolution théorique du problème d'exclusion est aussi pratique, puisque des individus réels sont désormais inclus dans la catégorie des personnes atteintes de troubles addictifs. C'est notamment le cas des personnes qui vivent avec un trouble du comportement telle la dépendance à la pornographie, ou la pratique excessive d'activité physique, et dont la condition est encore à ce jour abordée par le DSM-V sous la catégorie vague des « Autres troubles mentaux ». Dès lors, il est possible d'affirmer que cela aura un impact positif sur leur traitement. Non seulement on catégorise de manière plus précise leurs conditions, mais en plus on cesse d'amalgamer des conditions n'ayant pas nécessairement de similitudes entre elles sous une seule et même catégorie. À cet égard, remarquons que cette catégorie s'applique entre autres à tous les nombreux cas qui tombent sous cette définition :

Cette catégorie s'applique à des situations où les symptômes caractéristiques d'un trouble mental entraînant une détresse ou une altération cliniquement significatives du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres

domaines importants prédominent mais ne remplissent tous les critères d'aucun trouble mental spécifié²⁵.

En outre, en établissant un lien entre l'addiction et ces troubles du comportement, on fournit aux cliniciens comme aux patients et à leurs proches des outils théoriques et pratiques pertinents en termes de traitement. Par exemple, en ce qui concerne le SHI, il serait désormais possible d'envisager l'utilisation d'un médicament tel que la buprénorphine (communément utilisée pour soigner la dépendance aux opioïdes²⁶) afin de le traiter, ce qui n'est pas fait actuellement. Cela s'avère intéressant puisqu'il est reconnu que le sucre, par exemple, agit similairement aux opioïdes sur les récepteurs du cerveau²⁷.

Pour terminer, en ce qui concerne l'enjeu du chevauchement, une définition plus inclusive du trouble de l'addiction en termes de dysfonctionnement préjudiciable a plutôt tendance à l'aggraver. En effet, le fait qu'il y ait une raison supplémentaire de catégoriser par exemple le SHI comme trouble addictif, aggrave le chevauchement entre troubles addictifs et troubles alimentaires. Ainsi, la définition du trouble de l'addiction en termes de dysfonctionnement préjudiciable semble causer problème. Cependant, nous pensons qu'il est possible d'argumenter en la faveur de l'utilisation d'une classification dimensionnelle, plutôt que catégorielle, pour classer le trouble de l'addiction. Cela s'avérerait bénéfique pour résoudre le problème du chevauchement, mais aussi pour solidifier la validité et l'utilité de la classification psychiatrique.

En fait, l'argument principal consiste à dire que le chevauchement dans le DSM-V provient d'une défaillance du point de vue de la validité et de l'utilité des catégories diagnostiques. Ainsi, ce n'est pas notre définition qui constitue un problème, mais plutôt le type de

²⁵ American Psychiatric Association, *Mini DSM-5*, trad. Marc-Antoine Crocq et Julien-Daniel Guelfi, (Issy-Les-Moulineaux : Elsevier Masson SAS) : 300.

²⁶ Center for Addiction and Mental Health, « La dépendance aux opioïdes », 2021, <https://www.camh.ca/fr/info-sante/index-sur-la-sante-mentale-et-la-dependance/la-dependance-aux-opioides>.

²⁷ Nicole M. Avena, Pedro Rada et Bartley G. Hoebel, « Evidence for Sugar Addiction: Behavioral and Neurochemical Effects of Intermittent, Excessive Sugar Intake », *Neuroscience & Biobehavioural Reviews* 32, n° 1 (2008) : 20-39.

taxonomie utilisé dans le DSM. D'une part, pour ce qui a trait à la validité, Kotov *et al.* remarquent que « [...] la construction des taxonomies traditionnelles est allée au-delà de l'information disponible sur la structure de la psychopathologie et a été façonnée par d'autres considérations variées²⁸ ». Autrement dit, la taxonomie actuelle du DSM-V avance une catégorisation que les données en psychopathologie ne permettent pas de justifier. Cela s'explique par le fait que le DSM est motivé entre autres par des raisons non-scientifiques. Il y a donc des pressions financières ou politiques, par exemple, au fait de catégoriser d'une certaine manière les troubles mentaux. En outre, les catégories diagnostiques du DSM-V sont considérées arbitraires et trop rigides²⁹. Cela engendre plusieurs enjeux théoriques dans l'organisation structurelle des troubles mentaux, tel que le chevauchement entre catégories. D'autre part, quant à l'utilité, certains soutiennent que les catégories diagnostiques actuelles du DSM n'aident pas réellement à traiter ou à soigner les patients. Les prescriptions de médicaments psychotropes, qui ne semblent pas être associées aux diagnostics, en constituent un bon exemple : « [...] un usage considérable [de psychotropes] ne semble pas être relié au diagnostic, et il est donc vraisemblablement ciblé sur les symptômes spécifiques (e.g., insomnie, anxiété, cauchemars, souvenirs) plutôt que sur les maladies diagnostiquées³⁰ ». Si les diagnostics actuels du DSM ne sont pas nécessaires, voire utiles, à la prescription de certaines médications, on peut se demander à quoi servent les catégories diagnostiques.

Dans leur article, Kotov *et al.* critiquent davantage la taxonomie utilisée dans le DSM-V. Leur solution est d'abandonner une taxonomie par catégories strictes afin d'adopter une classification dimensionnelle nommée HiTOP (*Hierarchical Taxonomy of*

²⁸ Roman Kotov *et al.*, « The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A Dimensional Alternative to Traditional Nosologies », *Journal of Abnormal Psychology* 126, n° 4 (2017) : 457. Notre traduction.

²⁹ Steven E. Hyman, « The Diagnosis of Mental Disorders: The Problem of Reification », *Annual Review of Clinical Psychology* 6 (2010) : 155-179.

³⁰ Somaia Mohamed et Robert A. Rosenheck, « Pharmacotherapy of PTSD in the U.S. Department of Veterans Affairs: Diagnostic – and Symptom – Guided Drug Selection », *The Journal of Clinical Psychiatry* 69, n° 6 (2008) : 964. Notre traduction.

Psychopathology)³¹. Dans une telle classification, le chevauchement n'est plus problématique. Comme cela s'avère être une piste intéressante dans le cadre de notre analyse du trouble de l'addiction en termes de dysfonctionnement préjudiciable, nous pensons que la classification HiTOP possède un grand potentiel³². C'est ce que nous proposons de faire dans notre mémoire de maîtrise, paru en 2022. En effet, nous y défendons l'utilisation d'une classification HiTOP dans le but de comprendre le trouble de l'addiction comme étant situé sur un continuum de l'addiction. Plusieurs avantages théoriques et pratiques en ressortent. Néanmoins, une question légitime quant à l'utilisation du terme « trouble » dans une classification HiTOP peut être posée : est-il possible de parler de *trouble* de l'addiction, alors que l'on souhaite inscrire ce dernier dans une classification dimensionnelle ? À notre avis, 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 à 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 approprié.

³¹ Nous estimons que la RDoC (*Research Domain Criteria*), proposée par la NIMH, peut être également utile et pensée en conjonction avec le HiTOP. Cependant, parce que la RDoC s'intéresse spécifiquement aux mécanismes neurobiologiques, et que nous définissons le trouble de l'addiction en partie par les préjudices vécus individuels et sociaux, elle ne nous semble pas suffisante à elle seule. Pour plus de détails sur ces deux classifications et leur lien avec le trouble de l'addiction, voir notre mémoire de maîtrise (Frenette, « Qu'est-ce que le trouble de l'addiction ? : Pour une définition hybride et une classification dimensionnelle de l'addiction », 2022).

³² Bien que les catégories entrevoient la possibilité de gradations, et donc d'une sorte de continuum, au sein d'un trouble, le postulat fondamental d'une classification catégorielle est tel qu'elle conçoit les troubles comme des entités catégorielles. Donc, affirmer qu'il y a une gradation de sévérité au sein d'un trouble ne permet en rien de considérer *les troubles* comme ayant une nature continue, plutôt que discontinue et par catégories.

Conclusion

En conclusion, la catégorisation du trouble de l'addiction dans le DSM-V engendre plusieurs problèmes d'ordre philosophique. L'exclusion et le chevauchement remettent en question la suffisance, la validité et l'utilité de la catégorie actuelle des troubles addictifs. En ce sens, et en considérant l'importance de bien définir ce qui constitue le pathologique dans l'addiction, nous avons proposé de comprendre l'addiction en termes de dysfonctionnement préjudiciable. Dès lors, le trouble de l'addiction prend le nom de motivation addictive préjudiciable, où la motivation addictive correspond à une hyperactivité du système motivationnel. Le trouble de l'addiction comme motivation addictive préjudiciable est mieux compris en tant que variation au sein d'un continuum, ce qui justifie le fait de le théoriser au sein d'une classification dimensionnelle. Par conséquent, nous défendons que nous gagnerions à abandonner les catégories diagnostiques en adoptant plutôt des dimensions, telles que décrites dans une classification HiTOP. Cela se justifie surtout par la nécessité d'avoir une classification en psychiatrie qui soit utile et valide. Il serait intéressant d'étudier si une telle classification pourrait s'étendre aux autres troubles mentaux, ne se limitant pas seulement au trouble de l'addiction. En effet, il est possible que le modèle du trouble de l'addiction en tant que continuum au sein d'une classification dimensionnelle puisse être utilisé (et être utile) afin de conceptualiser les autres troubles mentaux en psychiatrie également. Par conséquent, il nous apparaît nécessaire de poursuivre les recherches dans ce domaine.

Bibliographie

- Allergies Alimentaires Canada. « Que sont les allergies alimentaires ? ». 2021. <https://allergiesalimentairescanada.ca/les-allergies-alimentaires/allergies-alimentaires-101/que-sont-les-allergies-alimentaires/>.
- American Psychiatric Association. *Mini DSM-5*. Traduit par Marc-Antoine Crocq et Julien-Daniel Guelfi. Issy-Les-Moulineaux : Elsevier Masson SAS, 2016
- Avena, Nicole M., Pedro Rada et Bartley G. Hoebel. « Evidence for Sugar Addiction: Behavioral and Neurochemical Effects of Intermittent, Excessive Sugar Intake ». *Neuroscience & Biobehavioural Reviews* 32, n° 1 (2007) : 20-39.
- Berridge, Kent C. « Food Reward: Brain Substrates of Wanting and Liking ». *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 20, n° 1 (1996) : 1-25.
- Bolton, Derek. « The Usefulness of Wakefield's Definition for the Diagnostic Manuals ». *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association* 6, n° 3 (2007) : 164-165.
- Center for Addiction and Mental Health. « La dépendance aux opioïdes ». 2021. <https://www.camh.ca/fr/info-sante/index-sur-la-sante-mentale-et-la-dependance/la-dependance-aux-opioides>.
- Cooper, Rachel. « Disease ». *Studies in History and Philosophy of Science Part C : Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences* 33, n° 2 (2002) : 263-282.
- Demazeux, Steeves. *Qu'est-ce que le DSM ?*. Paris : Ithaque, 2013.
- Foddy, Benett. « Addiction: The Pleasures and Perils of Operant Behavior ». Dans *Addiction and Choice: Rethinking the Relationship*, sous la direction de Nick Heather et Gabriel Segal, 49-65. Oxford : Oxford University Press, 2017.
- Frenette, Rachel. « Qu'est-ce que le trouble de l'addiction ? : Pour une définition hybride et une classification dimensionnelle de l'addiction ». Mémoire de M.A. Université de Montréal, 2022. <http://hdl.handle.net/1866/26553>.
- Grant, Jon E. et Samuel R. Chamberlain. « Expanding the Definition of Addiction: DSM-5 vs. ICD-11. ». *CNS Spectrums* 21, n° 4 (2016) : 300-303.

- Hyman, Steven E. «The Diagnosis of Mental Disorders: The Problem of Reification». *Annual Review of Clinical Psychology* 6 (2010) : 155-179.
- Kotov, Roman, Robert F. Krueger, David Watson, *et al.* «The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A Dimensional Alternative to Traditional Nosologies». *Journal of Abnormal Psychology* 126, n° 4 (2017) : 454-477.
- Kwako, Laura E., Reza Momenan, Erica N. Grodin, Raye Z. Litten, George F. Koob et David Goldman. «Addictions Neuroclinical Assessment: A Reverse Translational Approach». *Neuropharmacology* 122 (2017) : 254-264.
- Mohamed, Somaia. et Robert. A. Rosenheck. «Pharmacotherapy of PTSD in the U.S. Department of Veterans Affairs: Diagnostic – and Symptom – guided Drug Selection». *The Journal of Clinical Psychiatry* 69, n° 6 (2008) : 959-965.
- Peters, Triinu, Jochen Antel, Manuel Föcker *et al.* «The Association of Serum Leptin Levels with Food Addiction is Moderated by Weight Status in Adolescent Psychiatric Inpatients». *European Eating Disorders Review: The Journal of the Eating Disorders Association* 26, n° 6 (2018) : 618-628.
- Schultz, Wolfram. «Neuronal Reward and Decision Signals: From Theories to Data». *Physiological Reviews* 95, n° 3 (2015) : 853-951.
- Tsou, J. Y. «Hacking on the Looping Effects of Psychiatric Classifications: What is an Interactive and Indifferent Kind?». *International Studies in the Philosophy of Science* 21, n° 3 (2007) : 329-344.
- University of California San Francisco. «Heart Failure Signs and Symptoms», 2020. <https://www.ucsfhealth.org/conditions/heart-failure/symptoms#:~:text=Pumping%20blood%20too%20fast%20for,a%20dangerous%20heart%20rhythm%20disorder.>
- Wakefield, Jerome C. «The Concept of Mental Disorder: On the Boundary Between Biological Facts and Social Values». *American Psychologist* 47, n° 3 (1992) : 373-388.
- Wakefield, Jerome C. «Fait et valeur dans le concept de trouble mental: Le trouble en tant que dysfonction préjudiciable». *Philosophiques* 33, n° 1 (2006) : 37-63.

- Wakefield, Jerome C. «Addiction and the Concept of Disorder, Part 1: Why Addiction is a Medical Disorder». *Neuroethics* 10 (2017) : 39-53.
- Wakefield, Jerome C. «Addiction and the Concept of Disorder, Part 2: Is Every Mental Disorder a Brain Disorder?». *Neuroethics* 10 (2017) : 55-67.
- Volkow, Nora D., George F. Koob, et A. Thomas McLellan. «Neurobiologic Advances from the Brain Disease Model of Addiction». *The New England Journal of Medicine* 374, n° 4 (2016) : 363-371.