Université Paris Nanterre
200 av. de la République
92001 Nanterre Cedex
www.parisnanterre.fr

Membre de l'université Paris Lumières

École doctorale 139 :
Connaissance, langage, modélisation
IRePh
Institut de recherches philosophiques

Anthony Ferreira

Le spectre de l'addiction

Approche dimensionnelle, analyse conceptuelle et implications éthiques

Thèse présentée et soutenue publiquement le 13/12/2022
en vue de l'obtention du doctorat de Philosophie de l'Université Paris Nanterre
sous la direction du Pr. Denis Forest (Université Paris Nanterre)

Jury :

Rapporteur·e :	Monsieur Serge Ahmed	Directeur de recherches au CNRS, Université de Bordeaux
Rapporteur·e :	Monsieur Jean-Claude Dupont	Professeur, Université de Picardie Jules Verne Amiens
Membre du jury :	Madame Claire Etchegaray	Maîtresse de conférences, Université Paris Nanterre
Membre du jury :	Monsieur Denis Forest	Professeur, Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne
Membre du jury :	Monsieur Maël Lemoine	Professeur, Université de Bordeaux

Du moins était-ce quelque chose d'avoir le choix de son cauchemar.
Joseph Conrad. *Coeur des Ténèbres*

Remerciements

Tous mes remerciements vont au Professeur Denis Forest pour m'avoir accepté comme étudiant, pour ce qu'il m'a apporté et ce qu'il m'a permis de réaliser. Je tiens à lui exprimer ma gratitude et mon admiration.

Je tiens à remercier chaleureusement Serge Ahmed, Jean-Claude Dupont, Claire Etchegaray, et Maël Lemoine qui me font l'honneur de siéger à mon jury.

Je n'ai pas de mot pour exprimer ce que je dois à, par ordre d'apparition dans ma vie, Katia, Naoko et Viggo, pour leur patience, leur soutien indéfectible et simplement pour être ce qu'ils sont.

Une pensée particulière pour ma mère, pour mon père, à qui je dois tout et plus encore. A Romain, mon frère et ami, à Anne-Elise et bien sûr Martin.

Aux amis de toujours qui se reconnaîtront quand ils liront cette thèse !

Introduction

1) Le «chaos conceptuel» du champ de l'addiction

Deux métaphores coexistent pour illustrer l'état dans lequel se trouve la réflexion sur l'addiction, celle des aveugles et de l'éléphant et celle du bâton d'Aaron[1]. Dans la première des aveugles entourent un éléphant et doivent le décrire. Chacun le palpe à un endroit différent des autres en donnant une description qui correspond à ce qu'il perçoit mais qui d'une part ne prend pas en compte la totalité de l'éléphant et d'autre part ne coïncide pas avec la description qu'en font les autres. Dans certaines versions le désaccord est tel que les aveugles en viennent aux mains[2]. Nous sommes dans la situation des aveugles face à l'addiction. Chaque champ de la connaissance palpe l'éléphant. Mais ici chacun parle un langage différent, des mots en communs n'ont pas le même sens. On parle de pluralisme explicatif ou plutôt de ce que Shaffer nomme un «chaos conceptuel[3]», et ce chaos conceptuel ne touche pas uniquement la relation qui existe entre les disciplines spécialisées qui s'intéressent à l'addiction mais se double d'un chaos interne aux disciplines. Robert West et Jamie Brown dans *Theory of Addiction*[4] tentent une synthèse à partir d'un nombre limité de théories. Ils en présentent plus d'une

[1] Pour la première voir par exemple Ainslie, 2016 ; Campeny & al. 2020… l'image est fréquemment utilisée. Pour la seconde voir Edwards, 1994.
[2] La version la plus ancienne connue de cette parabole est incluse dans le *Tittha Sutta*, un texte bouddhiste datant de 500 avant notre ère.
[3] Shaffer, 1987.
[4] West & Brown, 2013.

trentaine et relèvent, malgré une certaine unité dans les théories sélectionnées[5], la grande variabilité des méthodes, des centres d'intérêt et des objectifs. Chaque approche ou presque possède sa propre définition de l'addiction, son propre point de vue sur ce qui en relève et n'en relève pas. Chacun part d'une base descriptive différente. Il n'existe ni définition consensuelle, ni accord sur ce qui peut faire l'objet d'une addiction, certains ne reconnaissent que certaines substances, d'autres incluent des comportements. Il n'est même pas établi qu'il existe quelque chose comme l'addiction au-delà d'un air de famille entre des comportements. Il n'est même pas certain qu'il existe de tels comportements. Il pourrait y avoir un éléphant, ou plusieurs animaux différents, ou aucun.

La seconde métaphore fait appel à la parabole biblique du bâton d'Aaron. Elle a pour protagoniste le frère de Moïse dont le bâton se transforme en serpent et avale les bâtons transformés en serpents des mages d'Egypte appelés par Pharaon pour le défier. L'image a été utilisée en 1994 par Edwards[6] pour traiter du réductionnisme porté par les avancées spectaculaires des neurosciences. Elle fait référence à la volonté d'hégémonie des théories neurobiologiques, renvoyant l'image d'une réduction sous la forme de la disparition des théories des autres champs «avalées» par la discipline réductrice. De nos jours, une théorie dominante se présente comme supérieure aux autres et assume sa volonté de les réduire, c'est le Brain Disease Model of Addiction (BDMA), une théorie neurobiologique d'une addiction maladie, compulsive et récidivante. La question n'est pas tant de savoir s'il faut concevoir le réductionnisme biologique sur le modèle du bâton d'Aaron (ce contre quoi Edwards mettait en garde en 1994) que comment il peut se faire que la puissance institutionnelle du BDMA, dont les budgets annuels

[5] Ils se limitent aux approches *scientifiques* au sens large, relevant de la psychologie (mais pas de la psychanalyse), de la biologie. Ils ne traitent pas des théories constructivistes par exemple.
[6] Edwards, 1994.

colossaux dépassent, depuis les années 1990 et le lancement de la *Décennie du cerveau* par le président Bush le PIB de nombreux états[7], dont la doctrine est celle des institutions internationales, n'ait pas effectivement permis d'avaler les concurrents. Peut-être est-ce en raison du chaos conceptuel. Le champ de l'addiction se présente alors comme sous la domination d'un modèle hégémonique entouré d'un chaos conceptuel duquel n'émerge aucune définition du concept. Le BDMA souffre de deux handicaps majeurs. Son addict ne correspond pas à l'addict tel que nous le présentent l'expérience quotidienne, la clinique et l'épidémiologie et deuxièmement, la synthèse qu'il effectue des connaissances apportées par les neurosciences n'a, comme nous le montrerons, guère d'intérêt sur les plans du diagnostic et de la thérapeutique. Par quoi commencer alors pour essayer d'y voir un peu plus clair à propos de l'addiction ?

2) Un objet de réflexion, deux lignes opposées

D'abord, on peut soutenir qu'il existe bien un éléphant. Nous sommes tout à fait capables de faire usage du mot addiction, il renvoie *a minima* à une forme d'attachement à un objet d'une force extrême. Nous avons une galerie d'images de l'addict diffusées par la culture. Nous avons des lois pour nous protéger de l'addiction. Des services de santé qui la prennent en charge et même la seule spécialité médicale qui s'est individualisée à partir de la psychiatrie, l'addictologie[8]. Nous avons aussi des connaissances nombreuses issues de champs différents. Enfin, nos

[7] Le budget 2022 des agences gouvernementales américaines du national drug program est de 41 milliards de dollars.
[8] L'alcoologie est devenue autonome dans les années 1970 en France sous l'impulsion de Fouquet.l'addictologie a suivi.

rapports à l'addiction ont une histoire. Elle n'est pas un phénomène accessoire et caché, elle a souvent été au cœur des préoccupations morales et politiques, elle a façonné l'histoire coloniale[9] et justifié la déclaration d'une guerre internationale contre certains de ses objets, la *War on Drugs* qui a modifié les relations internationales et les politiques intérieures de façon drastique. Cette nébuleuse laisse apparaître un objet qu'il reste à décrire, définir et expliquer.

Face à l'addiction, nous avons deux manières de réagir, la compassion ou le ressentiment. La compassion pour celui qui subit quelque chose qui lui arrive, le ressentiment contre celui qui se laisse guider ses préférences quel qu'en soit le prix à payer, pour lui et pour les autres. La première attitude rencontre l'idée que l'addiction serait une maladie, et l'addict une victime irresponsable, la seconde rappelle qu'il y a à l'origine une tendance, un choix, une appétence pour l'objet et qu'il doit bien rester quelque chose de l'ordre du choix souverain qui justifie la condamnation morale d'une conduite malfaisante. Ces deux attitudes définissent deux pôles opposés et complémentaires par rapport auxquels toute approche de l'addiction doit se situer.

L'approche morale est la plus ancienne puis, au XIXe siècle, l'idée que l'addiction est une maladie commence à s'imposer. L'addiction se place dans le champ des sciences de la vie, de la médecine, on tente de l'extraire du domaine de la morale et de la théologie dans le mouvement de médicalisation des comportements moraux initié par la psychiatrie. La révolution neuroscientifique de la fin du XXe siècle impose l'approche biologique matérialiste et son projet réductionniste mais les conceptions normatives résistent. L'addiction reste une transgression soumise au blâme. D'autant que la figure de l'addict des neurosciences paraît trop rigide et finit par se heurter à la science elle-même quand

[9] Les guerres de l'opium, dès le XVIIe siècle, ont participé de la domination européenne sur l'Asie. Elles ont opposé les puissances coloniales qui voulaient imposer l'introduction et le commerce de l'opium et la Chine.

l'épidémiologie lui renvoie une histoire naturelle de l'addiction qui ne correspond pas à ce à partir de quoi elle a fondé ses explications. Il semble qu'il existe un certain contrôle des addicts sur l'addiction, qu'elle pourrait bien relever d'un choix, peut-être pas tout à fait libre, au sens de la liberté d'indifférence, mais pas totalement contraint, renouvelant l'approche morale. Cependant, cette dernière heurte elle aussi cette même image de l'addiction. Elle tend à nier la véracité des témoignages des addicts eux-mêmes, et promeut des attitudes répressives qui s'avèrent inefficaces et injustes.

L'addiction est alors dans la situation d'un objet des sciences biologiques qu'il ne semble pas possible de définir sans faire appel à une dimension normative. La biologie n'arrive pas à être autonome dans la définition de l'addiction, qui repose sur une description du phénomène qui n'est pas de son ressort. Les autres champs du savoir quant à eux se sont emparés de la question et proposent selon leurs termes des descriptifs et des explications qui, à leur tour, n'arrivent pas à rendre justice au phénomène. Toutes nos explications restent incomplètes, artificielles et parfois incommensurables.

3) L'addiction comme objet philosophique

La première difficulté qui apparaît quand on veut justifier de faire de l'addiction un objet philosophique est l'absence de définition. Le concept renvoie à des interprétations problématiques, qu'elles soient trop restrictives ou trop lâches. Pour la philosophie, l'addiction et l'addict sont avant tout des images utiles pour mettre sous tension des propositions plus générales. Des exemples de comportements qui tombent sous la coupe de l'addiction, comme l'ivrogne, sont utilisés pour mettre à

l'épreuve des théories concernant le libre arbitre, l'action volontaire, la responsabilité… mais toujours comme exemples parmi d'autres, comme le colérique ou le gourmand qui résistent, eux, quand on les réunit sous l'appellation d'addiction. L'addiction apparaît sous ce prisme comme une sous-catégorie mal délimitée de comportements problématiques définis par leur décalage par rapport à la norme, en négatif.

La philosophie s'est intéressée à l'addiction par le biais des comportements qui nous paraissent irrationnels, en miroir de la question fondamentale de la raison qui nous gouverne. L'addiction pour la philosophie est, à l'origine, un exemple de faiblesse qui n'est jamais nommé par son nom mais par un nom qui rappelle l'objet visé par la conduite, l'ivrogne, l'héroïnomane, que l'on utilise comme exemple. Chez Platon comme chez Aristote on trouve trace de l'addiction à la marge de la question de l'action incontinente, de l'akrasie. L'ivrogne sert d'illustration à Locke quand il traite de l'*uneasyness*, de l'inquiétude à l'origine de nos désirs, Frankfurt se sert des addicts pour sa doctrine de la responsabilité morale et du libre arbitre… L'addict est alors soit l'image de la contrainte, l'exemple qui nous parle quand il s'agit de supposer une action qui échappe à son auteur, soit celui qui amène avec lui les paradoxes d'une action qui ne paraît ni libre ni tout à fait forcée. Il semble que l'addict n'est pas convoqué pour ce qu'il est mais pour ce qu'il nous évoque. Comment alors imaginer faire de l'addiction un objet de philosophie, elle est déjà prise en charge par la science, et, plus encore par *des* sciences ? Nous nous mettons alors sous le patronage de Wilfried Sellars. Selon ce dernier,

> Le but de la philosophie, pour parler de façon abstraite, consiste à comprendre comment les choses, entendues au sens le plus large possible, s'articulent les unes aux autres, au sens le plus large possible[10]

[10] Sellars, 1960 p.7. Toutes les traductions sont de l'auteur de cette thèse sauf quand spécifié autrement dans la bibliographie.

avec toujours l'idée que

> dans la dimension de description de d'explication du monde, la science est la mesure de toutes choses, de ce qui est en tant qu'il est, et de ce qui n'est pas en tant qu'il n'est pas.[11]

Entendu ainsi, le chaos conceptuel qui mine l'addiction en raison des différentes formes d'approche et l'absence de définition claire n'est plus un obstacle à en faire un objet philosophique mais devient une motivation, voire une obligation pour quiconque s'intéresse au sujet. Il n'y a pas de serpent susceptible de réduire les autres à sa volonté, l'état actuel des connaissances ne permet pas la réduction et nous laisse alors devant la tâche d'effectuer une synthèse ou, au moins de voir ce que disent ces sciences et comment articuler ensemble les points de vue. Lesquels éliminer, lesquels réduire, et lesquels, irréductibles, peuvent s'intégrer dans une vision synoptique, sans incohérence fatale au concept même d'addiction. Cette approche nécessite donc de s'appuyer sur la science, de ne pas

> confondre l'idée juste que la philosophie n'est pas la science avec l'idée erronée que la philosophie est indépendante de la science[12]

Notre approche sera donc naturaliste et matérialiste. Cela signifie aussi que nous ne traiterons pas des approches qui se tiennent trop éloignées de ce que la science a à dire. Nous verrons des critiques du modèle biologiques, voire issues de l'antipsychiatrie, mais les systèmes philosophiques *littéraires*, de spécialistes, comme les décrivaient Bouveresse[13], existent par leur subjectivité propre et revendiquée, leur idiosyncrasie et si nous pensons que les aveugles ont une expérience subjective valable à propos de l'éléphant, leur point de vue n'est pas à

[11] Sellars, 1963 p.87 de la traduction française (1992)
[12] Sellars, 1963 p.85 de la traduction française (1992)
[13] Bouveresse, 1999, 2004 a,b,c.

l'origine de l'existence de l'éléphant. Nous partons de l'hypothèse que l'addiction existe, qu'elle repose sur un substrat biologique et que si sa dimension sociale est irréductible de fait, elle ne l'est pas en droit. Nous proposons un réductionnisme patient, circonspect mais programmatique. Envisagé comme un horizon vers lequel tendre, il a une valeur heuristique non négligeable et comme il implique de connaître ce que l'on veut réduire, les visées réductionnistes participent donc de la synthèse dont nous souhaitons qu'elle advienne.

4) Ce que nous proposons dans cette thèse

Le problème de l'addiction vient plus de la quantité que du manque de connaissances. C'est l'organisation de cette dernière qui souffre selon nous d'une orientation conceptuelle héritée par le BDMA de par son origine et son histoire. Il repose sur des principes qu'il n'a pas les moyens de discuter.

a) D'où vient l'addiction

La première partie de la thèse vise à mettre en évidence l'origine du concept d'addiction, à extraire de son histoire ce qu'il signifie pour nous et dans un second temps comment ont évolué et ont été explorées les voies explicatives et thérapeutiques qui en ont découlé. Cette histoire suit celle de la prise en charge par la psychologie puis la neuropsychologie et les neurosciences des comportements et des phénomènes de l'esprit en général. A l'issu de ce rappel historique qui vise à proposer un état des lieux du décalage entre notre modèle

dominant et l'idée que nous avons du phénomène, à mettre en parallèle nos images scientifique et manifeste de l'addiction, nous proposerons que l'addiction est mieux décrite quand on la considère sous l'aspect d'un spectre et proposerons une définition qui synthétise et cadre suffisamment largement le problème pour ne pas laisser de côté tout un pan de l'expérience que nous avons de l'addiction, sans être lâche au point d'y intégrer ce qui n'en est pas. Il s'agit donc d'abord d'une étape descriptive.

La deuxième partie de ce travail nous verra partir à la recherche de ce qui peut sous-tendre le spectre, du mécanisme commun qui ferait que les liens entre les éléments compris dans le spectre relèvent de l'homologie et pas uniquement de l'analogie.

b) Addiction, choix et vie morale.

Nous commencerons d'abord par entendre les critiques modernes du BDMA qui insistent sur sa dimension relationnelle et sociale. Il nous semble qu'elles ont d'une part un regard critique aiguisé et soulèvent donc les problèmes que peut rencontrer une approche matérialiste et réductionniste de l'addiction et d'autre part qu'elles soulèvent un point central : les addicts ont des raisons d'agir comme ils le font et ces raisons s'inscrivent dans le contexte social, il leur donne leur origine, leurs justifications et leur signification. Ces positions mettent à mal les théories individualistes des neurosciences en leur rappelant la prééminence du social comme dimension irréductible. Nous proposerons qu'il existe effectivement une irréductibilité de fait et que l'addiction ne peut être définie sans s'y référer. Une de ses particularités est de causer des dommages, des préjudices, et ces préjudices se définissent en partie dans l'espace social et selon ses termes. Cela ne remet pas en cause le projet réductionniste mais met en lumière son incertitude, et le fait qu'il n'est

pas accompli. Ces positions permettent d'insister sur des dimensions de l'image manifeste de l'addiction à partir de laquelle construire l'image scientifique. Il nous semble que, tout en les critiquant, il faut écouter ce qu'elles ont à nous dire. Nous y traiterons notamment du projet philosophique global d'un auteur américain contemporain, Herbert Fingarette, philosophe moral, de la responsabilité, aux engagements théoriques indéterministes mais non libertariens particulièrement originaux, dont l'addiction a été un objet de réflexion privilégié.

Forts de ce que nous apportent ces critiques, nous aborderons ensuite l'addiction sous l'angle du choix. Nous verrons d'abord que l'économie a fait sa spécialité de ce domaine d'étude et a proposé un modèle dit du choix rationnel qui a diffusé à tous les niveaux de nos sociétés occidentales. Nous verrons d'une part que ce que cette théorie du choix rationnel propose comme modèle économique d'addiction est critiquable mais que les a priori théoriques sur lesquels elle s'appuie, dont son homme économique, agent rationnel parfaitement informé aux préférences stables, sont à l'origine de la définition même de rationalité qui fonde le BDMA. Nous proposerons que ce dernier réorganise les données des sciences en fonction de ces a priori, qu'il est en cela le pendant compassionnel d'une autre utilisation des engagements de la théorie du choix rationnel, dans une version punitive, la *War on Drugs* qui a défini les politiques des états dans le domaine de l'addiction. Nous ferons l'hypothèse que le BDMA a hérité des institutions d'où il a émergé un ensemble de présupposés qui s'avèrent responsables des difficultés qu'il rencontre.

Le modèle dominant apparaît alors comme organisant selon des a priori discutables les connaissances apportées par la science en formant une image scientifique qui nous semble fautive. Nous proposerons qu'il s'agit de trouver un cadre pour réorganiser autrement cette image scientifique de l'addiction. Nous verrons que la tradition de la

psychologie behavioriste s'est opposée à la théorie du choix rationnel et a proposé des modèles du choix qui nous semblent former un cadre dans lequel revoir nos explications de l'addiction, dans une approche individualiste, utilitariste et hédoniste. L'addiction apparaît alors comme un choix qui oppose deux opportunités ayant des échéances temporelles différentes, un choix entre une option proche mais moins bonne qu'une meilleure option plus tardive. Nous verrons aussi qu'il faut la considérer comme une série de choix distribués.

Ensuite, nous proposerons que la maximisation de l'utilité doit être abandonnée comme axiome sous la forme qu'en donne la théorie du choix rationnel. Nous proposerons alors de reprendre la *matching law* et son processus de *mélioration* à Richard Herrnstein. Cependant, nous ferons l'hypothèse avec Rachlin qu'il y a bien quelque chose de maximisé dans le choix mais que ce quelque chose dépend de nos préférences, de la valeur que nous donnons aux choses. Qu'il revêt une dimension subjective.

Nous verrons ensuite comment, en nous appuyant sur les travaux de George Ainslie, nous pouvons poser l'hypothèse que l'addiction est mieux comprise quand on l'envisage comme akrasie c'est-à-dire une action en dépit de son meilleur jugement.

c) Les implications du spectre de l'addiction

Dans notre dernière partie, il sera temps de tirer les conséquences de notre proposition de faire de l'addiction un spectre et de son retour dans le giron de l'akrasie. Il s'agira de voir ce qui fait sa spécificité, selon quels termes on peut la concevoir comme akrasie et en quoi elle possède ses propres spécificités qui justifient qu'on la conçoive pour elle-même.

Nous proposerons ensuite de définir le type de choix particulier qu'elle est. Nous ferons l'hypothèse qu'elle est mieux conçue comme un

choix entre $\boldsymbol{a}$ ou $\neg\boldsymbol{a}$ plutôt qu'entre $\boldsymbol{a}$ ou $\boldsymbol{b}$ et que cela a des conséquences sur sa compréhension et sa prise en charge. Nous proposerons un mécanisme du choix addictif qui montre en quoi il s'agit d'un acte intentionnel qui engage une décision personnelle mais qui relève d'une décision d'un moi passé qui peut être en désaccord avec le moi tel qu'il se conçoit au présent et s'envisage au futur.

Nous tirerons ensuite les conséquences quant à l'unité du phénomène addiction. Nous défendrons l'idée qu'il englobe les addictions comportementales et que toute addiction est une addiction à un comportement.

Nous proposerons une hypothèse de travail qui implique le stress dans la mise en place de l'addiction et dans la définition des objets susceptibles d'être des objets d'addiction. Nous proposerons que les objets d'addiction quels qu'ils soient ont la particularité de générer un inconfort, et de proposer un moyen de le dissiper. D'autre part nous proposerons aussi que cet élément d'inconfort devient gratifiant. Ce faisant, ces objets deviennent des stratégies génériques de *coping*, d'évitement, qui sont rappelées face à chaque situation de stress. Nous verrons comment les propriétés physiologiques de l'axe du stress et ses interactions avec le circuit de la récompense permettent de proposer un mécanisme à ce phénomène.

Nous verrons ensuite que l'addiction, tout en étant conçue comme un choix peut être traitée comme une maladie et qu'il y a des avantages à concevoir les addicts comme malades tant que ce qualificatif remplit un rôle instrumental. Nous proposons qu'il a un rôle à jouer dans la prise en charge des addicts.

Enfin, nous tirerons les conséquences de l'addiction-choix que nous proposons en discutant du statut moral de l'addiction et des addicts. Nous proposerons que les préjudices nécessaires pour parler d'addiction

peuvent se définir en première et en troisième personne, que l'addict peut se voir assigner une responsabilité dans son addiction selon son degré d'atteinte, sa place dans le spectre. Nous plaiderons avec Hanna Pickard pour une responsabilité sans blâme, qui évite la stigmatisation et ferons l'hypothèse que notre tendance au blâme tient au fait que l'addiction en plus d'être une transgression est vue comme un outrage. Les addicts sont à la fois tenus pour responsables d'avoir transgressé et suspects d'avoir ajouté l'insulte à la transgression. On cherche alors à les punir pour ce qu'ils font et pour ce qu'ils sont.

En résumé ce travail de thèse propose, à partir de l'état actuel des connaissances, de démontrer :

Que l'addiction peut être définie comme maladie, une entité nosologique unique présentant des stades d'évolution facultatifs (approche dimensionnelle). Qu'elle est un rapport entre un individu et un objet, pouvant concerner tout type d'objets et toute personne avec des facteurs de vulnérabilités spécifiques, internes aux membres de chacune des deux catégories. Qu'au stade premier l'addiction est de forme aigüe, éligible à une prise en charge curative, qu'au stade ultime, elle est chronique (et aujourd'hui irréversible).

Qu'en termes fonctionnels elle s'appuie sur un substrat neurobiologique identifié, impliqué dans le rapport au monde et tous les comportements orientés vers un but et n'est qu'une modalité particulière de son fonctionnement, tant en termes neurobiologiques, du substrat, que des contenus de conscience.

Que l'addict présente un phénomène d'akrasie, une faiblesse de la volonté dans le cadre de ce qui concerne le rapport à l'objet et que l'état ultime d'aggravation voit un envahissement progressif de tous les

domaines par l'addiction, échappant à tout contrôle rationnel de l'action en lien avec l'objet mais conservant la capacité de jugement.

Que ces hypothèses rendent possible la définition d'un cadre défini et des modalités de décision en rapport avec la responsabilité morale de l'addict dans la prise en charge sociale de l'addiction.

D’où vient l’addiction

Chapitre I. Genèse du concept

1) De la transgression à la maladie

a) Etymologie, mot, signification

Le consensus étymologique actuel est que le terme addiction vient du latin *ad dicere,* un terme juridique de contrainte par corps. La personne rembourse ses dettes en étant placée en esclavage au service de son créancier, il lui *est dit* de se mettre *au service de*. On peut y voir une métaphore pertinente, mais le mot addiction lui-même a, au cours du temps et des usages, changé de sens et est passé par l'anglais avant de nous revenir sous sa forme actuelle, avec une signification courante, celle d'abord *d'habitude,* puis de *mauvaise habitude,* qui n'est pas exactement l'équivalent de celle qui nous concerne ici. Ce que nous nommons addiction, c'est-à-dire des conduites particulières, a parfois été appelé ainsi avec un arrière-plan conceptuel très différent, et parfois appelé différemment, avec un arrière-plan conceptuel bien plus proche de ce que nous avons en tête quand nous employons aujourd'hui addiction. Il semble alors plus juste, pour adapter une notation initiée par W.Sellars de parler ici d'°addiction°. C'est-à-dire ce que nous mettons aujourd'hui sous le vocable addiction ainsi que sous tous les autres vocables qui ont été, où sont utilisés, pour exprimer la même chose, le même

concept.[1] Ces mots dont la fonction est de nous permettre de parler d'addiction.

Ensuite, le concept même qui se cache derrière ces mots n'est pas clairement défini. Il semble que de tout temps nous ayons été capable de dire, en voyant certaines personnes, que leur comportement correspondait à une ˚addiction˚, nous avons su les condamner ou les plaindre, c'est selon, mais il nous a toujours été très difficile d'expliquer clairement ce qu'il en était vraiment. Il y a donc dans ˚addiction˚ différents mots pour ce qui nous semble un même phénomène, au gré des redéfinitions, et bien plus que ce que l'on est capable d'exprimer de façon explicite à son propos. Par simplicité, ne traitant pas explicitement de philosophie du langage ni de linguistique, la notation formelle sera abandonnée mais il est bon de garder en tête que le concept a eu plusieurs «sons» associés, et ces sons ont changé de sens.

La diversité de ces sens, leur succession au cours du temps et la difficulté à nous mettre d'accord sur la *bonne* version accompagnent le débat conceptuel ; elles en sont les produits. Mais, à cela s'ajoute le doute sur l'existence même du phénomène. Comme pour le libre arbitre, on débat à la fois de la bonne définition qui permettrait d'en rendre compte et sur la pertinence qu'il y a à forger une définition pour quelque chose qui n'existe tout simplement pas, qui n'est en somme que le regroupement artificiel de faits existants et d'interprétations fautives dans un ensemble qui n'a pas de raison d'être. Il n'en reste pas moins qu'il est intéressant de nous demander ce qui a bien pu nous conduire à créer ainsi de toute pièce un concept fautif,

[1] Pour Sellars il s'agit de parler de traduction, par exemple, ˚rouge˚ renvoyant à ce que l'on entend par rouge en Français, *red* en anglais etc. Ici, nous verrons qu'il ne s'agit pas tant de naviguer entre les langues, addiction est relativement trans-langagier, mais plutôt, au gré de l'évolution des concepts et des mots utilisés.

quelle fut sa raison d'être et en quoi il pose problème. Nous allons donc nous intéresser à l'histoire du concept d'addiction, d'où il vient et comment le phénomène a été considéré jusqu'à notre concept contemporain d'addiction.

Nous défendrons que l'addiction existe, qu'il s'agit d'un phénomène ayant une unité, regroupant à partir d'un mécanisme commun des conduites ayant pour objet des substances et des comportements. Nous verrons aussi que le modèle explicatif dominant a hérité de conceptions concernant la rationalité qui sont responsables de ses limites et des incohérences qui le minent, comme nous le verrons quand nous aborderons ses critiques ; il ne peut rendre compte du phénomène tel qu'il se présente et propose une description de l'addiction qui ne correspond qu'à une petite catégorie d'addicts. Mais avant cela nous allons nous intéresser à l'histoire du concept, de ses explications et de ses descriptions psychiatriques à visées diagnostiques. Nous allons voir que nos conceptions de l'addiction sont tiraillées entre une approche morale qui rend responsable l'addict d'une transgression et d'une approche compassionnelle médicale qui le considère malade, victime et donc irresponsable. Nous proposons que l'addiction repose effectivement sur la transgression de normes et qu'en attendant de pouvoir l'identifier par des paramètres biologiques, nous restons dépendants d'évaluations normatives, que sa dimension sociale est toujours irréductible et que les diagnostics psychiatriques reposent toujours sur ce type d'évaluation malgré leur proximité avec le *hard medical model* dominant.

b) Une transgression morale

L'addiction touche à des pratiques, des conduites, des comportements, en rapport avec la tempérance et le désir, la consommation des objets

convoités, hors de toute maîtrise. Or, la maîtrise de nos désirs, de nos appétits, intéresse, depuis toujours, les philosophes, les moralistes et les religions. Il n'y a pas de vie en commun possible, sans contrôle de nos envies et, plus que de comprendre le désir, il a s'agit aussi d'en circonscrire l'expression. Ainsi, les réflexions sur notre rapport à nos désirs mènent à expliquer ce qu'il en est de notre façon de faire avec ces désirs, déterminer ce qu'elle devrait être et tenter de comprendre pourquoi il en va autrement. Ces réflexions se sont donc faites, inévitablement, prescriptions. Le phénomène d'addiction a donc d'abord été considéré comme une faillite morale, comme quelque chose qui ne devrait pas être. Comme une incapacité à se refréner, ou une tendance volontaire à céder à ses penchants ; un vice, une faiblesse face au désir. Mais s'il nous apparaît qu'il s'agit ici du désir de consommer *un* objet de telle façon que l'objet ou les modalités de consommations sortent du cadre des normes en vigueur, il s'agit presque d'une construction moderne ; en fait il semble que si l'on cherche dans le passé ceux qui correspondent à *nos* addicts contemporains, on trouve évidemment la figure du buveur, mais il semble aussi que ce buveur n'est pas traité *à part* du colérique, du gros mangeur, du joueur, du jouisseur, du *fou*. Il fait partie d'un groupe plus large, celui de ceux qui ne se réfrènent pas, qui cèdent à leurs caprices, en général, les *intempérants.*

Pour construire la notion moderne d'addiction, il a d'abord fallu déterminer une forme particulière d'intempérance, un comportement d'excès vis-à-vis de certains objets, au-delà de l'excès seul. Il a fallu passer d'un trouble du contrôle de soi en général à un trouble du contrôle de ses désirs pour quelque chose pour impliquer ce quelque chose dans le déclenchement d'un phénomène particulier nommé addiction en référence à l'usage vernaculaire du terme en anglais visant les mauvaises habitudes. Mais cette dernière phase a attendu le XVIIIe siècle et s'est constituée sur un fond

conceptuel qui a mûri, au cours des siècles.

c) Folie et intempérance

1) L'excès plus que l'objet

Il est d'abord question d'un excès transgressif. D'un dépassement par ses pulsions, ses passions et ses appétits. Avant d'être une catégorie médicale, le fou est celui qui cède à la passion, qui ne suit pas la raison. Raison qui lui commande une certaine modération. Il s'agit de suivre la mesure de la raison, mesure exprimée dans les différents interdits, religieux et moraux et dans les considérations philosophiques sur ce qu'est la sagesse et la manière dont une vie bonne se doit d'être menée et atteinte.

Les types d'excès dépendent des objets présents, et ces objets varient selon les lieux et les époques et les limites acceptables de leur utilisation dépendent des habitudes ou des rituels auxquels ils sont associés. Les religions présentent des interdits et des règles portant sur la nourriture ou la consommation du vin ou d'autres substances utilisées lors des cérémonies, à propos des pratiques sexuelles, par exemple, qui varient. Le point commun semble cependant la condamnation de l'excès en tant que tel sans que le type spécifique d'objet n'entre tellement en ligne de compte ; que cela soit la nourriture ou la boisson ou autre importe peu, l'antiquité grecque, romaine, le moyen-âge européen par exemple n'insistent que peu sur une quelconque spécificité *des* excès[2] ; il y a condamnation de *l'*excès vu comme un seul

[2] L'intempérance est le sujet, que l'exemple soit celui du colérique (comme Médée) ou de l'ivrogne (voir par exemple l'analyse de Valleur, 2019 de la 83 *lettre à Lucilius* de Sénèque ; voir

phénomène. Les objets visés sont aussi, dans le cadre de certaines limites, la cible des désirs du tout-venant, le vin est largement consommé, la nourriture aussi. Il y a problème quand la conduite sort du champ du *raisonnable*. Tout un chacun peut se mettre en colère, le colérique plus que tout autre, c'est en cela qu'il manque à son devoir de maîtrise de lui-même, tout comme le gros buveur se distingue de l'individu normal, c'est-à-dire de celui qui reste dans les limites de la norme, par sa propension à boire plus, plus souvent, plus que de raison. Celui que l'on considérerait comme un addict aujourd'hui est dépeint, à partir d'un trait particulier (comme sa consommation de boisson) mais sa conduite est associée à une intempérance constitutive qui s'exprime dans d'autres domaines. La première image de l'addict est celle de quelqu'un dont le caractère l'entraîne vers un comportement excessif. A la différence de ce qui naîtra au XVIIIe siècle, l'objet lui-même n'est pas la cause première du comportement déviant. Cette position empêche de placer la cause de l'excès ailleurs que dans le sujet, il n'est pas pensé de spécificité qui pourrait générer l'excès car que ces excès visent des objets (excès de nourriture ou de boisson, de sexualité) ou non (le sanguin qui perd le contrôle de ses nerfs à la moindre occasion) tout semble d'abord égal. Le manque de maîtrise de soi recouvre tous ces comportements.

Pour résumer, on reconnaît l'excès et il peut être condamné selon les règles en vigueur qui établissent ce qui est permis et ce qui est de l'ordre de la transgression. Les objets apparaissant alors comme ce sur quoi le comportement porte mais n'entrent pas dans la nature même du

---

aussi Villard, 1988), c'est le comportement excessif en général qui est en général l'objet visé. Le personnage de l'ivrogne devient un sujet en soi et prend de l'ampleur entre l'âge classique et les lumières (Lecoutre, 2007), dont l'image évolue mais c'est parce que la consommation d'alcool devient un problème social, encore amplifié au XIXe. Il reste cependant le plus souvent un intempérant.

comportement. Il en ressort alors que ce n'est pas la consommation de tel ou tel objet qui est centrale mais bien sa consommation selon une modalité (en excès ou hors des règles établies). Les différentes sociétés édictent des règles d'usage ou d'interdit qui leur sont propres.

C'est donc d'abord ce que l'on fait qui compte, la raison, si tant est que l'on puisse accorder le statut de *raison,* voire de *cause,* à l'objet consommé, est secondaire ; seul compte le *caractère* de celui qui cède. Le vin est connu pour faire perdre la raison[3], la médecine grecque élabore une théorie à propos des modalités de l'ivresse[4], mais l'homme sage sait s'arrêter ou sait quand il peut ou ne *doit pas* se mettre dans une telle situation. Celui qui succombe est responsable d'avoir consommé l'objet Celui qui consomme est celui qui agit, il est doublement responsable, ou, au moins, on ne peut prendre comme excuse pour ses actions, les conséquences d'un acte précédent, dont il est aussi à l'origine, et qui permettrait d'impliquer une propriété de l'objet ; «l'ivresse ne fabrique pas les vices elle les met en évidence»[5].

L'addiction (ou plutôt les phénomènes que nous mettrions sous ce mot et qui nous sont rapportés par les témoignages au travers les âges) doit être clairement séparée du simple comportement ou de la simple consommation d'un objet. C'est un phénomène autre. La transition s'effectuant en raison du caractère du consommateur, son inclinaison au vice, pour la jouissance ou son intempérance constitutive par exemple selon les premiers auteurs qui

[3] Les grecs dépeignent l'ivresse et les moyens de se prémunir des effets les plus néfastes. Les *peri methès,* autour de l'ivresse, d'Aristote et de Théophraste en partie perdus, *les propos de table* de Plutarque. Voir les travaux de Pierre Villard sur l'ivresse dans l'antiquité grecque pour plus de détails sur ce vaste sujet (Villard, 1982, 1988).

[4] Hippocrate et Gallien notamment mais le vin est aussi utilisé pour ses vertus thérapeutiques, voir Jouanna, 1996. Platon, dans le Timée, justifie les interdictions et les recommandations qu'il fait concernant l'usage du vin selon l'âge sur des critères qui relèvent de la théorie des humeurs. Le vin *est* du feu, les jeunes, fougueux, n'en ont pas besoin, les plus âgés, plus *froid* en tireront bénéfice (Boyancé, 1951).

[5] Sénèque, *Lettre à Lucilius* X.

décrivent ces pratiques. On est alors responsable de ses actes excessifs et potentiellement coupable, au moins au plan moral, selon l'opinion défendue concernant les modalités du passage à l'action. Les phénomènes qui se rapportent à l'addiction, qui ont un air de famille avec ce que l'on considère aujourd'hui comme tel[6] semblent isolés des objets sur lesquels ils portent. Certes les différentes intoxications ont des effets distincts, mais l'intempérance est le cœur du problème : il s'agit d'une question morale. On rend compte de l'excès, de ses conséquences, on le condamne en tant que tel, on se pose la question de ses conditions de possibilité, avec, par exemple, toute la réflexion sur la tempérance souhaitée et l'akrasie constatée. Dès l'origine il s'agit d'expliquer le fait que certains individus fassent quelque chose de contraire au bon sens, entendu comme ce qui tend vers le *Bien* comme ce qui consiste à bien faire. La question de l'addiction apparaît alors comme un de ces thèmes qui a traversé l'histoire humaine, trouvant, au gré des cultures et des époques des formes et des prises en charge différentes mais soulevant toujours les mêmes questionnements. Cependant, pour devenir ce que nous connaissons sous le terme d'addiction, il va falloir penser une sous-catégorie de l'intempérance, celle qui porte sur des objets définis.

2) De la folie

S'il est question des effets délétères de la consommation de vin, les grecs et les romains s'attachent à décrire l'ivresse, proposent des moyens d'en apaiser les effets les moins souhaitables voir de s'en prémunir. Les consommations suspectes se résument à des consommations hors du cadre

[6] Ignorons pour l'instant qu'il est bien difficile d'expliquer clairement ce que l'on entend par là… et que c'est une des problèmes majeurs que pose l'addiction.

prévu, seul, de vin pur, ou, comme pour Alcibiade, le matin. Au moyen âge, l'église pourra condamner l'ivresse, mais elle agit alors comme un régulateur social, si elle intervient ainsi c'est que ses ouailles ne remplissent plus leurs devoirs à ses yeux, mais c'est encore l'ivresse qui est visée et ceux qui ne se plient pas aux recommandations de tempérance. Il s'agit alors de désobéissance, de faiblesse de la volonté. Les sermons s'appuient sur des arguments qui veulent démontrer la nocivité d'un comportement et justifier ainsi, par la raison, de s'en abstenir.

Dans *La Nef des fous*, Brant évoque le gros buveur et le joueur, Erasme, son pendant, dans *Eloge de la Folie,* de même. L'intempérance confine à la folie, non pas au sens médical mais au sens moral, une conduite qui ne suit pas la voie de la sagesse, en cela il n'y a pas besoin d'une autre catégorie particulière pour penser ces pratiques, que la simple intempérance. Il s'agit d'une intempérance volontaire. Saint Basile dans son *Homélie Contre l'Ivrognerie*, au IVe siècle le résume parfaitement :

> Ceux que le démon tourmente sont dignes de compassion ; ceux qui boivent outre mesure n'en méritent aucune, quoiqu'ils souffrent le même mal, parce qu'ils se mettent volontairement sous la tyrannie du démon. Ils vont même jusqu'à inventer des moyens d'ivresse, plus occupés d'être continuellement ivres que d'empêcher que le vin ne leur nuise.[7]

Enfin il est à noter que les auteurs anciens ne s'attardent pas sur les effets à long terme de la consommation d'alcool, il est question d'ivresse pas d'alcoolisme. La dégradation physique de l'alcoolique chronique est un thème plus moderne, il sous-entend que l'on conçoive une forme d'influence du milieu sur le corps, une évolution, une déchéance. La déchéance morale est évoquée, sous la forme d'une tendance à perdurer dans la voie du péché

[7] Saint Basile le Grand.

en réitérant ses ivresses coupables qui éloignent de la sagesse ou du salut, mais le thème de la déchéance physique, de la létalité de la conduite, de la comorbidité au plan physiologique, n'est que peu abordé et plutôt à partir d'exemples, de cas individuels.

> Attestées et reconnues donc, des manifestations classiques de l'alcoolisme chronique semblent avoir été rares. Il est symptomatique en ce sens que lorsque Saint Augustin, Saint Basile ou Saint Césaire cherchent (en vain) à détourner leurs ouailles de la boisson, ils placent, dans un tableau bien sombre et répulsif, des traits ponctuels, des dommages assez brefs, plus qu'un catalogue de maladies irrémédiables. (Villard, 1988)

Pour passer à l'addiction, lui reconnaître sa spécificité il faut l'extraire de ce cadre, lui donner un nouveau contexte d'expression.

d) Les objets

S'il est d'abord question d'excès et d'intempérance dus à un caractère particulier, il est aussi reconnu depuis longtemps que certains objets ou certaines pratiques ont des conséquences néfastes qu'il va falloir décrire, expliquer et dont il va falloir protéger les individus et la société.

Il n'existe pas de société sans drogue. Cette affirmation, souvent entendue, ne s'appuie pas uniquement sur des considérations pragmatiques, issues de l'observation de nos sociétés modernes et des échecs des politiques d'éradication des drogues. Sur le plan historique les psychotropes ont joué un rôle dès l'aube de l'humanité entretenant un lien ténu avec le divin et le sacré.

Les pratiques chamaniques contemporaines, selon Furst[8], renseignant sur les pratiques anciennes, préhistoriques, d'utilisation de substances naturelles pour entrer en contact avec le monde des mystères, pour atteindre l'extase. Le Sôma grec pourrait être un extrait d'amanite, l'extrait de pavot, le cannabis, le tabac sont des plantes utilisées dans le cadre de rituels religieux à travers le monde[9]. En Europe, le vin est associé aux rites et un produit de consommation courante comme les autres boissons fermentées, (la bière lui est antérieure) apparues au paléolithique et dont l'usage s'est étendu.

Si ces boissons fermentées à base de céréales ou de fruits, avec des variations locales que le commerce va plus ou moins aplanir, entrent dans les mœurs de toutes les civilisations (Sumer, Egypte, Grèce, Rome, Europe...), ce n'est pas le cas des alcools forts, de distillation, dont la maîtrise technique date du moyen âge, mais dont l'usage ne se répand vraiment qu'au XVIe siècle. Les Grecs et les Romains sont des consommateurs de vin, dans le cadre de fêtes mais aussi lors de la vie de tous les jours. Il est par contre peu consommé lors des repas, même si Rome semble initier ce type de consommation qui perdure jusqu'à nos jours. Il est mal vu de le boire avant la tombée de la nuit, c'est-à-dire hors du *symposium* où il faut par contre «boire ou partir». De plus, il est consommé mélangé à de l'eau, on se méfie du vin pur et en consommer ainsi est suspect. Cette habitude est toujours de mise au moyen-âge[10] et diluer le vin reste une pratique courante encore au XIXe[11]. Les boissons fermentées sont d'abord vues comme des boissons barbares ou cantonnées à un usage médical pour ce qui est de l'hydromel. Elles prennent une place plus importante dans l'Europe du moyen âge, là encore avec des variations locales.

[8] Voir l'ouvrage édité par Furst, 1972, *Flesh of the Gods*.
[9] Furst, 1972 ; Davenport-Heines, 2001 ; Crocq 2007.
[10] Voir Villard, 1988.
[11] Zola dans *La Curée*, lors de la soirée qui voit Renée et son beau fils devenir amants, fait remarquer qu'elle boit du vin pur alors qu'elle a l'habitude de le boire dilué, expliquant ainsi l'intensité de l'ivresse.

L'opium est aussi connu dès l'antiquité, il est utilisé en médecine et ses effets délétères sont aussi rapportés[12]. Mais comme pour les autres substances, en dehors des boissons enivrantes, il n'existe pas de texte ancien concernant les excès de leur consommation ni les dangers de leur consommation récréative. Ces substances sont avant tout des éléments de la pharmacopée, elles servent à apaiser la douleur, endormir, ou empoisonner. S'il existe bien une consommation que l'on pourrait qualifier d'excessive, elle n'est pas, durant des millénaires, suffisamment importante pour faire l'objet d'une étude ou d'un commentaire qui aurait pu nous parvenir. Elle ne semble pas un problème en soi.

La diversification des produits suit le développement de l'Europe et l'ouverture des voies commerciales, le café, le chocolat, le tabac, le cannabis font leur entrée sur le territoire et circulent au sein de groupes restreints, dans les salons mondains. Ce sont d'abord des produits de luxe réservés à une élite. Il en va de même pour les alcools distillés. Il faut attendre le XVIIIe siècle pour que la consommation des alcools forts se démocratise[13]. Les autres substances, quant à elles, culturellement exogènes, bien que connues de longue date[14], ne seront réellement à la mode qu'à partir du XIXe. Là encore, leur disponibilité augmente et leur prix diminue, même si elles sont d'abord réservées à une élite.

Quant au mot drogue lui-même, il n'a aucun sens pharmacologique. Son usage français renvoie à une catégorie de substances consommées pour

[12] Rosso, 2010.
[13] Braudel, 1979
[14] Rosso, 2010 ; et l'ouvrage de Davenport-Hines (2001) 2004, *The Pursuit of Oblivion. A Global History of Narcotics* pour une histoire des substances, de leurs usages et de leur place dans la société.

le plaisir par une certaine population. Pour la pharmacologie, il ne veut strictement rien dire : il n'y a pas de point commun chimique entre ces substances en dehors de leur usage récréatif. En anglais c'est directement un synonyme de médicament ; là encore cela n'a aucun sens chimique, mais un sens lié à l'usage.

Voici comment on peut reconstituer l'histoire de la perception et de la qualification des conduites qui nous intéressent, l'histoire de la constitution du concept d'°addiction°. Nous verrons que les conduites aujourd'hui subsumées sous le terme addiction ont donc d'abord été interprétées comme relevant de la faiblesse de caractère individuelle, comme étant le fait de personnes cédant à leurs caprices. Puis, dans un second temps, la prise de pouvoir de la médecine et particulièrement de la psychiatrie sur les questions morales s'est accompagnée d'une naturalisation de ces comportements qui sont alors apparus comme des empoisonnements. Les *substances* devenant causes. De l'intempérance nous sommes alors passés aux toxicomanies avec des mots en -isme et -manie pour chaque type de conduite associée à chaque substance, variant avec les inventions, les importations, les modes… S'ensuivit le regroupement en une seule catégorie qui relève de l'intérêt porté non plus à la substance mais à la conduite. Le passage des toxicomanies à la toxicomanie, puis des addictions à l'addiction, raconte comment nous sommes passés d'une question de caractère, à une question de substances (qui impliquait cependant encore le caractère comme facteur de risque), à, de nouveau, une question de personne. Aujourd'hui, le terme singulier pose la question du mécanisme commun à ces conduites et du niveau auquel il faut se référer pour en rendre compte.

Le terme de *drogue* est d'autant plus inadéquat. D'abord il est paré d'une aura de scientificité, il renvoie à la chimie, à la pharmacie alors qu'il n'a, en

aucun cas, un quelconque sens spécifique dans ces domaines autre que son sens vernaculaire de *substance chimique*. Formule étrange en soi, il reste encore à trouver une seule substance qui ne le soit pas, *chimique*. Ensuite sa signification courante de substance consommée pour le plaisir par une certaine population est plus chargée de réprobation morale que de sens objectif. Enfin, la tentative d'ouverture de la catégorie à des conduites ne reposant pas sur la prise de substances, mais sur des comportements, finit d'en rendre l'usage au mieux désuet au pire suspect s'il ne se limite pas à une signification d'usage, celle des substances récréatives. Enfin, du point de vue légal lui est préféré dans les textes celui de *stupéfiant*.

Drogue n'a donc d'autre sens que son sens courant. S'il s'agit de parler d'addiction, le terme d'objet est plus vague, mais plus adapté. Le champ des objets concernés par l'addiction s'est considérablement étendu, au-delà des substances chimiques et des conduites semblent pouvoir être l'objet d'addictions, d'autre part, le terme drogue est lui aussi très vague et une définition qui permettrait de rendre le sens que l'on soupçonne s'y trouver, c'est-à-dire substance récréative pouvant être objet d'addiction n'a en fait aucune légitimité, ni chimique, ni clinique. Le caractère vague d'objet permet de laisser cette question ouverte. De plus, s'il semble le terme le plus général, le plus imprécis et donc le plus neutre, il est aussi porteur d'un engagement théorique ; celui de centrer l'addiction sur une conduite qui dépend plus du rapport qu'entretient l'addict à l'objet que de la nature de l'objet visé. Nous verrons que l'usage encore courant de *drogue* est souvent le signe d'attitudes normatives vis-à-vis du phénomène et de la persistance de définitions très anciennes.

2) Naissance de l'addiction maladie

Traditionnellement, on date la naissance du concept moderne d'addiction, en tant que maladie, du XVIIIe siècle, avec B.Rush qui la traite comme un empoisonnement. A cette époque, la consommation d'alcool fort s'est démocratisée, l'*ivrognerie* prend une dimension de fléau social. Rush, médecin militaire, a vu les ravages que l'alcool fait chez les soldats. Mais il est aussi un homme d'un autre temps, celui des lumières et d'une conception de l'individu, de la liberté et de la valeur humaine assez différentes des conceptions anciennes. Cette idée selon laquelle Rush est le père de la notion d'addiction maladie, que les lumières on inventée l'alcoolisme maladie progressive et qu'avant les hommes ignoraient l'existence même de l'addiction remonte à un article de 1978 dans lequel Levine met en évidence un lien direct entre société libre, intérêt pour l'individu et possibilité d'envisager l'alcoolisme comme une maladie[15]. L'analyse de Levine qui repose sur des concepts foucaldiens et part du principe que la société industrielle qui naît au XVIII repose sur le self-control et la contrainte et que cette notion de self-control est donc quasi absente avant. Or les sociétés pré industrielle aussi reposent pour certaines sur la contrainte et le self-control, notamment la société anglaise du XVIIe. En 1994 Jessica Warner publie un article qui remet en cause la thèse de Levine et qui montre que l'origine de la conception maladie de l'alcoolisme maladie de Rush remonte au début du XVIIe et que cette idée d'une maladie du contrôle de ses actes n'est pas née dans le milieu médical mais religieux[16]. Elle retrace l'origine des concepts de Rush et les fait

[15] Levine 1978.
[16] Warner 1994.

remonter à des sermons pamphlets d'hommes d'église et de moralistes. Cette idée d'alcoolisme maladie a ensuite été reprise par le milieu médical et Rush devient alors le continuateur et le propagateur d'une idée dont il a hérité.

Cependant, c'est en fait à la Renaissance que semble avoir été écrit le premier texte qui concerne une pratique qui se rapporte à l'addiction au sens contemporain[17], sous l'aspect d'une maladie.

a) Le cas Pascasius

Pâquier Joostens d'Eeklo, ou Pascasius Justus, est un médecin et philosophe flamand né autour de 1520 et dont on ne sait rien après 1591. Il parcourut l'Europe, résida en Italie où il publia son traité sur le jeu en 1561 chez le même éditeur que Vésale[18]. Pascasius,

> fonde son analyse à la fois sur son expérience et sur sa lecture critique d'Aristote et de Galien, mais aussi de Virgile et des auteurs classiques.[19]

Cette rencontre entre expérience personnelle et connaissance livresque des classiques est typique de ces écrits de la Renaissance. Cependant, la particularité de cet auteur est qu'il s'agit, au sens strict, de son *expérience personnelle* ; Pascasius était joueur.

Son traité est constitué de deux livres, le premier traite des causes et des effets du jeu, le second du traitement. Il n'est nulle part question du jeu en tant que tel, «le goût démesuré et le désir incontrôlable de jouer pour de

[17] Dans le cadre d'une polémique toute actuelle.
[18] Pascasius, 1561. La traduction éditée par Nadeau, L et Valleur, M. date de 2014.
[19] Cottier, J.F, «Pascasius, mode d'emploi» in Nadeau & Valleur, *Pascasius ou comment comprendre les addictions suivi du traité sur le jeu (1561)* 2014 p.73. Voir aussi ce chapitre de Cottier, qui est le traducteur du texte latin pour une biographie plus complète de l'auteur.

l'argent[20]» sont son sujet, l'acte simple de jouer, les types de jeux, les modalités, ne l'intéressent pas.

Après les formes d'usage, Pascasius insiste sur la nouveauté de son traité, personne selon lui n'a encore considéré le jeu ainsi et c'est en réponse au désespoir des joueurs, qui ne peuvent trouver d'apaisement parce que le sujet n'a pas été clairement étudié, et donc qu'aucun remède ne peut être proposé, qu'il élabore son analyse. Il circonscrit ensuite ce dont il s'agit : «le désir lui-même qui, une fois implanté dans l'esprit, se développe largement»[21] . Il n'est pas question du jeu pour la détente ou l'exercice de l'esprit, du passe-temps inoffensif partagé par tous. Pascasius définit son sujet comme

> une passion effrénée de jouer pour de l'argent, désir qu'enflamme un espoir de gain aussi ardent que crédule. C'est aussi une maladie grave affectant longtemps l'esprit qui en se fondant sur une vision erronée d'un avenir conduit par le hasard déclenche un désir de jouer aussi effréné qu'exalté.[22]

Pascasius décrit, pour reprendre des termes modernes, un désir irrépressible, ce que l'on nomme aujourd'hui le *craving*. Il est question de passion, de désir et, surtout, de pathologie de l'esprit. Il évoque aussi la durée de cette pathologie, renvoyant à la chronicité des définitions modernes. D'autre part, il y a aussi à l'origine une erreur de jugement, Pascasius, dans la ligne d'Aristote, voit dans le joueur qui agit contre son propre intérêt quelqu'un qui se trompe.

Cette définition lui permet ensuite de présenter le phénomène comme ne relevant pas de la faute morale comme le serait une action dirigée par la

[20] Pascasius, 1561, p 96.
[21] Pascasius, 1561, p111.
[22] Pascasius, 1561, p112.

cupidité. Le joueur est au contraire, selon lui, capable d'une grande générosité quand il s'agit de distribuer ses gains à son entourage. Le joueur est avant tout victime d'un excès de confiance qui est l'inverse de la «vile et craintive cupidité»[23]. Alors que l'opinion des savants de son temps, qui «suivent Aristote», font du jeu une question de cupidité, Pascasius le rapproche de la prodigalité. Il ressemble à une incapacité totale à se modérer ou se retenir conduisant à un excès, à dépasser «la juste mesure», par analogie avec l'orgueil, qui est selon Aristote dans l'*Ethique à Nicomaque*, une erreur de jugement sur soi. Le joueur fait preuve de stupidité en ayant une confiance excessive en lui, dans sa capacité à gagner, à se contrôler lui-même, et à maîtriser le hasard.[24]

Autre dimension moderne, Pascasius parle de la «perte de contrôle»[25] et de la perpétuation de la pratique malgré la connaissance des conséquences néfastes qu'elle entraîne. Là encore, son texte semble d'une troublante modernité. Pour Pascasius, cette perpétuation contraire au bon sens est le signe qu'il s'agit d'une maladie. Tout comme les douleurs physiques que l'on ne peut ignorer, les tourments des maladies de l'esprit obnubilent leurs victimes ; elles ne peuvent les ignorer. Le jeu tourne à l'obsession. Cette obsession, alors, explique la chronicité de cette maladie. Toujours le joueur risque de rechuter face au souci qui l'accable et au désir qui se rappelle à lui. Autre preuve de la nature pathologique, les joueurs peuvent en arriver à des extrémités folles, des stratégies pour jouer même en l'absence de dé, aux dernières volontés consistant à faire de sa dépouille des objets de jeux[26].

[23] Pascasius, 1561, p.114.
[24] Pascasius, 1561, p.97-98.
[25] Pascasius, 1561, p.114.
[26] Pascasius parle notamment d'un joueur ayant souhaité que ses os soient transformés en dés et sa peau utilisée comme tapis et cornet.

La deuxième partie du premier livre porte sur les causes de cette maladie de l'esprit. Comme toutes les maladies, elle trouve son origine «en partie dans un élément nuisible et en partie dans le cœur». S'inscrivant dans la théorie des humeurs de l'époque, ce n'est pas au niveau de la physiopathologie que l'on pourra trouver trace de modernité chez Pascasius, ni du caractère précurseur qui ressortait de la partie précédente. Cependant, avant de s'intéresser aux humeurs proprement dites, Pascasius cherche les causes, dans un cadre conforme à la pensée de son époque, la cause finale pour commencer, qui n'est pas, pour lui, l'argent, qui n'est qu'une fin à court terme. «Les plaisirs, le luxe et les agréments de la vie», soit ce que l'argent peut offrir, représentent la fin à long terme du jeu. Or nous désirons tous de l'argent pour accéder aux plaisirs de la vie mais ne nous adonnons pas tous au jeu (de manière excessive comme il est question). Cela n'arrive que quand s'associe à ces désirs une confiance excessive «dans sa bonne fortune»[27]. Nous nous trompons sur l'avenir, sur nos perspectives.

> Et c'est cette tromperie de l'esprit qui chez beaucoup est la cause la plus fréquente du jeu.[28]

Il faut donc transformer cet optimisme en crainte. Mais avant de proposer une méthode thérapeutique, il lui faut expliquer comment cette cause devient efficace, comment «ce bon espoir se réveille en nous».[29] Il s'appuie sur Aristote pour qui l'optimisme naît de la chaleur, qui, comme pour le vin, «enflamme les hommes» excite et conduit même jusqu'au délire, et sur Gallien ;

[27] Ce que les grecs nomment *euelpistian* et que le traducteur choisit de traduire par *optimisme*
[28] Pascasius, 1561, p.124.
[29] Pascasius, 1561, p125.

> La folie provient, dit-il, d'un excès de chaleur dans le cerveau, et d'une qualité corrompue de l'humeur, semblable à celle de l'ivresse.[30]

La comparaison avec le vin le conduit à tirer deux conclusions ; la quantité fait varier les effets et l'habitude peut faire qu'il devient difficile de s'en passer, de faire autrement. Il existe aussi des sensibilités différentes, des natures plus ou moins à même de se laisser aller dans un sens ou dans l'autre, des personnes naturellement plus *chaudes, optimistes*. Il ajoute que ces personnes que l'on dirait aujourd'hui vulnérables tomberont d'autant plus facilement dans le vice qui correspond à leur nature que la situation se présente. Pour Pascasius le corps et l'âme ont une double nature, l'une innée, qui entre en compte dans les vulnérabilités et l'autre acquise, plus plastique, qui s'éduque et se forme par la pratique et l'habitude. Le risque étant que la part innée ne nous pousse à répéter les mêmes pratiques qui teintent alors la part acquise, renforçant encore nos tendances naturelles, là où il s'agit au contraire de tempérer nos penchants. Ce faisant, il répond à ses contemporains qui condamnent les joueurs en sous-entendant que le vice naît exclusivement de sa pratique et qu'aucune inclinaison naturelle n'y pousse. La dimension innée est une cause d'excuse, inscrite dans la nature, que nous pouvons il est vrai amender. D'autre part, il lui est important de réfuter que le phénomène soit le fruit de l'avarice, qui est un péché. Au contraire, l'avarice est prudente, pusillanime là où la cause est l'optimisme, l'audace, la crédulité. Pour Pascasius, citant encore Aristote, la cupidité est froide, vient avec l'âge, est incurable, tout le contraire de la flamboyance dépensière du joueur. Elle est un obstacle à la prise de risque insensée, ne résisterait pas aux pertes et ne trouverait pas la force, certes délirante, qu'il

[30] Pascasius, 1561, p126.

faut pour tenter de reprendre ce que l'on a perdu. De plus, il voit dans le phénomène un excès, qui dépasse «la juste mesure» là où la cupidité est par nature un *en-deçà.* Si les joueurs sont cupides c'est au sens où «une quête honteuse de gain les accapare», c'est une conséquence, un à côté de la passion du jeu, leur nature est autre.

On peut voir dans ce premier livre une sorte de modèle liant vulnérabilité et environnement, que l'on retrouvera au XIXe siècle[31], ce faisant, il dresse une cartographie de certains types de caractères, plus ou moins chauds ou froids, plus ou moins à même d'être poussés au vice. Car c'est cela qu'il lui importe de souligner ; les joueurs sont poussés, dans une sorte de mécanisme stimulus/réponse dépendant de leur vulnérabilité.

D'autre part, son analyse le guide vers une stratégie thérapeutique. Il cite Hippocrate «les contraires se soignent par les contraires»[32]. L'excès de chaleur se soigne par le froid. La raison permet de garder la tête froide et il est important de connaître ses tendances pour savoir quelles sont nos inclinaisons naturelles et les risques qu'elles nous font courir.

Le livre deux est celui de la thérapeutique, Pascasius propose que, pour lutter contre cet optimisme né d'une trop grande chaleur, il faut évidemment un refroidissement, et ce refroidissement passe par la parole. Alors qu'il inscrit son étiologie dans le corps (la théorie des humeurs est à prendre au pied de la lettre concernant le bouillonnement du sang, l'excès de chaleur etc.) il propose un traitement de l'âme.

Les joueurs ont deux caractéristiques, un échauffement qui leur fait

[31] Voir, trivarié, à la manière des théories modernes, contemporaines, associant à la fois la vulnérabilité individuelle, le produit, et l'environnement.
[32] Pascasius, 1561, p.137.

croire qu'ils pourront obtenir des gains élevés, une confiance optimiste crédule dans le hasard mais ils sont aussi dans l'erreur concernant leur statut moral, et cette erreur est à combattre. Pascasius affirme d'abord l'efficacité de l'esprit sur le corps :

> En effet, chacun ne purge-t-il pas quotidiennement la foule de ses humeurs intérieures et extérieures en rougissant ou pâlissant simplement par la pensée, voir en tremblant suant ou pleurant [...] Si donc c'est la pensée qui accomplit toutes ces opérations qui ne peuvent manifestement se produire sans le froid ou le chaud, il ne fait alors pas l'ombre d'un doute que rien ne peut ni mieux ni plus vite réchauffer ou refroidir que la pensée.[33]

Ensuite, la parole peut affecter esprit et corps. Il prend l'exemple de l'homme prêt à se battre qui est calmé voir effrayé par un argument, son agitation (pour Pascasius soutenue par un bouillonnement des humeurs internes) est apaisée voir changée en crainte (froide) ou, à l'inverse, du timide galvanisé par un discours puis des écrits des philosophes sur la mort capables d'apaiser les angoisses. Il cite Platon qui dans *l'Apologie de Socrates* parle de la peur de la mort comme de la crainte honteuse de quelque chose que l'on ignore, l'entretien de certitudes alors qu'on ne sait rien, l'accès à la connaissance ayant un effet apaisant. Il se propose alors de trouver comment les joueurs pourraient se débarrasser de leur optimisme crédule en perdant leurs fausses croyances, leurs opinions erronées :

> Dès que les esprits sont instruits de la vérité, tout le désordre de l'erreur bien vite écarté, les troubles cessent en très peu de temps, et très rapidement, c'est tout le comportement du corps qui se transforme.[34]

[33] Pascasius, 1561, p.153.
[34] Pascasius, 1561, p.156.

Pour Pascasius, la Sagesse est à l'esprit ce que la nourriture est au corps. Il faut se nourrir pour donner à son corps ce dont il a besoin et il en va de même pour l'esprit. Enfin, comme l'esprit et le corps interagissent, il est nécessaire de s'occuper ainsi de son esprit. Le docteur en médecine et philosophie, comme il se présente, plaide pour le soin du corps et de l'âme, soins dévolus à la médecine et à la philosophie.

Deux *vices* touchent les joueurs, la crédulité optimiste déjà évoquée et une opinion morale erronée sur eux-mêmes qui les empêche de remettre en cause leur activité : les joueurs refusent de voir qu'il est foncièrement immoral de vouloir gagner de l'argent au dépend d'autrui car il est immoral de convoiter les biens d'autrui. *In fine*, la condamnation morale revient mais elle est encore sur le mode de la condamnation d'une action immorale conduite sous l'effet de l'erreur qu'il s'agit de corriger. Le traitement va donc reposer sur la lutte contre l'ignorance qui explique ces deux erreurs. Il s'agit alors pour les joueurs d'avoir en tête quelques proverbes ou sentences prêts à l'usage qu'ils pourraient ressortir quand la tentation est trop forte et, surtout,

> à garder de la piété envers tout ce qui doit être objet de vénération. [...] à se procurer *le plaisir* et *l'absence de douleur* que tout le monde désire, par la juste mesure et par le *bien.*[35]

Il faut aussi se rappeler que la

> Seule et unique cause, en effet, de toutes les angoisses et de tous les soucis qui affligent les esprits humains en cette vie et leur infligent de pitoyables tourments est

[35] Pascasius, 1561, p.170.

l'insatiable convoitise.[36]

Il est donc question d'éducation à la sagesse. Cette éducation en plus des effets immédiats de tempérance a des effets sur le contrôle des désirs. En effet, certains malades ne suivent pas la raison, la passion les déborde et leurs désirs prennent le pas. De Médée à St Paul, on *voit le bien et on fait le mal.* Or l'éducation à la sagesse permet de voir le bien mais aussi de renforcer la volonté à suivre le bien. Comme il est possible par un effort de volonté de contrarier ses appétits, mêmes les plus légitimes, on peut se retenir de boire quand on a soif, on peut jeûner etc. selon Pascasius, la Raison peut renforcer la volonté qui est à la fin l'arme pour le combat à mener. La Raison et Dieu, le livre finit sur un conseil et un avertissement au joueur : *«Suis Dieu»*.

Nous reviendrons sur Pascasius à propos de la paternité de l'addiction maladie habituellement attribuée à un auteur plus tardif, Benjamin Rush, que nous allons maintenant aborder.

b) Rush et la propagation de l'addiction maladie

Au XVIIIe siècle, en 1784, Benjamin Rush[37], un des pères fondateurs de la jeune démocratie américaine, et de la psychiatrie, propose d'une certaine façon de dédouaner au plan moral le consommateur, ici d'alcool[38]. C'est, alors, pour lui, le produit qui empoisonne, sa victime perdant tout contrôle sur lui-même ou allant jusqu'à mettre fin à ses jours, dans un sursaut moral, face au dégoût que lui provoque ce qu'il est devenu. L'article de Warner montre cependant que dès le XVIIe le buveur peut être considéré comme un malade, que le produit est impliqué dans une perte de contrôle de l'individu

[36] Pascasius, 1561, p.171.
[37] Rush, *Une Enquête Sur Les Effets Des Spiritueux Sur Le Corps Et L'esprit Humains.* (1784), 2011.
[38] Le mot *alcool* n'est jamais utilisé, il parle de spiritueux, de liqueurs etc.

et que le plaisir, par la consommation devient nécessité[39]. Mais d'une part cette idée qui fait de l'addiction une maladie reste le fait de moralistes et d'hommes d'église dont la définition de maladie recouvre celle de maladie de l'âme. Rush reste un moment important pour l'addiction maladie. Car il est médecin. C'est certes aussi un moraliste mais son approche est médicale, revendiquée comme telle, ce qui ne veut pas dire qu'elle n'est pas morale, elle l'est aussi, mais elle se présente comme médicale. D'autre part, même si on peut douter que les notions de self-control et de contrainte aient été inventées au XVIIIe, elles deviennent des marqueurs importants de l'imaginaire de cette époque, de valeurs revendiquées et qui teintent la réflexion. Même s'il ne fait que donner une forme à une idée ancienne et que dans le langage courant le buveur est depuis longtemps assimilé à un type de malade, cette maladie dans laquelle prend part le produit est une maladie de l'âme et la psychiatrie de Rush veut s'en emparer avec le regard du médecin. C'est de cette attitude dont nous avons hérité.

Avec Rush, le buveur n'est plus à condamner ni à railler mais à plaindre. Ce n'est plus une sanction qui doit répondre à son comportement mais un traitement. Le débauché est un malade à prendre en pitié. L'ouvrage de Rush, malgré ses prétentions scientifiques, médicales, est avant tout une œuvre morale, il s'agit de mettre en garde contre la consommation, de réfuter les croyances traditionnelles concernant les occasions durant lesquelles la consommation est conseillée[40] (pendant un travail physique...) et de proposer des remèdes. Pour Rush, un individu peut aller à l'encontre de toutes les

[39] Warner 1994.
[40] Rush évoque le triple niveau produit/personne/environnement et sa mise en garde contre les fausses idées socialement véhiculées ressemble beaucoup à ce que Fouquet et Clavreul écriront dans leurs *Lettres aux Alcooliques* mais il insiste sur la prédominance des effets du poison. Cependant son texte est suffisamment court et dense pour qu'on puisse y voir, aussi, un précurseur d'un modèle bi ou tri-varié.

règles communément admises de bienséance, se vautrer dans une conduite humiliante et destructrice à cause du produit. Sa droiture morale n'est en cause que parce qu'il a consommé ce produit, que tout le monde consomme et dont les us et coutumes prescrivent, même, l'usage fréquent et abondant.

On trouve chez Rush un mode de relation au buveur qui repose sur quelque chose qui ressemble à une forme de confiance en l'individu. L'homme ne peut tout de même pas faire le mal volontairement et comme il ne peut pas non plus à se tromper à ce point, étant donné que, de lui-même, il va parfois reconnaître l'absurdité de son comportement, parce que la société dans son ensemble le lui rappelle, et que cela concerne parfois des personnes aux qualités morales indiscutables avant la rencontre avec l'alcool, il ne s'agit pas simplement d'une erreur d'appréciation. Il y a plus. Pour Rush, des *esprits ardents* prennent le contrôle du pauvre buveur. La réponse à l'énigme de ce comportement est qu'il est tout bonnement irrationnel. Il est irrationnel parce que mauvais, et pour cela il ne peut pas être *volontaire*. Le buveur *est* agi plus qu'il n'agit, il est donc *malade*. Rush pose, en cette période de révolution américaine où se redéfinissent les contours d'un nouvel individu, responsable, capable et libre, ce qui aujourd'hui encore est le problème de l'addiction, celui du libre arbitre, du constant balancement entre coupable et malade, volontaire et involontaire, libre et aliéné.

On peut aussi voir dans le geste de Rush un changement dans l'endroit *où* chercher l'addiction. Pour Rush, l'origine n'est pas dans l'individu mais hors de lui, dans l'alcool, le produit. Rush a aussi en tête de protéger la jeune démocratie américaine de ce qui risque de se produire si ses membres sont soumis aux effets de l'alcool. Il y a, en filigrane, plus que le danger encouru par le buveur lui-même, un risque social qui préfigure une problématique du XIXe siècle.

Rush emploie le mot d'addiction, dans son sens anglais premier, celui de *se consacrer à,* quand il s'agit d'une activité moralement réprouvée, d'une mauvaise habitude. Pour lui, cette *addiction* est le fruit d'un empoisonnement, et il ne traite que de l'alcool. L'extension à d'autres substances prendra un siècle. Mais sans remettre en cause l'immoralité des comportements, et la nécessité pour la société de s'en protéger. Son œuvre en est un des moyens, elle est à visée prophylactique. Rush fait d'un objet physique la cause. Un poison agit sur le corps et c'est ce qui rend immorale la personne. Pour Rush, le monde physique est, ou peut être, à l'origine de certains comportements, quel que soit le degré d'intégrité morale revendiquée, ou supposée de celui qui les effectue. Les questions de conduite ne relèvent plus de la sphère de l'esprit exclusivement mais aussi du corps. Les *ardent spirits,* traduits par esprits ardents, de Rush, prennent possession du buveur, mais cette possession n'est pas du registre, justement, purement spirituelle, le monde physique est en cause. Pour cela, la science, et particulièrement la médecine, gagne l'autorité légitime pour prendre en charge ces comportements moraux, ce qui était autrefois la prérogative exclusive de l'Église. C'est dans ce mouvement de la prise de pouvoir de la médecine au détriment des autorités religieuses que se fait cette révolution conceptuelle. Cependant, cela ne signifie pas que ces questions trouveront une approche objective, débarrassée des considérations morales, mais plutôt que la médecine va, dès lors, jouer un rôle de régulation des comportements sociaux.

Cette dichotomie entre nature et culture, biologie et morale que l'on fait remonter à Rush[41], est au cœur même de tous les débats actuels et passés

[41] Pour ce qui est de l'addiction. Cependant l'œuvre de Rush est très empreinte de cette démarche de trouver des réponses physiologiques aux questions de son temps.

sur l'addiction.

c) Paternité de l'addiction maladie

Nous allons maintenant aborder la question de la paternité du concept d'addiction maladie. La description de Pascasius le conduit à qualifier le phénomène de pathologie chronique, récidivante, se présentant sous la forme d'une perte de contrôle, de «la perte de la liberté de s'abstenir», selon la formule prononcée par Fouquet pour définir l'alcoolisme au milieu du XXe siècle. En cela, sa présentation est d'une grande modernité, il ne s'agit pas d'un vice mais d'une maladie. D'autre part, Pascasius insiste bien sur l'absence de malignité, le joueur n'est pas (simplement) cupide et s'il agit mal, c'est parce qu'il est dans l'erreur. Il semble bien être le premier à traiter d'une addiction comme d'une maladie, qui plus est une maladie de l'esprit dans un modèle explicatif qui fait la part belle à l'intrication corps esprit. Enfin, il propose un traitement par la parole. Il est tentant de voir, malgré les critiques de Canguilhem adressées à cette notion même[42], le précurseur de la psychanalyse. Valleur et Nadeau brodent sur ce thème[43] mais ils rappellent aussi les limites de l'exercice de style, le risque qu'il y a à coller nos codes et connaissances sur un texte du XVe et le danger d'extrapoler sur de vagues analogies. On pourrait même être tenté de voir en Pascasius un précurseur des thérapies cognitives, avec sa perspective de modification des comportements par la correction des idées fausses. En fait, la posture philosophique de Pascasius est en rupture avec son temps. Le fait de considérer le joueur comme malade plus que comme coupable va à l'encontre de la doxa de son époque. On peut trouver plusieurs raisons. Il

[42] Voir Canguilhem, 1994, p.9-23. Pour une revue sur le sujet voir Delille, E., 2017.
[43] Pascasius, 1561. Voir leur introduction au texte.

était joueur lui-même et donc probablement peu enclin à la condamnation morale absolue. Mais avant tout, sa description du phénomène fait montre d'une étonnante acuité. Il parle de la fièvre du jeu qu'il connaît, de l'intérieur, et il élabore son étiologie à partir de ses observations personnelles et des théories médicales en cours. Il en ressort logiquement que l'avarice ne peut constituer le fond du problème. L'avarice est froideur et crainte, le jeu est chaleur et excès. Ce qui est moderne chez Pascasius c'est son approche humaniste qui délaisse la condamnation pour le raisonnement, une croyance en l'autre et en ses possibilités de s'amender, la reconnaissance de la valeur de l'homme qui, en un certain sens, préfigure les lumières et leur individualisme démocratique dont Rush est le représentant.

L'ouvrage de Pascasius ne fera pas date et la naissance officielle de l'addiction maladie attendra les lumières et les révolutions démocratiques du XVIIIe. Rush est aussi le père de la psychiatrie américaine[44], il s'inscrit dans ce qui constitue aujourd'hui, pour nous, les fondations de notre médecine et de notre science moderne. Même si d'un point de vue scientifique, sa théorie des esprits ardents est à peine moins éloignée de nos connaissances actuelles que celles des humeurs de Pascasius. Rush est aussi le père de l'addiction maladie parce qu'il existe une continuité entre lui et nous, là où l'option maladie s'est perdue après Pascasius avant de renaître chez Rush, au sein d'un paradigme totalement différent de celui de la médecine de la renaissance et bien plus proche du nôtre que ne l'est celui de Pascasius.

Le grand intérêt du texte de Pascasius réside dans le fait qu'avec un

[44] Il est nommé ainsi, «The father of American psychiatry». Il est l'auteur du premier ouvrage américain systématique sur la pathologie mentale, *Medical inquiries and observations, upon the diseases of the mind*, en 1812. Cet ouvrage restera longtemps le seul livre sur le sujet aux USA.

appareil méthodologique et conceptuel très différent du nôtre il arrive, grâce à une certaine finesse d'observation, à des conclusions que l'on peut rapprocher des analyses actuelles concernant la chronicité, les rechutes, la nature pathologique, les interactions entre personne et environnement, voire avec l'objet lui-même, de manière certes moins explicite. Son rapprochement entre ivresse et jeu résonne aussi de manière particulière alors que la question des addictions sans drogue se pose. Mais cela raconte surtout que ce que nous nommons addiction n'est pas uniquement une construction sociale et historique. A l'origine, il existe un phénomène clairement décrit, qui n'a pas attendu notre époque pour pouvoir être identifié. Quant à la qualification de maladie, elle est, comme pour Rush, un moyen d'extraire le comportement de la législation exclusive de la morale. Il semble que pour lui ce qui relève de la maladie est avant tout ce que la médecine peut expliquer et changer. Le qualificatif dépend de la définition que l'on en donne, en cela, l'addiction maladie est tributaire des contextes, normes, concepts en vigueur, et cette question est au cœur des conflits modernes à son propos.

Le geste de Rush n'est pas très différent de celui de Pascasius. Une analyse descriptive fine issue d'une proximité vécue avec le problème, Pascasius comme joueur et Rush comme médecin militaire, et membre d'une société où la consommation d'alcool est massive alors que de nouvelles substances fortement titrées viennent se substituer au vin et à la bière. Enfin, l'intérêt pour l'individu comme porteur de valeur de la renaissance et l'individualisme démocratique de la révolution américaine permettent aussi de poser la question des choix, de la liberté et celle de la possibilité de l'erreur vue comme différente de la désobéissance. C'est la continuité de l'histoire qui nous lie avec Rush, qui en fait le père de l'addiction maladie, Pascasius n'en demeure pas moins un observateur aiguisé d'une réalité naturelle au cœur du

phénomène que nous nommons addiction.

C'est la mainmise de la médecine sur l'addiction qui donne naissance à sa conception moderne. Les comportements concernés sont de l'ordre de la folie et c'est aussi l'histoire de la médicalisation de la folie qui se raconte, celle de la prise de pouvoir de la médecine concernant la prise en charge des comportements moraux *déviants*, au détriment de la religion. Cette histoire est celle de la fin du XVIIIe, des lumières et de la naissance de la démocratie. Pour l'addiction, cela correspond avec Benjamin Rush en 1784, à l'extériorisation de l'origine du mal, qui va devenir le fait de substances, non plus de personnes au caractère spécifique, concrétisant le passage de la transgression à la maladie. A ce moment *addiction,* terme qui signifie mauvaise habitude va être utilisé à propos de la consommation d'alcool par B.Rush. Or l'œuvre de dé-moralisation du phénomène passe par l'extériorisation de la cause et elle se fait sur le modèle de l'empoisonnement. Pour qu'il y ait empoisonnement il faut un poison, et les pratiques qui n'impliquent pas d'absorption de substance vont se retrouver exclues, le jeu, par exemple. La naissance du concept moderne d'addiction fait du comportement addictif la conséquence de la prise de substances aux propriétés addictogènes. Mais l'extériorisation de l'origine ne signifie pas que le consommateur soit dédouané, il est un élément important à prendre en compte. Après tout, il subit, mais il agit. La médicalisation de l'addiction change le rapport à l'addict, s'il ne s'agit plus de simplement condamner sur le plan moral, il reste que tout le monde ne consomme pas le poison, et la prise en charge du phénomène prend en compte, avec d'autres modalités, la question de celui qui agit, de ce qu'il fait et de sa responsabilité. Le XIXe est à la fois un siècle de grands progrès scientifiques, de confiance en la science, et de grandes modifications sociales. Le concept d'addiction va continuer sa

formation dans ce contexte où il s'agit de *prendre en charge*, de gérer un phénomène aux conséquences sociales majeures. Le décrire devient une étape pour agir, pour soigner l'individu et protéger la société. La question se pose alors en termes de *question sociale*.

Mettre la cause dans le produit ne résout pas la question de la responsabilité individuelle, tout le monde ne devient pas addict alors que (presque) tout le monde consomme. La diversification des substances va cependant accélérer le processus de déresponsabilisation en attirant l'attention sur des propriétés spécifiques de ces substances et la question de l'existence d'une classe particulière d'objets dont il faut alors déterminer les caractéristiques, certaines semblant plus à même de provoquer le phénomène. Mais, d'autre part, avec l'arrivée de ces produits inconnus, exogènes, si on peut penser l'addiction comme le fruit de la consommation de *certains produits*, ces derniers ne sont plus consommés par tous. Des types de consommateurs peuvent alors être identifiés. Cela ne permet pas de nous libérer de la question du choix volontaire ; si ces produits sont disponibles il reste que certains résistent à leur attrait. Cela va entraîner au début du XXe siècle le mouvement des interdictions de certaines substances.

Une autre conséquence, plus contemporaine, concerne les addictions sans drogue. Le jeu revient dans le domaine de l'addiction puis d'autres comportements, qui ont d'abord à voir avec les thèmes classiques moralement discutables, comme les achats compulsifs et le sexe, et enfin des activités qui peuvent être socialement positivement connotées comme le travail ou le sport. Cette ouverture vers une addiction à des comportements relance la problématique des choix individuels. Ces addictions concernent des pratiques qui touchent tout le monde mais que l'on ne peut condamner

pour des raisons morales ni de santé publique. Il s'agit alors de repenser l'addiction comme excès avec les outils de la pensée moderne, d'un retour à la case départ dont d'aucuns se méfient, en raison de la possibilité de voir être reformulée le problème sous la forme de la condamnation morale, c'est-à-dire de voir définir la limite entre ceux qui cèdent à l'excès et ceux qui résistent dans les termes classiques de la tempérance. D'autre part, la perspective de considérer qu'il puisse *in fine* y avoir une distinction entre consommation ou pratiques récréatives bénignes et excessives laisse entrevoir la possibilité d'une continuité entre ces extrêmes. On ne peut donc plus qualifier l'addiction simplement par une pratique (ceux qui font contre ceux qui ne font pas) ni même par une quantité de pratique (ceux qui font beaucoup contre ceux qui font peu), au risque de devoir condamner absolument des pratiques partagées par tous ou de devoir poser une limite quantitative à l'excès dont on ne voit pas bien selon quels critères internes à la pratique nous pourrions faire usage. Doit-on selon cette logique pathologiser les sportifs de haut niveau ?

Il faut donc un critère extérieur ; ce sera celui des conséquences de la pratique, conséquences personnelles, sociales et celui de la prise en compte de ces conséquences. D'un point de vue explicatif, la prise en compte de ces dimensions dans la description du phénomène implique de penser en termes d'interactions complexes entre différents paramètres. Après avoir pensé l'addiction comme rencontre entre une personne et un objet, comme Pascasius ou Rush, le XIXe fait de l'addiction, particulièrement l'ivrognerie, une question sociale. Le social peut alors expliquer pourquoi cette rencontre personne/objet devient ivrognerie. Les trois termes étant en interaction, cela implique de penser des moyens pour agir sur les personnes, sur les produits et sur le social.

3) Évolutions modernes et prise en charge sociale

a) Le XIXe siècle ; une rencontre entre un produit et une personne

Si au début du XIXe Pinel ne voit dans la consommation d'alcool qu'une des causes probables de ce qu'il nomme «l'idiotisme» (une des cinq aliénations mentales[45]), des termes comme œnomanie[46], dipsomanie[47], vont, chez ses élèves et successeurs[48], faire entrer la consommation d'alcool dans la catégorie des manies. L'éthylisme concerne alors la consommation chronique d'alcool, non plus l'intoxication aiguë. Mais la théorie des manies, issue de Pinel et Esquirol montre le maniaque comme quelqu'un dont les passions, ou une passion dans le cas des monomanies[49], prennent le pas sur le réel. Le maniaque perd tout contrôle vis-à-vis de l'objet de la passion. Or, l'origine des

[45] Pinel, *L'Aliénation Mentale ou la Manie : Traité Médico-philosophique*. 1800. L'idiotisme est d'ailleurs la seule forme pour laquelle Pinel trouve des altérations cérébrales.
[46] Rayer dans son *Traité sur le Délirium Tremens* en 1819 écrit «L'usage ayant déjà consacré les mots Erotomanie, Théomanie, etc., j'ai pensé qu'on pouvait désigner, par celui d'Œnomanie, une lésion particulière des fonctions intellectuelles produite par l'abus du vin et des liqueurs spiritueuses.» p.7.
[47] Hufeland l'emploie dans la préface d'un livre de Brühl-Cramer en 1819. voir Kielhorn 1996.
[48] Esquirol, Morel, Marcé, Griesinger, Foville, Lasègue et Trélat sont cités, dans cet ordre, par Alexandre Cullerre en 1888, dans *Les Frontières de la Folie*, à la rubrique «Dipsomanie», p. 102-109.
[49] Depuis la fin du XVIIIe, on distingue les folies partielles qui n'altèrent pas la totalité de l'esprit du sujet, un mélancolique est tout à fait capable de tenir un raisonnement logique, et le délire général. Ces folies partielles finiront par être appelées monomanies. Le thème de la distinction entre folie totale et folie partielle est un thème majeur du XIXe siècle. Voir à ce sujet Sueur 1993.

manies est pour eux à trouver dans des événements psychologiques et on peut, par exemple, les voir comme des erreurs de raisonnement touchant un objet isolé. En dehors de leur manie les personnes sont normales, perception, raisonnement et jugement ne sont pas altérés, hors de la zone d'influence de la manie, c'est donc entièrement une question de passion. Si Rush met en garde contre l'objet qui peut provoquer l'ivrognerie, c'est bien dans le sujet que se trouve l'addiction. Avec la psychiatrie des manies, là encore, le trouble est dans le sujet, dans sa psyché, mais la cause n'en est pas le produit lui-même.

La seconde moitié du XIXe verra les différentes formes et étapes de la consommation chronique et de l'intoxication alcoolique être étudiées, décrites et classées. En 1849 le terme alcoolisme fait son apparition sous la plume de Magnus von Huss[50], il décrit une nouvelle maladie, l'Alcoolisme chronique, titre de son ouvrage[51]. Le XIXe siècle est marqué, en psychiatrie, par le passage d'une forme d'explication des conduites pathologiques à une autre : les explications neurophysiologiques prennent le pas sur les explications psychologiques. Le modèle explicatif des manies, essentiellement psychologisant, est supplanté, il s'agit de décrire des faits objectifs (des lésions) qui font la différence entre individus malades et individus sains. Les manies sont issues de la classification de chaque type de délire dans une entité nosologique séparée alors qu'il ne s'agit, pour ces nouveaux psychiatres que de simples symptômes[52]. Ce qui importe est alors, à partir de la physiologie, de mettre en évidence ce qui cause le délire, de

[50]Huss (1807-1890) est un médecin suédois connu pour avoir inventé le terme alcoolisme.
[51] Huss, Magnus von. *Chronische Alkoholskrankheit Oder Alcoholismus Chronicus.* 1852.
[52] Broussais attaque directement «Pinel et ses sectateurs» dans *De l'Irritation et de la folie*, en 1828. A la suite de Gall, qui fait du cerveau la seule origine de la folie, Broussais ajoute qu'une inflammation a pour conséquence le symptôme folie. Pour Broussais le pathologique est toujours physiologique.

chercher l'origine de la manie, non dans la psychologie mais dans la physiologie[53]. Il n'y a pas à chercher une faille dans la volonté du sujet concernant un objet donné mais plutôt à se demander si, l'éventuelle volonté étant intacte, ce ne serait pas l'individu qui serait en cause, son corps. Le corps devenant le centre d'intérêt, on voit aussi que la préoccupation qui entoure les recherches sur l'alcoolisme se centre souvent sur ses conséquences, notamment les plus visibles comme le délabrement physique[54] . C'est l'époque des études des lésions cérébrales en lien avec des comportements et de Phineas Gage qui en est probablement le nom le plus connu. Or si le corps est l'origine, ce qui l'influence peut être considéré comme potentiellement suspect, le social fait alors son entrée en scène.

L'objectivation des comportements problématiques, et donc des comportements addictifs en tant qu'ils sont problématiques, ne peut être isolée du contexte social, politique et économique. C'est dans ce contexte que se manifestent ces comportements, c'est en raison des inadaptations à ce contexte, des problèmes qu'ils créent pour l'individu et pour le groupe social que ces comportements sont qualifiés de problématiques. C'est le contexte qui modèle les conséquences concrètes des actes des individus, c'est encore lui qui détermine le point de vue que portent ceux qui en sont les témoins et qui nourrit l'imaginaire des individus concernant ce qu'est une vie bonne et

[53] On peut faire un parallèle avec des thèmes de l'époque. Notamment la distinction entre automatique et volontaire faite par (Baillarger 1890). Il traite des hallucinations psychiques et isole le domaine de «l'automatisme mental». Cette notion recouvrira avec Clairambault, dans les années 1920, tout ce qui échappe à l'initiative volontaire du sujet. Avec Baillarger ce n'est plus comme chez (Esquirol, 1838), une question de pensées *viciées* mais une l'expression de forces, d'automatismes, que l'action volontaire saine consiste à contrôler, à inhiber. (Voir Forest 2005 le I.1 du chapitre 2, voir aussi) Il apparaît que le point commun de nombre de maladies mentales est la perte de contrôle un thème central de l'addiction. Ces médecins font du cerveau le siège des automatismes et de la capacité de contrôle, c'est ce même mouvement que l'on trouve ici.

[54] Voir par exemple Magnan 1874.

l'idéal auquel les conduites inappropriées sont rapportées pour être qualifiées. Les *problèmes* n'existent que par rapport à une norme idéale de fonctionnement harmonieux et sont définis par rapport à cette norme. Chaque contexte social aura donc sa typologie des conduites problématiques qui, si elles possèdent un fond commun qui permet leur naturalisation et une certaine essentialisation, connote leur description et leur prise en charge.

Au XIXe siècle, l'industrialisation naissante requiert des ouvriers dont le comportement ne peut plus être celui de paysans vivant en petites communautés, relativement isolées dans les campagnes et travaillant aux champs. La forte augmentation de la densité de population et les mutations du travail interdisent certaines conduites ou, plutôt, elles multiplient les risques d'accident. Les entrepreneurs, cette figure de la modernité, réinvestissent leurs gains dans la production au lieu de les dépenser en plaisirs. C'est enfin c'est ce qui est recommandé par la morale, notamment l'ascétisme protestant étudié par Weber dans *L'Ethique Protestante et l'Esprit du Capitalisme*, c'est le type valeur défendue par cette figure de l'entrepreneur, et naissent alors une attitude morale et un jugement réprobateurs sur les conduites autres. Le «sérieux» devient un outil de développement économique et social et de nouvelles normes apparaissent. Il ne s'agit plus uniquement de la condamnation traditionnelle de l'intempérance de la tradition chrétienne, qui condamne l'abus mais favorise l'usage[55]. Il n'est, d'une part, plus juste question de pécher par excès, la consommation même est remise en question, notamment dans cette mouvance puritaine que Weber associe à l'essor du capitalisme. Il y apparaît en son sein ce rapport à

[55] L'Église catholique ainsi que les anglicans, les protestants luthériens et les orthodoxes sont plutôt dans cette optique mais, au XIXe, au sein du protestantisme, vont apparaître des mouvements qui prônent d'abord la modération puis l'abstention et enfin militent pour la prohibition.

l'alcool qui va au-delà de celui des simples « abstentionnistes » chrétiens qui prônent l'abstention sans demander l'interdiction, sans diaboliser. Dès 1800, les premiers mouvements religieux puritains « prohibitionnistes » pour qui toute consommation est péché, voient le jour[56]. D'autre part, plus prosaïquement, les écarts de conduite, notamment alcooliques, ne peuvent plus être tolérés parce qu'ils interfèrent avec le développement économique et parce que les conditions de vie, les regroupements de populations, l'urbanisation, amplifient les conséquences de ces conduites et, en retour, semblent favoriser leur diffusion dans certaines populations. De plus, il n'est plus question de vin dilué, la distillation s'est démocratisée et industrialisée. Des alambics, coulent, en continu, des boissons au taux d'alcool parfois extrêmement élevé[57]. Le XIXe voit croître, la consommation d'alcool de manière vertigineuse et l'ivrognerie devient un véritable problème de société [58]. L'ivrognerie est un élément fondamental de la question sociale et des rapports de classes qui prédominent.

Dans la deuxième moitié du XIXe, un vif intérêt pour les maladies professionnelles se développe, on montre les conséquences sur les corps des conditions de travail, mais aussi les conséquences morales. L'alcoolisme y est

[56] Voir Blocker, 1989. Dès 1789, des fermiers du Connecticut influencés par Rush forment une association de tempérance. Le mouvement s'étend à d'autres états et en 1824 la American Temperance Society est créée.

[57] Voir Poulot, (1872), 2017. Balzac en 1838 écrit: «Quel est le flâneur qui n'a pas observé aux environs de la grande halle, à Paris, cette tapisserie humaine que forment, entre deux et cinq heures du matin, les habitués mâles et femelles des distillateurs, dont les ignobles boutiques sont bien loin des palais construits à Londres pour les consommateurs qui viennent s'y consumer, mais où les résultats sont les mêmes ? Tapisserie est le mot. Les haillons et les visages sont si bien en harmonie, que vous ne savez où finit le haillon, où commence la chair, où est le bonnet, où se dresse le nez ; la figure est souvent plus sale que le lambeau de linge que vous apercevez en analysant ces monstrueux personnages rabougris, creusés, étiolés, blanchis, bleuis, tordus par l'eau-de-vie. Nous devons à ces hommes ce frai ignoble qui dépérit ou qui produit l'effroyable gamin de Paris. De ces comptoirs procèdent ces êtres chétifs qui composent la population ouvrière. La plupart des filles de Paris sont décimées par l'abus des liqueurs fortes.» *Traité des Excitants Modernes*.

[58] Voir Bernard, 1984.

dépeint comme, à la fois, une tare inhérente à certaines populations et comme un fléau responsable de la dégénérescence de la classe ouvrière. Cela s'inscrit dans le cadre plus large de la théorie de la dégénérescence des hygiénistes de l'époque, comme Lombroso ou Morel, qui, dans son *Traité de la Dégénérescence*[59], qualifie certains environnements de conditions expérimentales susceptibles de dispenser le chercheur de conduire des expérimentations animales contrôlées car le milieu offre toutes les conditions requises pour servir lui-même de laboratoire. Ce faisant, c'est un premier modèle bivarié qui apparaît, modèle ou la pathologie est causée à la fois par des facteurs internes à l'individu, sa personnalité, son corps, et externes. A la différence de Rush, la fragilité est inscrite dans les corps des individus plus faibles ; les dégénérés. Un troisième terme fait aussi son apparition, le milieu. Mais l'appartenance sociale est inscrite en plein dans le corps du sujet. Certains corps sont typiques de certaines classes. La dégénérescence est amplifiée par certains comportements de certaines personnes, plus faibles, comportements favorisés par les dynamiques de groupe, les pratiques, auxquelles s'adonnent ces individus en raison de leur faiblesse. Comme il y a danger d'entraînement, de contamination, il faut intervenir sur ces individus pour éviter qu'ils ne corrompent la race, d'où l'eugénisme comme rempart contre la dégénérescence.

Si l'individu dans son corps est porteur de tares, les pratiques sociales influent sur le corps et le risque de dégénérescence ne passe pas que par la génétique, même si la promiscuité est un danger de corruption de la société par la descendance des dégénérés qui transmettent leurs gènes. On retrouve ici le raisonnement des travaux sur les maladies professionnelles et locales ; le milieu (dé)forme aussi le corps. Le social apparaît dès lors comme un facteur causal envisageable. Il va dès lors considérablement influencer la perspective

[59] Morel, 1857.

sur l'addiction, mais cette influence sera surtout visible après la seconde guerre mondiale, lors du dernier tiers du XXe siècles où la question sociale est renouvelée dans le cadre très différent de la psychologie sociale.

Les écrits sur l'alcoolisme prolifèrent lors de cette seconde moitié du XIXe, le contenu scientifique est variable mais tous portent un regard réprobateur et plus ou moins paternaliste envers cette classe ouvrière alcoolisée. Dans *De l'Alcoolisme ; Des Diverses Formes du Délire Alcoolique et de Leur Traitement*, Magnan, en réponse à une question de l'Académie de Médecine, donne probablement le résumé le plus complet de l'approche scientifique et médicale de l'alcoolisme au XIXe. Dans son introduction, il parle d'un «Danger pressant qui menace à la fois la santé, la morale et la société».[60]

Il distingue l'ivresse, le délire alcoolique simple qu'il classe en trois catégories d'intensité et de gravité. La dernière de ces catégories est celle des alcooliques prédisposés :

> L'infériorité cérébrale de ces malades trouve sa cause le plus souvent dans l'hérédité. [61]

Propos en adéquation avec l'inscription génétique des tares chez les dégénérés. Il ajoute :

> Mais il y a aussi le groupe d'individus qui, grâce aux excès répétés, se créent eux-même pour ainsi dire une prédisposition morbide.

[60] Magnan, 1874, pl.
[61] Magnan, 1874, p.69.

Par, à la fois, l'observation et le rapport de cas qui commencent systématiquement par leurs habitudes alcooliques et leur milieu d'origine, et par l'usage d'expérimentations chez l'animal, Magnan met en lumière les formes aiguës et chroniques de l'intoxication alcoolique, ses interactions avec d'autres pathologies, ses comorbidités, et insiste sur la dimension sociale du fléau alcoolique, sur l'influence des actes des buveur sur leur physiologie et sur l'influence de leur milieu sur leur comportement. Magnan insiste sur la nécessité d'extraire les patients (hors ivresse simple) de leur milieu pour permettre la guérison, regrettant d'ailleurs de devoir préconiser un séjour en asile d'aliéné par défaut, en absence d'autre solution d'éloignement :

> De sorte qu'en réalité, dans l'état actuel des choses, ne possédant pas de refuge ou d'hôpitaux spéciaux pour conserver le temps nécessaire à leur guérison complète cette catégorie d'alcoolisés, il est préférable à notre avis de les faire entrer dans les asiles.[62]

Mais plus encore, il pense que le traitement prophylactique est essentiel, pour éviter les rechutes, et contenir le phénomène. Cette prophylaxie est nécessaire,

> Car arracher un alcoolique à sa funeste habitude, ce n'est pas seulement, on le sait, rendre la santé à un individu, mais c'est aussi le mettre en état de procréer autre chose que des imbéciles, des épileptiques, ou des fous.[63]

Il s'agit d'éduquer, de moraliser. Il s'appuie sur les hygiénistes comme Jolly qui prônent la sobriété (distinguée de l'abstinence),

[62] Magnan, 1874, p.104.
[63] Magnan, 1874, p.106.

> La mesure sagement appliquée aux conditions d'âge, de sexe, de constitution, de climat, et qui, il faut bien le dire, se règle bien plus encore par l'exemple que par les conseils ; par conséquent l'exemple comme principe d'éducation physique et moral, l'exemple dans l'enfance, l'exemple dans la famille, l'exemple dans toutes les régions sociales voilà la vraie prophylaxie de l'alcoolisme.[64]

Il en appelle à l'intervention de la puissance étatique pour promouvoir cette action morale. Magnan se réjouit de la création de deux sociétés de tempérance qui réclament

> De favoriser, particulièrement au moyen de sociétés coopératives de consommation, le remplacement des liqueurs alcooliques par des boissons salubres, telles que les vins naturels, le cidre, le café, le thé, la bière.
>
> De provoquer la fondation de cercle de travailleurs ou les membres trouverais d'honnête et utile distractions et d'où seraient exclues les boissons spiritueuses.[65]

Elles visent encore à augmenter les impôts sur certaines boissons et les baisser sur d'autres et, surtout,

> De réclamer de nouvelles mesures préventives contre l'ivrognerie, notamment la diminution du nombre des cabarets et une réglementation sévère de tous les débits de boissons[66]

Enfin Magnan insiste sur la nécessité qu'il y a à

> Poursuivre l'œuvre de régénération et de moralisation sans laquelle tous les autres efforts donneraient des résultats insuffisants.

[64] Jolly cité dans Magnan, 1874, p.106.
[65] Magnan, 1874, p.107.
[66] Magnan, 1874, p.107.

Cette régénération passe par l'éducation, mais loin de se limiter à la simple information sur les méfaits de l'alcoolisme, il s'agit d'une éducation morale car, citant Chauffard,

> On aura beau apprendre à nos populations les funestes méfaits de l'alcoolisme, que du reste elles n'ignorent pas elles ne se laisseraient pas moins entraîner à la satisfaction de ces grossières jouissances. Jamais le sentiment de leur intérêt n'a retenu les masses humaines. Pour arrêter les hommes en face de leurs passions, il faut les pénétrer d'idées morales, d'idées de devoirs et de dévouement, d'abnégation et de sacrifice[67].

D'une part le 23 Janvier 1871 en France, la loi qui réprime l'ivresse publique a été votée, la puissance publique semblant répondre par la voix légale au phénomène, d'autre part, il est flagrant que, dans ce texte de médecine expérimentale, la dimension sociale est prépondérante dans l'analyse et dans la prise en charge du phénomène, réintroduisant avec force la dimension morale. Là où Rush, qui est un moraliste, vise à dédouaner le buveur pour ses actes, le XIXe considère que la solution se trouve dans l'édification des masses pour qu'elles résistent à leurs pulsions. Là où un Pascasius plaide pour l'éducation mais comme un cheminement personnel, individuel, le XIXe y voit une question collective. S'il est le siècle de l'entrepreneuriat et de la réussite individuelle, il est aussi celui du découpage de la société en classes, la biologie parle de *race* qui unit les individus dans un collectif. Le problème de l'ivrognerie touche des gens avec des caractéristiques sociales communes, c'est un problème majeur, qui s'étend. Le terme de *masse* renvoie encore une fois des individus à leurs points communs, sociaux voire biologiques supposés. La solution comme le problème est alors

[67] Chauffard, 1870, cité par Magnan, 1874, p.107.

collective et s'adresse à cette part commune qui unit un groupe, à la fois de son fait (la fierté ouvrière qui s'exprime dans *Le Sublime*[68] ou chez un personnage comme Silvère de *La Fortune des Rougon*), et par ceux qui lui sont extérieurs (voir le ton paternaliste déjà évoqué et les qualificatifs que chaque classe a pour l'autre). La force et la droiture morale sont les qualités premières d'une nation, la science, et la médecine devenue expérimentale et scientifique sous l'impulsion de Claude Bernard, en sont garants. Si on peut effectivement voir d'une certaine façon le transfert de prérogatives entre la religion et la science, cela ne signifie absolument pas la disparition du jugement moral du comportement. La morale y puise, au contraire, dorénavant sa force.

Zola apporte un témoignage privilégié sur cette période, ses enjeux et ce qui s'y déroule. Il établit une méthode, le roman expérimental, sur le modèle de la médecine expérimentale de Claude Bernard (il suffit de changer médecin par romancier dans l'*Introduction à la Médecine Expérimentale* de Bernard selon Zola)[69], il déclare la littérature comme prolongement de la physiologie au même titre que la physiologie est le prolongement des sciences dures. Il revendique un déterminisme strict, les lois physico-chimiques expliquent les propriétés et le comportement des corps simples dans le milieu extérieur tout comme elles expliquent la physiologie. La différence entre le vivant et l'inerte étant que le vivant baigne à la fois dans un milieu extérieur avec lequel il est en interaction et un milieu intérieur. La complexité de ces relations rend le vivant moins prévisible, en l'état, mais il reste néanmoins qu'il est soumis au même déterminisme que les corps simples et inertes de la physique. Zola voit dans le roman expérimental le moyen de passer du corps vivant au social, il y voit une méthode

[68] Poulot, 1872.
[69] Zola, E., *Le Roman Expérimental.*

d'expérimentation qui permet de faire évoluer ses personnages dans un milieu contrôlé en se tenant à la logique et à la rationalité pour décrire leur évolution et leurs réactions. Il s'inspire des théories de son temps, comme celle de la dégénérescence dont ses romans sont une parfaite illustration. La saga des Rougon-Macquart se fonde sur une théorie de la transmission des caractères d'une génération à l'autre et l'évolution de ses caractères. Si Zola, pour ce qui est de la génétique, se base sur Lucas[70] dont la théorie ne fait pas l'unanimité même à son l'époque, il n'en reste pas moins qu'il donne probablement l'illustration la plus vivante du climat conceptuel, social et politique du XIXe en France.

Dans *L'Assommoir* Zola dresse le portrait de Gervaise Macquart, une jeune blanchisseuse du quartier de la Goutte d'Or à Paris. Gervaise est présentée rapidement dans la *Fortune des Rougon*, son père, comme sa mère, ont un penchant pour l'alcool, l'anisette en particulier pour la mère, et une anecdote est racontée qui montre que la jeune fille se retrouve à boire avec elle dès son plus jeune âge. Victime de son *sang*[71] elle finit dans le plus grand dénuement et sombre dans l'alcool. Le roman est l'occasion de dresser un portrait des exclus du second empire, au travers de leur langue, de leur cadre de vie et d'une description des lieux qu'ils fréquentent, notamment les débits

[70] Le Dr Prosper Lucas, dans le *Traité Philosophique et Physiologique de l'Hérédité Naturelle*, (1847-1850), défend notamment la théorie de l'imprégnation ; une femme reste marquée à jamais par son premier amant et ses enfants, issus d'autres hommes, hériteront de caractères venant de ce premier amant. Lucas défend aussi la possibilité de la transmission de tares venant d'un seul individu, la transmission d'un faute, unique, qui est un motif central de la fresque des Rougon-Macquart dont tous les membres sont issus de trois lignées descendant d'un seul personnage, Tante Dide. Seul Pascal, le docteur, modèle du scientifique humaniste, qui dresse l'histoire de sa famille, échappe à cette forme de malédiction génétique, illustrant un cas *d'innéité*, là encore, une théorie scientifique sur laquelle s'appuie Zola dans son travail qu'il rattache au sciences naturelles.

[71] Elle est la fille d'Antoine Macquart, lui-même fils du contrebandier Macquart. C'est la branche de la famille où s'exprime la folie de la grand mère Fouque et le caractère orageux de son amant, ainsi que son penchant pour la boisson.

de boissons et les alambics qui fleurissent à Paris. Coupeau, qui devient le compagnon de Gervaise, ce couvreur, bon ouvrier, sombre dans l'ivrognerie après un accident de travail et on suit sa déchéance, étape par étape, jusqu'à sa mort. L'itinéraire de Coupeau exemplifie le problème de l'alcool dans la classe ouvrière, Zola suit consciencieusement Magnan dans sa description de l'évolution de l'alcoolisme de son personnage, ses passages à St Anne illustrent le traitement asilaire de l'alcoolisme préconisé par Magnan. D'autre part son personnage passe d'ouvrier modèle à ivrogne exemplifiant les différents types d'ouvriers décrit par Denis Poulot, un petit patron progressiste, qui classe les ouvriers selon leur consommation d'alcool dans *Question Sociale, Le Sublime ou Le Travailleur Comme Il Est en 1870 Et ce qu'Il Peut Être* (connu sous le nom de *Le Sublime)*[72]

L'ivrognerie est une question de société dans cette France du XIXe, or elle est traitée sur un mode paternaliste, la classe ouvrière, dont on craint le soulèvement et le comportement chaotique voit ses problèmes de survie ramenés à son comportement. L'ivrognerie et les attitudes immorales sont, dans les discours bourgeois, à l'origine de ses difficultés. Avec plus de tempérance, de responsabilité et de contrôle de soi, l'ouvrier devrait pouvoir économiser et se sortir de sa situation.

Le discours de Zola dans *L'Assommoir* n'est pas exempt de ces préjugés. Il reprend la peinture bourgeoise en vogue mais, fidèle à sa doctrine qui dépeint les individus comme soumis au déterminisme du sang et du milieu, il fait de l'ivrognerie la conséquence de ces déterminismes. L*'Assommoir* n'est pas une analyse politique sur les causes de la situation de la classe ouvrière, qui sera le sujet de *Germinal* (dont Lantier un des fils de Gervaise est un des héros), c'est une peinture de la vie de village que tentent de reconstruire ces

[72] Poulot, 1872.

ouvriers dans les conditions du Paris du XIXe. Zola se démarque du discours convenu ambiant en montrant l'influence déterminante du milieu sur les hommes, l'ivrognerie est une conséquence, en partie, des conditions de vie. Zola n'est d'ailleurs pas non plus fataliste[73], Cette distinction entre déterminisme et fatalisme se retrouve dans les positions compatibilistes quand il est question de concilier libre arbitre et déterminisme biologique, chez Dennett par exemple[74]. C'est un thème important du champ de l'addiction. Dans *Le Roman Expérimental* Zola cite, encore Claude Bernard pour bien insister sur la différence entre le fatalisme qui conduit à considérer qu'il n'y a rien à faire, et peut donc s'accompagner de mesure visant à protéger la société d'individus absolument conduits à se comporter comme ils se comportent, pensée qui en s'associant avec la théorie de la dégénérescence conduit à l'eugénisme, et le déterminisme, qu'il défend, qui ne fait que mettre en lumière les relations causales. Parmi les causes, le milieu joue un grand rôle et il est donc possible d'intervenir en modifiant ce milieu. On retrouve cette volonté d'agir sur le milieu chez Pouleau par exemple, on prône la mise en place de structures collectives, une nouvelle forme d'organisation sociale pour développer des mœurs plus saines, et c'est une stratégie évoquée pour lutter contre l'ivrognerie. Quant à Zola, son dernier roman inachevé, *Travail,* est inspiré par Fourier.

On voit donc à travers son récit que l'alcoolisme tient à la fois de l'hérédité et des conditions de vie. Il rappelle, qu'au-delà de l'immoralité constitutive, du manque de tenue, de la classe ouvrière, l'alcool sert aussi à supporter ses conditions de vie. L'Assommoir est un lieu de rencontre, de

[73] Zola reprend les mots de Claude Bernard dans la troisième partie de son essai *Le Roman Expérimental* où il s'attaque à l'accusation de fatalisme, il se revendique déterministe mais pas fataliste : «du moment où nous pouvons agir, et où nous agissons sur le déterminisme des phénomènes, en modifiant le milieu par exemple, nous ne sommes pas fatalistes.» *Le roman Expérimental*, p.70.
[74] Par exemple le chapitre 3 de Dennett, 2003.

sociabilité, l'alcool sert à la fois à endormir la douleur et appartient au monde de la fête. Dans *L'Assommoir,* son héroïne cherche à créer du lien social, cela passe par la fête. Les ouvriers se retrouvent autour de l'alcool pour parler, refaire le monde, exprimer leur colère et leurs rêves. On y voit comment Gervaise tente d'organiser autour d'elle une sorte de vie de village, comme tentative de reconstruction de cette vie de campagne que ces individus ont perdu en venant à Paris pour trouver du travail. Ensuite, l'alcool anesthésie pour un temps les douleurs physiques et morales que les journées de douze heures dans des conditions pénibles ne manquent pas de faire naître. D'autre part, c'est un aliment bon marché qui se substitue à la nourriture qu'ils ne peuvent se payer, Coupeau est décrit comme ayant engraissé et il se moque de ses camarades amaigris, avant, lui aussi, de présenter la silhouette étique de l'ivrogne en fin de vie. Ensuite, l'alcool donne une sensation de chaleur et permet de lutter contre le froid qui s'insinue dans les logements précaires quand on n'a pas les moyens de se procurer de quoi se chauffer ou se vêtir. La consommation d'alcool peut alors se penser comme une conséquence des conditions de vie et on peut envisager un changement des conditions de vie pour lutter contre le fléau plutôt que de voir simplement l'ivrognerie comme la cause unique des problèmes de la classe ouvrière. Enfin, le portrait qui est fait de l'alambic est celui d'une force mystérieuse et inquiétante d'où coule en continue les alcools qui sont servis à l'Assommoir, laissant à penser qu'il y a à l'œuvre bien autre chose que la moralité douteuse et les désirs pervertis d'individus responsables de leur situation. L'alambic est, sur le modèle du trou des Halles dans *Le Ventre de Paris* ou du grand magasin de *Au Bonheur des Dames* un personnage monstrueux à part entière. Son influence quasi surnaturelle fait de l'ivrognerie un phénomène qui dépasse les choix individuels.

Chez Zola, c'est plutôt dans la description de ce que l'on nommerait

l'alcoolisme mondain que l'alcool est présenté comme accompagnant les turpitudes morales de ses personnages dépravés de la haute société. Il est un élément essentiel des fêtes de *La Curée,* il accompagne la déchéance morale comme produit de choix, mais il n'est pas un thème important de l'œuvre. Au XIXe la question de l'alcoolisme est celle de l'ivrognerie et elle est liée intimement à la question sociale. C'est cette jonction entre individu, produit et milieu qui s'opère au XIXe, définissant les trois termes qui sont encore aujourd'hui ceux sur lesquels notre compréhension et notre analyse de l'addiction reposent

La démocratisation et l'utilisation intensive de l'alambic fournit des alcools nouveaux, au titre extrêmement élevé, voir à la composition chimique variable[75]. La distillation imparfaite peut laisser des quantités non négligeables de méthanol par exemple, qui a des effets aigus et chroniques différents de celui de l'éthanol. L'Absinthe[76] en contient souvent, et elle a été

[75] Voir Jacquet, L., *L'Alcool. Etude Economique Générale, ses rapports avec l'agriculture, le commerce, la législation, l'impôt, l'hygiène individuelle et sociale*, publié en 1912, cet ingénieur propose une étude magistrale sur l'alcool. Cette somme de 900 pages difficilement trouvable dans le commerce est disponible sur le site Gallica BnF à la consultation et au téléchargement. La préface de Clémenceau, détaillée, argumentée et s'appuyant sur des sources diverses est, du point de vue historique, tout à fait éclairante et constitue une réflexion très complète sur l'alcool, l'alcoolisme et les autres consommation de drogues surprenante. Ce livre et sa préface méritent, tous deux, une étude approfondie pour quiconque s'intéresse au sujet de l'alcool et de sa consommation au début du XXe siècle.

[76] Elle contenait aussi de la thuyone, substance convulsivante, hallucinogène, désinhibitrice interdite dans les boissons par une loi de Mars 1908 en France, voir à ce sujet la préface de Clemenceau dans Jacquet, 1912. Cette substance, proche du menthol, a été accusée d'être à l'origine des troubles spécifiques liés à la consommation d'absinthe. Il semble cependant qu'il s'agisse surtout d'attaque des lobbys viticoles. Le taux légal aujourd'hui est de 35 mg/mL, les absinthes ont été accusées de contenir parfois 1000 mg/mL. Les «dosages» (qui étaient des estimations larges, étant donné l'impossibilité technique d'effectuer à l'époque les dosages directs), ou plutôt les estimations calculées, oscillent entre 350 et 60 mg/mL selon les auteurs. Mais il semble que les évaluations au XIXe aient été probablement sur évaluées, pour des raisons techniques ou politiques. Une récente étude sur un échantillon d'absinthe française

interdite en France de 1915 à 2011 et n'est autorisée aujourd'hui qu'avec un contrôle très strict notamment en ce qui concerne le méthanol qui ne doit subsister que sous forme de traces. Elle est d'abord un alcool cher et réservé à une élite, comme tous les alcools, puis se démocratise jusqu'à devenir un produit de grande consommation (on consomme plus d'absinthe que de vin en 1914). Sa composition chimique est responsable d'un type d'ivresse très particulier, différent de l'ivresse alcoolique *normale*. C'est aussi un puissant neurotoxique qui s'attaque au nerf optique et au cerveau en général provoquant cécité et folie. Les crises de délires de Copeau, inspirée de Magnan, donnent une bonne idée de ses effets. Ces alcools offrent une autre façon de vivre l'ivresse, le mode de consommation a sans doute masqué en partie le fait qu'il s'agit en fait de substances assez différentes dont l'expérience peut prendre des formes variables ; il y a *des* ivresses. De plus, au XIXe siècle, l'offre récréative se complexifie. On voit l'émergence de nouveaux produits[77] issus notamment des progrès de la chimie. Entre le *Traité des excitants modernes* de Balzac, en 1838 et Tolstoï en 1890 dans *Pourquoi les hommes usent-ils de stupéfiants*, on passe de l'eau de vie du café du sucre et du tabac du premier auxquels à l'ajout de la morphine, du haschich, de l'opium,

pré prohibition a donné une concentration de 5 mg/mL, voir pour ces questions la revue de Padosch, Lachenmeier & Kröner 2006.
Le goût très fort, mentholé de la thuyone aurait probablement rendu impropre à la consommation des boissons aux concentrations élevées (on trouve de la thuyone dans les préparations pharmaceutiques comme le *Vicks Vaporub*, qui lui donne son odeur). L'extrême titrage alcoolique (autour de 90° parfois) et la présence d'autres substances comme le très neurotoxique méthanol, sont des explications plus vraisemblables (on pense aussi à d'autres convulsivants issus des plantes utilisées pour la préparation). Quoi qu'il en soit, l'absinthisme est avant tout de l'alcoolisme. Le produit est alors peu cher et très fort en alcool. On comprend aussi les attaques des lobby du vin contre ce produit qui leur prend des parts de marché.

[77] La morphine est découverte en 1804, la coca arrive en Europe en 1859, la cocaïne est synthétisée par Niemann en 1860, d'autres produits ancestraux exotiques sont remis au goût du jour comme l'opium ou le haschich en périphérie des mouvements artistiques et littéraires d'avant garde, puis commencent à se démocratiser.

de l'éther et d'autres substances volatiles chez le second.[78] Toutes les nouvelles substances ne sont pas forcément des produits de grande consommation, mais suffisamment pour que Tolstoï les traite dans son opuscule[79].

Avec Rush, une sous-catégorie de l'excès s'est constituée pour extraire de l'intempérance en générale ce qui caractérise l'addiction ; celle de l'excès de *consommation*. D'abord sur le mode de l'absorption. On trouve un comportement de consommation hors norme et des conduites qui accompagnent la consommation sur lesquelles on peut porter un jugement négatif. Les *drogues*, les substances qui sont associées à l'addiction sont des produits qui se consomment, s'incorporent sur le mode de la nourriture. L'alcool est en cela l'archétype, le modèle princeps traditionnel. Il se trouve qu'il est le plus consommé en Europe, où naît cette question de l'addiction telle qu'on la connaît, puis le modèle s'étend au fur et à mesure que d'autres substances, créées ou venues d'ailleurs sont l'objet de consommations *hors norme*. Les objets concernés par ces pratiques sont pour certains anciens, leur consommation elle aussi ancienne. Les produits ne sont d'ailleurs pas forcément diabolisés, ils peuvent même être glorifiés, mais les comportements excessifs à leur endroit le sont et semblent l'avoir toujours été. De prime abord, seule la consommation considérée comme excessive, irréfléchie était condamnée. D'ailleurs les limites entre consommation acceptable et déviante dépendent du contexte culturel. Comme vu précédemment, nombre de ces produits sont intégrés à des rituels à dimension sociale, religieuse, mystique. Leur usage est alors prescrit dans un

[78] Les termes excitants et stupéfiants ont plus une valeur littéraire que réellement descriptive, d'ailleurs les excitants de Balzac sont les stupéfiants de Tolstoï.

[79] La raison donnée par Tolstoï à la consommation des ces *stupéfiants* est

> «le besoin d'étouffer la voix de la raison et de se rendre incapable de discerner le désaccord entre notre façon de vivre et les scrupules de notre conscience.» p23, Tolstoï, L. *Pourquoi les Hommes Usent-ils de Stupéfiants*.

certain contexte, mais les sortir de ce contexte est le plus souvent de l'ordre de la transgression. Seul leur usage immodéré, hors des prescriptions, est alors fautif. La multiplication des produits, d'abord avec le développement du commerce au XVIIIe, produits réservés à une élite, puis leur démocratisation au cours du XIXe et, enfin, les progrès de la chimie, puis leur intégration dans une culture qui ne leur connaît pas d'usage rituel, créent une nouvelle façon de catégoriser ces objets. Celle qui distingue les objets que tout le monde consomme de ceux qui ne concerne qu'une partie de la population. On passe alors de celui qui ne sait pas se contenir à celui qui va avoir des comportements différents, déviants de la norme qualitativement, qui fait un choix qui lui est propre. La société dote de normes et choisit ce qui est permis et ce qui ne l'est plus en termes d'objets et plus seulement de mode de consommation. On passe un degré dans la transgression, il n'est plus uniquement question de faiblesse mais il s'agit d'aller contre les règles voire les lois. La transgression n'est plus que quantitative elle devient possiblement qualitative.

Les consommations de substances sont souvent associées à des groupes sociaux distincts, possédant leurs propres modes et types de consommation. Aux USA, une immigration chinoise de masse importe avec elle la consommation d'opium fumée (qui est un problème pour la Chine depuis le XVIIe siècle. La pratique s'y est répandue sous l'influence occidentale, le Portugal, puis l'Angleterre y important l'opium indien). Cette consommation concerne une population pauvre et circonscrite à des quartiers spécifiques, les consommateurs fument en public et attirent une frange d'autochtones qui se mêlent aux immigrés chinois autour de cette consommation, des salles de jeux, des lieux de prostitution etc. Dans le même temps, un produit dérivé de l'opium, le Laudanum, est lui aussi consommé en grande quantité, mais ses consommateurs sont des gens aisés, qui consomment chez eux. Les seconds

vont profiter de la multiplication des médecins spécialisés dans ces conduites autodestructrices et être traités comme des malades, les premiers, paieront le prix de leur fréquentation de lieux mal famés et leurs pratiques illégales ou liées à la délinquance, leur prise en charge sera légale. Cette dichotomie de la prise en charge médicale/légale et les incohérences qui y sont associées perdurent encore aujourd'hui[80].

Le grand public ne voit pas, en dépit de Rush et de ses successeurs, le consommateur comme obligé, il consomme parce qu'il le veut. Si la prise en charge sociale n'est plus exclusivement morale, elle n'est pas non plus exclusivement médicale. L'hygiénisme avait pour objectif de protéger la race, il y a encore une volonté de défense de la société par les moyens de la science et de la médecine, tout comme Rush voulait protéger la démocratie américaine des méfaits alcooliques, or, ce rôle est dévolu à la loi, à la justice. La fin du XIXe et surtout le début du XXe sont les moments, sous l'influence de groupes de pression à connotation religieuse d'Amérique du Nord, des grandes interdictions des produits[81] et de la pénalisation des consommateurs [82]. Les condamnations morales des temps anciens perdurent et sont

[80] La politique de *War on Drugs* aux USA procède de la réaction des ligues de tempérance qui s'offusque du commerce forcé de l'opium imposé par les britannique à la Chine. Elle prend la forme de traités internationaux au début du XXe, sous l'impulsion de la puissance naissante des USA qui en font une priorité morale et un outil de domination diplomatique. Le gouvernement Nixon dans les années 1960 déclare la *War on Drugs,* consistant en une législation répressive interne et une politique extérieure visant à lutter contre la production et le trafic qui va considérablement influencer les relations entre les USA et le reste du monde. Les gouvernements démocrates ne feront que limiter son expansion qui reprend avec force sous Reagan.

[81] En 1909 le premier accord international concernant les stupéfiants s'attaque à l'opium, en 1912 morphine cocaïne et héroïne sont aussi concernées puis le cannabis en 1925. C'est à cette période que les différentes législations nationales se mettent en place. Outre les USA sur lesquels nous reviendrons, les pays scandinaves, le Canada et la Russie connaîtront aussi des épisodes de prohibition de l'alcool.

[82] La loi de répression de l'ivresse publique date du 23 Janvier 1873 en France, à la suite de la création de ligues contre l'alcoolisme et de sociétés, dont la première date de 1871. La réponse à l'alcoolisme a été assez tardive en France, la défaite de 1870 semble l'avoir accélérée. La loi

exprimées dans le vocabulaire de la loi et de la science. Ce que l'on nomme addiction sort du domaine de la conduite privée immorale pour entrer dans le champ de la pathologie dès la fin du XVIIIe, le XIXe voit la psychiatrie s'intéresser à ces phénomènes mais la médicalisation de ces conduites va de pair avec un traitement judiciaire nouveau. La dimension morale loin d'être expurgée est en fait déplacée. Ce qui apparaît troublant avec la description de ces pratiques c'est qu'elles semblent impliquer des produits, des personnes et leur environnement. Ces deux derniers termes laissent une place à la question morale. Comment expliquer que des individus aient des comportements objectivement autodestructeurs ? Soit leur rationalité est à remettre en cause, et la maladie, la folie, semble une explication acceptable, soit, un choix est fait et c'est leur morale qui est questionnable. De plus, ce sont des maladies de l'excès, dont toutes les morales, les philosophies, on fait un problème voire, un ennemi. Il est tentant d'imputer des comportements moraux typiques à des populations entières et il s'agit alors de traiter ces pathologies sociales, en protégeant les personnes vulnérables mais aussi en protégeant la société de leur influence et de leurs actes. La dimension morale revient sous la forme à la fois du contrôle social par le biais de la loi et par celui du rôle social de la psychiatrie. D'autres part, on voit bien que le vocabulaire choisi est connoté, le suffixe en -isme fait référence aux intoxications comme le saturnisme (plomb), l'hydrargisme (mercure), mais il est aussi en usage pour impliquer une opinion, une orientation politique.

C'est sur le modèle de l'alcoolisme de Huss que prolifèrent des descriptions de rapports excessifs à certains produits, avec la création de

---

du 12 Juillet 1916 introduit les notions de «détention de stupéfiants» et «d'usage en société». Certaines substances étaient cependant déjà contrôlées et classées dans le tableau des «Substances vénéneuses» depuis 1846, leur commerce étant limité. Il s'agissait de lutter contre les empoisonnements, non de questions récréatives, ce tableau étant issu d'un édit du XVIIe siècle relatif à l'arsenic.

termes comme le «morphinisme», «l'éthérisme». Leur remplacement par les suffixes en -manie, comme la «cocaïnomanie», puis, pour finir la «toxicomanie», à l'orée du XXe siècle, comme catégorie unifiante, part en fait des folies. L'alcoolisme échappera d'ailleurs à l'alcoolomanie, qui ne s'imposera pas, le tabac de même ; ce sont deux produits depuis longtemps intégrés aux sociétés occidentales et leur traitement particulier semble sous-entendre que, s'il s'agit d'habitudes déplorables, nous sommes peu enclins à associer la consommation de ces produits, acceptée, intégrée, à la folie mais bien, selon le sens que l'on donne au suffixe, à un empoisonnement regrettable ou un choix de vie. L'ambiguïté morale est donc bien présente. Schématiquement, aujourd'hui, on réserve encore -manie aux substances illégales, laissant planer l'ombre de la folie et une aura de malveillance, et -isme aux drogues légales. Enfin, le rassemblement sous la catégorie de la toxicomanie pose la question du point commun entre ces produits. Devant la difficulté à le trouver, doutant de son existence, l'attention se focalisera sur le rapport de l'individu à l'objet dans lequel l'objet joue un rôle pour la personne qui n'est pas le sien propre mais une construction, un lien dont les enjeux subtils pourraient être à trouver dans la personne, non plus l'individu pris comme un corps, mais la personne avec son histoire, sa psyché où il faudra aller chercher cette origine. Ces deux approches seront celles qui, au XXe siècle, n'auront de cesse de s'entremêler pour donner ce qui est aujourd'hui, pour nous, l'addiction.

b) Le XXe siècle ; l'inexorable et la liberté

Le XXe siècle est, pour les substances concernées, le temps des

interdictions. Cela entraîne une séparation entre les addictions qui n'aura de cesse de poser question. Il existe des addicts qui, du fait de leur simple consommation, sont soumis à la sanction pénale. Il existe des *drogues* légales et des *drogues* illégales, des malades selon l'opinion la mieux partagée et des délinquants, ou des délinquants malades.

Les mouvements de prohibition sont allés jusqu'à obtenir, aux Etats-Unis l'interdiction de l'alcool (sauf cas particulier comme les services religieux) entre Janvier 1920 et Décembre 1933[83]. Le mouvement prohibitionniste est une réaction au changement de société qui eut lieu au XIXe siècle, le passage de petites communautés au monde moderne, aux liens sociaux distendus. Ce passage s'était accompagné d'une consommation d'alcool problématique, probablement conséquence aussi de la disparition de ces liens sociaux, de la dureté de la compétition économique, du changement de société et d'un malaise civilisationnel. Les communautés évangéliques offraient, contre cette désagrégation de l'idéal social des pères fondateurs, un retour aux sources et une solution alternative à la consommation d'alcool qui devint un fléau à combattre.[84] Quand la prohibition fut levée, le mouvement

[83] Durant les treize ans de la prohibition, toute fabrication, tout transport et toute vente de boisson contenant plus de 0,5° d'alcool étaient interdits par le 18eme amendement de la constitution américaine, cette loi n'interdisait pas la consommation. Après une période courant entre l'approbation de l'amendement par le congrès en Décembre 1917 et la ratification du Nebraska en Janvier 1919, qui permit d'atteindre la ratification dans les trois quarts des états, il fallut encore un an pour que le congrès passe une loi dite Volfstead Act, passant outre le veto du président Wilson alors en exercice, et que la loi entre en application. La prohibition commença le 17 Janvier 1920 à minuit, la première infraction officielle (le vol par des hommes armés d'une cargaison de «whiskey médicinal») fut constatée le même jour à 00h59.

Aujourd'hui encore, l'alcool est totalement (dry counties), ou partiellement, interdit (moist counties) dans plusieurs centaines de comtés aux USA, dont le comté de Moore dans le Tennessee... d'où est originaire le Jack Daniel's.

[84] Rorabaugh, William J. *The Alcoholic Republic: An American Tradition.* 1979. En Europe aussi le XIXe voit la consommation d'alcool augmenter considérablement et les problèmes associés s'amplifier, voir Bernard 1984, pour les cas de la France et de la Scandinavie. La quantité d'internés dans les asiles à Paris pour raison d'ivrognerie ira jusqu'à atteindre 30%. Cette

de tempérance continua la lutte par d'autres moyens et fut à l'origine des Alcooliques Anonymes dont le rôle dans la constitution du concept moderne d'addiction est fondamental.

c) Alcooliques Anonymes ; les programmes en 12 étapes.

1) Histoire et principes

Les Alcooliques Anonymes (AA) est un mouvement apparu aux USA après l'abandon de la politique de prohibition dans les années 30. Le mouvement pour la tempérance est une constellation de clubs, de fraternités, organisées en structures plus larges et représente une force politique considérable. Des partis politiques locaux sont fondés et la loi fédérale de prohibition n'est que la continuité d'interdictions locales, d'efforts de lobbyisme et de conversion du personnel politique américain. Après L'échec de la prohibition, le mouvement continue d'exister et poursuit sa croisade autrement. Il ne s'attaque plus au saloon (l'ennemi de la famille) ni à l'ivrogne (ennemi du chrétien) mais aux problèmes des alcooliques. Il alerte les populations contre les dangers de l'alcool. Il revient alors à ce qui a fait sa force, les communautés locales[85]. Le AA sont officiellement fondés par William Griffith Wilson dit Bill W., un courtier en bourse ruiné par la crise de 1929 et Robert Holbrook Smith, dit Docteur Bob, tous deux alcooliques, le 10 Juin 1935, date symbolique du dernier verre d'alcool du Dr Bob.

En fait, la paternité indirecte du mouvement peut remonter à Carl G.

hausse suit l'industrialisation et l'installation en ville de populations de plus en plus nombreuses.

[85] Blocker 1976.

Jung[86]. Roland (ou Rowland) Hazard III était un patient de Jung auquel ce dernier aurait conseillé de chercher dans une expérience mystique une solution à son problème d'alcoolisme devant l'impossibilité de l'aider à se sortir de cette situation. R.Hazard III entra en contact avec une secte évangélique dite Oxford Group[87], en Europe, puis devint un membre actif de ce mouvement de retour aux USA. R.Hazard III aida dans ce cadre un ancien camarade de classe de Bill W. (Edwin «Ebby» Thacher). Cet ancien camarade de classe, alcoolique lui aussi, mena Bill W. vers le groupe.

Cette expérience est racontée dans la première lettre du livre qui sert de référence aux AA, livre écrit par Bill W. et le Dr Bob, quand ils fondent les AA. Ce livre se nomme à l'origine *Alcoholics Anonymous* et donne le nom au mouvement, mais il est aujourd'hui connu sous le nom de *Big Book*[88].

Dans la forme, ce mouvement s'appuie sur le bénéfice attendu d'une parole libre, dans la lignée de la psychanalyse alors en plein essor aux USA[89]. Les alcooliques y sont vus comme des malades chroniques, souffrant d'une pathologie organique congénitale démasquée par le contact avec l'alcool ; l'alcoolique y est parfois vu comme allergique[90]. L'alcoolisme y est défini comme une maladie physique chronique, incurable et mortelle, pas comme

---

[86] Les lettres de 1961 sont publiées par Bill W. en 1963.

[87]Fondé par un missionnaire chrétien luthérien, F.Buchman, qui prêchait un abandon complet au plan divin comme une nécessité spirituelle et comme solution à tous les problèmes existentiels. Buchman est originaire des USA mais élabora sa doctrine en grande partie lors d'un voyage en Angleterre, avant de revenir aux USA.

[88] L'histoire de la fondation des AA se trouve dans le Big Book, voir aussi la lettre de Jung à Bill W. du 30 Janvier 1961. Jung évoque aussi cette histoire (Jung 1977, p.272).

[89] Gifford, 2008.

[90] «L'Opinion d'un Médecin» in *Big Book* 4em ed. Novembre 2001. Dans ces lettres du Dr William D. Silkworth, qui traita Bill W en 1934, peu avant la formation officielle des AA, l'auteur parle d'allergie :

> «Toutes ces personnes, ainsi que beaucoup d'autres, ont un symptôme en commun : elles sont incapables de boire sans contracter un goût immodéré pour l'alcool. Ce phénomène, comme nous l'avons suggéré, pourrait être la manifestation d'une allergie qui différencie ces gens et les place dans un groupe à part.»

une pathologie mentale. L'alcoolique est présenté comme non responsable de ses actes sous l'emprise de l'alcool et non responsable de son alcoolisme. Ces deux points sont pour le moins ambigus. Dans les 12 étapes, l'alcoolique doit reconnaître et réparer ses torts, et l'entourage est encouragé à traiter l'alcoolique comme responsable.

Si la pathologie est incurable, l'alcoolisme peut cependant être contrôlé, cela nécessite une abstinence totale et définitive. Afin de résister à la tentation, l'alcoolique est invité à continuer à participer aux réunions du groupe AA, pour aider les nouveaux arrivants et pour ne jamais oublier qu'il reste un alcoolique, même abstinent. La forme des groupes AA est celle d'une communauté.

Aujourd'hui les groupes AA se sont développés et tournés vers d'autres addictions, soit en conservant le nom d'AA mais en acceptant tous les addicts, soit en prenant des noms spécifiques à l'addiction concernée, avec parfois des troubles existentiels difficilement assimilables à l'addiction. Ces systèmes de traitement sont aussi appelés *programmes en 12 étapes* ou *Fraternité en 12 étapes*, sur la base des 12 étapes originelles des AA. Outre les *Narcotiques Anonymes* et *Cocaïnomanes Anonymes*, qui sont liés à l'addiction traditionnelle il existe aussi des fraternités reconnaissant une définition plus large de l'addiction notamment comportementale avec les *Sexoliques Anonymes*, *Work Anonymes*, *Dépendants Affectifs et Sexuels Anonymes*, les troubles de l'alimentation comme les *Outremangeur Anonymes* et les *Anorexiques Boulimiques Anonymes*. Les *Débiteurs Anonymes* et les *Emotifs Anonymes* sont plus étonnants, si l'on s'en tient à l'actuelle définition donnée par le modèle maladie. Les *Nar-Anon*, groupes familiaux qui s'adressent aux familiers des dépendants, et *Survivants de l'Inceste Anonymes* sont deux autres organisations qui reposent sur les 12 étapes

suivantes[91].

2) Les 12 étapes

1. Nous avons admis que nous étions impuissants devant l'alcool - que nous avions perdu la maîtrise de notre vie.

Le premier pas est de reconnaître son impuissance. Cette reconnaissance est nécessaire pour ensuite remettre son destin aux mains d'une puissance supérieure qui seule peut permettre de s'en sortir. L'addict n'est pas responsable de sa situation mais il est responsable d'accepter de se reconnaître et de se livrer ainsi.

2. Nous en sommes venus à croire qu'une Puissance supérieure à nous-mêmes pouvait nous rendre la raison.

La raison, qui traditionnellement va lutter contre les passions dans une optique paulinienne (comme chez Saint Thomas) où la raison est extérieure à l'agent, est laissée à la discrétion d'une «Puissance supérieure«. L'homme peut sortir du péché mais uniquement avec l'aide de Dieu.

3. Nous avons décidé de confier notre volonté et notre vie aux soins de Dieu tel que nous Le concevons.

[91] Il ne s'agit ici que de la liste des fraternités françaises. D'autres groupes existent dans d'autres pays. Les liens vers ces fraternités sont disponibles à : http://www.aafrance.fr/les-aa-sont-ils-pour-vous/autres-dependances et chaque site détaille notamment sa version du programme en 12 étapes.

La volonté, bras armé de la raison, est donc elle aussi à la discrétion d'une «Puissance supérieure», ici «Dieu tel que nous Le concevons«. Cette formulation, absente des premières éditions, fait que la foi en un être supérieur est toujours nécessaire mais la référence monothéiste n'est plus ouvertement faite au Dieu chrétien, ni même au Dieu des trois monothéismes. Il s'agit d'une prise de distance vis-à-vis de l'origine protestante du mouvement qui s'ouvre alors à n'importe quelle croyance en une entité divine supérieure. Un chapitre du Big Book traite de cette question. Les AA se définissent comme officiellement agnostiques, cependant, un athée qui souhaiterait rejoindre le groupe sera invité tout de même à revoir ses conceptions et à se trouver une «Puissance supérieure» de son choix. Les reproches concernant le prosélytisme des AA sont focalisés sur cette dimension et à ce propos les AA restent clairement sur une position agnostique mais revendiquent la «Puissance supérieure«. La dimension religieuse est indiscutable et parfaitement assumée.

4. Nous avons procédé sans crainte à un inventaire moral approfondi de nous-mêmes.

L'addict est sur le chemin d'une refondation totale, le passé doit être épuré et il se présente en habit de pénitent. Cet inventaire moral devra être partagé avec le groupe

5. Nous avons avoué à Dieu, à nous-mêmes et à un autre être humain la nature exacte de nos torts.

Si l'addict est décrit comme non responsable de ses actes dans

l'explication théorique de l'addiction chez les AA, cette étape est ambiguë. Elle est à mettre en lien avec la notion chrétienne de péché originel. L'addict est coupable, comme tout le monde et il doit expier ses péchés. Ici «Dieu» n'est pas le seul interlocuteur, il faut aussi faire part de ses péchés à «un autre être humain«, à la communauté. C'est une étape préparatoire à la remise à plat totale de ses dettes vis-à-vis des autres qui fera l'objet d'une étape ultérieure.

6. Nous étions tout à fait prêts à ce que Dieu élimine tous ces défauts.

L'addict était prêt à ce que «Dieu» le libère. «Dieu» étant tout puissant, en cas d'échec la responsabilité est celle du pécheur. Là encore, la doctrine n'est pas aussi déculpabilisante qu'annoncée. Il est reproché, par les opposants aux groupes AA comme Peele et Fingarette[92], aux programmes en 12 étapes, d'aliéner les addicts, qui quittent une prison pour une autre, la secte des AA et ses préceptes, ses obligations et son code de conduite qui contraint les individus à un type de vie. La transfiguration attendue repose entièrement sur l'addict, l'engagement oblige et limite strictement ce qui peut être fait et ce qui ne doit pas, ne peut pas, être fait. Une fois les étapes précédentes effectuées, une fois ses sombres secrets dévoilés, une fois acceptée la doctrine, l'échec ne peut être que du fait de l'addict, la «Puissance supérieur» peut et, avec la collaboration éveillée du pénitent va, vaincre l'addiction. La seule issue est de recommencer, d'insister. En cas d'échec, c'est que le pénitent n'était pas tout à fait prêt.

7. Nous Lui avons humblement demandé de faire disparaître nos défauts.

[92] Voir la deuxième partie de cette thèse.

L'addict doit être humble face au pouvoir de Dieu. Il doit reconnaître sa faiblesse et sa vulnérabilité hors de «Lui». Cette étape peut aussi être interprétée comme un attachement supplémentaire au groupe, rappelant le dénuement et la vulnérabilité. En outre, l'échec peut aussi être dû à un manque d'humilité et nécessite donc d'approfondir l'introspection, de voir où on a péché par orgueil.

8. Nous avons dressé une liste de toutes les personnes que nous avions lésées et nous avons consenti à réparer nos torts envers chacune d'elles.

Ici l'addict se prépare à brûler ses vaisseaux. L'annonce publique de sa situation d'alcoolique et de ses torts passés rend tout retour en arrière socialement coûteux. Il y a un renoncement à la personne d'avant et l'avènement d'un changement, d'une renaissance sur les cendres de l'ancien moi fautif. L'annonce sera faite au monde de sa transfiguration. La pénitence est en cours, le pénitent doit être humble pour accepter de se confronter à ses torts passés (dont il n'est, rappelons-le, pas censé être responsable).

9. Nous avons réparé nos torts directement envers ces personnes dans la mesure du possible, sauf lorsqu'en ce faisant, nous risquions de leur nuire ou de nuire à d'autres.

L'addict a fait pénitence et table rase de son passé. C'est l'acmé du programme. Ce qui ressort c'est encore de faire pénitence pour des actes qui sont présentés comme ne relevant pas de sa responsabilité. Il n'y a pas d'incohérence. Il s'agit de la préparation à un éveil spirituel, l'addict ne fait pas pénitence pour les torts qu'il a causés en tant qu'individu malade dont les

actes ont échappé à sa volonté mais en tant qu'individu tout court, homme intrinsèquement pécheur.

10. Nous avons poursuivi notre inventaire personnel et promptement admis nos torts dès que nous nous en sommes aperçus.

Une fois la pénitence effectuée, tout est mis en ordre pour ne pas recommencer. Le sacrement de la confession doit se renouveler continuellement, maintenant paradoxalement l'addiction au cœur de la vie de l'abstinent.

11. Nous avons cherché par la prière et la méditation à améliorer notre contact conscient avec Dieu, tel que nous Le concevons, Lui demandant seulement de connaître Sa volonté à notre égard et de nous donner la force de l’exécuter.

Il n'est plus question de chercher à guérir de son addiction en se remettant à Dieu mais de se mettre à son service entièrement. Il s'agit d'un éveil mystique total.

12. Ayant connu un réveil spirituel comme résultat de ces étapes, nous avons alors essayé de transmettre ce message à d’autres alcooliques et de mettre en pratique ces principes dans tous les domaines de notre vie.

Une fois éveillé, l'individu est au service de Dieu, sa relation ne se limite pas au domaine de son addiction mais imprègne tous les domaines de son être et de sa vie. L'éveillé sera à son tour berger pour les brebis égarées.

Les *Alcooliques Anonymes* est une communauté fondée sur une base religieuse, ouvertement prosélyte. Le message diffusé ne comporte d'ailleurs aucune ambiguïté sur la nature mystique de l'entreprise. Les résultats obtenus dans le cadre de l'addiction, même s'il faut tempérer les annonces des AA eux-mêmes, sont indiscutables. Cependant, la nécessité du cadre religieux, mystique, l'accusation d'utiliser la nécessaire remise à plat de la totalité des modalités de vie de l'addict pour se sortir de sa situation, pour orienter la reconstruction vers une mystique et la définition de l'alcoolisme comme une condamnation à vie, pour soi (chronique, incurable et mortelle) et ses descendants (avec la récente intégration des études génétiques) posent problème et expliquent l'opposition frontale entre le AA et les tenants des théories antimaladie[93]. La culpabilité est l'élément central du programme, alors que le patient est d'abord défini comme innocent. Elle renvoie à la culpabilité inhérente à l'homme depuis le péché originel et son acceptation est une étape nécessaire vers l'illumination proposée. Le programme fonctionne en redéfinissant totalement le contexte de vie et les croyances des individus, nous verrons dans la deuxième partie que ses résultats peuvent s'expliquer non pas par l'intervention divine mais peut-être plus simplement par une redistribution du cadre de vie qui change la valeur de l'alcool pour l'addict et les valeurs relatives de l'alcool et des autres activités ; c'est toute l'échelle des valeur de l'individu qui est modifiée selon une narration à laquelle il faut adhérer. Ceux qui n'y adhèrent pas, quittent les groupes, ceux qui y adhèrent ont une chance de troquer leur addiction, et leurs centres d'intérêts contre cette forme d'intégration à une communauté religieuse, ses centres d'intérêt et ses valeurs.

[93] Dans une optique américaine, nous verrons que le terme maladie n'a pas, en, France, les implications concernant le libre arbitre notamment qu'il revêt dans la pensée américaine.

En fonction des différents groupes, les 12 étapes ne sont modifiées qu'à la marge. Cela signifie que le même parcours est proposé aux familles des addicts et dans le cadre de *Survivants de l'Inceste Anonymes*.

La première étape par laquelle passe celui qui rejoint les AA consiste à reconnaître son impuissance face à l'alcool ; la «perte de maîtrise de [sa] vie ». L'alcoolique anonyme se revendique *addict* dans un geste qui prend immédiatement parti concernant la question du libre arbitre, de la maladie, et de la capacité à agir. Il est intéressant de noter qu'un auteur comme Herbert Fingarette, grand pourfendeur du modèle maladie, fait remonter le «concept classique d'alcoolisme maladie» comme il le nomme, à la «*fin des années 1930*[94]». Or, plus qu'à une quelconque avancée scientifique, une publication majeure dans le domaine de l'alcoolisme, cette période correspond au développement du mouvement pour la tempérance aux USA et à la création, en 1935 des AA. Ce qu'il appelle *concept classique* est donc plus précisément la définition de l'alcoolisme défendue par les AA, définition qui a une influence considérable sur la société dans son ensemble et est, *in fine,* la doxa officielle contemporaine de Fingarette quand il écrit *Heavy Drinking*.

Pour ce concept classique de l'alcoolisme maladie, l'alcoolisme est une maladie évolutive, qui ne dépend pas des spécificités individuelles au-delà d'une certaine vulnérabilité partagée, pour ces individus, selon l'expression consacrée, «*one drink, one drunk*». La maladie préexistante est dévoilée par la consommation d'alcool qui augmente inexorablement en raison d'une perte de contrôle, de liberté, vis-à-vis de la consommation du produit qui conduit tout aussi inexorablement, après une lente descente aux enfers, à une mort prématurée, à moins qu'avec l'aide les AA et de la grâce divine le buveur

[94] Fingarette, 1988. Voir le chapitre le concernant.

arrive à une abstinence totale qui est la seule issue possible à cette maladie incurable[95]. La guérison semble cependant tout à fait secondaire. Il est avant tout question de métamorphose spirituelle. L'abstinence apparaît comme un effet annexe de cette conversion, de la transfiguration du pécheur. La première approche qui consiste à annoncer que l'addict n'est pas responsable masque en fait une autre forme de responsabilité plus importante. L'addict n'est pas responsable de son addiction car cette addiction est due à une faute morale originelle, celle de ne pas être pleinement dans le chemin de Dieu. Il s'agit de réparer cette faute morale, par une transfiguration mystique, et la distinction entre faute morale, problème existentiel et maladie devient floue, les trois se confondent. L'addict qui veut simplement se libérer des contraintes d'une habitude délétère finit par changer radicalement. Par renaître. Au sens que l'on donne au mouvement des *born again*. Ces personnes héritières de la libération de mœurs des années 1960-1970, ayant fait des excès à une période de leur vie et qui, dans les années 1990, le plus souvent suite à l'abandon de pratiques comme la consommation d'alcool ou de drogue, reviennent à la foi chrétienne et dont le président G.W.Bush est un exemple illustre.

Le succès des AA fut cependant long à venir. Partant d'un petit groupe d'individus en 1935 il fallut attendre la rencontre avec les thèses du père de l'alcoologie américaine, E.Jellinek.

d) Le concept (américain) classique d'addiction maladie

[95] La doctrine des AA est de toute évidence empreinte de la doctrine de la prédestination des sectes protestantes. Voir sur cette doctrine et sa conséquence sur les comportements Weber *L'éthique protestante et l'esprit du capitalisme.*

Jellinek[96] publie en 1946 *Phases in the drinking history of alcoholics*[97] dans lequel il décrit les différentes étapes du parcours de l'alcoolique. La dépendance à l'alcool suit une progression, toujours la même, passant de phase en phase, nettement identifiées. En 1960, son ouvrage, *The disease concept of alcoholism* fut pour beaucoup à l'origine de l'alcoologie américaine[98]. L'alcoolisme y est présenté comme une maladie et cinq types d'alcoolismes pathologiques y sont décrits.

Les AA ont pu y retrouver la qualification de pathologique, et surtout la progressivité des phases, et l'inexorabilité. Jellinek s'est d'ailleurs appuyé sur des questionnaires remplis par des membres des AA pour son étude principale et le biais expérimental ne lui a pas échappé. La diffusion du modèle maladie promu par les AA s'est effectuée au détriment des subtilités et des aménagements apportés par Jellinek lui-même, sur des points comme la chronicité absolue, l'incurabilité et la progression par étapes. La célèbre Courbe de Jellinek dont les AA ont fait longuement la promotion et qui s'est largement diffusée, ne représente pas, selon ses propres dires, la pensée de Jellinek (et il n'en est d'ailleurs pas l'auteur). De plus sur les cinq types d'alcooliques identifiés (ce qui d'ailleurs contredit l'alcoolisme maladie unique), seuls trois sont présentés comme physiquement dépendants[99]. Jellinek précise aussi les modalités de passage d'un type à un autre et semble moins voir, en 1960, une progression inexorable. Les travaux de Jellinek ne semblent alors apporter aux AA une caution scientifique qu'à partir du

[96] Jellinek est un personnage controversé, un trou de 10 ans dans sa biographie a été récemment comblé ; il a fui un mandat d'arrêt concernant une histoire d'escroquerie portant sur des spéculations irrégulières sur la monnaie hongroise, il existe aussi des doutes sérieux sur ses titres universitaires, etc. Sa personnalité et son profil sont hors du commun pour un scientifique. Pour des éléments biographiques voir Ward & al., 2016.
[97] Jellinek, 1949.
[98] Jellinek, 1960. Il fut à de nombreuses reprises proposé de rebaptiser l'alcoolisme «maladie de Jellinek».
[99] Voir plus avant.

moment où on n'est pas trop regardant sur le degré de fidélité aux thèses de Jellinek. Néanmoins, l'alcoolisme est alors décrit comme une maladie chronique et récidivante et ce point de vue devient rapidement majoritaire.

Le modèle maladie est en adéquation avec le type de philosophie défendue par ces courants religieux ; l'inscription d'une fragilité personnelle, dans le corps comme un signe du destin et l'incurabilité sonnant comme une condamnation immuable nécessitant l'aide d'une puissance supérieure va dans le sens de l'absence de liberté individuelle réelle défendue par les thèses religieuses d'une totale prédestination, dans lesquelles le plan divin est déjà et de tout temps écrit. C'est aussi cette vision rigide de l'avenir déjà joué qui fut paradoxalement un moteur puissant de la tempérance et de la discipline (chaque péché étant vu comme une preuve que nous sommes voués à la damnation, nous nous trouvons logiquement motivés pour y résister) mais, en dehors de ces communautés religieuses, ce modèle a aussi son intérêt.

Quand Jellinek mène ses recherches à Yale, le choix de défendre un alcoolisme maladie, alors même que les résultats sont plus mitigés, et ce malgré les biais de sélection de buveurs AA[100], répond à un autre objectif, celui d'échapper à la stigmatisation morale et ainsi pouvoir attirer des alcooliques pour participer aux études et les faire entrer en traitement. La diffusion d'un modèle maladie strict, si elle ne correspond pas exactement au contenu des travaux de Jellinek, a une ambition stratégique. Il est évident que

[100] L'étude princeps de 1946 a été réalisée à partir de questionnaires remplis par des alcooliques, ses importants bais scientifiques sont connus et n'ont sans doute pas échappé à un statisticien de la trempe de Jellinek qui prit ses distances avec cette étude de 1946. C'est la revue The Grapevine, revue officielle des AA qui a diffusé ce questionnaire et les réponses, peu nombreuses (158) ont ensuite été traitées (par Marty Mann, une des pionnières des AA qui co-finançait cette étude avec un autre riche AA, soit par Jellinek lui-même). 98 furent sélectionnées, avec lesquelles Jellinek a travaillé. La sélection élimina les questionnaire remplis en commun par plusieurs personnes, toutes les femmes et d'autres, pour des raisons peu claires.

cette dimension est d'autant plus marquée quand il s'agit de substances illicites. Enfin, il est aussi plus aisé de recevoir des financements pour étudier une maladie qu'une attitude irresponsable mais évitable. Tout cela permet aussi de comprendre pourquoi le modèle maladie s'est si bien diffusé malgré la relative faiblesse de ses bases scientifiques… et le peu de vigueur avec laquelle les scientifiques concernés ont protesté.

e) Contre la maladie ; la psyché, le social, la personne et la liberté

Décrire l'addiction comme une maladie incurable récidivante est donc aussi un moyen de déculpabiliser l'addict et soulager les rapports au sein des familles. L'addict n'est pas un monstre mais une victime, un malade. La difficulté à arrêter n'est plus mise sur le compte d'une faiblesse morale intrinsèque mais dépend d'une atteinte corporelle dont l'addict est victime. Or ces positions posent problème. D'une part, l'inscription biologique se heurte à un courant de la psychiatrie plus psychanalytique, ensuite la négation du libre arbitre est pour certains intolérable, enfin, on peut aussi voir l'addiction comme une conduite dont les tenants sont sociaux, un mode d'expression, et la biologie n'a alors que peu à faire là-dedans, si ce n'est servir d'argument à un éventuel biopouvoir dont la psychiatrie serait le bras armé. Ces objections sont parfois concomitantes, parfois incompatibles. Les approches psychanalytiques et sociales peuvent être absolument déterministes, ou non. Elles reposent à la fois sur les erreurs et oublis de la théorie de l'addiction maladie et sur des courants de pensée originaux.

Quand il s'agit des critiques, le concept d'addiction est présenté comme

mal décrit, ensuite, des résultats positifs sont présentés pour contrer les arguments du modèles maladie[101], résultats qui tendraient à affaiblir l'approche trop rigide du modèle maladie et remettre la possibilité de choix libre au centre du jeu. Ensuite, d'aucuns arguent de la nécessité de responsabiliser l'addict, sans le culpabiliser, que, justement, sa volonté et sa participation sont les meilleures armes dont il dispose pour s'en sortir. Le modèle maladie en cherchant à le protéger, à le déresponsabiliser, le déshumanise en le privant de sa capacité à choisir et à agir, en le privant de sa liberté.

Les approches sociales, datant des années soixante, mettent en exergue la soif de liberté, ou, au contraire, la réaction de la jeunesse qui s'est exprimée dans certains mouvements contestataires réprimés et dans lesquels la consommation de substances s'est répandue, comme recherche de liberté, sur le modèle des paradis artificiels des poètes du XIXe, grand moment aussi de contre-culture incluant l'usage de psychotropes. On trouve notamment Thomas Szasz, pour qui l'addict est le bouc émissaire des temps modernes[102], ce psychiatre américain, grand chantre de l'antipsychiatrie[103] est une référence incontournable de ce courant de pensée.

Le point commun entre ces approches est qu'elles donnent du sens à l'addiction. Elle s'inscrit dans un contexte, elle signifie quelque chose. Après Fingarette déjà évoqué ici on peut parler de Stanton Peele[104] pour qui elle est

[101] Parmi ces arguments, il se trouve que l'épidémiologie tend à montrer que, le plus souvent, les consommateurs arrêtent d'eux-mêmes vers 25-30 ans, ensuite, que l'arrêt et la rechute fassent partie de l'histoire naturelle de ces conduites, que les addicts soient, en certaines circonstances tout à fait capables de résister à la tentation, qu'ils soient apaisés par des placebo etc. L'ensemble de ces arguments se retrouvent chez Fingarette, Peele, Heyman et tous les auteurs doutant de la pertinence du modèle maladie.
[102] Szasz, 2003, *Ceremonial Chemistry: the Ritual Persecution of Drugs, Addicts, and Pushers*.
[103] Szasz, 1974.
[104] Peele, 1980a, b, c, 1998.

une stratégie de coping[105], une façon de faire avec ses difficultés, mais qui ne permet pas une bonne intégration dans la société ; elle est une mauvaise stratégie, et il est possible d'en changer. Peele est pour ce courant de pensée anti maladie un auteur d'une grande importance. Cela rejoint en partie le(s) point(s) de vue de la psychanalyse, dont l'histoire avec l'addiction, nous le verrons, est assez complexe (on parle de «tâche aveugle» dans l'œuvre de Freud).

Pour faire bref, car nous reviendrons en détail sur ces oppositions, il ne s'agit pas selon ces auteurs, d'une pathologie mais d'un symptôme qui n'a de sens que si l'on prend en compte la globalité de l'histoire du sujet[106] et peu défendent l'existence d'une structure psychopathologique typique des addicts. En France, le mot addiction a été réintroduit par un courant de praticiens traitant de l'addiction d'obédience psychanalytique mais non lacanienne[107]. Il s'agissait de s'intéresser au sujet addict, lieu central de la dépendance, d'en faire lui, et non pas la substance, le cœur du problème[108]. L'alcoologie française est la fille de Fouquet et de ses travaux des années 1950. Le fait que le système médical français soit plus centralisé que le système américain et que la prise en charge des patients soit plus organisée sur le territoire national joue probablement dans le fait que cette question de la *maladie* soit traitée de manière bien différente en France. Nous y reviendrons.

---

[105] Le coping est : «l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux toujours changeants que déploie l'individu pour répondre à des demandes internes et/ou externes spécifiques, évaluées comme très fortes et dépassant ses ressources adaptatives.» selon la définition de Lazarus et Folkman 1984. C'est une adaptation à une situation pénible.

[106] Les relations addiction et psychanalyse sont complexes. Freud évoque tout au long de son œuvre le phénomène sans jamais avoir rien écrit de spécifique dessus. Schématiquement, avant Sandor Rado en 1926, aucun texte ne parle explicitement de l'addiction en général, les écrits (notamment Abraham, Ferenczi….) portent sur l'alcoolisme ou la prise d'une ou autre substance. On peut ensuite citer Glover et Fenichel pour les auteurs dont les travaux ont porté sur le sujet avec une importance certaine.

[107] On le doit à Joyce McDougall à la fin du XXe siècle, voir plus avant.

[108] On peut citer Bergeron, Gutton, Jammet, McDougall…

Toutes ces approches, bien qu'en compétition souvent violente contre le modèle biologique au cours du XXe ont aussi permis de porter un regard neuf sur le phénomène, et participé à sa redéfinition, poussant le modèle biologique à s'intéresser à ce qui ne cadrait pas avec la doxa, mettant en lumière les nouvelles addictions sans drogue (le terme addiction comportementale apparaît sous la plume de Fenichel en 1945). Cela se voit dans l'évolution des définitions des manuels de diagnostic comme les DSM dans lesquels l'addiction va d'abord disparaître au profit de la dépendance pour renaître, dans la dernière version. La particularité de ces débats est qu'ils s'appuient sur des courants de pensée du XXe siècles qui portent différentes manières de décrire et d'expliquer le phénomène.

Aucune de ces approches ne vise à revenir à une condamnation morale de l'addiction, néanmoins, ces pensées s'articulent à des visions anthropologiques qui mêlent les dimensions biologiques, psychologiques, sociales et morales. Les politiques de prise en charge médicales, sociales et légales sont influencées par ces courants de pensée, alternant entre une condamnation absolue de toute consommation et une prise en compte de la possibilité d'une certaine liberté d'expérimentation devant s'accompagner d'une réduction des risques voir de la réduction des dommages. Dans le premier cas il s'agit de protéger les individus et la société en rappelant un interdit formel, dans le second, il s'agit d'expliquer comment et pourquoi éviter de se trouver confrontés aux dangers de la consommation, aiguë comme chronique, en s'appuyant sur l'éducation et l'information à propos des dangers encourus par la consommation en vue de l'éviter ou au pire de la limiter. La troisième, plus libérale, admet le caractère inéluctable de l'utilisation des produits concernés et vise à assurer une consommation la moins délétère possible.

Ces trois approches, interdit, réduction des risques et réduction des dommages, dessinent les contours des politiques vis-à-vis de la consommation des produits et de l'addiction. Le distinguo entre ces deux phénomènes, certes liés mais différents, est parfois difficile à opérer quand il s'agit des politiques publiques. Les antiques distinguaient la consommation et l'excès, au prix de stigmatiser celui qui abusait. La diversification des objets nous a conduit à choisir ceux que nous considérons comme admissibles et pour lesquels nous semblons capables d'opérer encore cette distinction. Les avancées, particulièrement neurobiologiques, mettent à mal la légitimité scientifique de cette césure. Paradoxalement, la tendance à traiter le sujet sous les auspices de l'objectivité scientifique pour nous libérer des pétitions de principes morales nous renvoie la question morale avec plus d'acuité. Nous avons du mal à assumer notre liberté à faire des choix moraux découplés de la rationalité scientifique (ce que nous faisons) et parallèlement, nous ne tirons pas les conclusions qui devraient découler de l'objectivité que nous revendiquons.

Chapitre II. Quelles voies explicatives et thérapeutiques ?

Chaque époque a circonscrit les phénomènes en lien avec l'addiction en fonction de ses problématiques, de sa vision du monde et de l'homme, de ses normes morales. Ces qualifications ne sont pas indépendantes des modèles explicatifs qui dépendent, eux aussi, des environnements intellectuels de ces sociétés, l'addiction peut être le laboratoire d'une anthropologie. Au XXe siècle, deux modèles explicatifs apparaissent dans la foulée des théories marquantes qui visent à rendre compte de notre façon d'être en tant qu'organisme biologique doté d'une pensée, d'un esprit ; la psychanalyse et les neurosciences.

La psychiatrie qui a depuis Rush mis la main sur le phénomène s'appuie sur ces modèles explicatifs pour proposer des solutions thérapeutiques. La prise en charge de l'addiction par la psychiatrie suit ses évolutions théoriques sous l'influence des concepts, issus de ces deux grands courants de pensée.

Le XIXe voit apparaître la notion de névrose sous l'impulsion de Charcot et de ses travaux sur l'hystérie. Il décrit l'hystérie comme une *réaction* à un ou des traumatismes, réaction qui se concrétise par une autosuggestion hypnotique qui provoque des symptômes somatiques sans qu'il n'existe d'origine somatique[109]. De plus, Charcot trouve une réponse adaptée ; cette maladie peut être guérie, par l'hypnose. Le paradigme de la dégénérescence

[109] Sur la notion de réaction et la naissance de la névrose, voir Ehrenberg, 2000.

qui s'accordait avec le caractère incurable des pathologies psychiatriques se voit mis en difficulté. Le corps dégénéré est supplanté par l'esprit troublé, à la fois à l'origine du trouble, lieu de la pathologie et cible du traitement.

Aujourd'hui le modèle maladie relève d'une psychiatrie sous influence des neurosciences. On peut l'expliquer par la puissance du tournant neurobiologique notamment dans le monde anglo-saxon mais aussi par la difficulté historique que la psychanalyse a rencontrée quand elle s'est confrontée à l'addiction. Néanmoins, l'approche centrée sur le sujet de la psychanalyse conserve une influence importante et les oppositions entre neurosciences cognitives et psychanalyse dessinent les contours des polémiques actuelles qui minent la compréhension de l'addiction.

1) La Psychanalyse

a) La tâche aveugle

Parler de la dépendance du point de vue de la théorie freudienne est, paradoxalement, difficile, ceci pour deux raisons :

1. Les concepts fondamentaux de la théorie ont été forgés par Freud au travers de son auto-analyse ; la dépendance aux toxiques y constitue une tâche aveugle.

2. La pratique analytique (clinique dans les conditions du protocole de la cure, et technique) ne peut se targuer que de rarissimes cas de dépendance alcoolique ; à ma connaissance, deux cas publiés en langue française, ce fait, non imputable au hasard, est un lourd handicap pour la théorisation

> freudienne de la dépendance, qui, dès lors, risque d'être plus spéculative que fondée sur une clinique.[110]

Descombey parle de «tâche aveugle» à propos de la dépendance dans l'œuvre de Freud. En effet, le phénomène n'est que peu traité et pas sous l'aspect de l'analyse. Freud construit sa discipline à partir de son auto-analyse, or la dépendance est laissée de côté. Il faut rappeler que Freud commence par travailler sur la cocaïne, dont il va devenir un promoteur et un consommateur. Cet épisode de sa vie, «l'épisode cocaïne» selon Jones[111], précède l'aventure psychanalytique et est fait de drames, d'échecs et d'occasions manquées. Freud passe à côté de la découverte de ses propriétés anesthésiantes, pris de vitesse par Koller avec qui il collaborait, et de la célébrité[112]. De plus, voulant aider son ami Fleischl à se débarrasser de son addiction à la morphine[113], il lui prescrit la prise de cocaïne, ce qui provoquera sa mort. Cela sera à l'origine chez Freud d'un fort sentiment de culpabilité. Enfin, la lecture de ses écrits personnels, privés laissent apparaître que sa consommation est clairement excessive.

De cette période, on peut retenir que Freud commence l'auto-expérimentation qui sera sa méthode de travail pour élaborer la

---

[110] Descombey,1982.

[111] D'après Byck, Jones s'est inspiré du travail de Bernfeld, reprenant notamment ses erreurs de traduction, voir l'article de Bernfeld dans l'ouvrage édité par Byck, Freud, S., *De la Cocaïne* ed Byck, R., (1963), 1976 Bruxelles Editions Complexe.

[112] Il commence à travailler sur la cocaïne en 1884 après avoir lu les travaux de 1883 sur des soldats de Aschenbrandt, Il en parle dans sa correspondance avec Martha, envisage ses perspectives thérapeutiques et la possibilité pour lui d'y trouver fortune et gloire. Sa correspondance avec Martha ne fait aucun doute sur l'usage qu'il en fait lui-même, pour travailler, pour oser écrire à sa fiancée, et pour évoluer dans le monde (notamment les soirées de Charcot).

[113] Erlenmeyer, (1886), critique la légèreté avec laquelle, selon lui, Freud prescrit la cocaïne aux morphinomanes et en parle comme du «troisième fléau mortel», les deux autres étant l'alcool et l'opium.

psychanalyse. Les deux articles de 1884 et 1885[114] forment un diptyque qui lient enthousiasme et écriture engagée, subjective, voire poétique pour le premier et science expérimentale, relevés physiologiques à visée objective pour le second. Ils préfigurent déjà ce mélange qui sera patent dans la psychanalyse.[115] On peut aussi voir que cette expérience fut absolument fondatrice[116]. La psychanalyse naissante abordera bien la question des addictions, mais sans que le fond du problème ait pu être méthodiquement traité par son fondateur. Il se trouve aussi que les textes relatifs à la cocaïne avaient disparu, à part un résumé du texte de 1884 en anglais. Il fallut attendre la biographie de Freud par Jones et l'article de Bernfeld en 1953 pour retrouver certains éléments présents dans ces écrits en anglais. Quant aux écrits eux-mêmes, c'est Byck en 1976 qui les rend disponibles. L'histoire de ces documents est une preuve en soi des difficiles rapports entre le fondateur de la psychanalyse et le thème de l'addiction[117]. Il existe trois bibliographies

[114] Freud, «De la coca» (1884) et «Contribution à la connaissance de l'action de la cocaïne» (1885). Dans *De la Cocaïne* éditée en 1975 par Byck.
[115] Voir à ce propos Bernfeld, «Les Etudes de Freud sur la Cocaïne» (1953) dans *De la Cocaïne*.
[116] D'abord la question de la priorité de la découverte de l'effet anesthésiant revient dans deux rêves de L'Interprétation des rêves, et Freud se brouille en 1901 avec Fliess pour une raison similaire. Ensuite, ces rêves de 1895 pour L'Injection Faite à Irma et 1898 pour La Monographie Botanique (voir Freud, *De la Cocaïne*, p.188-210.) voient le retour de la cocaïne (dont Freud a continué à faire usage au moins jusqu'en 1895) et le thème de la culpabilité, celle du décès de Fleischl et de l'opération, effectuée à sa demande et ratée par Fliess, de Emma Eckstein en février 1895. Dans le premier Freud rapporte que les piqûres lui rappellent l'intoxication de Fleischl (qui s'injectait la cocaïne) mais ne précise pas qu'il la lui avait prescrite et ne s'étend pas plus sur le sujet de sa culpabilité. Le second rapporte l'opération du père de Freud par Köenigstein, qu'il avait chargé de travailler sur la cocaïne et qui passa à côté des propriétés anesthésiantes, et c'est Koller qui anesthésie le patient, mais ses associations ne s'attardent pas non plus sur le sujet qui nous intéresse. Enfin, L'Injection faite à Irma rêve, abondamment étudié par la littérature psychanalytique, se produit à un moment où Freud entretient des rapports privilégiés avec Fliess, leur correspondance est intimement liée à la naissance de la psychanalyse mais il s'agit aussi de guérir Freud de son addiction au tabac. Les relations Freud/Fleischl et Freud/Fliess tournent autour de deux addictions, et chacun de ces triptyques s'entoure d'une aura de culpabilité qui peuvent expliquer la difficulté qu'a eu Freud à traiter explicitement, par l'analyse, ses propres addictions.
[117] La question des archives freudiennes est un sujet en soi, voir par exemple Yerushalmi, Y. 1996, à propos de la classification Z de ces archives dont l'ouverture est censée attendre

psychanalytiques dites classiques concernant les toxicomanies, celle de Crowley de 1938, celle de Rosenfeld de 1964 et celle de York de 1970[118], aucune ne fait référence à l'épisode cocaïne. L'absence, pour cause de disparition volontaire, des sources est une explication de la tâche aveugle.

Le cas de Clifford York est particulier, son article est qualifié par Ferbos et Magoudi dans leur ouvrage de 1986 de «revue la plus complète dont on puisse disposer»[119]. Ils font aussi remarquer que :

> L'auteur ne commente cependant pas «l'épisode cocaïne» de Freud, ni ses écrits sur la coca. Aucune interrogation n'apparaît sur les relations de Freud à l'addiction qu'il s'agisse de cocaïne ou de cigares, comme si le sujet était… «tabou».[120]

Le tabou provenant des interdits concernant le respect de la vie privée de Freud imposé par sa fille Anna à la Hampstead Clinic, notamment, selon Ferbos et Magoudi, à propos de l'addiction. On peut aussi simplement remarquer que les écrits de Freud à propos de *ses* addictions ne sont pas des écrits techniques, mais des discussions privées dans le cadre de

---

jusqu'en 2100. Que l'épisode cocaïne ait été volontairement caché par Anna Freud n'est pas notre sujet (d'ailleurs c'est Jones qui en parle en 1953), par contre l'existence d'Emma/Irma a elle bien été dissimulée. Au début des années 1960 une édition de ces écrits en anglais a bien été effectuée par Dunquin Press sous le titre de *Cocaïne Papers* (en 1963 à Vienne) mais le livre est introuvable (les exemplaires en occasion sont très rares et très onéreux) et peu référencé. L'édition de *De la Cocaïne* à Bruxelles en 1976 est la référence en langue française et est (un peu) plus facile à se procurer.

[118] Les trois textes sont disponibles en français dans *Ecrits Psychanalytiques Classiques sur les Addictions*, 1998, ouvrage coordonné par J.L. Chassaing et publié par les Editions de l'Association Freudienne Internationale. Pour une analyse de la bibliographie on peut se référer à Shentoub & De Mijolla, (1973) 2004, p. 15-125. Une revue de la littérature est aussi présentée par Magoudi, A. dans Ferbos, C. et Magoudi, A., 1986, p. 7-43. D'autres analyses bibliographiques existent mais aucune n'est aussi complète que ces dernières, non pas que leur qualité soit moindre mais les objectifs des auteurs relèvent plus de la synthèse que de l'exhaustivité.

[119] Ferbos & Magoudi, 1986.

[120] Ferbos & Magoudi, 1986, p.9.

correspondances qui éclairent certes la discipline psychanalytique et sa création mais ne constituent pas une réflexion théorique sur le sujet. Or, malgré le voile jeté sur cette partie de sa vie, Freud a tout de même, malgré l'absence de texte spécifique, aussi évoqué, même rapidement et en absence de toute théorisation formelle, le sujet.

b) Aspects théoriques

1) Freud

Dans sa correspondance avec Fliess Freud traite les phénomènes que l'on associe à l'addiction[121] essentiellement par des références à des patients alcooliques (dipsomanes). Le jeu est aussi évoqué. Le point culminant de son questionnement sur le sujet est atteint dans sa lettre du 22/12/1897.

> «j'en suis venu à croire que la masturbation était la seule grande habitude, «l'habitude/l'addiction primitive», et que les autres appétits, tel le besoin d'alcool, de morphine, de tabac, n'en sont que les substituts, les produits de remplacement»[122]

Il précise son propos dans *Le rôle de la sexualité dans l'étiologie des névroses* en 1898. Freud se débarrasse de la notion d'habitude morbide, il n'y a qu'une habitude, c'est la masturbation, les autres ne sont que des substituts et le

[121] Il n'y a pas d'équivalent du mot en allemand, le lexique employé est varié, voir Jacquet, & Rigaud, 2000.
[122] Descombey utilise l'expression *habitude primitive* quand Petit, qui liste les citations partielles de Freud ayant trait à l'addiction dans *Ecrits Psychanaluytiques Classiques sur les Addictions,* utilise «addiction primitive». De même, il traduit *accoutumance* là où Descombey utilise *habitude* dans l'extrait de *La Sexualité et l'Etiologie des Névroses*.

terme *habitudes morbides* qui permettaient de définir une catégorie où ranger les comportements comme l'alcoolisme n'est pour Freud qu'un abus de langage qui cache cette vérité première ; ces habitudes comme le jeu sont des substituts de la masturbation et l'*addiction* n'arrive que quand la satisfaction du besoin sexuel est empêchée. On peut bien avoir *l'habitude* de consommer alcool, cocaïne, morphine sans pour cela devenir toxicomane, c'est-à-dire sans que ne se pose le problème d'une consommation pathologique. Ce qui explique la dimension problématique est une origine commune, la frustration sexuelle, la prise de substance est un symptôme, un substitut.

Les substances sont ensuite une façon de retrouver les effets des substances libérées dans le corps par l'activité sexuelle. Dans le cadre de cette théorie organique des névroses, les substances consommées sont encore des substituts[123]. En fait, les thématiques de l'addiction, l'alcoolisme, par exemple ou le jeu dans *Dostoïevski et le parricide* (1928), illustrent les thématiques en cours dans l'élaboration de son œuvre, la théorie organique des névroses ou le principe de plaisir, le rôle de la sexualité, l'oralité, le rapport à l'homosexualité… et ce dans le cadre de la première comme de la deuxième topique. Il n'en ressort aucun profil particulier, aucune typologie psychologique de l'addict, aucune place nosographique spécifique pour l'addiction. L'addiction est un symptôme. Mais, elle y trouve une fonction, un rôle dans l'économie psychique du sujet ; l'addiction a un sens pour l'addict, l'addiction à une *raison* d'être.

Les successeurs de Freud se sont parfois intéressés à la question, dans le cadre d'un dialogue avec le maître pour certains de ses contemporains. Nombre de ces textes sont disponibles en français dans un recueil : *Ecrits psychanalytiques classiques sur les addictions*, ouvrage coordonné par J.L.

[123] Voir Freud, *Dora* : *Fragments d'une analyse d'hystérie.*

Chassaing, et publié en 1998 par les Editions de l'Association Freudienne Internationale[124].

2) De l'étiologie sexuelle aux états limites

Le premier disciple à poser la question des comportements addictifs est Karl Abraham (1908, 1916). Il s'intéresse à l'alcool, son lien avec la sexualité. Pour lui, l'alcool détruit les sublimations ; la pulsion sexuelle n'est plus détournée vers des objets autres, elle revient à son objet premier sexuel. Il n'y a plus de refoulement. L'homosexualité est réactivée, ainsi que l'exhibitionnisme, le voyeurisme, le sadomasochisme, la pulsion incestueuse… D'autre part, l'alcoolique est dans le même temps rendu impuissant par l'alcool. Les écrits d'Abraham traitent de l'ivresse aiguë mais il affirme que les effets sont aussi chroniques chez le buveur chronique. Les travaux d'Abraham sont l'occasion d'évoquer des thèmes qu'il ne développe pas vraiment, son intérêt pour le sujet semblant avoir disparu assez rapidement, par contre, il insiste sur la présence d'un élément *individuel* essentiel dans l'alcoolisme qui fait que le sujet ne peut être épuisé par les influences extérieurs (sociales et pédagogiques) ou héréditaires. Abraham ouvre un courant de réflexion, pour lequel l'addiction est une question de fixation au stade oral, voire une régression, un retour aux investissements homosexuels qui se charge de culpabilité[125].

---

[124] Chassaing 1998. La sélection n'est pas exhaustive ; les kleiniens comme Winnicott par exemple sont oubliés, par manque de familiarité avec leur école de pensée, ce qui est clairement indiqué dans le recueil. Sans doute que l'importance de Glover et son ambiguïté vis-à-vis de Klein (même si les articles traduits revendiquent explicitement son influence) ont permis de l'y retrouver.

[125] On peut citer, en plus de ceux que nous allons traiter plus en détail ici, Tausk et Julliusberg

Cette première période est marquée par une controverse entre Ferenczi et Bleuler[126], qui part d'une note de bas de page où Ferenczi s'en prend aux mouvements antialcooliques. Pour Ferenczi, l'alcoolisme est une substitution, une forme d'auto médication[127]. Le point central de la polémique est qu'il apparaît à Ferenczi que l'alcoolisme est une conséquence des névroses, non la cause et que la lutte contre l'alcoolisme passe par la suppression de la cause, c'est-à-dire la névrose, par le biais de l'analyse. L'interdiction de l'alcool ne fait que changer le type de morbidité. Il prend l'exemple d'un militaire allemand qui par une étude statistique montre que l'interdiction de l'alcool dans l'armée a bien diminué le nombre d'alcoolique

---

Victor Tausk (1913) relie délire d'action, où un alcoolique effectue des gestes répétitifs associés à son travail et un type de rêve, le rêve d'activité, où les rêveurs effectuent des tâches et alternent activité et moments d'angoisse. Ces deux types d'activités sont liées à l'activité sexuelle, le coït ou la masturbation. Pour Tausk, la peur de l'impuissance et l'insatisfaction sont à l'origine de l'angoisse, le rêveur ne peut satisfaire son désir, il dort, son rêve d'activité échoue à le combler et il le réitère sous l'impulsion du désir toujours présent. Chez l'alcoolique, fixation orale et homosexualité refoulée rendent problématique sa relation à l'autre sexe qui reste inassouvie. L'alcool libère sa libido tout en le rendant impuissant, il sublime alors la pulsion sexuelle en remplaçant coït par activité ; ce qui, comme pour le rêveur, ne fonctionne pas vraiment. Là encore l'origine est sexuelle. De Mijolla et Shentoub retiennent particulièrement que l'homosexualité ici est surtout un narcissisme exacerbé, une pseudo homosexualité.

Quant à Oto Juliusburger (1912, 1913, 1916), il possède une grande expérience clinique et présente des observations rigoureuses de patients alcooliques. Là encore, on trouve les thèmes du narcissisme et de l'homosexualité marquée par la propension à fréquenter les lieux de boissons où la compagnie est essentiellement masculine. Il fait cependant de la jalousie l'expression du masochisme du buveur qui cherche avant tout à souffrir. Enfin l'alcoolique cherche à dissoudre son individualité dans l'alcool, il se suicide. Un intérêt de ses travaux réside dans le ton moralisateur et rigide, ses considérations sur l'atavisme de l'alcoolisme et de la criminalité en général qui, si elles n'en font pas le plus humanistes des cliniciens, renseignent sur l'ambiance intellectuelle de l'époque.

[126] Sandor Ferenczi (1911a) la critique de Eugen Bleuler (1911) et la réponse de Ferenczi (1911b).

[127] Il prend parmi plusieurs exemples celui du mari d'une gouvernante à son service qui le prend pour cible lors d'une crise de jalousie alcoolisée. Il y voit l'expression d'une homosexualité refoulée. L'homme extrêmement cordial voir obséquieux à son endroit fait une crise de jalousie à sa femme où il menace de tuer Ferenczi. L'alcool a levé les sublimations qui transformaient l'attirance homosexuelle en cordialité et il a transféré sur sa femme l'attirance qu'il ne peut supporter d'avoir pour un autre homme. Or cet homme s'était déjà adonné à la boisson lors d'un précédent mariage, mais pas durant la période de célibat intermédiaire. Pour Ferenczi, l'alcool lui permet de supporter l'inadéquation entre ses désirs conscients et inconscients.

mais à considérablement augmenté les autres morbidités, névroses et psychoses et parle d'«activité fébrile et bornée des antialcooliques»[128].

Bleuler attaque alors Ferenczi d'abord sur le plan méthodologique de l'analyse statistique, et le tance à propos de la responsabilité qu'ont les psychanalystes sur le plan éthique de ne pas dire n'importe quoi, scrutés qu'ils sont par des ennemis de toutes sortes. Ferenczi réaffirme alors que l'alcool n'est pas la cause de ce qu'il décrit dans les cas de son premier article mais bien la conséquence de la névrose et que même si l'analyse statistique est discutable, Bleuler refuse de s'intéresser au fond du problème mis en évidence par ces cas : en luttant contre l'alcool, on ne règle pas le problème, on en change l'expression symptomatique, peut-être pour le pire.

On trouve dans cette polémique le thème de la destruction des sublimations mais surtout celui d'une cause sous-jacente à l'alcoolisme, cause à trouver dans la névrose et qui explique ainsi qu'un *petit rien* puisse provoquer la chute dans l'alcool, explication qui va alors au-delà de celle qui consiste à reprocher la *faiblesse* de l'alcoolique. Enfin, en faisant de l'alcoolisme une automédication, une solution à un problème névrotique, il rend possible l'extension du champ à d'autres toxiques, voire à d'autres comportements de dépendance. Ferenczi s'appuyant sur Freud et Abraham préfigure Rado et Glover. Enfin, dans une œuvre posthume, réitérant ses propositions précédentes, il regroupe les toxicomanies et ce qu'il nomme «manifestations pulsionnelles symptomatiques» dans lesquelles il intègre kleptomanie, pyromanie, ce qui, selon Jaquet et Rigaud, préfigure les Troubles du Contrôle des Impulsion des DSM[129] .

[128] La formulation dans la traduction de l'article de Ferenczi est moins agressive que la version ici choisie de la traduction de la citation dans l'article de Bleuler, il semble que cela soit cette dernière qui rende le mieux l'esprit.
[129] Jaquet & Rigaud, 2000.

Au début des années 1920, un autre thème apparaît, qui va considérablement marquer le champ. Hans Sachs (1923) considère que les différentes toxicomanies donnent un exemple d'un état intermédiaire entre névrose et perversion. Il cherche alors à déterminer la place de ces conduites dans la nosographie. Le problème de l'absence de cadre défini pour les addictions étant un des écueils que rencontre la psychanalyse quand il s'agit de prendre en charge ces patients. Sachs, s'essaie alors à trouver cette place. Pour lui, la névrose ne permet pas la jouissance, la perversion, procure la jouissance mais la pulsion est déviée, pervertie. Le toxicomane, lui, dévie bien la pulsion sur un autre objet, non sexuel, mais il s'en contente sans pour autant avoir accès au fantasme qui est comme refoulé. La névrose produit une dérivation non satisfaisante voire gênante pour le conscient, la perversion autorise la jouissance déviée, non génitale, d'une pulsion à l'élaboration avancée où le fantasme est reconnu. Pour résumer, le toxicomane jouit, comme dans la perversion, mais le désir, refoulé est, comme dans la névrose, inaccessible.

En faisant des addictions l'exemple d'un troisième groupe, elles se trouvent de fait mises en porte à faux vis-à-vis de l'orthodoxie psychanalytique et deviennent dès lors, ce qu'elles sont toujours restées depuis, un problème pour la théorie.

En 1924 Heinz Hartmann se base lui aussi sur son expérience clinique des patients cocaïnomanes[130], il insiste sur la possibilité d'une action par un

[130] Dans *Approche Psychanalytique des Toxicomanies,* Ferbos et Magoudi font de Hartmann le premier à écrire «sur la toxicomanie en dehors de l'alcool». Or L'article de Norbert Marx en 1923 précède celui de Hartmann et ce dernier le cite. Marx est un médecin généraliste et il utilise les travaux de Freud sur la coca ainsi que des thèmes psychanalytiques, mais son analyse est moins poussée que celle de Hartmann qui s'inscrit pleinement dans la psychanalyse là où Marx montre une simple sensibilité aux théories de son époque. Son article est descriptif et s'appuie sur son expérience médicale, il met en avant la dimension libidinale et l'apparition de fantasme homosexuels chez les consommateurs de cocaïne. Il

agent extérieur, ici la cocaïne sur la libido. Il relève aussi la dimension homosexuelle, en faisant à la fois une caractéristique de sensibilisation au développement de la cocaïnomanie et une conséquence de la prise du produit. Or, Hartmann, fuyant le nazisme, émigre aux USA où il développera la *psychologie du Moi.* Ce courant de pensée très critiqué par les psychanalystes européens pour son approche adaptative dans laquelle la cure permet de trouver des moyens de *faire avec* et sa dimension utilitaire. Hartmann a une influence fondamentale sur la pensée américaine et notamment sur le pragmatisme revendiqué du courant actuel dominant des neurosciences cognitives. L'addiction va alors, avec la dépression, la psychose maniaco dépressive devenir un point de rupture pour la psychanalyse freudienne qui repose sur la notion de psychonévrose dont l'origine est un conflit interne lié à la culpabilité issue de l'histoire libidinale. A la même époque, c'est Sandor Rado qui va définitivement faire basculer l'addiction dans le camp des affects, de l'humeur, de la dépression, et ces troubles mis en évidence dans les années 20-30 vont participer à l'éclatement de la psychanalyse et creuser le fossé qui va séparer l'Europe, particulièrement la France et les USA. Avec ces thématiques, apparaissent des patients qui semblent imperméables à la cure, qui ne se soumettent pas comme il se doit à la relation entre l'analyste et le patient, dont les problématiques ne peuvent se résumer à des questions de dynamique libidinale.

Cette évolution américaine va se construire sur les difficultés que rencontre la pratique classique, et la littérature psychanalytique sur les phénomènes aujourd'hui rangés sous le terme d'addiction exemplifie la mise au jour de ces difficultés et les solutions apportées pour y remédier qui vont

termine par conclure en l'existence d'une disposition particulière pour devenir cocaïnomane qu'il ne peut définir plus avant ainsi que sur l'effet dissociatif sur la libido qui fait émerger la composante homosexuelle sans plus d'explication.

profondément modifier la psychanalyse. Nous verrons aussi qu'en France, face à ces mêmes problèmes posés par les patients addicts, deux attitudes vont voir le jour, celle de Lacan et de ses héritiers à qui les addicts «ne disent rien» et une frange en délicatesse avec la doxa lacanienne dont les praticiens vont, par leur grande inventivité, avoir une grande influence sur la façon dont l'addiction est considérée et prise en charge. Ce mouvement apporte des nouveautés conceptuelles qui, aujourd'hui encore, influencent la position particulière de l'addictologie à la française par rapport au modèle neurobiologique.

On trouve chez Sandor Rado[131] les bases de ce que va devenir la prise en charge de ces patients étranges que sont les addicts pour la psychodynamique freudienne. Rado traite de toutes les toxicomanies comme d'une seule entité dont il cherche à découvrir les caractéristiques et le fonctionnement. Il décrit d'abord deux modes d'action des substances, la sédation et l'excitation, deux effets que nous recherchons quand nous les consommons. Il s'intéresse donc d'emblée à la dimension somatique, aux effets pharmacologiques des drogues et il les condense en un seul ; ces substances produisent des «états plaisants», par la suppression de la souffrance ou en engendrant du plaisir, ce qu'il résume ensuite à la notion «d'orgasme pharmacogénique». Cet orgasme se substitue à l'orgasme naturel :

> Dans l'orgasme pharmacogénique l'individu fait la connaissance d'une nouvelle sorte de gratification érotique qui devient la rivale des modes naturels de gratification sexuelle.[132]

[131] Voir Rado, 1926, 1933, 1962.
[132] Rado in Chassaing 1998, p.333.

Cet orgasme pharmacogénique, qui concerne toutes les substances, a la particularité d'être diffusé à la totalité de l'organisme là où l'orgasme issu des zones érogènes se limite à une localisation restreinte. L'excitation agit directement sur le système nerveux central et intéresse la globalité du corps, il y a *court-circuit* des réseaux traditionnels du plaisir, de l'appareil sexuel. Il parle de méta-érotisme, le distinguant alors de l'érotisme, et du para-érotisme, c'est-à-dire les perversions. Cet orgasme permet de plus, comme la masturbation chez l'enfant, de décharger toute l'excitation. Rado fonde le concept de *pharmacothymie* pour «englober le problème de la toxicomanie dans toute son étendue»[133]. Se demandant ce qui permet d'expliquer la différence entre ceux qui se contentent d'un usage ponctuel de ces substances et ceux qui en abusent et comment expliquer la perpétuation de la pratique malgré le prix à payer en termes de souffrance, il indique, en s'appuyant sur la littérature psychanalytique sus citée, que la fixation orale pourrait en être une des clés avec l'homosexualité. Il rapproche l'orgasme pharmacogénique de l'*orgasme alimentaire*, par leur capacité à diffuser une sensation de satiété à l'organisme entier. De prime abord, il fait entrer l'addiction dans le cadre de la pulsion sexuelle dans une approche qui semble psychanalitico-compatible.

Mais, pour Rado

> Il y a une catégorie d'êtres humains qui réagissent aux frustrations de la vie par un type spécial de modifications émotionnelles que l'on peut appeler «dépression anxieuse» [...] Elle se caractérise par une grande anxiété «douloureuse» mais en même temps par un degré élevé d'intolérance à la douleur. Dans cet état d'esprit, l'intérêt psychique se concentre sur le besoin de soulagement[134].

[133] Rado in Chassaing, 1998, p.349.
[134] Rado in Chassaing, 1998, p.351.

Cette dépression rend la personne disponible pour la drogue, prête à l'accueillir comme soulagement. Rado explique ensuite les évolutions du Moi dans cette situation, insistant sur la dimension narcissique, le sentiment de puissance d'être à l'origine de la satisfaction alors que l'état de dépression naît de la comparaison entre l'état actuel de misère et l'idéal flamboyant de ce Moi. Cette dimension narcissique dans l'addiction ne cessera de poser problème à la psychanalyse classique, européenne, prévention que n'a pas la psychologie du moi, héritée de Hartmann, plus américaine.[135]

L'organisation sexuelle tourne alors autour de l'auto-érotisme, les modalités naturelles étant dépassées par cet orgasme pharmacogénique bien plus gratifiant pour le sujet. Rado rejoint totalement Freud, addiction et masturbation sont intimement liées, l'organisation auto-érotique de l'addict est infantile, masturbatoire. Il file alors les conséquences de cette organisation sexuelle artificielle pour expliquer la cascade d'événements qui mène au suicide ou à la psychose. Mais le cœur du problème est moins une culpabilité sous-jacente à, par exemple, une homosexualité inavouable, mais plutôt une manière de compenser une incapacité à vivre, thème qui éloigne l'addiction des bases théoriques de la psychanalyse.

Rado procède par généralisation, il fonde les concepts d'orgasme pharmacogénique, de pharmacothymie et relie addictions et régression à l'enfance. D'autre part, comme le relèvent Jaquet et Rigaud[136], il associe deux notions antiques, *pharmakon* et *thymie*, la substance magique à la fois poison et panacée et l'humeur, pour fonder un concept nouveau qui s'attache à la

[135] Voir pour ces questions Ehrenberg 2000, 2008.
[136] Le Poulichet in *les Addictions* p.29.

dimension psychogénique du phénomène ; les drogues sont multiples mais la passion à laquelle elles répondent est unique. Cette approche éminemment psychanalytique ne le met cependant pas à l'abri des critiques de la psychanalyse, en effet, il généralise, classe, ce qui fait en partie disparaître la dimension personnelle, la spécificité de chacun se trouvant ramenée à des catégories globalisantes. De part cette tendance à la généralisation :

> C'est tout le système conceptuel de la psychanalyse qui va se desséchant au long des développements qu'il apporte à son idée princeps

selon l'avis de De Mijolla et Shentoub[137].

Dans l'article plus tardif de 1962, Rado revendique son approche qu'il décrit comme psychodynamique, visant à réconcilier la physiologie et la psychologie. L'effet des drogues (il prend l'exemple de la morphine), dépend des attentes du patient, et le passage à l'addiction, s' il repose sur les effets physiologiques de la substance ne s'explique que par la spécificité individuelle liée au développement psychique ;

> L'étude psychanalytique du problème de la toxicomanie commence [...] avec la reconnaissance du fait que ce n'est pas l'agent toxique, mais l'impulsion à s'en servir qui fait d'un individu donné un toxicomane.[138]

Concernant le traitement, il semble assez pessimiste mais insiste sur la nécessité du sevrage physique, dans une structure de soin, accompagné d'une psychothérapie pour supporter ce sevrage et mettre en place un travail pour s'attaquer aux causes psychiques, il met en garde contre la stigmatisation et

[137] De mijolla et Shentoub p.86.
[138] Rado in Chassaing, 1998, p.348.

les attitudes punitives qui pour lui ne peuvent que produire l'effet inverse de celui escompté.

Son approche mixte, semble cependant plus en phase avec le Freud de l'hypothèse de la toxine de la libido qu'avec les développements ultérieurs d'une certaine psychanalyse. La dimension narcissique et un certain pragmatisme quand il s'agit d'aborder le traitement, l'éloigne encore de cette tradition plus européenne et semble le rapprocher des courants américains qui influenceront la psychologie de type *counselling* où la psychodynamique s'entend comme l'étude des forces à l'œuvre en nous qui expliquent nos comportements observables plus que de la psychanalyse dans son acception traditionnelle. Enfin, tout en restant proche de la psychanalyse traditionnelle, son analyse entraîne irrémédiablement l'addiction vers la dépression et l'éloigne de la névrose. L'addiction comble un manque, elle est une forme d'automédication qui permet au sujet de combattre la dépression en nourrissant son narcissisme et ne répond pas à une culpabilité constitutive. L'addiction vient d'un trouble thymique, de l'humeur, la dépression, et ce trouble thymique repose sur des atteintes narcissiques.

L'un des auteurs essentiels de la littérature psychanalytique sur le sujet, qui poursuit l'idée de Rado et met en exergue des termes d'une grande modernité tout en posant les prémisses de la rupture définitive avec la doxa traditionnelle freudienne quand il s'agit de traiter du sujet est Edward Glover [139]. Il est sans doute l'auteur le plus important de la psychanalyse quand il

[139] D'abord proche de Mélanie Klein (il analyse sa fille), il s'oppose ensuite à elle. Il sera avec la fille de Klein, un des tenant de l'orthodoxie freudienne lors de la controverse entre Melanie Klein et Anna Freud. En dehors du thème de l'addiction, il est connu pour ses travaux sur la technique psychanalytique elle-même et est considéré comme un des grands théoriciens de la pratique de cette discipline. Son intérêt pour le crime et la délinquance l'amène à traiter de l'addiction. En tant que médecin, son expérience de terrain lui apporte un poids considérable, il n'est pas tendre pour les extrapolations théoriques abstraites (ce qu'il reproche à Klein) et s'attaque aux psychanalystes qui n'ont jamais vu un addict ou dont

s'agit de l'addiction. Déjà, il utilise le terme *addiction* qui signifie toxicomanie pour lui, *drug-addiction*. Glover écrit en anglais et le terme se diffuse dans la communauté des psychanalystes à partir de son article de 1932a. En fait le terme date probablement de 1931, dans un court article du Lancet qui relate les discussions d'une réunion entre la section Psychiatrie de la Royal society of Medicine et la Society for the Study of Inebriety le 10 Mars 1931. Glover a d'abord traité de l'alcoolisme puis a généralisé aux addictions (entendues comme toxicomanies). Son texte le plus connu et qui aura le plus grand retentissement est celui de 1932a ; *On the aetiology of drug addiction*. Ce texte, abondamment commenté, place l'addiction entre psychose et névrose, dans ce texte Glover utilise le terme «état transitionnel» introduisant selon Magoudi la notion d'état limite.[140]

Il insiste sur le fait qu'il existe dans l'addiction un mécanisme spécifique, il y a *des* drogues mais *une* addiction. Glover revient sur ses propres analyses antérieures de l'alcoolisme qu'il liait à l'oralité[141], il remet en cause les explications de ses prédécesseurs en termes de fixation orale et d'homosexualité à qui il refuse tout caractère étiologique.

La difficulté qu'ont les psychanalystes à traiter et comprendre l'addiction tient à sa position particulière, transitionnelle, limite.

> Pour Glover, les syndromes toxicomaniaques ne sont ni des névroses ni des psychoses mais [...] ils se situent cliniquement et génétiquement entre les deux. La

l'expérience concrète reste très limitée, mais se permettent d'élaborer des théories sur le phénomène.
Pour le sujet qui nous intéresse voir Glover, 1928, 1931, 1932a, 1932b.
[140] Voir aussi Ferbos & Magoudi p.20.
[141] De Mijolla & Shentoub p.96.

> liaison toxicomanie-état limite est faite, et ses implications théoriques et thérapeutiques ne vont cesser de se développer[142]

Il affirme donc une forme d'unité du phénomène, mais l'inscrit dans un domaine spécifique pour le moins controversé. D'autre part, dans la deuxième partie de l'article, Glover s'intéresse au lien entre addiction à la drogue et habitudes névrotiques, les compulsions serviles, les *slavish compulsions*. Ce terme, chez lui, se substitue à dépendance qu'il n'emploie jamais. Il relève chez une patiente certaines conduites alimentaires, utilise le terme de *substances psychiques* et assure que ces dernières et les drogues sont substituables, cela signifie qu'une habitude peut remplacer un produit, une psychonévrose ou une activité psychothérapeutique peut fonctionner comme une drogue.[143] On retrouvera cette idée à la fin du XXe siècle dans la déclaration de Goodman[144], et comme le fait remarquer Le Poulichet «L'addiction est égale à la dépendance plus la compulsion».

Enfin, l'addiction a pour lui un rôle thérapeutique, le patient se protège contre l'approche régressive où il s'agirait de voir le phénomène comme un retour en arrière, Glover propose qu'il s'agisse d'un phénomène de *progression*, une exagération d'un mode de maîtrise de l'angoisse qui sert à renouer avec la réalité.

Avec Glover c'est le terme même d'addiction, qui apparaît, au début des années 1930. Il pose aussi le problème dans des termes que l'on retrouve

---

[142] Ferbos & Magoudi p.20.
[143] Freud avait déjà fait le parallèle avec l'hypnose, relevant la dépendance entretenue par les patients vis-à-vis de la transe et de leur hypnotiseur. Son expérience personnelle douloureuse avec cette pratique, les appels nocturnes récurrents de ses clients dans la Vienne de la fin du XIXe, se retrouvent dans ses écrits sur l'hypnose réunis en français dans Freud, S., *L'hypnose* 2015.
[144] Goodman, 1990.

aujourd'hui. Le contexte historique est alors particulier. La psychiatrie américaine va être extrêmement influencée par la psychanalyse, les premiers développements de la neuropharmacologie voient le jour et des lignes de fractures importantes se créent au sein de la psychanalyse. Il n'est pas question de faire l'étude *in extenso* de la problématique des états limites, dans la psychanalyse il s'agit d'un point de rupture important entre les différents courants, par contre, il nous semble intéressant de remarquer qu'il apparaît clairement chez Glover tout ce que la notion d'addiction doit à la psychanalyse. Dans le même temps, ces acquis apparaissent dans un contexte théorique qui porte en lui à la fois les fractures profondes de la discipline et l'origine des arguments qui permettent de remettre en cause sa pertinence.

Pour ce qui est des acquis, le terme utilisé comme synonyme de toxicomanie en est un premier, mais Glover ouvre aussi la voie à son extension aux conduites qui n'impliquent pas de substance psychoactive. Glover définit ensuite la *slavish compulsion* qui sonne comme devançant Goodman, dont nous verrons l'importance plus tard. Glover ne pense pas que les effets pharmacologiques soient premiers dans l'addiction, c'est la signification de l'objet qui importe, c'est aujourd'hui un critère déterminant pour qualifier les approches en concurrence avec le modèle maladie. Il insiste cependant sur la nécessité du sevrage, c'est-à-dire de la prise en charge médicale de la rupture concrète avec l'objet, de ses conséquences dues à ses effets neurophysiologiques. Glover emmène l'addiction vers un territoire plus *kleinien* que Rado qui reste, comme le soulignent Jacquet et Rigaud «très - et peut-être trop - freudien»[145]. Si l'on s'intéresse à la psychanalyse française contemporaine, on peut comprendre à la lecture de Glover pourquoi sa version lacanienne à tant de mal avec les addicts et aussi d'où vient la richesse

[145] Jacquet et Rigaud p.34.

d'une certaine pensée de cliniciens français qui se revendiquent aussi de la psychanalyse et qui, eux, leur portent un grand intérêt[146].

On trouve chez Otto Fénichel des thématiques semblables, il est aussi celui qui insiste le plus sur l'idée des addictions comportementales. Comme Glover, on trouve chez lui des thèmes résolument modernes. Tout en défendant une forme d'orthodoxie freudienne, il se permet non seulement des libertés avec l'œuvre du maître, mais d'aller bien au-delà de l'explication libidinale, intégrant le caractère, le développement du moi, les types de défenses etc. Il s'inscrit au cœur des problématiques qui agitent la psychanalyse (sur lesquelles nous reviendront après ce tour théorique, et qui expliquent en partie à la fois les conflits actuels et la spécificité française dans le champ de l'addiction). Fenichel est souvent présenté, en France, comme manquant d'originalité, sans véritable intérêt théorique en dehors de sa réflexion technique et sa capacité de synthèse, dont *La Théorie Psychanalytique des Névroses* de 1945, ouvrage de classifications à visée globalisante des pathologies mentales, mise à jour de la pensée psychanalytique, est la preuve. Or, il est surtout hostile aux envolées spéculatives, au rapprochement de la psychanalyse avec les sciences sociales et un fervent promoteur d'une psychanalyse médicale, thérapeutique[147]. Le fait de définir l'addiction par un comportement plus que par un mode psychodynamique en est une des expressions, cette position est à l'opposé de la psychanalyse lacanienne.

[146] Nous verrons les lacaniens d'une part et les cliniciens d'obédience psychanalytique non lacanienne français et ce qu'ils ont apporté d'autre part après un détour par l'évolution américaine des idées psychanalytique.
[147] Fenichel a lutté contre une forme de préemption par la médecine de la psychanalyse, c'est-à-dire qu'il défendait la possibilité que des non médecins puissent y être formés. Cependant, il ne fait à sa lecture aucun doute qu'il défend une psychanalyse comme médecine, comme thérapeutique. Voir l'introduction de Fain, 1987 à *La Théorie psychanalytique des névroses*.

Dans *La Théorie Psychanalytique des Névroses,* Fenichel sort du cadre de la névrose classique et reprend le terme addiction de Glover. Il crée la catégorie des «perversions et névroses impulsives» et parmi ces dernières on trouve l'addiction pharmacologique et les addictions sans drogue. Remarquons aussi qu'il y met, entre autres le jeu, les personnalités dont le caractère est dominé par leurs instincts. Cette catégorie décrit en tout point les *intempérants* antiques et médiévaux et réunit aussi des comportements comme la kleptomanie et la pyromanie que certains auteurs contemporains sont tentés de ranger dans une catégorie très larges des addictions (avec le meurtre en série et la délinquance) en raison du manque de contrôle des impulsions qu'elles impliquent. Enfin, Fenichel considère les «états de transition entre les impulsions morbides et les compulsions». Il distingue donc les dimensions impulsives et compulsives, l'une donnant du plaisir, l'autre soulageant une douleur.

Les addictions relèvent de l'impulsion irrépressible, d'un désir que le sujet vit comme hors de son contrôle. Les effets pharmacologiques induisent des complications mais ne sont pas premiers, c'est pour lui la structure psychologique du patient qui prime. Les effets des dépendances physiques sont secondaires dans la genèse du comportement. L'addiction sans drogue n'en diffère que par le type d'objet visé.

A l'origine il y a une tentative de maîtriser la culpabilité (tout à fait dans la ligne freudienne) mais aussi l'angoisse et encore, la dépression. Fenichel lie d'ailleurs addiction et psychose maniaco dépressive, dans la droite ligne de ses prédécesseurs sus-cités. D'autre part, ces conduites se déterminent avant tout par le comportement plus que par leur psychodynamique interne, en effet, elles sont des manœuvres de protection, de retour à l'homéostasie et tant qu'elles fonctionnent, il n'y a pas toxicomanie. L'addiction ne se définit donc plus comme un type de fonctionnement mais comme une stratégie qui

échoue ; il y a un jugement de valeur, jugement qu'il faut rapprocher de ce qu'en dira Stanton Peele bien plus tard[148].

Enfin, consommant la rupture avec la psychodynamique classique, on peut citer Ernst Simmel qui en 1948 dans *Alcoholism and Addiction*, fait de l'addiction une réponse contre la mélancolie, une réaction face au monde extérieur et à ses conséquences. Il y fait part de son inquiétude, au lendemain de la seconde guerre mondiale, de voir, comme après la fin du premier conflit, une explosion des «désordres du caractère, particulièrement sous la forme d'addictions»[149]. Le surmoi se trouvant en tant de guerre mis en condition de défaillance au profit d'un *war ego*. Cette situation ou les répressions du moi individuel sont abolies, mais mises sous le contrôle d'un idéal du moi commun au profit de l'objectif guerrier, tend à générer de graves troubles quand la situation de paix affaiblit cette structure de contrôle collective. L'individu se voit renvoyé à «une insécurité personnelle, sociale et économique», privé de «la participation protectrice de la fraternité inspirante» du temps de guerre. La fin la guerre génère un traumatisme narcissique susceptible de rendre difficile la répression de ses pulsions agressives auparavant valorisées et au service d'un idéal collectif disparu, alors que dans le même temps cette agressivité est stimulée par la frustration de cette nouvelle forme d'insécurité.

D'entrée, Simmel place l'addiction sous le signe d'une réaction à une situation, il semble que la dimension psychodynamique individuelle soit tout à fait secondaire par rapport aux événements vécus, par rapport à la situation traumatique extérieure et à la manière de s'y adapter. Ensuite, l'addiction apparaît comme une adaptation protectrice :

[148]Nous y reviendrons en détail dans la deuxième partie.
[149] Ernst Simmel, 1948.

> Les addictions offrent un stratagème parfait pour le Moi d'après-guerre [post-war ego] qui se trouve désespérément empêtrée dans un conflit entre la réalité source de frustrations et les impulsions - en particulier l'agressivité - du Ca, le pouvoir de contrôle du Surmoi ayant été rendu incapable de jouer son rôle d'intermédiaire.

Ensuite, Simmel explique la prévalence importante de l'alcoolisme par le fait que l'alcool est socialement accepté, voire bénéficie dans nombre de circonstances d'une fonction sociale valorisée, qu'il est en vente libre alors que les autres drogues sont illégales. Cela sous-entend donc que le produit n'a en fait que peu d'importance, c'est, encore, le mécanisme qui sous-tend l'addiction qui prévaut. Il insiste aussi sur le fait que l'alcool peut être bu pour échapper ou pour garder contact avec le réel, relevant alors que l'effet biochimique importe moins que l'effet psychologique qu'en tire le Moi.

Simmel distingue ensuite quatre classes d'alcooliques qu'il analyse notamment en fonction du type d'aide qui leur convient. Certains relèvent de la psychanalyse, par exemple, à la différence du *social drinker* et du *reactive drinker*,

> L'alcoolique névrosé boit, non pas parce qu'il est empêtré dans un conflit insoluble avec son environnement, mais parce qu'il a besoin d'échapper à lui-même, même s''il croit assez souvent que c'est sa situation de vie malheureuse qui le pousse boire

Parmi les quatre groupes qu'il définit,

> Dans les deux premiers groupes l'alcool protège le Moi contre l'impact mental de circonstances externes ; dans les deux derniers, il protège le Moi contre la menace

de conflits internes inconscients qui altèrent seulement secondairement la capacité du Moi à s'adapter à la réalité.

Enfin, pour Simmel,

> Toutes les addictions, et particulièrement l'addiction alcoolique, sont des protections contre la dépression (mélancolie).

On retrouve chez Simmel tous les thèmes précédemment notés. De plus, la fin de l'article traite d'une question fondamentale à cette époque. La grande question qui découle des réflexions des psychanalystes européen avant la seconde guerre mondiale et qui va s'exporter aux USA est celle du type de prise en charge. L'émergence des patients limites et narcissiques et les difficultés qu'ils posent à la psychanalyse soulèvent la question de leur accessibilité à la cure psychanalytique. Comme le remarque Ehrenberg,

> Une classe de pathologies suscite des discussions passionnées au sein de la psychanalyse américaine dans les années 1950 et 1960 : les pathologies narcissiques et les pathologies limites. La place et le rôle du narcissisme dans l'étiologie et le mode de traitement de ces pathologies y sont l'objet d'une interrogation récurrente qui dure jusqu'à la fin des années 1970. Son enjeu est la distinction entre les patients dont le mal relève de la psychanalyse et ceux qui doivent être traités par une psychothérapie - à partir des années 1980, le débat s'effondre face à la pluralisation d'une psychanalyse qui ne différencie plus des psychothérapies, notamment parce que la pulsion, les fantasmes et la sexualité y occupent une place marginale[150]

Les auteurs précédemment cités jouent une grande part dans ces débats, ce sont leurs réflexions sur ces états limites entre névrose et psychose et ces patients narcissiques dont les problèmes ne relèvent plus de la

[150] Ehrenberg, *La Société du Malaise* p84

culpabilité face à des fantasmes les renvoyant à une sexualité inavouable qui ouvrent la brèche dans la psychanalyse. Les travaux d'Ehrenberg mettent en lumière cette évolution théorique qui repose sur l'émergence d'une nouvelle image de l'homme et des difficultés à assumer en tant qu'individu sa place et son rôle. Ces pathologies ne reposent pas sur la culpabilité honteuse d'avoir des désirs qui désobéissent à la morale sexuelle mais sur un sentiment d'insuffisance. L'objet d'addiction permet à la fois de «dissoudre le surmoi» selon l'expression de Simmel, un surmoi trop sévère comme l'affirme Glover, et de remplir le vide, le manque dépressif de celui qui se vit comme inapte. L'addiction a un rôle pour le sujet, et le sujet des *raisons* qu'il faut mettre au jour. Apparaît alors l'influence du milieu, la pression de l'environnement et les nécessaires stratégies mises en place pour s'en sortir. On peut alors aussi envisager de changer ces stratégies, de réfléchir en termes d'efficacité comportementale, de changer de conduite en voyant clair dans ses motivations et raisons et de construire d'autres croyances, d'autres stratégies ; d'agir sur ses habitudes et conduites.

Cette revue de la littérature n'est pas exhaustive, elle se limite aux contributions les plus marquantes et celles qui illustrent les réponses théoriques qui racontent l'évolution de la psychanalyse. Notamment le passage de l'étiologie sexuelle avec l'équivalence entre masturbation et consommation addictive à l'apparition de la problématique des états limites, ni névrotiques ni psychotiques, ou les deux à la fois, qui amène la psychanalyse à devoir s'intéresser non plus à la culpabilité mais à l'adaptation, avec comme corollaire, la possibilité d'intervenir non plus seulement pour comprendre les motifs et l'origine des pulsions sexuelles et les accepter, mais de comprendre comment s'est institué mon rapport au monde et le modifier, pour protéger le moi. Ce thème entraîne la psychanalyse sur le terrain de

l'intervention. Nous verrons que cette évolution est celle de la psychanalyse américaine, celle qui instaure les conditions de sa dissolution et de l'émergence du nouveau contexte au sein duquel la notion contemporaine d'addiction est pensée.

Pour résumer l'évolution de la question des addictions dans la psychanalyse, ces travaux font donc d'abord ressortir une fixation au stade oral, voire une régression et un retour aux investissement homosexuels qui se charge de culpabilité. Avant Rado et son article de 1926, il est question des investissements libidinaux et, à la marge, sont évoqués la manie et la dépression.

A partir de Rado, ils insistent sur la similitude entre le fonctionnement maniaco dépressif et le fonctionnement addictif.

Les auteurs cherchent alors à décrire *un* fonctionnement addictif, même chez Fenichel, où toutes les particularités de la mise en scène, de l'agir, sont évocatrices et soumises à une interprétation qui permet de comprendre ce qui se joue chez l'addict, avec une attention particulière, justement sur les particularités, il n'en reste pas moins qu'on peut regrouper toutes ces pratiques individualisées sous l'égide de leur points communs, c'est-à-dire essentiellement de leur fonction protectrice. D'autre part, il ne suffit pas de rapprocher l'addiction du narcissisme et de la maniaco dépression, quand le maniaque change ses investissements objectaux l'addict reste fidèle à *son* objet de prédilection, investissement qui diffère aussi du dépressif qui, lui tend à investir une partie du Moi.

On voit aussi clairement que les explications se détournent de la psychodynamique, entendue comme recherche historique de la construction consciente et inconsciente du développement libidinal pour aller vers le caractère, la personnalité.

La psychologie du Moi doit son développement à certains de ces auteurs qui face à la question permanente du sujet de la psychanalyse, tentent de trouver des réponses à ces situations où les patients résistent à l'approche originelle, non seulement à l'explication par l'histoire libidinale mais aussi au rituel de la cure analytique.

c) De la psychanalyse à la psychologie du Moi

Dès le début du XXe siècle Freud remarque que certains patients résistent à la cure. Le travail sur le refoulement n'améliore pas leur situation voir l'aggrave. Il en tire la conclusion qu'ils présentent un comportement narcissique qui les empêche de répondre positivement à la cure ; leur libido présente un conflit entre investissement d'un objet et investissement sur eux-mêmes. Dans *Deuil et mélancolie*, Freud parle de ces patients comme vivant un deuil, mais un deuil qui les vise eux-mêmes, ces patients ont besoin de leurs symptômes, ils s'y accrochent, en tirent des bénéfices et *résistent* à la cure. Cette résistance signe pour lui l'existence d'une part inconsciente du Moi, une part non refoulée, agissante, et le mène à proposer sa seconde topique en termes de relations dynamiques entre structures qui s'opposent, le Ca, le Moi et le Surmoi.

Parmi ces forces, l'une d'elle s'oppose à la guérison en raison d'un sentiment de culpabilité inconscient. Le patient se punit et sa souffrance lui est nécessaire pour assouvir sa tendance masochiste.

Le *masochisme moral* implique le surmoi et donne lieu à une compulsion de répétition qui empêche le patient de sortir de sa souffrance et d'accéder à

la guérison. Freud range le narcissisme du côté de la pulsion de vie et explique alors ces échecs par le masochisme.

Mais, d'autres résistances se font jour, Abraham remarque des patients trop silencieux, soumis à l'autorité de l'analyste, ou à l'inverse, trop loquaces, mais dont le discours structuré et centré sur eux-mêmes ne relève pas de la libre association, le transfert ne s'effectue pas. Il reprend alors la distinction entre *névrose de transfert* dans lequel la libido du patient, cherchant à se fixer sur un objet extérieur, prend l'analyste pour cible, permettant, par l'analyse de ce transfert, d'accéder à la réalité des investissement libidinaux, et les *névroses narcissiques*, où la libido, tournée vers l'intérieur, le moi, ne se projette pas sur l'analyste. Cela le conduit à s'interroger sur les difficultés thérapeutiques inhérentes au *caractère*, à la personnalité. Il lie les différents caractères à des fixation à des stades divers du développement libidinal et pense qu'ils pourraient être modifiés par la cure. Chez ces patients, la névrose ne se manifeste pas par des symptômes, comme dans le cas des névroses de transfert, mais par des traits de caractères. Abraham crée un institut à Berlin où est formé Rado et une grande partie des psychanalyste américains de cette époque. D'autre part, il milite pour la diffusion de la psychanalyse hors des milieux argentés, organise le système de supervision pour la formation des analystes, et s'intéresse à la dimension sociale de la formation du caractère :

> En ajoutant le défaut du caractère au conflit névrotique, il devenait alors possible d'envisager une extension de la psychanalyse au traitement des délinquants, des déviants. Il devenait également envisageable d'intégrer les aspects collectifs du caractère, notamment les idéaux sociaux.[151]

[151] Ehrenberg, *La Société du Malaise* p.94.

Les auteurs que nous avons cités, et qui se sont intéressés à l'addiction, viennent de ce courant de pensée qui a en quelque sorte déplacé l'intérêt de la psychanalyse pour les contenus inconscients sexuellement chargés vers les résistances. Ce qui est en jeu c'est aussi quelque chose qui se déroule dans le présent, en rapport avec la façon immédiate d'être au monde et avec la perspective d'intervenir dessus afin de trouver une solution immédiate.

Les travaux de Anna Freud et Mélanie Klein, insistant sur les phases précoces du développement, avec leurs profondes différences qui mènent à une célèbre et violente controverse, vont à leur manière influencer considérablement l'évolution théorique de la branche américaine.

Anna Freud dans *Le Moi et les Mécanismes de Défense* met le Moi comme instance centrale dans l'analyse, celle à laquelle on a accès. Le Ca n'est visible que déformé par le moi et il faut selon elle prêter une attention particulière au Moi et particulièrement à ses mécanismes de défense contre ce qui le menace. Menaces internes, comme les pulsions auxquelles le Moi peut répondre par le refoulement, mais aussi toutes les menaces venues de l'extérieur. Anna Freud prend en charge la question du monde, du milieu et s'intéresse à la façon dont, notamment, le jeune enfant répond aux tensions qui naissent des différentes menaces auxquelles il est soumis.

A la différence de l'intérêt de la psychanalyse pour les névroses, qui sont des conditions pathologiques, elle propose une intégration dans la psychologie, en traitant de phénomènes *normaux*, dans une optique développementale qui sera qualifiée de normative au sens qu'il y a un bon et des mauvais développements. Ensuite elle propose une méthode générale de compréhension des conflits mais n'impose aucune interprétation qui figerait leur *nature*, permettant à de nombreux courants de s'y retrouver. Enfin, le Moi est assimilé à la personne et il s'agit alors de l'aider.

> Le moi est vainqueur quand ses mesures de défense sont efficaces, c'est-à-dire quand il arrive, par elles, à limiter la production d'angoisse et de déplaisir, à assurer au sujet, même dans des circonstances difficiles, grâce à une modification des pulsions, une certaine dose de jouissance pulsionnelle. Ainsi s'établissent, dans la mesure du possible, d'harmonieuses relations entre le Ca, le Surmoi et les puissances du monde extérieur.[152]

Sous son influence, c'est Hartmann, émigré aux USA, qui fonde la psychologie du Moi qui y devient dominante et qui envisage dans la lignée de Freud que le Moi est soumis à des conflits internes, avec le Ca et le Surmoi, mais aussi à la nécessité de s'adapter à l'environnement.

La particularité américaine qui fait que les psychanalystes se recrutent chez les médecins et son intégration à la psychiatrie, lui donne à la fois une influence considérable mais la rend perméable aux problématiques de la psychologie. Son lien avec la psychiatrie posera la question de sa pertinence pour tous les types de troubles mentaux et, avec Hartmann, sociaux. Devient alors constante la question de l'éligibilité des types de patients mais aussi la question de l'adaptation de la psychanalyse à ces patients, entraînant des modifications qui mèneront à sa dissolution dans le flot des évolutions théoriques de la psychologie américaine.

[152] Freud, A., *Le Moi et les Mécanismes de Défense,* p.163.

d) L'évolution américaine

1) La Psychologie comportementale

La perspective de la psychologie du Moi offre une relecture en termes d'adaptation à la réalité, de capacité à souffrir le réel. L'addict devient alors, comme le déprimé, une personne face à ses insuffisances et l'objet d'addiction l'outil d'une stratégie de *coping*. Mais, cela n'exclut pas la culpabilité. Il peut envisager son insuffisance comme constitutive, pathologique, inscrite soit dans son corps soit dans sa psyché et à laquelle il ne peut pas grand-chose seul (en tout cas c'est quand il n'y peut rien qu'il consulte) ou bien comme une insuffisance dépendant d'une volonté défaillante. Là encore, la volonté peut être défaillante pour des raisons, ou des causes, qui le dépassent ou bien relever *in fine* d'une faillite morale à laquelle il participe, par paresse, lâcheté, goût… Le thème d'une volonté faible n'est pas évacué, il s'inscrit dans une redéfinition de la culpabilité comme secondaire à une faiblesse. Le degré de responsabilité vis-à-vis de cette faiblesse centrant l'essentiel du débat moral et dépendant à la fois de l'étiologie retenue et des engagements philosophiques concernant le libre arbitre.

D'autre part, en orientant l'addiction vers les troubles de la personnalité ou du caractère, en l'éloignant de la culpabilité attachée à la rigidité morale et à la répression des pulsions, on peut passer vers une tentative de *réparation*. Le névrosé impacté par ses refoulements a comme perspective d'accepter l'histoire de son développement sexuel dont les clés sont à trouver dans son histoire infantile. Il doit faire face aux *intentions* de son inconscient, accepter de voir le *sujet* qu'il est. En considérant l'addiction comme stratégie de défense cette approche peut éventuellement permettre de donner une

explication, mais s'il s'agit d'améliorer la vie du patient, on peut alors intervenir pour changer la stratégie. La psychologie du moi est interventionniste.

Après la guerre, l'éclatement des pôles viennois et berlinois et les immigrations en Angleterre et aux USA ont donc créé un contexte de diversification théorique et ces nouvelles approches vont se concentrer aux USA. La psychiatrie américaine est alors très fortement influencée par la psychanalyse, mais le développement de la psychologie scientifique, issue de Wundt à la fin du XIXe, puis du behaviorisme de Watson du début du XXe et de sa reprise par Skinner sous la forme du behaviorisme radical vont se mêler aux soubresauts théoriques de la psychanalyse américaine.

Le behaviorisme se pose en opposition à une psychologie considérée comme spéculative, qui s'appuie sur des entités internes, comme l'inconscient, le caractère, les instincts pour expliquer les comportements. Il se constitue contre la psychologie introspective européenne. Watson[153] objectivise l'étude du comportement, une réponse suit un stimulus et ce qui se passe entre les deux, dans la boîte noire, n'est pas pertinent. Watson ne nie pas qu'il existe quelque chose entre les deux, il ne nie pas l'existence des états mentaux ou de processus, il considère qu'il est suffisant de faire le lien entre le stimulus et la réponse, à partir du moment où l'on considère que le stimulus agit sur le comportement par le biais de ce qui se passe dans la boîte noire en suivant d'abord des lois qui régissent les rapports entre le stimulus et ses effets dans la boîte noire puis des lois entre ce qui se déroule dans la boîte noire et le comportement. Il en découle que le stimulus et la réponse suivent des relations fixées par des lois et qu'il n'est donc pas nécessaire d'extrapoler ce qui se passe au niveau intermédiaire pour prévoir et comprendre. On peut

[153] Watson, 1913, 1924 et l'édition révisée de 1930.

se passer du niveau dont l'accès, par introspection, ou par l'utilisation de conceptualisations impossibles à étayer, n'est pas fiable.

Le behaviorisme radical de Skinner développe le behaviorisme de Watson à partir des années 1930[154]. Skinner étend le comportement aux événements mentaux. Ce qui se passe dans la boîte noire relève aussi du comportement et suit les lois du comportement. Il ouvre alors l'étude du contenu de ce territoire considéré comme trop complexe pour les moyens d'investigation de l'époque par Watson à l'approche behavioriste.

Le behaviorisme en revendiquant une psychologie scientifique, aux résultats quantifiables, s'accompagne d'un développement de la recherche fondamentale sur le comportement. Ses modèles, notamment animaux, sont à la base de tout enseignement universitaire expérimental en biologie et cette école a non seulement influencé toute la recherche expérimentale en science de la vie mais a fourni une quantité de données que nous n'avons pas encore épuisée. Nous verrons que ses apports à notre thématique sont considérables quand nous aborderons non seulement l'histoire de la formation du modèle dominant actuel, mais aussi des théories adverses. C'est chez dans l'héritage behavioriste que se trouvent les clés d'une critique du modèle biologique dominant qui laisse aux neurosciences toute leur place et reconnaît leur pertinence, d'une critique du modèle scientifique qui n'est pas une critique de la légitimité de la science mais qui veut s'inscrire au contraire dans le respect de ses règles et de ses principes.

En attendant, il s'est trouvé qu'au sein même de la psychologie scientifique, certains ont considéré que le behaviorisme n'accordait pas assez d'importance à ce qui se trame dans la boîte noire, qu'ils se revendiquent

[154] Le terme est utilisé par Skinner dans une publication en 1945 et il semble l'avoir utilisé dès 1930, voir Schneider & Morris, 1987.

behavioristes, mais tout en ayant un intérêt pour les «variables intermédiaires» en réponse aux stimuli, ou qu'ils rejettent la primauté de l'environnement dans l'explication du comportement, cherchant alors à trouver une explication interne, ils participent alors à l'émergence de la psychologie cognitive qui a supplanté le behaviorisme. Là où le behaviorisme s'intéresse aux conditionnements, aux événements de l'environnement, pour expliquer certains comportements, notamment pathologiques, la psychologie cognitive opère un retour au sujet comme origine des conduites et s'intéresse à l'information et à son mode de traitement en s'appuyant sur le développement de l'informatique au milieu du XXe siècle.

Enfin, le néo-behaviorisme a ensuite tenté à la fois de prendre acte des avancées du cognitivisme, tout en s'opposant à son internalisme, et du behaviorisme, en dépassant son externalisme. Il propose un modèle interactionniste où tout en étant dépendant de l'influence du milieu, le sujet peut agir sur ces contraintes et les façonner.[155]

Au cours de cette histoire, aux USA, la psychanalyse s'est diluée au contact de ces mouvements, prenant la forme de différentes approches thérapeutiques, dont des psychanalystes sont souvent à l'origine. Les thérapies cognitives comportementales naissent alors, sous l'influence conjointe de la psychanalyse et de ces mouvements. Cela fut rendu possible par l'intérêt particulier de la psychologie du Moi pour *l'adaptation* qui se voit offrir des approches qui ouvrent des perspectives techniques de prise en charge plus rapides et moins centrées sur la libido. La grande mutation semble s'être effectuée autour de la dépression[156], or, l'addiction est clairement identifiée comme son pendant, comme une stratégie de réponse.

[155] Cette brève présentation des mouvements de la psychologie au XXe siècle sera plus amplement illustrée plus loin.
[156] Voir Ehrenberg *La Société du Malaise* et *La Fatigue d'Etre Soi.*

Ce faisant elle ne s'inscrit donc plus dans l'optique de la culpabilité originelle, du rapport à la transgression des règles mais devient un moyen de combler un manque, une stratégie d'adaptation, de *coping*.

La naissance de l'addiction moderne doit à la psychanalyse d'avoir poursuivi le geste émancipateur, initié par Rush, vis-à-vis de la culpabilité, ou plutôt, cette culpabilité devient secondaire à l'insuffisance. Insuffisance dont on peut toujours se sentir coupable.

2) Vers les neurosciences cognitives

Les phénomènes liés à l'addiction commencèrent donc par être des transgressions individuelles, puis ils furent identifiés à des maladies organiques au XVIIIe. Ces maladies, abordées sous le régime de la dégénérescence, en partie en raison de leur incurabilité, se voient rattrapées par la révolution psychiatrique engagée par Charcot, et deviennent alors de possibles troubles de l'esprit. Mais la réinterprétation de leur dimension transgressive dans le cadre d'une culpabilité en lien avec les pulsions sexuelles se heurte à la résistance des patients au cadre de la cure. Ils ne sont pas des névrosés comme les autres. L'évolution de la psychologie permet alors de les envisager tour à tour à la lumière des conditionnements dont on pourrait envisager la désensibilisation, dans un cadre behavioriste, comme le produit d'erreur de perception et de cognition, donnant lieu à des schèmes cognitifs dysfonctionnels à déconstruire activement si l'on suit un cognitivisme comme celui de Beck, ou plus généralement à des pensées irrationnelles, dans une optique comme celle de Ellis[157].

[157] Albert Ellis et Aaron Beck sont tous deux à l'origine de thérapies cognitives. Ellis propose de modifier les croyances irrationnelles par le biais de l'évocation de réactions émotionnelles.

Aujourd'hui, on parle de thérapies comportementales pour nommer les approches syncrétiques nées dans les années 1970 et qui intègrent à la fois les approches comportementales, au sens des béhavioristes, et cognitives. Elles se sont appelées cognitivo-comportementales mais le premier terme est le plus souvent considéré comme redondant[158]. Il n'y a pas eu de débat enflammé entre cognitivistes et behavioristes en ce qui concerne les thérapeutes (alors que le débat théorique est lui engagé et nous nous intéresserons en détail notamment à ce que les behavioristes ont à apporter à l'addiction), la synthèse semble s'être faite assez naturellement dans un esprit de pragmatisme revendiqué. Par contre, l'approche cognitive permet de dé-médicaliser le phénomène, un schème mental inadéquat n'est pas forcément une maladie et cette ligne de fracture va s'amplifier avec les modèles neurobiologiques qui ramènent l'étiologie au substrat organique et peuvent réactiver les conceptions médicales de l'addiction, conceptions antérieures à la psychanalyse, venant du XVIIIe ; des conceptions somatiques. Le débat n'est plus alors entre les tenants d'un sujet central, *cognitif* et ceux de l'influence du milieu, comme le propose la psychologie sociale, débat qui s'exprime en termes de degré d'influences réciproques internes/externes dans la psychologie cognitivo-comportementale à partir des années 1970, mais entre les partisans d'une approche somatique, biologique et *mécaniste* et ceux d'une approche centrée sur le sujet.

L'approche somatique et le mécanisme réparateur des techniques cognitivo-comportementales se complètent sans se heurter. Il s'agit, dans les deux cas, de voir ce qui dysfonctionne et d'essayer d'y remédier. Que ce soit

---

Beck, un psychanalyste, introduisit le terme *thérapie cognitive*, travailla sur la dépression et élabora un thérapie basée sur le remplacement actifs des pensées dysfonctionnelles.

[158] Voir notamment Parot-Locatelli, 1978, pour qui ces thérapies sont la continuation du behaviorisme.

par le biais d'une molécule, d'une reprogrammation du comportement pour désensibiliser un apprentissage conditionné, d'une réadaptation des croyances ou du traitement de l'information, le patient est, certes, pris en charge, mais le sujet n'entre pas foncièrement en considération. La fonction que remplit la conduite, l'intérêt que le patient y trouve, ou sa signification pour ce dernier ne sont pas essentiels.

D'autre part, un glissement normatif s'est effectué. La psychanalyse revendique une attitude de neutralité morale sur les conduites qu'elle explore [159] quand les thérapies comportementales partent du principe qu'il est *mauvais*, inadapté, qu'il doit être réformé. Cependant, elles n'infèrent pas forcément un inconscient porteur de *mauvais penchants* dérangeants.

Enfin, la révolution neurobiologique a importé dans le débat le *mind body problem*, et nous verrons que les modèles explicatifs de l'addiction de la psychologie scientifique ont été absorbés par les modèles neurobiologiques dans une forme d'approche réductionniste. La controverse s'installe alors sur le degré de pertinence des niveaux d'intervention, avec, en filigrane, la question du sujet, de sa responsabilité et de son libre arbitre.

L'oecuménisme cognitivo-comportemental des années 1970/1980, associé aux progrès de la biologie, a rassemblé positions internalistes, externalistes et somatiques mais n'a pas réglé le problème de la priorité. L'inévitable question de la réduction des états mentaux au substrat neurobiologique s'est trouvée centrale quand il a s'agit d'expliquer et d'intervenir sur l'addiction. C'est ce débat-là qui est notre contexte actuel.

Au début des années 1980, le DSM-III opère une *«révolution de velours»*[160] au sein de la psychiatrie américaine en se détachant de son ancrage

[159] La réalité de cette neutralité est une autre question, mais, *a minima,* elle est revendiquée.
[160] Demazeux, *Qu'est-ce que le DSM ?*

étiologique, se voulant descriptif et athéorique. Alors que les premiers DSM utilisaient le terme *addiction*, il disparaît au profit de *dépendance,* terme issu de la neurobiologie. Quoi qu'il en soit, ces modèles explicatifs s'intègrent dans le cadre des *neurosciences,* qui proposent aujourd'hui un modèle dominant et nous les aborderons dans ce cadre.

La transition qui mène de la névrose de culpabilité vers les troubles de l'insuffisance est décrite par Ehrenberg[161]. Il montre aussi comment deux images de l'homme, américaine et française, vont contextualiser le phénomène. Or, si la psychanalyse semble s'être dissoute dans la psychologie (et les neurosciences) aux USA, elle a su résister en France. Il y existe une approche psychodynamique des addictions typiquement française. Mais elle ne se situe pas dans le giron de la psychanalyse lacanienne.

e) Le cas français

La question des addictions en psychanalyse est étroitement liée à celle de l'émergence de patients réfractaires à la cure analytique. Les évolutions théoriques et le traitement du problème vont de pair avec des modifications majeures de la théorie et de la pratique psychanalytique, intérêt pour le caractère, mise de côté (relative) des contenus inconscients refoulés et velléités interventionnistes de la part du thérapeute bien loin de l'écoute bienveillante silencieuse. Cette évolution s'est faite dans le contexte des migrations des psychanalystes européens vers les Etats-Unis, dans un

[161] Voir Ehrenberg, 2000, 2012, 2018.

contexte culturel et médical propre. En France, l'histoire de la psychanalyse est bien différente.

Après guerre, de nouvelles approches se développent aux USA, partant d'une psychiatrie alors très fortement influencée par la psychanalyse. Mais le développement de la psychologie scientifique, du behaviorisme et du cognitivisme joint à son intérêt pour la personnalité et le comportement le rend perméable à ces nouvelles approches qui promettent de répondre à l'idéal d'adaptation promu dès l'origine par Hartmann dans la psychologie du moi. En devenant une technique qui tend vers le mieux-être, qui s'adresse tant aux malades qu'aux biens portants, qui peuvent s'interroger sur leur caractère, elle prête le flanc aux coups de boutoir des nouvelles avancées qui s'éloignent considérablement de son fondement théorique. La séparation d'avec le tout libidinal, en permettant son acceptation dans une culture assez réservée, voire puritaine, concernant ces questions, tout en lui permettant de prendre en charge des phénomènes comme la dépression et l'addiction, la mettent à la merci d'une recherche pragmatique d'efficacité. La question n'est plus tant celle de la psychodynamique mais celle du caractère, de la personnalité addict, et la psychanalyse traditionnelle n'est pas la mieux armée pour y répondre. En France, l'histoire de la psychanalyse et de son influence dans le champ de l'addiction est différente.

D'abord, la méfiance est de mise vis-à-vis de cette pensée d'origine germanique, et elle tend à s'organiser en sociétés fermées d'un côté, et structures ouvertes, visant à favoriser au maximum son développement, au prix parfois de la rigueur théorique[162]. Les questions de la psychanalyse française naissante se posent alors plus en termes de structuration, de transmission (avec l'accès ou non des non médecins à la formation), portant

[162] Voir De Mijolla 1982.

en germe les dissensions majeures qui éclatent d'abord en 1953 puis en 1963, et de concurrence avec les apports théoriques de la psychologie française, comme ceux de Janet.

L'absence de travaux portant sur la ou les addictions est peut-être due au climat politique qui agite l'organisation de la psychanalyse, mais, paradoxalement, il semble que cela a permis à sa version française de survivre aux révolutions de ces années. S'il s'agit de poser la question de l'addiction en termes de psychodynamique, à partir du dernier quart du siècle, c'est vers la France qu'il faut se tourner. Mais il faut, avant cela, nous intéresser au climat qui a précédé et impacté la psychanalyse française et particulièrement à sa figure tutélaire, Jacques Lacan.

1) Le silence de Lacan

> Pas plus que Freud, Lacan n'a élaboré de corpus théorico-pratique concernant les toxicomanies. Nous lui en sommes d'ailleurs reconnaissants ![163]

C'est ainsi que commence le texte d'introduction de J-L.Chassaing, 1998 au chapitre qui compile les passages de l'œuvre de Lacan traitant de notre sujet dans *Ecrits Psychanalytiques Classiques sur les Toxicomanies.* Le chapitre en question, relève huit passages dans toute la production lacanienne. L'auteur nous prévient cependant qu'il n'a pas la prétention d'avoir tout répertorié, tant «il est facile de se perdre dans la complexité des concepts de Lacan»[164]... Parmi ces passages, la plupart n'a qu'un lien ténu avec le sujet, il est éventuellement abordé en passant, par l'utilisation du mot sevrage, par une référence à Alcibiade ou à Glover, ou par une évocation de la consommation

[163] *Chassaing, 1998.* p.41.
[164] Chassaing, 1998. p.41.

de drogue. Le passage le plus pertinent, d'après l'auteur de ce travail bibliographique, étant une digression sibylline qui fait de la castration une jouissance car elle nous libère de l'angoisse de posséder un pénis ; et la drogue permet de rompre ce «mariage» angoissant avec notre «*petit pipi*».[165]

Lacan défend la formation de psychanalystes non médecins. Il existe donc, en France, à la fois une forte influence de la psychanalyse sur la psychiatrie, avec des psychiatres formés à cette technique, et des psychanalystes qui consultent en libéral, sans rapport direct avec le système de soin institutionnel. Ces derniers, à quelques exceptions près, suivant ce courant de pensée, considèrent alors les conduites addictives, au mieux,

[165] Voici le passage :

> «Enfin *perinde ac cadaver,* ça veut dire que la castration quand même, la castration dont nous-mêmes arrivons à nous apercevoir que c'est une jouissance, pourquoi est-ce que c'est une jouissance ? On le voit très bien, c'est parce que ça nous délivre de l'angoisse. Mais alors qu'est ce que c'est l'angoisse ?
>
> C'est quand même curieux qu'on n'en ait pas tiré un peu la morale, du petit Hans de Freud. L'angoisse, c'est très précisément localisé en un point de l'évolution de cette vermine humaine, c'est le moment où un petit bonhomme ou une petite future bonne femme s'aperçoit de quoi ? S'aperçoit qu'il est marié avec sa queue. Vous me pardonnerez d'appeler ça comme ça, c'est ce qu'on appelle généralement pénis ou pinne, et qu'on gonfle en s'apercevant qu'il n'y a rien pour mieux faire phallus, ce qui évidemment est une complication, une complication liée au fait du noeud, à l'existence, c'est le cas de le dire, du noeud. Mais s'il y a tout de même quelque chose qui est fait dans les Cinq Psychanalyses pour nous montrer le rapport de l'angoisse avec la découverte du petit-pipi, appelons ça comme ça aussi, c'est tout de même clair, il est certain que c'est tout à fait concevable que pour la petite fille, comme on dit, ça s'étale plus, c'est pour ça elle plus heureuse ; ça s'étale parce qu'il faut qu'elle mette un certain temps pour s'apercevoir que le petit-pipi, elle n'en a pas; ça lui fout de l'angoisse aussi, mais c'est quand même une angoisse par référence, par référence à celui qui en est affligé ; je dis «affligé», c'est parce que j'ai parlé de mariage que je parle de ça ; tout ce qui permet d'échapper à ce mariage est évidemment le bienvenu, d'où le succès de la drogue, par exemple ; il n'y a aucune autre définition de la drogue que celle-ci : c'est ce qui permet de rompre le mariage avec le petit-pipi.
>
> Mais enfin laissons ça de côté et venons-en aux choses sérieuses, à savoir que ça ne serait pas une mauvaise façon d'envisager ce qu'on appelle vie que de la considérer comme parasite.» Journée d'Etude des Cartels de l'Ecole freudienne. Séance de clôture (avril 1975), cité dans Chassaing, 1998, p.47-48.

comme des actes-symptômes[166], au pire comme masquant les symptômes. D'autre part, comme déjà remarqué dans les années 1920 par les premiers psychanalystes, les praticiens français se heurtent à des difficultés. Le patient addict, souvent alcoolique, est pénible, difficile d'accès et considéré comme réfractaire à la cure psychanalytique. Sa parole est réputée vide de sens, l'addiction est un acte ou une suite d'actes, alors que la psychanalyse est plus à l'aise avec le fantasme, à moins de considérer l'acte comme «échec du fantasme»[167]. Il existe cependant des psychanalystes non médecins qui, intervenant dans le cadre du soin institutionnel, vont, malgré tout, à la rencontre des addicts. Mais même intégrée au parcours de soin, la cure psychanalytique a tendance à nécessiter une position *d'extra territorialité*, la psychanalyse repose sur la rencontre entre un individu thérapeute et un individu *demandeur*. Or, les conséquences somatiques des différentes consommations poussent les addicts à fréquenter les services de soins et la psychanalyse fait partie du paquet de soin. L'addict vient en France à l'analyste, le plus souvent, par le passage en institution[168].

Face à ces patients c'est une nouvelle clinique qu'il a fallu développer, une clinique psychanalytique capable de se confronter à un phénomène qui met en échec la relation interpersonnelle, dépasse les classifications nosographiques traditionnelles et pour lequel il n'existe que peu de certitudes

[166] Au sens médical car, à proprement parler, ce n'est pas non plus un symptôme au sens analytique, celui d'une production de l'inconscient qui dirait sous forme métaphorique ce qui n'est justement pas dit, même si l'addiction exprime quelque chose, elle est un acte qui ne laisse pas de place à l'imaginaire. Le patient se définit comme toxicomane ou alcoolique, revendiquant une identité toute faite qui ne laisse aucune place au sujet spécifique.
[167] Pedinielli & Bonnet, 2008.
[168] «Généralement, cette rencontre se réalise dans un contexte institutionnel dans lequel la neutralité de l'acte analytique est à installer et le travail ne permet pas toujours d'éclairer ce qui constitue la spécificité de l'expérience addictive et sa dimension subjective, le poids institutionnel, celui du collectif, le projet médical, faisant barrière : il faut d'abord corriger les comportements et non entendre des sujets» Pedinielli & Bonnet 2012.

théoriques sur lesquelles s'appuyer, Lacan restant silencieux sur le sujet. Il a donc fallu inventer dans le contexte institutionnel français qui a en même temps fait sa révolution et Pierre Fouquet, un psychiatre, à la suite de ses travaux sur l'alcoolisme, fonde alors une pratique médicale, l'alcoologie, afin de prendre en charge ces patients au sein de l'institution. Les alcooliques, puis les addicts, sont dès lors, en France, susceptibles d'être traités par l'institution médicale.

Le système français est bien plus centralisé que le système de la psychiatrie américaine, l'examen pour accéder au titre est national et les hôpitaux sont intégrés au sein d'une structure nationale qui édicte les règles de fonctionnement communes aux établissements. Aux USA, le système asilaire s'est vidé au cours du XXe siècle au profit d'une offre de soin intégrée aux communautés[169]. D'autre part, l'offre s'est diversifiée, de véritables chapelles se sont constituées avec des méthodes et des fonds théoriques divers, ce que ne permet pas, à ce point, le système français. Les divergences sont possibles, des cultures de soin existent, mais un fond commun les rassemble, et, pour comprendre le débat théorique autour de l'addiction en France, il faut comprendre que la psychiatrie française qui la prend en charge

[169] La désinstitutionalisation s'inscrit à la suite de la publication en 1961 par Erving Goffman *Asylums: Essays on the Condition of the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. Il montre la structure asilaire comme une forme de machine qui sert à reproduire les rôles sociaux et à créer de la distance entre ces rôles du malade et du sain d'esprit, de l'enfermé, du captif, et du gardien. Il dénonce une déshumanisation des malades qui doivent être isolés et réparés selon ce qu'il présente comme la continuation d'une approche héritée du XIXe qui s'apparente aux réparations effectuées sur les machines par des artisans dans des arrières boutiques cachées aux yeux du public pour qui tout cela reste mystérieux. Eisenberg & Guttmacher, 2010 donnent trois explications au phénomène, le coût de l'institution, les scandales liés aux mauvais traitements et l'apparition de médicaments qui promettent de stabiliser les patients et permettent leur retour dans la communauté. Le phénomène international conduit à vider les institutions pour les remplacer par des structures locales, communautaires. Aux USA, Kennedy, en 1963, donna au National Institute of Mental Health (NIMH) la supervision des centres communautaires. Voir pour l'histoire de la psychiatrie américaine Shorter, 1997.

est héritière de Fouquet. C'est dans cette mouvance, dont nous allons maintenant parler en détail que l'on trouve l'influence de la psychanalyse à la française.

2) Fouquet et l'alcoologie

En 1951 Fouquet définit être alcoolique comme «n'avoir pas la liberté de s'abstenir de boissons alcoolisées»[170]. L'alcoolisme se caractérise par la dépendance. Il différencie trois syndromes alcooliques (alcoolite, alcoolose et somalcoolose), qui varient selon les modes de consommation, de la continuité, de la culpabilité ressentie… ces typologies sont multidimensionnelles et peuvent être identifiées par la présence et le degré d'importance des trois facteurs qu'il décrit à l'attention des patients dans la deuxième des lettres aux alcooliques écrites avec Jean Clavreul :

> Le facteur toxique - Il est la conséquence de la disposition maladive à boire sans pouvoir s'arrêter. Physiquement, vous êtes plus ou moins intoxiqué, ceci étant fonction à la fois des quantités d'alcool absorbées et de la résistance de votre organisme. L'importance de ce facteur est donc très variable selon les cas. De cette intoxication dépendent pour une large part vos difficultés familiales, professionnelles ou sociales. Demain nous en parlerons en détail.
>
> Le facteur de tolérance se situe au centre même de votre maladie. Il s'agit de la sensibilité particulière de votre organisme à l'égard de l'alcool. Cela signifie que vous, contrairement aux autres, vous ne pouvez plus supporter l'alcool sans péril. Je vous dirai pourquoi et comment dans le quatrième chapitre.
>
> Le facteur psychologique, probablement le plus important, sera abordé plus tard. En l'étudiant, nous découvrirons le rôle qu'a joué l'alcool dans votre vie personnelle, et à quoi ses effets étaient destinés.[171]

[170] Fouquet, 1951.
[171] Fouquet & Clavreul, 1956. On trouve les lettres ici http://www.ama.lu/docs/fouquet.pdf .

D'abord Fouquet fait de l'alcoolisme une maladie mais dont la particularité est de se manifester par une perte de liberté, c'est-à-dire qu'il en fait une question de psychiatrie, l'addict est au sens propre *aliéné*. Ensuite, sont impliqués l'alcool, le patient, son corps et son histoire, sa vie personnelle, et donc, son environnement. Enfin, la dépendance à l'alcool n'est pas le seul problème de l'alcoolique. Là encore, il faut prendre en compte les comorbidités somatiques mais aussi la personnalité du patient qui est impliquée causalement dans les difficultés personnelles, familiales, relationnelles, imputées à l'alcool. Les dimensions somatique, personnelle et environnementale, sont intimement liées et la prise en charge du patient doit être globale. Pour ce faire Fouquet va fonder l'alcoologie[172]. C'est dans ce cadre que la psychanalyse française va développer son approche spécifique d'abord de l'alcoolisme puis des addictions.

Clavreul, qui cosigna les lettres avec Fouquet, se tournera vers la psychanalyse. Disciple de Lacan il gardera cependant une autonomie et un style propre et sera le premier auteur en langue française à s'intéresser au sujet, avant Shentoub et de Mijolla, dont l'ouvrage est l'autre référence psychanalytique, il s'intéresse notamment à la parole de l'alcoolique si décriée, incomprise, voire rejetée, par la psychanalyse lacanienne.

> J.Clavreul, partant de l'opinion de collègues psychanalystes qui affirment : «les alcooliques ça ne me dit rien», s'interroge sur le fait que les alcooliques ne parlent pas, le vin venant ici «combler un trou, que ce soit un trou dans l'estomac ou dans le signifiant»[173]

[172] Il est le père de l'alcoologie *à la française* quand Jellinek est celui de l'alcoologie *à l'américaine*.
[173] De Mijolla et Shentoub p119.

En prenant acte de cette incompatibilité entre la parole alcoolique et le thérapeute, en la questionnant et en questionnant la place du thérapeute il identifie deux réponses toutes prêtes que possède chaque alcoolique à chaque question, celle qui correspond à son délire alcoolique et celle qui correspond à son moi abstinent. Elles sont toutes deux antinomiques et créent par leur alternance une situation de non sens qui justifie de reposer la question. Le sujet se trouve à la jonction entre ces deux positions, prisonnier de son moi idéal et de son idéal du moi, incompatibles et alternatifs, même pas en conflit, mais se niant alternativement l'un l'autre.

Au-delà de la pertinence théorique, sa réflexion porte aussi sur la manière dont la société crée l'alcoolique. Comment la position forte de jugement et de pouvoir du thérapeute implique son comportement. Cette réflexion est poursuivie par de Mijolla et Shentoub dont tout le travail consiste justement à écouter ce que les alcooliques ont à dire. Leurs réflexions sur le contre transfert, le jugement moral négatif et l'animosité que ces patients éveillent est à ce propos admirable. L'existence d'une clinique psychanalytique contemporaine de l'addiction tient à ces auteurs (et à d'autre dont on trouve une étude dans le premier chapitre de de Mijolla et Shentoub) et au travail de Fouquet, qui n'est pas à proprement parler de la psychanalyse mais qui a créé les conditions de possibilité institutionnelles de son expression au sein d'une prise en charge globale du malade, de l'individu et du sujet.

Le traitement de l'alcoolisme se fera dès lors dans un contexte institutionnel particulier, celui de l'alcoologie. Les psychiatres français sont pour la plupart emprunts de psychanalyse et l'influence de Lacan est forte, mais il ne s'agit pas pour autant de disciples au sens strict. D'abord, d'autres

influences, notamment kleiniennes, viennent nourrir une réflexion assise sur la pratique hospitalière. Enfin, l'école psychosomatique française[174] aura une influence déterminante notamment par les des travaux de Joyce McDougall, qui est à l'origine de l'introduction, en France, du terme *addiction*. Terme qui insiste sur la dimension relationnelle entre une personne et un produit dans un environnement donné plus que sur le produit que *dépendance* met au centre.

3) Joyce McDougall, l'introduction du terme addiction en France

Née en Nouvelle-Zélande, psychologue, elle va à Londres commencer sa formation d'analyste avec Anna Freud. Des raisons familiales la poussent à s'installer à Paris où, sur recommandation d'Anna Freud, Marie Bonaparte la fait rencontrer Lacan. Elle est alors acceptée à l'Institut, en 1953. Lors de la scission, elle reste avec son analyste et ne suit pas Lagache et Lacan. Elle décide cependant de suivre les cours de ce dernier. Elle est la première à écrire un livre sur une psychanalyse d'enfant, Sammy, un jeune américain souffrant de psychose infantile. Livre écrit en français avec Serge Lebovici, et préfacé par Winnicott[175]. Lebovici lui confie l'analyse de cet enfant notamment car elle est anglophone et elle suit aussi la mère de Sammy quelque temps plus tard, mère qui a la particularité de souffrir d'alcoolisme. Quand elle cherche à retranscrire l'alcoolisme de la mère dans son livre, elle remarque que le terme anglais *addiction* n'a pas d'autre traduction en français

[174] La psychosomatique est influencée par Adler, un «hérétique». Jacques-Alain Miller, 2011, compare Freud à Gary Cooper dans *Le train Sifflera Trois Fois* quand il «descend Jung et Adler, et fait valoir ses titres de propriétés sur la psychanalyse.»
[175] McDougall, (1960), 2001.

moderne que *toxicomanie*. Or, *toxicomanie,* qui peut s'entendre comme «désir maniaque de s'empoisonner», ne lui semble pas correspondre à ce qu'elle avait pu comprendre de ce qui se tramait réellement chez sa patiente. Pour McDougall, sans nier la dimension autodestructrice qui lui paraît présente mais accessoire,

> l'un des buts du comportement addictif est de se débarrasser de ses affects[176].

Il ne s'agit pas de *s'empoisonner* mais :

> de rendre supportable les difficultés, ressenties comme stressantes, de la vie quotidienne. [...]ce que cherche avant tout la personne addictée, c'est consciemment, la *quête du plaisir* et non le désir de se faire du mal[177].

L'addiction est une solution à un problème, celui de se libérer des sentiments qui nous oppressent de par, soit leur nature même, soit du fait que, bien que plaisants, ils soient inconsciemment craints, dévalués ou rejetés. L'origine de cette *solution addictive* est à rechercher dans l'enfance, particulièrement dans les troubles de la constitution du moi. Le patient n'arrive pas à passer de la dépendance totale vis-à-vis de sa mère à une situation d'indépendance.

Largement inspirée par Winnicott, McDougall, renvoie l'origine de l'addiction à l'impossibilité que le bébé a eu de développer sa «capacité à être seul». La raison est à chercher à la fois dans le comportement de la mère, aussi dépendante du bébé que le bébé d'elle, qui ne permet pas à l'enfant de se construire une image d'«une mère interne soignante». Chez Winnicott,

[176] McDougall, 2004.
[177] McDougall,2004.

l'objet transitionnel sert notamment à supporter la séparation d'avec la mère, l'angoisse est surmontée grâce à un objet qui rassure comme le ferait la présence de la mère, il est une transition entre l'attachement total à la mère et l'indépendance où l'enfant saura gérer seul, grâce à la construction de représentations internes.

> L'enfant qui n'arrive pas à une telle représentation restera incapable de supporter les moments de tension, de source interne et externe, de sorte qu'il cherchera une solution afin de *pallier le manque des introjects soignants* et qu'il tendra à en chercher, comme dans la petite enfance, dans le monde externe. Ainsi la nourriture, les drogues, l'alcool, le tabac, ou autres, peuvent-il temporairement pallier le stress psychique et, autrement dit, *pallier une fonction maternelle* que la personne addictée est incapable de faire pour elle-même. *Ces objets addictifs prennent alors la place des objets transitionnels de l'enfance* (et dont le propre est d'incorporer l'environnement maternel), ce qui en même temps aurait dû libérer l'enfant de son lien de dépendance à sa mère.[178]

Mais, ces objets ne peuvent remplir leur fonction, ils sont des solutions matérielles, «somatiques», à des problèmes psychiques, le soulagement ne peut donc qu'être temporaire. McDougall appelle alors ces objets d'addiction «objets transitoires». Enfin, loin de se limiter au rôle de la mère, il faut noter que si le point central est la relation mère-bébé, le père joue aussi un rôle dans son développement harmonieux. McDougall note que, en plus des mères n'ayant pas rempli leur fonction de façon satisfaisante, les pères aussi n'ont souvent pas rempli leur rôle qui aurait permis à l'enfant d'arriver à son indépendance. Il s'agit alors de questionner cette histoire infantile précoce pour comprendre la dynamique addictive.

[178] McDougall, J.,2004.

Elle insiste aussi sur l'importance de l'adolescence comme période de construction de soi, d'affirmation de son rôle social, thématique très présente dans la mouvance française contemporaine[179].

Enfin, cette *solution addictive* va être utilisée, ensuite, face à tous les problèmes rencontrés :

> le sujet cherche compulsivement à la retrouver face à toutes les souffrances psychiques[180]

Pour McDougall l'addiction est donc une solution à un problème psychique dont l'origine est à chercher dans la petite enfance et qui devient *la* solution à toute souffrance psychique. L'addict ne cherche pas à s'empoisonner, à se faire souffrir (même si une tendance masochiste ou à l'autoflagellation peut être présente), mais à se soigner, à se soulager. Il s'agit d'une quête de plaisir et les deux dimensions de la compulsion, en tant que recherche de soulagement et quête du plaisir, sous toujours présentes[181].

Enfin, sur ce qu'il y a à soigner, McDougall dresse une liste déconcertante. Il s'agit d'éviter les angoisses névrotiques, les états d'angoisse sévères, parfois paranoïdes, la dépression, les angoisses psychotiques, ou réparer une image narcissique abîmée. C'est-à-dire que l'addiction semble

[179] Voir Valleur, Jammet...
[180] McDougall, 2004.
[181] On retrouve cette association dans les années chez Goodman 1990, mais elle est aussi une problématique de la neurobiologie, quand le modèle originel de dépendance, expliqué par la crainte du sevrage généré par les substances dépressogènes comme l'alcool ou les opiacées, s'est retrouvé confronté à l'existence de comportements d'auto-injection de substances psychoactives (comme la cocaïne ou l'amphétamine) sans rapport avec un quelconque effet négatif à éviter ou à soulager.

concerner toutes les structures cliniques[182]. Cette question de structure spécifique aux addicts est fondamentale pour la psychanalyse et on cite souvent la phrase de Bergeret

> Il n'existe aucune structure psychique profonde et stable spécifique de l'addiction. N'importe quelle structure mentale peut conduire à des comportements d'addictions (visibles ou latents) dans certaines conditions affectives, intimes et relationnelles[183]

Elle a donné lieu à des débats théoriques importants. Toute l'histoire primitive de la psychanalyse avec l'addiction peut se raconter comme la recherche de la structure qui permettrait de rendre compte de l'addiction, jusqu'à Glover, qui finit par déclarer qu'aucune des structures connues ne convient et qui, ce faisant, semble définir le toxicomane comme ayant sa propre structure. Les positions de Bergeret et McDougall ont l'avantage de ne pas cantonner l'addict ou le toxicomane dans une structure connue, ce qui aurait pour conséquence, s'il s'agissait par exemple d'autre chose qu'une structure névrotique, d'orienter les patients vers d'autres formes de traitement, la psychiatrie française ne se satisfaisant pas de la psychanalyse pour les psychotiques.

Le terme *addiction* depuis McDougall est un signe de reconnaissance pour les penseurs français emprunts de psychanalyse, ou, plutôt, pour ces soignants qui mettent au cœur du problème le sujet plus que le produit. L'addictologie à la française naît de ce climat, et Claude Olievenstein, qui fonde le centre Marmottan en 1971 représente pour l'addictologie ce que

[182] Les *types* références de la psychanalyse comme névrotique, psychotique, pervers… l'addict ne rentre dans aucune des structures identifiées mais touche des personne dont l'attitude subjective est variée, on la retrouve dans chaque catégorie.
[183] Bergeret, ,J., 1981.

Fouquet est à l'alcoologie. Prônant une approche humaniste, proche de la psychanalyse, au sens de s'intéresser au sens de l'addiction et au sujet addict, mais sans être psychanalyste, opposé aux «communautés de soins» dont il se méfie des dérives sectaires, il propose de voir l'addiction comme la rencontre d'un individu, d'un produit et d'un milieu.

La position de McDougall porte aussi un rapport au phénomène, à la maladie, qui est typique des approches attachées au sens. L'addiction concerne pour McDougall tout un chacun. Nous sommes pris dans un réseau de dépendances, de la naissance au tombeau. Certaines sont plus nuisibles que d'autres et certains vivent moins bien certaines dépendances. D'autre part, l'addiction est une stratégie d'évitement, de soin, de *coping* pour reprendre l'expression anglaise qui rappelle Peele, qui, dès les années 1970 renvoya l'addiction à une addiction à une conduite, à une stratégie d'adaptation plus qu'à un objet donné. Il est alors difficile de parler de *pathologique*, on peut au mieux qualifier l'intérêt et l'efficience de la conduite, ou faire le bilan de ses inconvénients et de ses bénéfices, dans une perspective utilitariste, benthamienne, de calcul des biens et des peines. La question de l'addiction maladie revêt dans le monde anglo-saxon une dimension polémique forte[184].

[184] Elle centralise, dans le champ de l'addiction, toutes les oppositions bio/psycho, sciences dures/sciences humaines, déterminisme biologique/liberté du sujet. En France, cette question est moins centrale et le débat plus apaisé, même s'il existe.

f) USA et France, Galien et Hippocrate

Pour reprendre les propos de Ey dans son *Etude N°2,* la psychiatrie américaine propose une approche galénique quand la France tend vers une approche hippocratique. Dans ce cadre, la question de l'addiction maladie ne revêt pas du tout la même importance. Aux USA, cette optique signifie une extériorisation du problème, sans rapport avec la vie du sujet alors que la sensibilité hippocratique la conçoit comme intriquée intimement dans cette vie et propose une approche globale de la personne malade. Aux USA, la prédominance symptomatique, galénique, de l'approche maladie met en danger les tenants des approches globales. En France, le terme *maladie* convient aux deux parties et si les outils conceptuels sont de plus en plus influencés par les positions galéniques internationales, cela s'effectue dans un contexte où la vision hippocratique est non seulement ancrée institutionnellement mais, en pratique, encore la norme.

La France vit une situation qui provient de l'alliance entre le somatique et le personnel initié par Fouquet, et de l'accord qui semble s'être fait autour de la non spécificité structurale de l'addiction relevée par Bergeret. L' *Addiction* avec un A est alors la construction théorique d'un phénomène psychopathologique. Il s'agit de partir du principe qu'il existe. Cela permet, à la fois, des propositions théoriques diverses, des controverses autour de leur importance relative, entre neurobiologie, psychopathologie ou dimension sociale, mais il n'en demeure pas moins une certaine cohérence, une unité dans la manière de prendre en charge les patients. Pour citer Fouquet, il semble être entendu qu'en dehors d'une étiopathogénie clairement identifiable

si la stratégie reste fondamentalement la même, la tactique peut parfaitement différer.[185]

La délimitation entre approche scientifique dure et approche de sens ne passe pas uniquement entre la biologie et les sciences humaines, elle scinde les sciences humaines et la psychologie en deux. Il existe des approche quantifiables, mesurables, expérimentales, généralisables, *scientifiques,* en psychologie, que revendique par exemple la psychologie cognitive et des approches de sens non généralisables, comme le propose une certaine psychanalyse[186]. Là où la médecine hippocratique garde une tendance à favoriser la pratique individuelle par rapport à la généralisation, où il reste un rapport à l'art de guérir, tout en s'appuyant sur la science comme outil, la médecine galénique tend à promouvoir une médecine fondée sur les méthodes dures, quantifiables. Elle doit reposer sur une science qui consiste en l'objectivation du sujet d'étude et, selon la distinction de Ian Hacking, relève d'un genre indifférent, au sens où elle ne modifie pas son sujet d'étude. Or, la clinique tend à être plutôt d'un genre interactif, ses théories modifient le cadre de vie des sujets, des patients, la manière dont ils vont être pris en charge. Le neurobiologiste ne modifie pas le cerveau quand il explique un phénomène neural, le clinicien peut changer la vie de l'addict en décrétant que l'addiction relève de la psychose ou autre. D'où les précautions prises quand il s'agit de glisser vers le modèle d'une psychiatrie biologique en France. Mais ces précautions ne se fondent pas forcément sur une défiance

[185] Fouquet & Clavreul, *lettre aux alcooliques* 1956.
[186] La question de limiter la psychanalyse à l'approche du sens ne fait pas l'unanimité chez les psychanalystes, mais, au moins en ce qui concerne l'addiction, on peut douter des capacités à proposer des résultats quantifiables et généralisables. Par contre son intérêt thérapeutique ne semble pas devoir être inférieur aux autres psychothérapies, si elle s'inscrit dans un protocole global de soin.

vis-à-vis de la science et la revendication d'une position dualiste. On peut aussi la voir comme une attitude pragmatique, la question étant d'ordre pratique ; «comment prendre, au mieux, en charge les patients ?»

Aujourd'hui, l'approche scientifique semble avoir un fort potentiel explicatif mais, nous le verrons, son intérêt thérapeutique est, pour l'instant, moindre et les approches de sens semblent perdues quand il s'agit de donner une explication généralisable. Déjà, Anna Freud remarquait que les travaux sur les addictions recouvrent essentiellement les centres d'intérêts de leur auteur, entraînant une expansion des théories, expansion foisonnante et inquiétante quant à leur validité. Il est difficile de lui donner tort, mais elles ont un intérêt pratique. La clinique française semble se satisfaire du *verdict du Dodo*, conjecture initiée par Rosenzweig en 1936 et inspiré par le personnage du Dodo de l'Alice de Lewis Carroll qui déclare que tout le monde a gagné et mérité un prix[187]. Ce verdict renvoie au fait que toutes les psychothérapies ont la même efficacité. Le discours théorique de la psychanalyse n'a que peu à voir avec la pratique individuelle, il y a une différence entre les bons analystes et les mauvais ou entre les couples analyste/patient qui marchent et les autres. La lutte entre psychanalyse et thérapies comportementales ne remet pas en cause en France l'existence d'un champ psychanalytique quand il s'agit de l'addiction car il n'est qu'une partie d'un ensemble syncrétique constitué autour de l'addiction plus que la discipline dominante. Cette question se pose à la psychanalyse dans son ensemble, hors du champ de l'addiction, particulièrement la psychanalyse libérale, et sa survie et son influence sont bien en jeu. On voit des remises en cause de son enseignement dans le cursus universitaire et pour la formation des psychiatres, mais son influence théorique en tant que voie explicative de l'addiction est déjà faible, elle se

[187] Rosenzweig, 1936.

limite, au mieux, au territoire national. Les neurosciences sont internationales, et sur ce point le combat semble perdu pour la psychanalyse. Par contre, son usage thérapeutique perdure, protégé par le fait que l'addiction se soigne en psychiatrie dans un contexte institutionnel où les psychiatres y sont formés et sensibilisés, et elle semble fonctionner aussi bien que les autres approches quand elle est associée à la dimension médicale, pharmacologique de la prise en charge. Ce n'est pas de l'addiction que viendra le coup de grâce, s'il doit venir.

Le champ semble se satisfaire de cette diversité. Ceux qui pratiquent la psychanalyse, essentiellement les psychiatres ou les intervenants associés aux services d'addictologie, y sont habitués et dans le cadre de l'addictologie, sont aussi ouverts aux autres formes de thérapie. La France assume le fait que la relation clinique interpersonnelle ne soit pas objectivable, qu'elle ne relève pas de la science. La psychiatrie française assume d'associer deux regards sur l'addiction, un regard quantifiable, scientifique et un regard non quantifiable, celui du sens, et assume leur incommensurabilité, en attendant peut-être que les écuries d'Augias du fatras théorique soient nettoyées, que le bricolage thérapeutique[188] soit remplacé par une pratique assise sur une théorie unifiante explicative qui rende compte à la fois du général et du particulier.

La discussion dans le champ de l'addiction tourne alors plutôt autour des effets de telle ou telle déclaration d'allégeance théorique ; faut-il considérer l'addiction comme une maladie et s'intéresser alors à ce qui sépare le normal du pathologique ou doit-on y voir la fonction qu'elle remplit chez un individu? Doit-on plutôt aller vers une approche biologisante ou refuser

[188] Marc Valleur parle d'un constant décalage entre la théorie et la pratique dans la relation thérapeuthique qui consiste en un constant bricolage, une constante invention pour que la relation avec le patient soit efficiente. Pour lui «la clinique ne peut pas attendre» La grande synthèse, l'incommensurabilité des approches théoriques, le dualisme méthodologique étant indépassables aujourd'hui, il faut bien faire avec.

les classifications théoriques trop rigides parce qu'elles nient la spécificité du sujet ?

Aujourd'hui, face à la définition de l'addiction comme maladie du cerveau, chronique et récidivante, Marc Valleur pourrait représenter l'approche globale, existentielle. Quand il s'agit de poser la question, de la nature *maladie* de l'addiction, Valleur fait remarquer qu'en dehors de la simple question de définition de la limite entre normal et pathologique,

> ...abordée sous l'angle des addictions, elle réside dans la possibilité ou non d'assimiler ou de réduire la toxicomanie, l'alcoolisme, les addictions dans leur ensemble, à une maladie de façon non métaphorique, c'est-à-dire en en faisant des entités homologues, et non seulement comparables, à une maladie physique, corporelle, elle-même potentiellement tout entière contenue dans un processus biologique.[189]

Approche qu'il combat, défendant un *dualisme méthodologique,* c'est-à-dire présentant deux versants, neurosciences et sciences humaines et sociales, seul capable de rendre compte du phénomène[190]. Cependant, chaque camp à ses méthodes, ses objectifs et même son genre narratif[191].

A contrario, William Lowenstein qui fut un des plus farouches défenseurs de l'utilisation de la méthadone, et donc d'une intervention *technologique* globale et fondée sur un modèle pharmacologique, figurerait le pôle addiction maladie, qualification qu'il défend explicitement[192]. Mais ses patients de la clinique Montevideo à Boulogne Billancourt suivaient un

---

[189] Valleur, 2009a.
[190] Voir notamment Valleur, 2009a, 2012a et 2012b. La lecture des articles de Tassin, 2012 auquel M.Valleur, 2012 répond, ainsi que la réponse de LeMoal, 2009 à Valleur 2009a posent bien le problème.
[191] Valleur, 2012a.
[192] Son livre *Ces dépendances qui nous gouvernent, comment s'en libérer?* Débute par ces mots ; «L'addiction avec ou sans drogue est une maladie du cerveau.»

protocole de soin intégrant aussi des approches existentielles. Ces deux personnalités majeures du débat français à la fin du siècle dernier et au début de l'actuel gardent une influence importante mais une nouvelle génération de psychiatre est apparue. Dans leur grande majorité, et dans la grande majorité des intervenants quels qu'ils soient, ils professent que l'addiction est une maladie du cerveau, reprenant les termes du pôle américain dominant, le *Brain Disease Model of Addiction*. Mais la pratique reste la pratique traditionnelle de l'institution française, mêlant médication et approche existentielle[193].

Si les controverses et les discussions existent entre ces différents points de vue, rien n'atteint la violence des échanges du débat américain. Malgré les divergences, la psychiatrie à la française paraît présenter un panel de positions bien plus synoptiques, avec plus de points communs quand il s'agit de définir ce qu'est l'addiction et comment s'occuper des addicts. Les désaccords quant à la prise en charge s'affirment aussi dans le contexte des services hospitaliers français et d'un système de soin dont l'organisation plus centralisée et homogène n'a rien à voir avec le système compétitif libéral américain, dont la situation, avec l'éclatement des obédiences théoriques et thérapeutiques, est bien différente. Aux USA, face à la puissance des neurosciences et du modèle actuel dominant, s'appuyant sur une étiologie neurobiologique et ayant intégré en son sein les travaux de la psychologie scientifique, les tenant des approches strictement sociales ou strictement psychologiques, voire, simplement, ceux qui considèrent ce modèle comme

[193] Il suffit de voir les publications à destination du grand public des associations de lutte contre l'addiction, que ce soit les associations de malades, de familles, de praticiens ou d'associations mixtes pour se rendre compte de l'acceptation quasi universelle du terme maladie, sans qu'on en tire les conclusions qu'en tirent les spécialistes de l'autre côté de l'Atlantique.

excessivement réducteur, se trouvent en situation d'infériorité dans un milieu extrêmement compétitif. L'orientation théorique sert d'argument publicitaire pour attirer les patients et le recrutement des patients est question de survie financière pour les structures de soins indépendantes en compétition, or le modèle dominant peut compter sur des budgets de recherche et de communication qui sont de l'ordre du PIB de nombreux états. Cette influence rejaillit sur les cliniques qui s'inscrivent dans son giron. Il ne s'agit pas de divergences tactiques, mais bien stratégiques.

Enfin, dans un cadre galénique, où il est demandé une assise quantifiable, ces approches sont démunies. Le système américain tend à valoriser les approches quantifiables et vise à régler le problème de l'inanité théorique d'une certaine psychanalyse par la recherche d'une efficacité thérapeutique immédiate, justifiable et, là encore, quantifiable. Quand la clinique française attend de voir la grande synthèse, pioche dans les différentes approches, même théoriquement incompatibles ce qu'il y a à prendre pour son usage pratique et laisse les débats théoriques aux séminaires de spécialistes, les dissociant de l'usage effectif, dans un geste dualiste qui dissocie clairement l'art éthéré du débat intellectuel et le combat du quotidien, la psychiatrie américaine fait le pari de brûler ses vaisseaux et de mettre toutes ses forces dans la bataille en choisissant clairement son camp. Le virage de la psychologie américaine vers une psychologie d'adaptation, à usage pratique et son souci d'efficacité immédiate a favorisé cette évolution et la disparition de la psychanalyse traditionnelle.

Aujourd'hui, ce sont les autres modèles reposant sur l'explication de la valeur pour le sujet de l'addiction, reposant sur la prise en compte du sens, qui sont mis en danger. Là encore, l'incommensurabilité des données scientifiques et des données de sens est un obstacle à une approche unitaire. Le goût pour la standardisation, met alors à mal ces approches de sens. Le

DSM en se débarrassant de son assise étiologique s'est mué en référentiel classificatoire, et par définition, il doit donc être standardisé. La révolution neurobiologique à fait le reste en donnant des modèles explicatifs dans le langage de la science et promettant des avancées thérapeutiques concrètes. On peut voir ce qui dysfonctionne, on doit pouvoir le modifier.

L'impossibilité à faire autre chose que superposer les données de la science et celles du sens peut conduire, tout en revendiquant un monisme ontologique, à accepter, faute de mieux peut-être, un dualisme méthodologique. Cette approche qui est celle de la psychiatrie française tente de concilier une certaine efficacité thérapeutique au prix de la cohérence théorique et préfère faire avec ce qu'elle a sur le plan thérapeutique ici et maintenant. La principale difficulté réside dans une sorte de parallélisme entre les approches qui, à la fin, n'a que peu d'intérêt théorique. Les théoriciens de l'addiction aujourd'hui sont plutôt à chercher dans les neurosciences[194] et les approches de sens restent soumises à ce foisonnement théorique qui reflète plus les intérêts de leur auteur qu'une quelconque adéquation avec le réel, et conduit parfois à considérer qu'il n'est de réel autre que ce que je dis. Le biologique se trouve parfois évacué comme contraignant au profit d'une ontologie dont on ne voit pas bien de quoi elle nous parle ni nous concerne en tant que personne, individu, organisme, inscrit dans l'univers matériel.

La thérapeutique doit beaucoup aux approches de sens, mais sans trop comprendre comment, dans un constant bricolage qui, sur le plan personnel semble parfois porter ses fruits, mais reste difficile à généraliser et peu

[194] La production théorique, d'une bonne partie des médecins français, spécialistes du sujet, probablement d'excellents praticiens, qui se publie chez des éditeurs généralistes, tend à servir d'argument pour répondre non à la question de savoir si la médecine est une science et les médecins des scientifiques.

satisfaisant, au moins à court et moyen terme, du point de vue heuristique. L'efficacité des pratiques thérapeutiques n'apprend pas grand-chose sur ce qui se passe dans l'addiction et il plane toujours, autour de cette diversité efficace, le spectre, faute de mieux, de l'effet placebo. Il semble alors que la théorie qui sous-tend les pratiques n'a pas à être *vraie*, mais à être suffisamment crédible pour permettre une alliance entre le patient et le soignant. Cela rappelle le foisonnement théorique de la psychanalyse et sa complexité en tant que système dont on peut parfois douter de l'adéquation à une quelconque réalité mais qui lui donne une assise, un sérieux, qui justifie que l'on puisse lui accorder sa confiance et par ce simple fait, lui permettre d'être efficace.

Le champ de l'addiction, en raison sans doute du flou qui y règne, exemplifie ce phénomène. Nombre d'écoles, de théories, de chapelles, peuvent revendiquer une certaine efficacité thérapeutique vis-à-vis de certains individus qui semble, quand on y regarde de près, reposer sur la confiance accordée à la narration qu'elles sous-tendent, sur leur capacité à convaincre de leur véracité. Cette capacité repose sur une apparence de cohérence, une autorité qui relève de la science ou du divin qui entraîne l'acceptation de croyances à partir desquelles la méthode modifie le rapport de l'individu à sa conduite et peut, parfois, induire un changement thérapeutique. Dans cette optique, la science est une narration comme une autre, tant que ses avancées ne sont pas décisives, au sens où elle ne fournit toujours pas de solution technique thérapeutique. S'il s'agit de traiter des individus, autant user de toutes les narrations possibles. Ce n'est pas tant les praticiens qui sont en général les défenseurs d'un type d'approche, qui pratiquent cet éclectisme, que l'attitude générale de dissocier science et médecine et de rester attentif aux différentes approches en mêlant un ou plusieurs types d'approches de sens et médecine biologique symptomatique. Le type d'approche défendu par le service de soin profite de l'autorité que lui

confère ce dernier et peut rencontrer l'assentiment du patient, ou ce dernier peut éventuellement rencontrer un autre type d'accompagnement de la pratique médicale symptomatique ailleurs. Malgré son côté centralisé, le système français, par son rapport pragmatique à la médecine, permet une certaine variabilité dans les programmes de soins et semble plus intéressé par l'efficacité, malheureusement encore très relative, que par la validité absolue des théories sous-jacentes qui relèvent elles du débat scientifique.

L'autre possibilité consiste à rejeter une des deux approches. Soit la science, et tendre vers une inflation théorique déconnectée du monde matériel, qui confine au ridicule et qui, par la multiplication des théories conduit à la formation de chapelles et de gourous. On tend alors à rejoindre ce qui a été décrit précédemment au point de vue théorique dans le cadre du dualisme méthodologique aujourd'hui. Soit rejeter le sens. Choix que semble avoir fait la psychiatrie américaine, au motif que ce dernier est réductible au premier. Le pari sur l'avenir, au plan théorique est peut-être stratégiquement habile, mais la question du *mind body problem* ne semble pas devoir se régler aussi facilement. Nous verrons aussi que les promesses sur le plan thérapeutique tardent à se réaliser.

La prise en compte de ces deux dimensions semble alors nécessiter de repenser les neurosciences que les Anglo-saxons ont peut-être un peu hâtivement nommée neuroscience au singulier.

Nous allons maintenant nous intéresser à la construction du modèle biologique dominant et voir comment les neurosciences se sont emparées du sujet et ont été intégrées à un programme politique qui a donné naissance au Brain Disease Model of Addiction, le BDMA, le *hard medical model*, fer de lance de l'approche neurobiologique dont nous verrons qu'il est avant tout

une interprétation des faits de sciences sous l'influence d'un certain type d'engagements philosophiques que nous mettrons au jour ultérieurement.

2) La neurobiologisation

a) De la dépendance physique à la dépendance psychologique

Dans un article publié en Avril 1931 dans *Physiological Reviews*, Tatum et Seevers font un état des lieux des connaissances et des théories concernant les «mécanismes et la nature de l'addiction à la drogue[195]». D'abord, on remarque immédiatement le singulier,

> L'Addiction est une condition développée en raison des effets de l'action répétée d'une drogue de sorte que son utilisation devient nécessaire et que l'arrêt de son usage provoque des troubles mentaux ou physiques.

L'addiction est un phénomène commun aux différentes substances utilisées et se manifeste par des conséquences négatives à l'arrêt et une obligation de consommer, pour échapper à ces conséquences néfastes. En effet,

> Les symptômes de l'abstinence sont des symptômes définis et plus ou moins caractéristiques observés chez les toxicomanes lors du sevrage soudain de leur drogue. Sans l'apparition de symptômes d'abstinence lors du sevrage, une drogue peut difficilement être considérée comme produisant une véritable dépendance.

[195] Tatum & Seevers, 1931.

Sans ces effets négatifs, on parlera d'habituation ou accoutumance,

> L'accoutumance [habituation] est une situation dans laquelle l'habitué (en français dans le texte) désire une drogue mais ne subit aucun effet néfaste lors de son arrêt.

Enfin, le phénomène de tolérance est en avant-propos clairement défini comme

> La tolérance est un état développé par certains médicaments de sorte que des quantités de plus en plus grandes sont nécessaires pour produire les effets désirés.

Les auteurs font cependant immédiatement remarquer que la tolérance ne se manifeste pas pour toutes les substances qui entraînent une addiction et que certaines autres substances induisant une tolérance n'entraînent pas d'addiction. Ils vont d'ailleurs insister sur le cas particulier de la cocaïne dont la consommation leur semble plutôt s'accompagner du phénomène inverse, une sensibilisation au produit où une dose plus faible induit les mêmes effets.

Cet article est particulièrement intéressant parce qu'il illustre le fait que

> Les études sur la toxicomanie se sont généralement concentrées sur l'opium et ses dérivés, et par conséquent, les idées à propos des d'autres toxicomanies sont généralement formées de manière à se rapporter ou à différer du morphinisme pris comme standard. Il faut s'attendre à ce que, dans leurs aspects fondamentaux, toutes les toxicomanies se révèlent étroitement liées.

Les modèles biologiques, pharmacologiques, ont d'abord été fondés sur le cas particulier des opiacées. Or, ces substances induisent une forte

tolérance et provoquent de forts symptômes de sevrage. D'autre part, l'alcool, qui, historiquement est un sujet d'intérêt de par sa consommation et ses conséquences sociales, partage ces caractéristiques, de même pour les barbituriques[196]. A l'origine ce sont donc les drogues *dépressogènes* qui servent de modèle princeps à l'addiction et toutes les autres substances provoquant une addiction sont analysées sur cette base. Les termes de tolérance et sevrage viennent de la pharmacologie et sont utilisés pour définir la *dépendance physique* qui se manifeste par, justement, ces symptômes de sevrage. Le consommateur cherchant à consommer *pour* y échapper, la crainte de subir les effets néfastes induisant une recherche effrénée et *irrépressible*. C'est ainsi que la notion de *craving* a été construite.

Mais, à côté de cette dépendance physique, Tatum et Seevers relèvent que d'autres substances, excitatrices, comme la cocaïne ne provoquent pas de symptôme de sevrage ni chez l'homme ni chez l'animal. On ne peut donc expliquer sa consommation addictive de la même façon. Il faut alors envisager que

> Avec l'usage chronique de cocaïne on retrouve une dépendance à une drogue dont l'effet stimulant prédomine. La stimulation cérébrale produisant le sentiment d'ivresse et d'euphorie constitue une incitation presque irrésistible à son utilisation continue. Lorsque les effets stimulants se sont dissipés, le sujet ressent un violent désir de plus de drogue pour rétablir l'état d'esprit euphorique et pour masquer une certaine fatigue, un épuisement résultant naturellement de la stimulation excessive produite par l'action stimulante directe du médicament.

A la différence des drogues dépressogènes qui rendent addict parce que

[196] Tatum et Seevers ne s'intéressent pas aux *beuveries du samedi soir* qu'ils voient comme des pertes de self-controle. Par ailleurs, ils classent le cannabis avec les dépressogènes et ne sont pas convaincus de ses propriétés addictogènes. Pour eux, il est consommé par fascination pour ses effets psychiques.

le manque est intolérable, les stimulants sont positivement désirés pour leurs effets agréables. Ils en concluent :

> En fait, les qualités d'une véritable toxicomanie telles qu'exemplifiée dans le morphinisme, et dans une moindre mesure dans le véritable alcoolisme, sont presque totalement absentes. On est donc obligé d'utiliser pour le cocaïnisme des termes évasifs tels que dépendance psychique.

De là, c'est la *dépendance psychique* qui est constituée. Elle se définit à l'origine par une dépendance induite par la recherche du plaisir, contrastant avec le besoin d'échapper à la douleur de la dépendance physique. La dépendance psychique est un *désir*, une *impulsion,* quand la dépendance physique est un *besoin*, une *compulsion*. Ces concepts physiologiques sont intégrés au discours psychologique d'abord puis vernaculaire, mais, ce faisant, perdent de leur précision technique. Par exemple, la dépendance psychologique est souvent entendue comme une dépendance «*qui se passerait dans la tête*». C'est exactement ce qu'elle signifie. Mais pas *tête* dans le sens de *idée*, *esprit*, mais dans la boîte crânienne, le cerveau :

> Le fait bien connu selon lequel les toxicomanes à la morphine, qu'il s'agisse d'hommes, de singes, ou de chiens, ont développé une tolérance accrue aux dépresseurs et une sensibilité accrue aux stimulants, ne correspond pas à l'opinion de certains selon laquelle la dépendance à la morphine est soit un réflexe conditionné, soit une tentative délibérée de tromperie, mais indique très certainement une corrélation avec une altération nerveuse. Cette altération causée par l'intoxication chronique est logiquement due à des modifications des mécanismes nerveux comme manifestations de la pathologie nerveuse.

Pour eux,

> Des changements neuropathologiques démontrables se produisent dans tous les cas de toxicomanie grave.

A partir des années 1930, vont s'affiner les théories de la dépendance[197] et on se lance à la recherche d'un substrat neurobiologique et du mécanisme impliqué. Les théories de la dépendance en neurobiologie sont donc fondées sur un dénominateur commun ; celui des drogues dépressogènes, les opiacés, barbituriques, l'alcool etc. Le présupposé qui les unit étant que les animaux s'auto-administrent compulsivement ces substances pour éviter les symptômes de sevrage.

Les modèles de l'époque font appel à ces substances dépressogènes, et peu aux psychostimulants. La dépendance était alors caractérisée par le besoin impérieux d'échapper aux effets du sevrage, ces substances (alcool, dérivés morphiniques…) induisant des syndromes spectaculaires, le sevrage alcoolique étant même potentiellement mortel[198]. La consommation de ces substances relevait donc de la compulsion, de la nécessité d'échapper au spectre du sevrage. C'est ainsi que la notion de dépendance s'est constituée. Les modèles animaux d'auto-administration de drogue consistaient à, d'abord, rendre ces animaux dépendants, puis à les mettre sous la menace du sevrage. Or, il est apparu que des substances psychostimulantes peuvent aussi générer des consommations, permettre des renforcements, dit alors renforcements positifs (mise en place d'un comportement pour l'obtention d'une récompense) par rapport au renforcement négatif (pour échapper à un affect négatif). De même, il fut démontré que les animaux choisissent de s'injecter des dérivés de morphine, par choix, sans avoir été préalablement

[197] Voir par exemple Himmelsbach, 1943; Lindsmith, 1947.
[198] L'alcool et les barbituriques sont les seules substances dont le sevrage est potentiellement mortel *per se*.

rendus dépendants[199]. Il a alors fallu revoir la notion de dépendance. D'autant que certaines substances génèrent peu ou pas de sevrage, et la notion de dépendance psychologique fut créée. La dépendance psychologique devenant une impulsion à consommer une substance en raison du plaisir attendu. Il ne s'agit pas de répondre au *besoin* d'atténuer une souffrance physique, mais au *désir* impérieux de consommer pour son plaisir.

Ces travaux initient un courant d'études sur le renforcement à partir de substances qui n'induisent pas de dépendance physique. Mais, par ailleurs, au milieu des années 1950, un substrat neural, impliqué dans le renforcement, est identifié, grâce au développement d'une technique *d'auto-stimulation* électrique de zones spécifiques du cerveau. Cet outil, en devenant prépondérant pour étudier le renforcement, les études pharmacologiques, les protocoles *d'auto-administration,* passent au second plan et y restent pendant trente-cinq ans avant de revenir pour régénérer un courant en perte de vitesse. C'est de cette histoire, que nous allons détailler, qu'émerge le modèle neurobiologique actuel sur lequel se fonde le Brain Disease Model of Addiction.

b) Neuropsychologie de la récompense

1) Le renforcement par stimulation électrique du cerveau

Dès les années 1930, l'utilisation de l'électrophysiologie est vue comme une piste prometteuse pour mettre en lumière les mécanismes cérébraux sur

[199] Deneau, Yanagita, & Seevers, 1964.

lesquels reposent les théories behavioristes du conditionnement. Elle a comme avantage de permettre d'expérimenter sur des animaux vivants éveillés et dans les conditions habituelles du conditionnement expérimental, alors que les lésions cérébrales, par définition, ne permettent pas de conserver l'intégrité du substrat cérébral. Issue des travaux sur le cortex moteur de Fritsch et Hitzig[200] de la fin du XIXe siècles, adaptée aux modèles comportementaux[201], cette technique, est d'abord utilisée pour des stimulations peu profondes, corticales, ou du cervelet, qui permettent de cartographier le cortex moteur animal puis humain[202].

Son utilisation pour l'exploration du réflexe conditionné[203] est rendue possible par les travaux de Louks qui développe l'implantation chronique chez l'animal. On peut dès lors opérer les animaux et les laisser vivre avec le dispositif intégré au crâne. On distingue alors le conditionnement extra neural, celui des expériences de conditionnement traditionnelles, comportementales, du conditionnement intra neural, obtenu par ces techniques de stimulations électriques du cerveau[204].

Dans l'immédiat après-guerre, la communauté scientifique s'intéresse aux régions sous-corticales. Les implantations se font plus profondes et ces zones se voient impliquées dans des phénomènes comme les états d'alerte, de veille et de sommeil et les émotions, qui intéressent au plus haut point les théoriciens comme Hebb ou Levine qui voient dans ces approches un moyen d'explorer les bases physiologiques du comportement.

---

[200] Voir l'article historique de Fritsch & Hitzig 1870.
[201] Voir les travaux de Louks 1933, 1957, Hess, 1932, 1943, 1948, pour ses publications princeps en allemand. Les travaux fondateurs de Hess n'ayant pas été traduit, Gloor, 1954 en propose un résumé en anglais. Voir aussi ses travaux d'après-guerre, en anglais, notamment ses ouvrages (Hess, 1954, 1956). Voir aussi la revue de Ziegler, 1957.
[202] Penfield & Rasmussen, 1950.
[203] Louks, 1935, 1938 ; Louks & Gantt 1938 ; Lowenbach & Gantt, 1940.
[204] C'est Gantt qui établit cette distinction dans sa revue de 1937.

Dans un premier temps, ces stimulations profondes furent utilisées pour associer les fonctions physiologiques à des zones spécifiques et établir, comme pour le cortex, une carte des fonctions[205]. Ces explorations montrèrent cependant qu'il était possible de provoquer des patterns comportementaux, comme les réactions de défense (affective-defense reaction) dans lesquels les animaux montraient des réactions d'agression, et de renforcement négatif, c'est-à-dire d'évitement d'une situation aversive. Ces travaux sur le renforcement négatif, voyaient les animaux apprendre à éviter certaines situations ou se comporter *comme si* un conditionnement négatif classique avait été instauré. Or, la technique était rudimentaire, l'implantation se faisait plus ou moins à l'aveugle, et il s'agissait, ensuite, de vérifier à quel endroit l'implantation avait été réalisée. Les erreurs étaient donc fréquentes et c'est lors d'une expérimentation qui s'avéra présenter une de ces implantations ratées (l'électrode finit dans le septum au lieu de la formation réticulaire) que Olds remarqua que loin de présenter des comportements attendus, ses rats revenaient à l'endroit du dispositif où avait eu lieu la stimulation. Il remarqua aussi qu'il pouvait *habituer* les animaux à se rendre à n'importe quel endroit du dispositif par stimulation. Il publie alors en 1954 avec Milner l'article qui met pour la première fois en évidence un renforcement positif par stimulation d'une région cérébrale.

Cet article consiste en un relevé d'implantations où sont repérés les animaux qui s'auto-stimulent et le degré de stimulation (en nombre d'appuis par unité de temps). En effet, mis dans une boîte de skinner, les rats ont la possibilité d'appuyer sur un levier qui entraîne une décharge électrique. Ils regardent ensuite où l'électrode était implantée afin d'identifier les régions cérébrales concernées, les associant avec les taux de stimulation afin de délimiter au mieux la zone concernée. Ils en concluent que :

[205] Voir les travaux de Hess.

> Il est clair que la stimulation électrique dans certaines parties du cerveau, en particulier la région septale, produit des courbes d'acquisition et d'extinction qui se comparent positivement à celles produites par une récompense primaire conventionnelle. Avec d'autres placements d'électrodes, la stimulation semble être neutre ou punitive. Étant donné que l'effet de récompense a été produit au maximum par la stimulation électrique dans la région septale, mais aussi à des degrés moindres dans le tractus mammillothalamique et le cortex cingulaire, nous sommes amenés à supposer qu'un système de structures précédemment attribuées au rhinencéphale peut fournir le locus pour le phénomène de récompense.

Cet article ne vise pas à expliquer l'addiction, il se propose de fournir un outil expérimental pour trancher les débats théoriques qui agitent les comportementalistes de l'époque et particulièrement la controverse entre apprentissage S-S et S-R[206]. L'article n'a que 17 références bibliographiques, hormis les références techniques, concernant l'implantation elle-même, et contextuelles autour de l'électrostimulation pour induire des comportements d'évitement, les six autres sont des écrits théoriques[207].

S'ils s'inscrivent dans une perspective behavioriste (Skinner et Hull), il s'agit de la dépasser. Olds & Milner sont dans un courant de pensée qui va vers la réfutation des prédictions du modèle proposé par Hull, comme le montre la présence de Seward et de Deutsch dans les références. Dans ces

[206] On peut rapidement résumer ainsi ; est-ce-que le stimulus S, est associé à une représentation interne d'un autre stimulus S induisant une réponse comportementale selon la valeur de cette représentation interne, c'est la théorie SS, c'est ce que l'on voit chez Pavlov quand le stimulus conditionnel entraîne la réponse conditionnée en faisant appel à la représentation interne d'un stimulus inconditionnel qui normalement induit cette même réponse, ou est-ce-que le stimulus induit directement la réponse comportementale, théorie SR, c'est-à-dire, est-il directement associé à la réponse ? Le chien de Pavlov salive-t-il directement au son de la cloche sans évoquer le stimulus viande ?

[207] Les articles de Deutsch, (1953) et Seward, (1952) et les ouvrages de Hebb (The *Organization of Behavior*, 1949), Hull (*Principles of Behavior*, 1943), Skinner (*The Behavior of Organisms*, 1938) et Wiener (*Cybernetics*, 1949).

mêmes deux articles, il s'agit aussi de transcender les découpages disciplinaires, la psychologie s'associe à la biologie mais aussi aux mathématiques et à la physique, et de s'ouvrir à la formalisation et l'utilisation des résultat dans le cadre de la construction de machines servant à la fois de test pour les théories et d'outils heuristiques dans la lignée de Turing, Rashevsky, Von Neumann... Enfin, la citation de Hebb, qui dirige le laboratoire et dont Peter Milner écrivit avec Brenda Milner, une autre de ses ex-étudiantes, la biographie dédiée à sa mémoire, pour la Royal Society[208], et celle de Wiener, père de la cybernétique, ne laissent planer aucun doute. Wiener introduit le concept de boucle de rétrocontrôle. Or cette notion même est totalement incompatible avec le conditionnement de type S-R du behaviorisme. Il faut ouvrir la boîte noire pour prendre en compte l'effet retour de l'environnement et l'adaptation de l'organisme. Enfin la cybernétique s'appuie sur les notions de plan, d'action dirigée vers un but[209], tout ce qui s'inscrit dans les théories de la motivation et des comportements orientés dont l'étude s'appuiera sur l'héritage méthodologique, technique du behaviorisme radical de Skinner, mais en s'intéressant aux états internes. Ce pan biologique est à mettre en parallèle avec l'évolution de la pensée en psychologie qui devient scientifique, neuropsychologie, dans un premier temps, puis, psychopharmacologie avec, comme origine de cette dernière transformation, lors des années 1940-1950, la découverte des premières drogues antipsychotiques ainsi que, aux USA, un phénomène social de consommation de drogues récréatives qui ne fera que s'amplifier, s'accompagnant de problématiques d'addiction[210]. Dès 1956, Olds publie un

[208] Milner & Milner, (1996).
[209] Rosenblueth, Wiener & Bigelow, 1943.
[210] Voir pour l'histoire contemporaine de la neuropharmacologie Pickens R. (1977) qui fait de la pharmacologie comportementale une science multidisciplinaire émergeant de la rencontre de ces deux événements historiques.
Pour une histoire de l'intérêt porté aux effets des drogues sur le comportement d'un point de

article montrant l'intérêt de sa technique pour l'étude de l'effet renforçant des drogues[211]. Mais l'électrophysiologie sert surtout au versant neuropsychologie, pour identifier les bases biologiques du comportement de renforcement. La psychopharmacologie de son côté se doit de montrer l'effet des substances, et notamment qu'elles sont capables de renforcement. La question de l'*addiction* se trouve, elle, à la rencontre des deux approches. Elle hérite des difficultés conceptuelles et en perd son nom en devenant, une fois intégrée par les manuels de psychiatrie, *dépendance.*

Cet article de technique de 1954, assez court, s'inscrit donc dans l'optique des *sciences cognitives*. Ou tout du moins de la psychologie cognitive naissante. Il s'agit non plus d'étudier le conditionnement mais ce qui le rend possible. Il s'agit de s'intéresser à ce qui motive les comportements. Le glissement est flagrant quand on passe du renforcement, associé à un *reinforcer, un renforçateur,* qui est encore le terme prôné par Skinner à la notion de récompense, qui sous-tend celle de plaisir. Un glissement qui consiste à inférer un état mental, interne, à ouvrir la boîte noire.

Olds et Milner montrent un renforcement positif par auto-stimulation. Ils montrent aussi que ce renforcement ne s'écarte pas des lois du renforcement standard comme établies avec des renforçateurs naturels tels que la nourriture ou le sexe. Ces renforçateurs sont considérés comme ce qui peut provoquer la mise en place et le maintien d'un comportement qui devient habituel. On distingue donc des renforçateurs positifs, pour lesquels

---

vue plus expérientiel, Siegel S. (1983) fait de *La Pierre de Lune* de Wilkie Collins et de ses conditions d'écriture un exemple de l'approche moderne des phénomènes de dissociations. Wilkie Collins y est décrit comme, si ce n'est le, au moins un, des premiers psycho-pharmacologues modernes.

[211] Olds, Killiam & Bach-Y-Rita, 1956.

l'animal apprend et reproduit des comportements pour y avoir accès et des renforçateurs négatifs pour lesquels l'animal apprend et reproduit des comportements qui le protègent d'effets négatifs. En ce sens, les *drogues* dépressogènes (opiacées, hypnotiques, alcool…) sont des renforçateurs négatifs dans le cadre de l'addiction car elles permettent d'échapper aux effets du sevrage. Olds et Milner mettent alors en évidence la possibilité d'un renforcement positif et les expériences d'auto-stimulation vont se multiplier avec l'idée de préciser la localisation cérébrale.

En 1957, Zeigler[212] dans une revue montre l'immense champ de recherche et la quantité de travaux dans le domaine de l'électrophysiologie appliquée à l'étude de l'apprentissage et de la motivation. On y voit l'importance que prennent les penseurs comme Hebb et Lindsley, par rapport aux behavioristes radicaux historiques. Il y est, de plus, abordé un point d'interprétation ; celui de la notion de *centres du plaisir,* qui pose deux problèmes, celui des centres et celui du plaisir.

La question des centres oppose les tenant d'une segmentation des fonctions en unités morphologiques et les tenants d'une inscription plus diffuse dans le substrat biologique. Ziegler met en garde contre une tendance à la «phrénologie sous-corticale» qu'il accuse de ne pas permettre bien plus en termes de compréhension que la précédente vague de «phrénologie corticale». En dehors des difficultés techniques qu'il relève et analyse, il insiste sur les faiblesses conceptuelles, ou plutôt sur le risque lié aux imprécisions. Quand Skinner prône l'usage du terme de renforçateur pour ne parler que de renforcement sans préjuger d'un quelconque état mental, les termes de récompense et de punition commencent à être librement utilisés. Le comportement des animaux est assez facilement associé à de la recherche de

[212] Ziegler, 1957.

plaisir, ou, pour l'évitement, à l'évitement de la *douleur*. On en conclut que les animaux *désirent* et on infère ce qu'ils désirent. Reprenant les critiques de Teuber[213], il s'interroge sur la validité de termes comme «système de récompense», «aires cérébrales attractives et inattractives», «centres du plaisir» et sur le risque d'associer ces concepts flous, non discutés, et pour lui abusifs, à des structures cérébrales. L'utilisation de termes inadéquats pour qualifier les comportements observés et l'établissement de cartes cérébrales sur ces concepts au mieux fragiles lui paraissent faire courir le plus grand des dangers, mais il relève l'immense intérêt que revêt cette technique pour l'exploration et la cartographie cérébrale et l'élucidation des bases neurales du comportement.

Durant les années qui suivirent, l'électrostimulation devint le moyen privilégié d'étude des bases neurales du renforcement. Il avait été démontré que la stimulation électrique suivait les lois déjà suivies par les récompenses naturelles. Tout naturellement, la possibilité d'agir directement sur le cerveau, aidé des relevés histologiques pour déterminer les structures impliquées semblait prometteuse. Cependant, en 1968, Wetzel compile plus de 150 études afin de voir s'il est possible de les intégrer dans le cadre d'une analyse globale. Son article commence par les perspectives offertes par la révolution technologique en cours. Les possibilités d'édition et le développement d'outils graphiques promettent de pouvoir prendre le pas sur l'écrit. Loin de considérer qu'il pourrait s'agir d'une menace, il remarque à l'inverse que les données histologiques étant essentiellement visuelles, cela représente une

[213] Teuber 1945, demande ce que sont des termes comme «amnésie», «sauvagerie» à part des descriptions symptomatiques de comportements qui doivent être expliqués et éclaircit et met en garde contre le fait de nommer, à l'aide de ces expressions qu'il juge confuses, des zones du cerveau.

chance pour ces études électrophysiologiques. Mais à l'issue de sa tentative d'analyse trans-études, le jugement est sans appel :

> Les résultats de la présente enquête ont montré peu de progrès au cours de la période de 10 ans, en grande partie parce que des informations pertinentes restent dans les dossiers personnels des chercheurs. Les données anatomiques perdues, dont beaucoup ont été minutieusement collectées, sont jugées constituer une grave perte de temps, d'efforts et d'argent pour la recherche.

Autrement dit, avec un sens certain de la formule ;

> Nous savons quelque chose de la neuroanatomie concernée par l'auto-stimulation. Mais la connaissance ne semble pas très utile. L'auto-stimulation est facile à obtenir mais difficile à localiser.

Le peu d'avancées au cours des 10 années qui le séparent du papier princeps de Olds est mis sur le compte de la difficulté voire l'impossibilité qu'il y a à effectuer des études comparatives. La spécialisation excessive des centres d'intérêt au détriment des centres d'intérêt des autres spécialistes est mise en cause :

> Par exemple, une grande partie de la littérature psychologique relative à l'auto-stimulation se limite à une interprétation théorique des effets de renforcement qui, bien que valable en soi, a entraîné la négligence par défaut des détails anatomiques.

Mais il considère cependant que les difficultés techniques et le coût inhérent à la transmission et la publication des images de cytologie sont des difficultés sur le point d'être dépassées.

2) Naissance de l'hypothèse dopamine

En 1972, Crow reprend la formule marquante de Wetzel en ouverture de son article qui, en associant stimulations, relevés comportementaux et analyses histologiques fines montre que :

> La distribution des sites à partir desquels l'auto-stimulation électrique pourrait être obtenue suggère qu'il existe deux systèmes neuronaux distincts qui peuvent être activés pour produire une auto-stimulation électrique. La région du système ventral entoure le noyau interpédonculaire et s'étend dans la pars compacta de la substantia nigra.

Mais l'intérêt de cet article réside aussi dans les engagements théoriques pris par Crow qui insiste sur la nature dopaminergique des structures cérébrales qu'il implique dans le conditionnement *positif* :

> ces systèmes neuronaux proviennent presque exclusivement de groupes de corps cellulaires dans le tronc cérébral x6. Une forte proportion de ces corps cellulaires (Groupes A9 et A10, les VTA et SNpc de Dahlstrom et Fuxe) sont localisés dans l'aire tegmentale ventrale…

L'hypothèse dopamine n'est pas nouvelle, elle a été évoquée par Stein en 1962[214] quand il traite de l'effet de différentes drogues sur l'auto-stimulation dans un article qui vise à l'origine à expliquer la dépression. La réserpine et la chlorpromazine, deux tranquillisants, et l'amphétamine et l'imipramine, des antidépresseurs, y sont étudiés pour leur effets sur la sensibilité des sites cérébraux de la «récompense». Dans un

[214] Stein, 1962.

protocole d'auto-stimulation, les tranquillisants rendent le renforcement plus difficile et tendent à inhiber l'auto-stimulation. L'amphétamine agit à l'inverse et amphétamines et tranquillisants sont antagonistes. En plus de lier dépression et système de récompense, Stein propose que les substances testées agissent sur les catécholamines endogènes. Il met en note de bas de page qu'il utilise ce terme, à propos de l'amphétamine, pour ne pas préjuger du type de catécholamine tout en relevant que, pour lui, il s'agit de la dopamine.

La dopamine a d'abord été identifiée comme un précurseur dans la synthèse de la noradrénaline et de l'adrénaline. C'est Carlsson et son équipe[215] en 1957 et 1958 qui montrèrent qu'elle semblait avoir un rôle autre que celui de précurseur. Dès 1959, sa localisation cérébrale dans certaines structures du striatum fut déterminée[216]. En 1960 Carlsson la présenta comme un neurotransmetteur, mais l'accueil fut plutôt réservé. La transmission synaptique était encore considérée être électrique et non chimique[217]. Cependant, une technique de fluorescence développée en 1962 permettant de marquer les catécholamines ouvrit la voie à leur localisation dans les structures cérébrales et Carlsson en 1962 identifia des sites contenant noradrénaline et dopamine. Ensuite d'autres structures furent identifiées comme contenant des catécholamines et de la sérotonine.

Au début des années 1960, la dopamine n'est pas un sujet majeur de recherche mais les catécholamines dans leur ensemble sont des outils puissants pour marquer certaines structures cérébrales et étudier les

[215] Carlsson, Kandler et Greengard reçurent le prix Nobel en 2000 pour cette découverte.
[216] Carlsson montre que la dopamine est présente en forte concentration dans les ganglions de la base et qu'une diminution de sa concentration dans le caudé et le putamen (le striatum dorsal) accompagne la maladie de Parkinson.
[217] Iversen, 2006. Otto Loewi avait pourtant montré que les neurones pouvaient communiquer par transmission chimique dès 1921 et reçut pour cela le prix Nobel en 1936 avec Henry Dale.

conséquences des lésions de ces structures. L'identification de la dopamine dans le striatum mena ensuite à la découverte de son implication dans la maladie de Parkinson chez l'homme et au premier traitement oral par L-DOPA en 1967. A cette date la dopamine devint l'objet d'un intérêt grandissant, sortant du relatif anonymat des années 1960 si on la compare aux autres neurotransmetteurs. La mise en évidence de «son» récepteur en 1972 finit de lui garantir le succès qui est le sien encore aujourd'hui.

Crow en 1972 défend donc l'hypothèse de l'implication des catécholamines dans le renforcement et la récompense mais son hypothèse catécholaminergique attendra la fin des années 1970 pour être finalement acceptée. C'est Wise, en 1978, dans une revue au sujet de cette hypothèse qui la défend et l'impose, comme nous allons le voir.

En Avril 1975, Olds, participe à une conférence à New York, le Third International Symposium of the Kittay Scientific Foundation dont le compte rendu est publié en 1976[218], peu de temps après son décès. Dans sa présentation *Do Reward Neurons and Drive Neurons Exist ?*, il dresse l'état des lieux de la question de la récompense et de son substrat neurobiologique. Il commence par poser le problème en répondant au courant naissant qui pose les différences génétiques à la naissance comme origine des comportements en rappelant l'importance de l'apprentissage. Pour lui,

> une grande partie du système nerveux héréditaire peut être conçue comme une sorte de machine récompense-et-apprentissage, presque une table rase sur laquelle l'environnement (physique et social) écrit des indications sensori-motrices particulières après la naissance.[219]

[218] Olds, 1976.
[219] Olds, 1976, p48.

Le système nerveux central est «plastique» il est programmable et

> Il peut être conçu comme un instrument câblé avec précision comme un oscilloscope ou mieux encore un ordinateur en attente de programmation, prêt à écouter ce qui est d'abord un langage très simple qu'il a en commun avec le programmeur. Dans ce cas, le programmeur est l'environnement physique et le monde social.[220]

Quant au mode de programmation, il passe par la «motivation», la «récompense» et l'«apprentissage».

> Les sujets apprennent à faire des choses, s'ils sont récompensés pour les faire et s'ils sont motivés à les faire.[221]

Ce que nous trouvons *motivant* varie, la catégorie est très diverse, des motivations les plus «élevées aux plus primitives» et ces dernières sont les mêmes pour tous les mammifères, nous les partageons avec les rats de laboratoire. Dans cette catégorie il distingue quatre «facteurs clés»

> Il y a d'abord les pulsions, c'est-à-dire les états particuliers créés par des déficits alarmants ou dangereux. Deuxièmement, il existe des mécanismes incitatifs, c'est-à-dire des réactions à des stimuli prometteurs qui guident le comportement même si les déficits ne sont pas alarmants. Troisièmement, il y a les récompenses, c'est-à-dire les cibles qui deviennent des objets de poursuite dans l'une ou l'autre des deux sortes de conditions motivantes, et qui modifient un peu ou beaucoup les répertoires de comportements lorsqu'elles sont atteintes (ou lorsqu'elles sont mises en jeu comme stimuli). Quatrièmement et enfin, il y a les mécanismes d'apprentissage, c'est-à-dire l'ensemble de règles intégrées pour modifier le répertoire avec ou sans

[220] Olds, 1976, p48.
[221] Olds, 1976, p48.

récompenses.[222]

Les comportements impliqués sont «guidés» par la récompense et la probabilité qu'ils soient mis en œuvre augmente avec la proximité de la récompense concernée et les indices sensoriels qui l'accompagnent

> sont rendus attrayants de sorte qu'ils deviennent des cibles secondaires de recherche[223]

Cependant la récompense seule ne peut initier les comportements, elle doit s'accompagner d'un *désir*, d'une impulsion, pour la récompense.

> Tout se passe comme si la récompense ne se liait pas à des comportements et des objets contigus, ni ne les suscitait à partir du répertoire. Au lieu de cela, elle semble y lier les pulsions. Une grande partie de l'apprentissage qui se déroule sous l'influence des pulsions ou des incitations et des récompenses est donc conceptualisée comme impliquant principalement le raccordement d'une pulsion à un processus sensori-moteur. Le raccordement est causé par la survenue d'une récompense pendant ou peu après un événement sensori-moteur.[224]

Enfin, la récompense met fin au comportement.

Pour Olds, les avancées liées à la stimulation cérébrale, aux expériences de lésions des structures identifiées, à la cartographie des noyaux cérébraux et de leurs projections grâce au marquage des catécholamines, ont permis de mettre en évidence un substrat biologique. Mais, même s'il remarque que les neurones catécholaminergiques pourraient être des «neurones de la

[222] Olds, 1976, p48.
[223] Olds, 1976, p49.
[224] Olds, 1976, p49.

récompense», il reste néanmoins des zones d'ombre qui l'empêchent d'être totalement convaincu.

A cette date, 1975, la stimulation électrique de zones du cerveau a mené à l'identification de groupes de neurones et de projections neuronales qui semblent être des candidats sérieux au statut de substrat biologique d'un type de relation au monde qui repose sur une capacité à apprendre de l'environnement. La description donnée par Olds de la mise en route d'un comportement orienté vers un but, sous l'effet d'un *drive*, que l'on traduirait par *désir*, pour une récompense, parce que cette dernière a lié les indices environnementaux associés à sa présence à l'émergence de ce désir, reste d'actualité quand il s'agit d'évoquer cette question du renforcement et de ce type de comportement orienté. La découverte par Olds en 1954 du comportement d'auto-stimulation électrique a ouvert la voie à un champ d'expérimentation autour de la relation entre cerveau et comportement, menant à la découverte de structures cérébrales particulièrement impliquées dans les phénomènes de récompense et d'apprentissage. Mais, si la question des catécholamines a permis de développer des techniques d'exploration, les résultats sont trop ambigus pour permettre de franchir le pas vers la théorie catécholaminergique du renforcement.

La question au milieu des années 1970 est celle du passage des centres de la récompense aux neurones de la récompense. C'est-à-dire qu'il s'agit de déterminer si tous les neurones du système nerveux ont les caractéristiques nécessaires à la mise en place de ce type d'apprentissage ou si certains neurones uniquement ont la, ou les, propriétés nécessaires. Des neurones qui pourraient être catécholaminergiques et/ou sérotoninergiques. Or c'est Wise, reprenant le flambeau, et défendant cette théorie des catécholamines, qui va

attacher ce qui est un modèle du renforcement, de la récompense, à la dépendance telle que définie par les travaux, d'abord de Seevers, puis de Deneau et son équipe.

Wise en 1978 dans *Catecholamine Theories of Reward: A Critical Review* reprend la communication de Olds et résume la situation de l'hypothèse catécholamine :

> certains «neurones de récompense» contiennent une catécholamine comme neurotransmetteur. Dit plus précisément, l'hypothèse est qu'il existe un ou plusieurs systèmes neuronaux centraux qui sont spécialisés et qui jouent un rôle critique dans les phénomènes de récompense, et qu'au moins un lien critique dans le système ou les systèmes est un ensemble de neurones catécholaminergiques.

Mais il ajoute,

> Bien qu'il soit généralement supposé qu'un tel lien critique aux catécholamines est à trouver à l'extrémité des électrodes qui produisent l'auto-stimulation, cette hypothèse n'a pas besoin d'être valide pour que l'hypothèse CA soit correcte.

D'abord, il reprend les résultats montrant que, d'après les études d'auto-stimulation, le phénomène se produit quand l'électrode est implantée dans ou à côté des sites contenant des catécholamines et qu'il est d'autant plus important que la concentration en ces dernières est importante. Ensuite, qu'il est inhibé par des drogues qui bloquent, et potentialisé par des drogues qui augmentent, l'effet des catécholamines. Mais,

> Les données anatomiques sont au mieux des corrélations. Même s'il était admis qu'un système CA est toujours activé par une stimulation gratifiante, il ne s'ensuivrait pas forcément que le système CA ainsi activé joue un rôle important dans la

transmission des effets comportementaux de la stimulation.

Aucune des études visant à déterminer un rôle spécifique des structures catécholaminergiques n'a donné de résultat, les lésions spécifiques n'empêchent pas l'auto-stimulation.

Ensuite, l'histologie est défaillante, la localisation des électrodes sur les coupes est peu précise et les corrélations avec les concentrations en catécholamines sont difficilement comparables entre les différents laboratoires utilisant des techniques diverses, avec, le plus souvent, des relevés parcellaires et rarement simultanés.

> Donc on ne peut pas dire que les frontières d'une zone de sites d'auto-stimulation correspondent aux frontières des systèmes CA dans cette région, ou que la force de l'auto-stimulation à différents sites à l'intérieur de ces frontières est proportionnelle à la densité des éléments CA adjacents.

Par contre, les études pharmacologiques semblent à première vue plus consistantes, même s'il reste possible que ces drogues impactent en fait les capacités des animaux à répondre. Ils pourraient, par exemple, ne plus être physiquement capables de presser un levier sous l'effet des drogues altérant l'effet des catécholamines. Quant aux résultats obtenus par le blocage des récepteurs nouvellement découverts, il les considère comme des résultats certes encourageants mais trop récents pour n'être autre chose que des résultats préliminaires. Mais alors que l'auto-stimulation semble avoir atteint ses limites, la vieille technique, tombée en désuétude, de l'*auto-administration* de drogues comme l'amphétamine ou la cocaïne apporte les preuves attendues. Ces substances sont *renforçantes*, on observe des phénomènes d'auto-administration intraveineuse qui suivent les lois du renforcement.

Elles interagissent avec les catécholamines en activant le système, chimiquement, comme l'électro-stimulation le fait électriquement. Les agonistes indirects des catécholamines (comme la cocaïne qui augmente la transmission en bloquant la recapture ou l'amphétamine qui augmente la libération) et directs (l'imipramine ou l'amphétamine encore, qui agissent sur les récepteurs aux catécholamines) ont leurs effets de renforcement liés aux catécholamines. De plus, il semble que parmi ces neuromédiateurs, la dopamine est impliquée, plus que la noradrénaline. En effet, les agonistes dopaminergiques sont auto-administrés et le blocage spécifique des récepteurs dopaminergique a le même effet que le blocage non spécifique (des récepteurs catécholamines, dopamine et noradrénaline). C'est donc l'auto-administration qui vient suppléer l'auto-stimulation dans l'étude du renforcement et de la récompense.

Enfin, l'un des arguments contre la théorie des catécholamines vient des caractéristiques de la réponse à la stimulation des neurones catécholaminergique[225] qui divergent de celles des fibres impliquées dans les protocoles de stimulation. De plus, la destruction des noyaux dopaminergiques par la 6-OHDA n'empêche pas le renforcement par auto-stimulation. Or, Wise fait remarquer qu'une théorie *dopaminergique* permet de répondre à cette critique. Si l'on suppose que le circuit dopaminergique n'a pas à être directement stimulé, c'est-à-dire, directement à proximité de l'électrode de stimulation, alors on peut envisager qu'il soit recruté à distance, par voie synaptique, et il existe un noyau dopaminergique réfractaire à la destruction par 6-OHDA qui lui semble un candidat pertinent.

[225] La période réfractaire des fibres stimulées dans les protocoles de récompense est bien plus courte que celle estimée des fibres des neurones catécholaminergiques, de plus leur niveau d'activation, l'intensité de la stimulation nécessaire, est plus élevé chez ces dernières. (Yeomans, 1979 ; Shizgal et al., 1980).

Ces résultats viennent d'études sur les propriétés renforçantes de substances, or, comme le remarque Wise, peu de chercheurs dont le sujet est le renforcement s'intéressent à autre chose que l'auto-stimulation. Depuis le développement de cette technique, les autres objets susceptibles de suivre les lois du renforcement, comme la nourriture elle-même, ne sont plus étudiés.

> Au cours des deux décennies d'étude intensive de la récompense par stimulation cérébrale, peu d'études ont exploré les mécanismes d'autres récompenses. L'étude de la récompense des stimulants psychomoteurs a récemment été considérée comme ayant de riches implications pour le théoricien de la récompense par auto-stimulation, mais il s'est écoulé 7 ans entre la première et la deuxième discussion sur la pertinence de l'auto-administration pour la littérature sur l'auto-stimulation . Le spécialiste de l'auto-stimulation cite rarement la littérature sur les mécanismes de récompense alimentaire ou hydrique. Les travaux sur d'autres récompenses peuvent avoir été en partie retardés par l'hypothèse que l'auto-stimulation était l'outil ultime pour comprendre les mécanismes de récompense. Il semble qu'il est temps d'explorer avec énergie d'autres paradigmes en parallèle du paradigme de l'auto-stimulation.[226]

3) L'addiction comme modèle de renforcement, du plaisir à la récompense

Wise trouve le moyen de régénérer l'étude de la récompense et du renforcement en mettant de côté le paradigme expérimental qui permit tant d'avancées mais qui semble alors dans une impasse. La théorie catécholaminergique qui restait à démontrer se vit alors appuyée par la pharmacologie et l'auto-administration de substances capables d'engendrer un renforcement. Des substances qui se trouvent être consommées par

[226] Wise 1978. Les deux articles qu'il cite, séparés de sept ans sont Pickens, & Harris, 1968 et Yokel, & Wise, 1975.

l'homme et pour lesquelles on a défini le terme de *dépendance psychologique*, comme pendant à la *dépendance physique* qui concerne d'autres substances. Toutes partagent la particularité d'être consommées au-delà du raisonnable par l'homme, selon un phénomène que la psychanalyse d'abord puis la psychologie, avait nommé *addiction*. En associant recherches pharmacologiques et celles sur le renforcement, *l'addiction* se voit devenir un modèle de renforcement et on lui associe les concepts issus de la neuropsychologie et de la neuropharmacologie.

Or, ces concepts sont problématiques. Olds utilisa très tôt le terme de centre du plaisir, dès 1956[227] puis revient dessus, pour deux raisons selon Wise [228], d'abord, rien ne prouve que ce qui est motivant est forcément plaisant et d'autre part parce que le terme de centre sous-tend un certain isolement par rapport au reste du cerveau. Wise remarque que les travaux de pharmacologie permettent de soutenir l'hypothèse dopaminergique parce qu'ils ne reposent pas sur des présupposés de localisation comme l'auto-stimulation qui concentre l'attention sur une zone restreinte. Wise, en défendant l'hypothèse dopaminergique, répond à la question de la recherche des *neurones de la récompense*, c'est-à-dire de la spécificité que possèdent certains neurones qui leur confère la fonction d'apprentissage, et ce faisant il clôt en partie la quête de la localisation initiée par l'auto-stimulation. Mais si du côté de la structure la plus spécifique il y a bien un type de neurone, de l'autre il faut se départir de la notion de *centre*. Wise pense en termes de système. Il revient à la tendance initiée par Olds dont l'expression *centre de plaisir* a eu une influence tenace qu'il n'eut de cesse de combattre et concentra l'attention sur un centre isolé. Wise parle de *systèmes de la récompense* et s'il propose dans son article de 1978 de changer de paradigme expérimental et de

[227] Olds, 1956.
[228] Wise, 1980.

reconnaître l'intérêt de l'auto-administration, il s'agit aussi de changer la focale.

En 1980 Wise avance qu'il est temps de considérer que les substances n'ont pas à agir directement à l'endroit où la stimulation électrique s'est montrée efficace, qu'elles peuvent et doivent le plus souvent agir à distance, sur les voies afférentes ou efférentes de cette zone. En effet, la majorité des sites efficaces pour l'auto-stimulation se situent à distance des voies dopaminergiques mais le blocage de ces voies impacte l'auto-stimulation. Enfin, il reste à résoudre le problème des substances qui engendrent une dépendance physique mais ne semble pas avoir, chimiquement, de point commun avec les stimulants comme l'amphétamine ou la cocaïne qui agissent directement sur le système dopaminergique. En pensant en termes de système et de connexions synaptiques qui s'influencent mutuellement, ces substances peuvent bien agir ailleurs, autrement, mais avec, à la fin, par le jeu des connexions, une action indirecte sur le substrat dopaminergique. Wise rend possible un modèle unitaire de la récompense et de l'addiction.

A la fin de l'introduction de son article de 1980, qui commence, comme d'habitude par revenir sur la découverte de Olds & Milner, par des clarifications conceptuelles contre l'emploi du terme *plaisir* et pour celui de *récompense*, et concernant l'intérêt de réunir travaux d'auto-stimulation et d'auto-administration, Wise déclare

> Bien qu'on estime que la récompense par stimulation cérébrale et la récompense par des drogues peuvent être utilisées comme des outils pour nous aider à comprendre l'anatomie et la neurochimie des substrats de la récompense endogènes, il semble temps que de tels efforts s'attaquent explicitement au fait évident que les circuits de récompense et non les neurones de récompense sont la cible des recherches, et que les médicaments pourraient agir à une liaison synaptique tandis

que la stimulation agit à une autre.[229]

Afin de déterminer la nature du système impliqué, il revient sur les avancées de l'électrostimulation qui mirent en évidence deux structures, la première étant les fibres myélinisées du *medial forebrain bundle* (MFB), qui répond à l'auto-stimulation, et «un élément dopaminergique» qui reçoit les afférences du MFB mises en évidence par la pharmacologie, les effets des agents dopaminergiques sur l'auto-stimulation et sur les propriétés renforçantes des renforçateurs naturels comme la nourriture, et les propriétés renforçantes des agonistes dopaminergiques. Il se trouve que seul ce dernier élément, dopaminergique, est la cible directe des drogues d'abus, pas le MFB. Il reconnaît l'intérêt des protocoles de stimulation pour la mise en évidence de ces structures mais leur dénie tout pouvoir explicatif concernant les mécanismes à œuvre avec les drogues d'abus. Il est impossible de savoir si les effets sur l'auto-stimulation sont dus à l'action sur les systèmes de récompense des drogues ou à leurs effets systémiques, impactant la capacité des animaux à répondre aux événements récompensants ou aversifs et leur capacité à effectuer les tâches requises.

Il propose alors quelques éléments explicatifs, des pistes pour rendre compte à la fois des propriétés renforçantes des psychostimulants et des dépressogènes comme les opiacées, l'alcool et les anxiolytiques. A partir de la revue des résultats existants il remet en cause une explication catécholaminergique à un neurone et propose plusieurs modèles à deux neurones qui permettent d'expliquer le renforcement obtenu pour les dépressogènes, pour les stimulants et les différentes caractéristiques des stimulations à des sites différents. Là encore il fait référence à Olds qui avait suspecté la possibilité que la stimulation puisse agir par excitation directe ou

[229] Wise, 1980.

par désinhibition en impliquant un intermédiaire inhibiteur qui serait lui-même inhibé par la stimulation[230]. L'intuition de Wise ici est que les neurones dopaminergiques sont indirectement stimulés par les électrodes, et les drogues dépressogènes alors qu'ils sont peut-être directement excités par les stimulants. Il se trouve que les axones des neurones dopaminergiques font partie du MFB, que les corps cellulaires sont effectivement à distance et que la dopamine est libérée à l'autre extrémité. Le schéma proposé par Wise n'est pas juste, mais il dessine les contours de ce qui sera établi ensuite. De plus, il sous-entend que la dopamine pourrait être l'effecteur central du phénomène.

Toute la question est alors de trouver les sites d'action des molécules impliquées. L'identification de récepteurs, de la dopamine, mais aussi des opiacées, leur présence dans des organismes qui n'ont aucune raison d'avoir eu un quelconque contact avec la résine du pavot oriental, orientent les recherches vers l'évaluation de la capacité des substances générant une *dépendance* à se lier à des structures, cibles de molécules chimiques endogènes ayant un rôle, une fonction, dans l'organisme. Les années 1980 vont mettre à profit la découverte de ces différents récepteurs et, par leur marquage, permettre d'identifier les structures cérébrales les plus à même d'être ciblées. Le *Nucleus Accumbens (*NAc), la *Substantia Nigra* (SN) et l*'aire tegmentale ventrale* (VTA) s'intègrent au réseau supposé du système dessiné par Wise. Alors que l'anatomie a cédé la place à la pharmacologie, la biologie moléculaire permet, en retour, d'affiner les connaissances anatomiques.

---

[230] Olds, 1962.

Il faut aussi faire remarquer que James Olds a bénéficié des travaux de sa femme Marianne Olds, qui s'occupa plus particulièrement du versant catécholaminergique et auto-administration. Dans son dernier article posthume (Olds 1976), compte rendu de la conférence de 1975 déjà citée, il lui rend hommage en reprenant les résultats de la pharmacologie, lui en attribuant l'origine, les décrivant comme ayant été réalisés dans des conditions d'indépendance telles qu'ils auraient tout aussi bien pu être menés dans un autre laboratoire.

4) Un modèle explicatif des propriétés addictives des drogues

En 1988, Di Chiara et Imperato, montrent que, chez le rat, les drogues d'abus consommées par l'homme (alcool, opiacée, amphétamine, cocaïne et nicotine) augmentent la concentration de dopamine extracellulaire dans le NAc et provoquent une hypermotilité, à l'inverse, des substances aversives agonistes du récepteur opioïde k, réduisent la concentration extracellulaire dans le NAc et dans le noyau caudé (un des noyaux des ganglions de la base) et induisent une hypomotilité. Ils testent aussi d'autres drogues non susceptibles d'abus qui ne montrent pas d'augmentation de dopamine.

Les expériences sont menées sur des rats vigiles et s'appuient sur la technique de microdialyse, mise au point par le groupe Glowinski, à Paris. Cette technique permet de mesurer des concentrations de molécules *in situ*, ici la dopamine, grâce à des cathéters emplis de liquide de dialyse qui se charge des molécules du milieu par diffusion, les molécules sont ensuite identifiées par chromatographie.

> Ces résultats fournissent des preuves biochimiques en faveur de l'hypothèse selon laquelle la stimulation de la transmission de la dopamine dans le système limbique pourrait être une propriété fondamentale des drogues dont on abuse.

Le lien entre dopamine et drogue d'abus est définitivement établi. Les structures productrices et recueillant la dopamine sont clairement identifiées.

Les principaux noyaux producteurs de dopamines sont la SN et la VTA. Ils se projettent vers des structures différentes. Sont identifiées :

- la voie mésocorticale, qui connecte la VTA au cortex frontal,
- la voie mésolimbique, qui connecte la VTA au striatum dorsal (le

NAc et le tubercule olfactif).

Elles forment les voies méso-cortico-limbiques. La VTA projette aussi vers l'amygdale, l'hippocampe, le girus cingulaire, le bulbe olfactif.

- La voie négrostriatale, ou negrostriée connecte la SN au striatum dorsal (noyau caudé et putamen). Cette voie est particulièrement impliquée dans la maladie de Parkinson mais joue un rôle dans certaines composantes de l'addiction.

Ces noyaux reçoivent des entrées sérotoninergiques, gabaergiques, acétylcholinergiques, glutamatergiques… Des interneurones GABA sont aussi présents, au sein de la VTA par exemple.

Il s'agit maintenant d'intégrer ces résultats concernant l'effet des drogues d'abus sur le cerveau, les zones impliquées dans le renforcement et les phénomènes de *dépendance.* En effet, le contexte conceptuel n'est pas celui de l'addiction. C'est celui des premières études sur les opiacées et leurs symptômes de sevrage et des travaux sur la consommation renforçante des stimulants dont sont issues les notions de *dépendance, de dépendance psychologique, de renforcement positif et de renforcement négatif*. La discussion autour de la pertinence des concepts associés aux résultats de la biologie est une constante dans les articles précédemment cités, souvent d'ailleurs pour remarquer l'absence de réflexion conceptuelle et le mésusage des concepts. Mais là où le flou conceptuel est problématique quand il s'agit de parler d'un comportement *normal*, c'est-à-dire pour lequel l'explication scientifique n'a que peu d'influence sur l'expression quotidienne, il en va tout autrement quand le comportement en question est *pathologique* ou *réprouvé*.

c) Le «brain model».

A partir de Wise, la consommation de substances devient un modèle expérimental pour étudier le renforcement, et ces études passent donc de l'explication d'un phénomène cognitif normal par le biais de situations expérimentales excessives, caricaturales, à la tentative d'élucidation d'un phénomène normal par l'étude d'une situation excessive mais qui devient le modèle d'une situation réelle, existante et problématique, une condition *pathologique*. Pour Wise, dans l'article écrit avec Bozarth en 1987 qui s'intéresse au rôle des circuits de la récompense dans *la dépendance aux drogues*, il s'agit d'abord d'obtenir des connaissances sur le mécanisme de récompense, dans son fonctionnement *normal*, pour, ensuite, sélectionner parmi ces connaissances celles qui seront utiles pour comprendre les phénomènes d'*habitude et de récompense* associés aux drogues. En soi, les données concernant les mécanismes d'action des drogues sur le cerveau n'ont pas de pouvoir explicatif si elles ne sont pas intégrées dans le cadre de la connaissance du fonctionnement normal. Il faut donc «affiner notre connaissance de la récompense.»[231]

D'abord, les récompenses permettent le renforcement,

> il existe deux grandes classes de renforçateurs : les renforçateurs positifs et les renforçateurs négatifs. Les renforçateurs positifs établissent et maintiennent des habitudes en raison des états centraux qu'ils provoquent ; ce sont des états que nous associons habituellement au sentiment subjectif de plaisir. Les renforçateurs négatifs établissent et maintiennent des habitudes en raison des états centraux qu'ils atténuent ; ces états sont généralement associés à la douleur, à la détresse ou à l'aversion.[232]

[231] Wise & Bozarth, 1987.
[232] Wise & Bozarth, 1987.

Or drogues et autres renforçateurs comme la nourriture peuvent induire le renforcement par le biais du renforcement positif comme négatif. Les deux ne semblent a priori pas exclusifs. Il s'agit donc à la lumière des connaissances fondamentales concernant les types de renforcement, d'intégrer les résultats obtenus concernant le substrat des renforcements spécifiques des différents renforçateurs, naturels, comme la nourriture, et problématiques, comme les drogues. Mais il s'agit, aussi, de réunir les données de la recherche fondamentale sur ces modèles avec la description du phénomène chez l'homme. Comme Wise le fait remarquer,

> Le terme «renforçateur» est généralement préféré par les psychologues et les pharmacologues comportementaux, car il n'implique aucune valence motivationnelle ou affective. Lorsque nous parlons de récompenses positives ou négatives, nous sommes susceptibles de les associer au plaisir ou à la douleur ; Skinner (1935) a préconisé le terme «renforcement» pour tenter de s'éloigner de l'attribution d'un comportement à des états affectifs ou à des «causes mentales». Il est cependant difficile, même pour le psychologue, de ne pas associer plaisir et douleur au renforcement.

Deux courants se développent alors, le premier consiste à expliquer la *dépendance* en poursuivant dans le cadre de la neuropsychologie les travaux des pionniers du béhaviorisme, et leur amendement par leurs successeurs comme Hebb et Wiener, cités dès le départ par Olds. Il s'agit alors d'expliquer le comportement et de se référer à ses bases neurobiologiques. Cette branche repose sur l'élaboration fine de concepts visant à décrire et expliquer le *comportement*. Quant au second courant, il poursuit l'élucidation des bases neurales, recherchant les structures cérébrales à associer au système de récompense, les différents types de récepteurs et leurs modes moléculaires

d'action. Il se concentre donc sur la biologie.

Le premier courant utilise les travaux du second pour déterminer les bases neurales à associer aux phénomènes psychologiques, le second utilise les concepts du premier pour définir le cadre de ses protocoles expérimentaux. Or, si la première relation est essentielle quand il s'agit d'expliquer les phénomènes comme l'apprentissage, le renforcement ou l'addiction, la seconde est bien plus artificielle, et parfois inutile ; on peut s'intéresser à un récepteur particulier sans avoir à le lier à un phénomène défini par la psychologie. Par contre, à partir du moment où l'un des objectifs consiste non seulement à comprendre mais aussi à intervenir, c'est-à-dire proposer une stratégie d'intervention pour contrer un phénomène indésirable, comme une pathologie, chez l'homme, et que ce phénomène est décrit dans les termes des états mentaux, la dimension interprétative des résultats de la biologie pose problème.

Les behavioristes se proposaient d'observer les comportements sans supposer d'états mentaux, la biologie comportementale, offre ce type de modèles, les rats s'auto-stimulent ou non, se rendent préférentiellement dans un compartiment donné ou non, s'auto-administrent ou non etc. Des structures cérébrales sont associées à ces comportements, puis des mécanismes moléculaires prennent place lors des phénomènes observés et peuvent être considérés comme participant du phénomène lorsque leur suppression altère le phénomène et lorsqu'ils se produisent concomitamment. Les connaissances concernant ces mécanismes vont se multiplier durant les années 1990, avec notamment les crédits de recherche de la *Décennie du cerveau*[233] et de la *War on Drugs*[234]. Les connaissances issues

[233] Le début de cette décennie est fixé au 1er Janvier 1990 par le président G. Bush, Presidential Proclamation 615817 Juillet 1990. http://www.loc.gov/loc/brain/proclaim.html.
[234] «La recherche peut également s'avérer utile dans notre guerre contre la drogue, car les études permettent de mieux comprendre comment les gens deviennent dépendants de la

des neurosciences *biologiques*, c'est-à-dire des sciences s'intéressant aux niveaux compris entre le comportement animal et la biologie moléculaire fournissent des résultats, sous la forme d'explications mécanistes, multiniveaux, qui ne sont pas remises en cause en dehors des *bonnes pratiques* de la science expérimentale. C'est-à-dire suivant la critique des protocoles expérimentaux, la dimension reproductible des travaux etc. Les structures cérébrales impliquées, les paramètres pharmacologiques, les données de la biologie cellulaire et moléculaire font consensus. Par contre, l'utilisation de ces données afin de fournir un modèle explicatif du niveau supérieur ne va pas de soi. Si on conçoit assez facilement ce qui se passe dans le cadre du comportement observé en laboratoire lors d'un protocole expérimental, l'interprétation de ce même protocole dans les termes du développement d'une dépendance, et, plus encore, de l'addiction, nécessite d'interpréter les phénomènes observés, interprétation qui fait appel à des modèles psychologiques, des inférences d'états mentaux, à ce qui se passe quand on passe du renforcement au *plaisir* et à la *douleur*. Les difficultés apparaissent quand il s'agit d'interpréter les résultats biologiques en termes de fonctionnalité. Différents modèles dont un qui vise à l'hégémonie vont alors voir le jour.

Partant des travaux de Schneirla (1935, 1959) qui font des comportements induits par le sevrage et des mécanismes fondamentaux d'approche, des comportements moteurs d'accès aux récompenses, le cœur des phénomènes résumés sous le terme de motivation et s'appuyant sur

drogue et comment les drogues affectent le cerveau.» G.Bush, Presidential Proclamation 615817 Juillet 1990. http://www.loc.gov/loc/brain/proclaim.html

Glickman & Schiff (1967) qui montrent que la stimulation électrique des mêmes régions entraîne à la fois les comportements locomoteurs typiques d'approche et le renforcement, Wise and Bozarth (1987) proposent la *Pschomotor-stimulant Theory of Addiction*[235]. Toutes les drogues, en tant que renforçateurs positifs, doivent initier un comportement locomoteur de recherche de récompense par la stimulation du système dopaminergique. Cette activation locomotrice et le renforcement sont des phénomènes homologues,

> La locomotion est la «manifestation pavlovienne du processus skinnérien de renforcement de la réponse».

Ils engagent un retour du syndrome de dépendance, toutes les drogues doivent le provoquer, mais pas de la même manière. Les syndromes sont analogues. Ils diffèrent dans leur forme et doivent donc différer dans leur mécanisme biologique, mais il s'agit de trouver un dénominateur commun aux addictions car cela sous-tendrait un mécanisme biologique commun. Or,

> Le cœur de la théorie est que les effets de renforcement des drogues, et donc leur risque de dépendance, peuvent être prédits à partir de leur capacité à induire une activation psychomotrice.

Ce dénominateur commun est la dopamine. Ce que mettent en évidence Di Chiara et Imperato[236], en 1988 chez le rat, montrant l'augmentation de la transmission dopaminergique dans le système mésolimbique sous l'effet des drogues.

[235] Wise & Bozarth, 1987.
[236] Di Chiara & Imperato, 1988.

En 1994, Volkow et al. Mettent en évidence que le méthylphénidate, une drogue psychostimulante augmente la transmission dopaminergique chez l'homme. Cette expérience propose un mode d'exploration par imagerie des voies dopaminergiques in vivo chez l'humain, ici, à l'aide d'un un agoniste des récepteurs dopaminergique D2 visible au PET-scan dont le marquage baisse en présence de drogue, ce qui montre une compétition entre la drogue et l'agoniste pour les récepteurs D2. Les données obtenues chez l'animal et les attentes de la théorie de l'effecteur unique, qui permirent de formuler les bases d'un *brain model* pour l'addiction sont dès lors vérifiées chez l'homme.

d) Fonction dopaminergique ; aimer, vouloir, apprendre

Partant d'un substrat neural, déjà impliqué dans le renforcement qui contient de la dopamine, d'un neurotransmetteur connu depuis les années 1950, du fait que les drogues comme les psychostimulants qui augmentent l'activité dopaminergique augmentent aussi l'auto-stimulation et que le blocage des récepteurs dopaminergiques réduit les propriétés renforçantes des psychostimulants et de l'auto-stimulation, on en arrive à conclure que la dopamine est l'effecteur central d'un mécanisme commun à toutes les drogues capables de mener à l'addiction.

C'est au niveau de la manifestation à prendre en compte comme élément commun que les différents modèles vont diverger. Doit-on prendre le syndrome de sevrage, la présence d'un renforcement positif, une activation locomotrice, le *craving*, l'impulsion, la compulsion ? Évidemment, tous ces éléments vont se retrouver dans les critères diagnostics. A l'origine, la clinique

a posé le problème (avec les dépendances aux opiacés du début du XXe) et elle va à son tour affiner ses descriptions en liant les modèles théoriques à ses observations. La relation, d'abord unilatérale, dans le sens de la clinique vers les sciences expérimentales, devient bilatérale, puis, et c'est en partie ce qui est reproché aux DSM, unilatérale, mais des sciences expérimentales vers la clinique.

La dopamine reste l'effecteur central, mais de nouvelles structures cérébrales et de nouveaux circuits sont identifiés. Cette possibilité est d'ailleurs laissée ouverte par Wise & Bozarth quand ils montrent la diversité des sevrages attendus. Cependant, le *phénomène central*, celui par lequel on peut *définir* l'addiction, ce plus petit dénominateur commun, est le fait de la dopamine et pose donc les questions de sa *fonction* naturelle dans les circuits concernés et de la manière dont on va interpréter le dysfonctionnement. On trouve défendues des théories qui s'axent autour d'un apprentissage aberrant [237], d'un déséquilibre hédonique[238] qui en quelque sorte réactive la piste de la recherche de soulagement ou de la peur de la souffrance, d'une sensibilité accrue au contexte environnemental[239] qui explique par cette sensibilité accrue aux indices environnementaux une motivation irrépressible à chercher et à consommer nommée *craving*. Des théories de la perte impulsive de contrôle due à un dysfonctionnement du contrôle cognitif par le néocortex des structures plus archaïques[240] et des variations diverses sur ces thèmes. Aujourd'hui, s'il s'agit de poser la question de la fonction de la dopamine, trois voies sont ouvertes et toujours en débat qui font de la

[237] Aberrant-learning theories of addiction ; Everitt, Belin, Economidou, Pelloux, Dalley, & Robbins, 2008 et Everitt & Robbins 2005.
[238] Hedonic-allostasis theory of addiction : Koob & LeMoal 1997, 2001, développent Solomon & Corbit, 1973, 1974.
[239] Incentive-sensitization theory of addiction : Robinson & Berridge, 1993, 2001.
[240] Frontostriatal-dysfunction theories of addiction : Jentsch & Taylor, 1999, Kalivas & Volkow, 2005.

dopamine la molécule du *liking* du *wanting* ou *learning*.[241]

1) Liking

La dopamine entre dans le champ quand elle se trouve associée à l'auto-stimulation. Cette association est mise en lumière par les données issues de l'auto-administration de drogues d'abus largement consommées par l'homme et qui ne génèrent pas ou peu, a priori, de sevrage. Elles sont consommées pour leurs effets plaisants. Que les animaux s'auto stimulent à outrance, jusqu'à l'épuisement, oubliant parfois de manger et boire, a conduit à associer ce comportement à une recherche frénétique d'un événement renforçant, *plaisant*. Les structures cérébrales impliquées ont été nommées centres ou circuit de la *récompense*, pour la dimension renforçante, dans un cadre skinnerien, mais le glissement sémantique entre récompense et plaisir, contre lequel les plus behavioristes ont mis en garde, s'est néanmoins effectué. Il est effectivement difficile pour un psychologue de ne pas voir le plaisir comme moteur de la récompense, d'autant que sur le plan existentiel, les substances consommées sont vécues, par leurs utilisateurs comme procurant du plaisir. La dimension hédonique est, sans aucun doute, centrale dans le discours du consommateur et cela conduit à inférer que ce qui est considéré comme récompensant l'est parce qu'il s'accompagne d'un *état interne mental* de plaisir, selon la formule qui justifie qu'on se méfie de cette

[241] L'usage des termes anglais permet de découpler ces termes de plaisir, désir et apprentissage de leurs dimensions subjectives. Ils sont employés dans le cadre des théories du *wanting* sans supposer qu'ils doivent forcément être accompagnés d'un sentiment subjectif. Berridge les utilise en anglais entre guillemets pour bien faire la distinction, l'emploi du terme anglais leur donne ici ce caractère général de phénomène, de mécanisme qui ne suppose pas l'existence d'un sentiment subjectif associé. Le cas du *liking* est particulier même s'il faut encore distinguer le *liking* d'un sentiment subjectif de plaisir, il englobe aussi la disparition d'une souffrance.

inférence pour un béhavioriste. La transition de la récompense au plaisir s'est donc effectuée aussi des structures cérébrales aux circuits puis au neurotransmetteur considéré comme effecteur central du phénomène. La dopamine est alors devenue la molécule du plaisir et les récompenses, dont les drogues d'abus, supposées consommées pour leurs effets hédoniques, ont comme effet d'augmenter la sécrétion de dopamine dans le NAc, chez l'animal[242] et chez l'homme[243].

Or, d'abord, le terme plaisir n'est pas défini au-delà de son usage vernaculaire. On voit que le phénomène est d'ailleurs étendu du plaisir positif, à la disparition d'une souffrance ou d'un inconfort. Il n'est pas non plus *détecté* comme tel mais inféré comme la source, interne, du comportement observé. Cela ouvre la possibilité de se demander si *toutes* les formes de plaisir sont susceptibles de conduire à une addiction. D'autre part, attribuer une fonction hédonique à la dopamine et lui reconnaître le rôle d'effecteur central dans l'addiction revient à faire de l'addiction un problème de plaisir.

Au début des années 1970, Solomon et Corbit étendent le concept de *Opponent process*, initialement développé pour la vision des couleurs[244], à la

[242] Di Chiara & Imperato, 1988,
[243] Volkow et al, 1994.
[244] C'est Hering qui proposa à la fin du XIXe, contre la théorie trichromatiques de Young et Helmholtz que la vision des couleurs passe par un processus d'opposition, c'est-à-dire qu'il existe des couples de photorécepteurs s'inhibant l'un l'autre quand ils sont respectivement activés (les couples sont bleu/jaune, rouge/vert, noir/blanc et cela explique pourquoi certaines nuances de couleurs nous sont invisibles comme un bleu jaunâtre ou un rouge tirant vers le vert ; on ne peut pas voir ces deux couleurs en même temps. Les autres couleurs viennent de la combinaison des activations/inhibitions de ces récepteurs. La controverse Helmholtz/Hering, dépassa le cadre de la vision et de la courtoisie… voir Turner, 1994. Les processus opposés devinrent des modèles classiques utilisés pour expliquer des fonctions physiologiques.

théorie de la motivation[245]. Cette théorie donne un cadre explicatif à l'addiction en reprenant l'intuition traditionnelle selon laquelle les drogues sont d'abord consommées parce qu'elles ont des effets plaisants puis dans un second temps pour éviter les effets, déplaisants, du sevrage. La prise de substance entraîne un processus A plaisant qui déclenche un processus B déplaisant, ce qui, dans le cas normal entraîne un retour à l'homéostasie ; B «éteint» A. L'état hédonique ressenti est issu de la sommation de ces deux processus opposés. Il y a un pic de plaisir quand A est déclenché qui diminue avec l'arrivée de B, puis une phase où B prédomine quand A s'est éteint, phase plutôt déplaisante. Or l'usage répété amplifie la force et la durée de B, ce qui conduit à un état hédonique général qui n'oscille plus entre plaisir et retour à la normal, pouvant passer par une éventuelle petite phase déplaisante, mais un état déplaisant qui dure après la prise de drogue, le manque, qu'il faut contrer en déclenchant à nouveau le processus A par la consommation, pour revenir à l'état normal. Le plaisir n'est alors même plus de la partie.

Il s'agit d'une adaptation à la prise de substances d'un pattern dynamique valable pour tous les états hédoniques et émotionnels qui présente cinq phases

> (a) le pic du processus ou de l'état hédonique primaire, précipité par l'apparition du stimulus ; (b) une période d'adaptation hédonique ou affective pendant laquelle l'intensité de l'état hédonique diminue, même si l'intensité du stimulus est maintenue ; (c) un niveau stable du processus hédonique qui se poursuit tant que l'intensité du stimulus est maintenue ; (d) un pic de post-réaction affective, qui suit rapidement la fin du stimulus, et dont la qualité est hédoniquement très différente de celle de l'état hédonique primaire ; et (e) enfin, l'état secondaire se désintègre et

[245] Solomon & Corbit, 1973, 1974.

disparaît par la suite.[246]

Des phases modifiées en ce qui concerne la résultante hédonique globale par les drogues qui amplifient le processus B, opposé de A.

Ce modèle dynamique psychologique se voit décliné sous une forme neurobiologique par Koob et ses collaborateurs, notamment Michel LeMoal, en 1997[247], la *Hedonic-allostasis theory of addiction* dans laquelle la dopamine, dont la libération dans le NAc et l'amygdale est stimulée par la consommation des drogues, est d'abord responsable de l'effet A, du plaisir. Mais le phénomène pharmacologique de *tolérance* qui se manifeste par une diminution de la production dopaminergique endogène naturelle induit une hypodopaminergie qui se manifeste par un état dysphorique de sevrage. C'est l'état où le processus B est dominant, incitant à la consommation. Si certaines drogues peuvent avoir, à l'inverse, un effet de sensibilisation, cela s'explique par une sensibilisation moléculaire, en termes de disponibilité des récepteurs, du NAc. Mais, la consommation s'accompagne aussi de la stimulation de l'axe du stress, l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien (HPA) ou axe corticotrope, qui libère de la corticolibérine (CRH ou CRF corticotropin releasing hormone ou factor) dans l'amygdale et déclenche par ailleurs les effets de *stress*. Cette seconde dimension appartient au processus B opposé au processus plaisant A.

Cette théorie revient à voir l'addiction sous l'angle du plaisir, de la dimension effective hédonique et, *in fine,* toute activation dopaminergique comme plaisante. Or ce modèle a du mal à expliquer les rechutes survenant des années après un sevrage, quand le processus B s'est lui aussi éteint, rien ne

[246] Solomon & Corbit 1974
[247] Koob & LeMoal, 1997.

permet de rendre compte de l'attrait soudain parfois ressenti pour la substance dans ces conditions. D'autres données expérimentales (notamment sur la faible motivation finalement générée par l'état de sevrage) semblent aller à l'encontre de cette théorie[248], particulièrement des avancées à propos de la transmission dopaminergique et de ses caractéristiques dynamiques et temporelles qui permettent d'attribuer une autre fonction à la dopamine que celle du plaisir.

2) Le rôle de la dopamine ; désir et apprentissage

En 1986, Wolfram Schultz part du fait que la

> La destruction du système dopaminergique (DA) du mésencéphale chez l'homme parkinsonien et les animaux de laboratoire entraîne des déficits dans l'initiation du comportement, la performance motrice et les mécanismes cognitifs[249].

Il étudie alors, par enregistrement extracellulaire de neurones dopaminergiques individuels, l'activité de ces neurones lors d'une tâche de réactivité comportementale chez le singe sans lésion. Il s'agit pour le singe de poser la main sur un support. La présence de la main est détectée par le dispositif, et le singe doit la garder en place pour déclencher l'ouverture d'une trappe (qui fait un bruit, faible, que le singe peut entendre) qui donne accès à de la nourriture dont il peut ensuite s'emparer. L'ouverture de la trappe est précédée d'un signal sonore qui prévient de l'ouverture. Une variante consiste à ce que l'ouverture de la trappe soit masquée (le stimulus visuel est donc supprimé, ne restent que les sons).

[248] Voir par exemple la revue de Robinson & Berridge, 2003. ; Wise & Bozarth 1987.
[249] Schultz, 1986.

Schultz rappelle d'abord les critères qui permettent de définir qu'un neurone est bien dopaminergique. Il les a mis en évidence chez le singe dans les années 1980[250] en s'appuyant sur les paramètres déterminés chez le rat[251], puis la souris[252] et le chat[253]. Ces neurones présentent à l'enregistrement par une électrode extracellulaire un type de profil typique, c'est-à-dire, un potentiel d'action assez long et polyphasique et une fréquence d'apparition faible par rapport aux autres signaux[254]. On notera d'ailleurs que si les structures cérébrales varient selon les espèces, les caractéristiques des neurones sont constantes. Pour Schultz, l'identification d'un neurone dopaminergique passe par ces critères électrophysiologiques, forme, durée des potentiels d'action et fréquence de décharge, et nécessite une localisation histologique, c'est-à-dire une vérification de l'implantation de l'électrode post expérience[255]. L'utilisation d'une drogue comme l'apomorphine, qui se fixe sur les auto-récepteurs dopaminergiques présynaptiques et inhibe l'activité du neurone, afin de vérifier la diminution de la fréquence de décharge, est aussi pratiquée comme méthode de vérification. Mais, comme cela nécessite

[250] Aebischer, & Schultz, 1984.
[251] Bunney, Aghajanian & Roth, 1973.
[252] German, Sanghera & Trulson, 1983.
[253] Steinfels, Heym & Jacobs, 1981.
[254] Une dépolarisation rapide puis une repolarisation suivie d'une hyperpolarisation et d'un retour lent au potentiel basal sur une durée d'au moins 1,5 ms. On peut prendre comme critère une dépolarisation de 1ms. Quoi qu'il en soit, le potentiel d'action est *large* par rapport à d'autres types de neurones dont le profil ne dépasse pas la milliseconde, et la fréquence d'occurrence est faible. Schultz va faire varier ses critères de fréquence entre un peu moins de 1Hz à 8Hz ou 10 voir 20 Hz selon les papiers. 1-10 HZ est un intervalle classique. On repère ces neurones à l'oreille, en passant le signal dans un dispositif amplificateur qui transforme le signal électrique en son. Les potentiels d'action se manifestent pas des *plops* graves et lents par rapport aux autres signaux.
[255] La localisation précise d'une électrode se fait soit en injectant un marqueur, comme un colorant, soit en repérant le parcours de l'électrode dans des tranches de cerveaux. La taille relative de l'électrode et de la structure et la difficulté qu'il y a à précisément repérer la trace de la pointe de l'électrode sur des coupes rend, au mieux, la localisation imprécise. Dans une SN de souris, très petite, la trace de l'électrode est massive et le relevé peu précis, voire assez facilement douteux, c'est plus simple sur un cerveau plus grand mais souvent un peu ambigu. Ce que l'on cherche c'est que la pointe de la lésion se situe au cœur de la structure ciblée, la localisation précise n'a pas d'importance tant que le voisinage est dopaminergique.

de stabiliser l'enregistrement du neurone pendant un certain temps elle n'est pas toujours faisable et n'est donc pas un critère obligatoire[256]. Ces critères sont aujourd'hui encore ceux utilisés dès qu'il est question d'électrophysiologie.

La première remarque en termes d'activité est que ces neurones ont une activité basale, tonique, ils ne sont pas éteints et/ou allumés par une stimulation. Pour reprendre la formule consacrée à l'addiction, les drogues d'abus *augmentent* la transmission dopaminergique, et cette augmentation ne part pas de zéro. Une activité basale existe au repos et elle est modifiée. Ensuite, les trains de potentiels d'action se composent de potentiels unitaires, séparés et de *burst* ou bouffées, c'est-à-dire de potentiels très rapprochés. Cette mise en évidence d'une double activité, tonique et phasique est due à Grace au début des années 1990[257]. Schultz met lui en évidence la structure en bursts de l'activité phasique. Cela ouvre la possibilité d'une modification de l'activité qui peut être *qualitative*, en termes de structure du train de potentiels en plus d'être *quantitative* (tonique vs phasique) et les modifications de l'une, l'autre, ou des deux dimensions peuvent donc revêtir des significations fonctionnelles différentes.

Ces paramètres sont intégrés aux différentes théories neuronales, comme celles du *liking*, mais les travaux de Schultz vont mettre en évidence un décours temporel de l'activation du circuit dopaminergique concerné qui sous-tend d'autres interprétations du rôle de ce circuit et de la fonction dopaminergique.

[256] Il faut un neurone dont le pattern de décharge est stable pour voir l'effet de la drogue, il faut aussi garder le neurone suffisamment longtemps. Dans le meilleur des cas, on utilise aussi une seconde drogue qui va lever l'inhibition afin d'observer le redémarrage du neurone.
[257] Grace, 1991.

Après avoir rappelé les critères de détermination des neurones observés, Schultz décrit la réponse de ces neurones à la tâche proposée en termes quantitatifs, qualitatifs et temporels, éclairant d'un jour nouveau ce que signifie l'*activation* dopaminergique.

Durant la tâche proposée les neurones déchargent

> en réponse à des stimuli associés à une réaction comportementale rapide et directe. Ils montrent également des changements modérés lors de son exécution.

Certains déchargent aussi quand la récompense est consommée, il détecte aussi des variations d'activation quand une partie seulement des indices sont présents, par exemple le bruit de la porte. Schultz remarque que l'augmentation de décharge des neurones dopaminergiques prend souvent la forme d'une augmentation locale de la fréquence, c'est-à-dire du nombre de bursts, et que cette augmentation pourrait avoir des conséquences en termes de relargage de la dopamine bien plus importante que l'augmentation simple de la fréquence par une augmentation du nombre de potentiels isolés, de la fréquence totale, moyenne. Il semble donc que la structure de la décharge semble au moins aussi importante que le nombre de potentiels qui la constituent.

Schultz étudie ici les neurones dopaminergiques dans le cadre de la maladie de Parkinson, ce qui l'intéresse est leur implication dans l'initiation des comportements moteurs. Il en déduit que ces neurones

> ne sont ni de nature purement sensorielle ni purement motrice, mais semblent plutôt servir un mécanisme spécifique lié à la réactivité comportementale de l'organisme.

Quand on regarde ce travail avec l'œil de celui qui s'intéresse à l'addiction, on remarque qu'il s'agit des mêmes neurones que ceux que l'on considère comme y étant impliqués. Or, si certains réagissent bien à l'obtention de la récompense (au plaisir de la consommation de l'objet si l'on suit l'hypothèse hédonique) ils sont peu nombreux, et certains de ces neurones répondent aussi aux stimuli qui précèdent la récompense. Soit il existe une population de neurones spécifiques de la réponse à la récompense, ceux qui sont en jeu dans l'addiction, soit l'hypothèse hédonique est à revoir, car les neurones dopaminergiques réagissent *avant* la récompense. Or il se trouve que les singes sont entraînés. La tâche n'est pas nouvelle. On peut alors se demander si les décharges dopaminergiques détectées en réponse aux récompenses et celles détectées ici ne pourraient pas être deux modes de fonctionnement différents selon la nouveauté de la situation. En effet, ce qui est diminué dans la maladie de Parkinson et ce que Schultz étudie ici, c'est la perpétuation d'actions dirigées vers des buts. Il y a une baisse de la motivation à agir. Or pour être motivée, une action doit anticiper la récompense, il faut donc *savoir* qu'elle va arriver. Une activation dopaminergique en réponse à la récompense pourrait marquer l'occurrence, dans un contexte donné et selon des modalités comportementales effectuées particulières, de cette récompense et permettre de reconnaître les situations qui la précèdent et d'apprendre à y réagir pour ne pas laisser passer une opportunité. C'est exactement ce que montre Schultz.

En 1990, dans deux articles, Romo et Schultz montrent que les neurones dopaminergiques réagissent aux indices environnementaux ;

> la grande majorité des neurones DA a répondu de manière phasique de

> manière similaire et stéréotypée à divers stimuli environnementaux saillants de différentes modalités sensorielles. Les réponses semblaient être liées à l'excitation motivationnelle provoquée par des stimuli aux propriétés appétitives sans transmettre d'informations spécifiques sur les caractéristiques physiques des stimuli ni sur la réaction comportementale émergente.[258].

Mais, ils remarquent que cette réponse ne semble pas donner une quelconque information concernant le stimulus autre que sa présence et d'autre part, son association à de très diverses réponses comportementales semble écarter la possibilité que la transmission dopaminergique détermine les caractéristiques de ces réponses.

> L'analyse des paramètres du stimulus et l'initiation et l'exécution des réponses comportementales appropriées doivent être élaborées par d'autres neurones. Ces neurones seraient sous l'influence de DA, car les seuils de réactions aux stimuli externes sont augmentés chez les sujets présentant des déplétions striatales de DA[259]

En conclusion,

> Les neurones DA peuvent contribuer à la mise en place d'états de motivation en fournissant une entrée initiale aux systèmes neuronaux au service de la recherche de récompense ou de fonctions plus générales orientées vers un but.[260]

Ils proposent ensuite une analyse des types de réponse, phasiques et toniques, des neurones dopaminergiques et de structures afférentes et efférentes pour proposer des pistes en vue de l'élaboration d'une anatomie fonctionnelle du système et du *langage*, du type de *codage,* à l'œuvre dans ces

[258] Romo & Schultz, 1990.
[259] Schultz & Romo, 1990.
[260] Schultz & Romo, 1990.

modifications de la transmission dopaminergique.

En 1992, Schultz et son équipe[261] montrent que les neurones dopaminergiques s'activent après une récompense, qui tend à s'éteindre avec la répétition puis en réponse aux stimuli qui prédisent une récompense, et induisent une réponse comportementale, et enfin qu'ils réagissent à la nouveauté.

On peut donc, à partir de ces travaux, voir la dopamine et les circuits dopaminergiques comme les substrats du *désir*, l'activité signale le vouloir, la motivation. On peut aussi, avec une approche plus fonctionnelle remarquer que la dopamine voit sa réponse et son activité changer pour une même stimulation si elle se répète. L'excitation dopaminergique va d'abord se produire pour (c'est-à-dire *après*) une récompense nouvelle puis pour des indices qui signalent, *prédisent*, cette récompense. Si on se place du point de vue de l'animal, on peut l'associer au désir, mais si on se limite à décrire ce que l'on voit, sans inférer d'état mentaux internes, on peut lui assigner une fonction d'apprentissage. Schultz suit cette dernière voie. Cependant l'intégration de ses travaux à des théories de l'addiction peut se faire en insistant sur la dimension du vouloir ou de l'apprentissage. L'addiction peut être vue comme un trouble du désir, qui, le cas échéant devient irrésistible et s'éveille suite à des stimulations de plus en plus banales, en raison d'associations, d'apprentissages de relations, entre indices et récompense, aberrants. Deux autres types de théories explicatives voient donc le jour, celle du *wanting* et celle du *learning*.

[261] Ljungberg, Apicella & Schultz, 1992.

3) Wanting

L' *Incentive-sensitization theory of addiction*[262] vise à expliquer le passage de la simple consommation de drogue à l'addiction par l'augmentation de la *saillance motivationnelle* des indices environnementaux associés à cette consommation. Ces indices deviennent capables de générer un *désir* pour la drogue par leur simple présence et leur capacité à être détectés, à attirer l'attention et à induire une recherche de la récompense associée amplifiée. Ce sont les modifications du substrat cérébral qui expliquent cette hausse d'intérêt. Il s'agit d'une interprétation des modifications cérébrales en termes de processus psychologiques. Elle repose sur la notion de sensibilisation, qui est, en pharmacologie, l'inverse de la tolérance. Le phénomène de sensibilisation se manifeste par le fait que des doses plus faibles conduisent à un effet identique voire supérieur à la dose nominale.

Il existe donc trois formes d'adaptation aux substances, la tolérance où l'effet de la dose nominale diminue, le statu quo, où l'effet ne change pas et la sensibilisation qui potentialise les effets. Ces adaptations en termes d'effets, ont leur pendants biochimiques et structurels. La consommation des drogues induit des modifications durables du substrat biologique, en termes de nombre de récepteurs (ils peuvent être diminués ou augmentés, les deux pouvant induire tolérance ou sensibilisation), d'affinité de ces récepteurs pour leur ligand, d'efficacité dans l'activation des voies intracellulaires post-récepteur, et de sensibilité des structures cérébrales. Ces modifications peuvent concerner les neurones dopaminergiques, leurs afférences, efférences et les autres systèmes qui agissent sur ces neurones, modifiant leur

[262] Robinson & Berridge, 1993.

activité. Concernant l'addiction, le NAc et ses systèmes associés sont le siège de ce phénomène selon toutes ces modalités[263].

D'autre part, Robinson et Berridge associent cette dimension neurobiologique à une dimension comportementale, l'activité motrice induite par les drogues, comme définie par Wise & Bozarth dans leur *psychomotor stimulant theory*[264]. Comme de nombreuses drogues sont capables de provoquer des comportements de recherche active chez l'animal et chez l'homme, et que selon Wise & Bozarth cela va à haute dose jusqu'à la production de mouvements stéréotypés répétitifs et que le substrat biologique impliqué est en partie le même que celui impliqué dans le renforcement et l'addiction, cela a fait de ces activations locomotrices des outils utiles pour quantifier et qualifier les phénomènes de sensibilisation comportementale dans le cadre expérimental, permettant d'obtenir de nombreuses données concernant ces phénomènes, les mécanismes sous-jacents, les facteurs expliquant les différences individuelles etc. Les paramètres de la mise en place de la sensibilisation comportementale ont été déterminés et, parmi eux, on note l'extrême robustesse du phénomène, qui se maintient très longtemps après l'arrêt des prises de substances, chez l'animal comme chez l'homme. En effet, longtemps après la dernière dose de substance, cette dernière est encore capable de produire l'hyperactivité locomotrice induite par sa consommation répétée. Cette hyperactivité motrice est interprétée comme l'indice d'une recherche frénétique de la substance, le système étant, comme montré par Schultz, activé par les indices associés à la possibilité de la récompense. Cette théorie de *l'Incentive salience* interprète alors l'hyper locomotricité comme un comportement compulsif de recherche, un désir incontrôlable capable de se réveiller des années après

[263] Voir Robinson & Berridge, 2003, pour une revue rapide.
[264] Wise & Bozarth, 1987.

l'arrêt de la consommation.

> La *incentive-sensitization theory* de l'addiction se concentre sur la façon dont les signaux liés à la drogue déclenchent une motivation excessive pour la drogue, conduisant à la recherche compulsive de drogue, à la prise de drogue et à la rechute (Robinson & Berridge 1993, 2000). L'idée centrale est que les drogues addictives altèrent durablement les systèmes cérébraux liés au NAcc qui assurent une fonction incitative-motivationnelle [incentive-motivational] fondamentale, l'attribution de la saillance incitative [*Incentive salience*]. En conséquence, ces circuits neuronaux peuvent devenir durablement hypersensibles (ou «sensibilisés») aux effets spécifiques des médicaments et aux stimuli associés aux médicaments (via l'activation par des associations S-S). Le changement cérébral induit par le médicament est appelé sensibilisation neurale. Nous avons proposé que cela conduit psychologiquement à une attribution excessive de saillance incitative [*Incentive salience]* aux représentations liées à la drogue, provoquant un «vouloir» pathologique de prendre de la drogue.[265]

Cette théorie repose sur les inconsistances de l'approche hédonique initiée par Wise[266]. Il s'agit de définir la contribution causale du système dopaminergique mésocorticolimbique impliqué dans les manifestations psychologiques et comportementales. Cette réflexion en termes de causalité a été abordée selon Berridge sous différentes modalités par la recherche expérimentale[267]. On distingue les approches qui s'appuie sur la suppression de la transmission dopaminergique et donc regardent ce qui est perdu, posant la question en termes de la dopamine comme cause *nécessaire*, des approches qui reposent sur l'augmentation de la transmission, approchant le rôle de la dopamine sous l'angle de sa nature causale *suffisante* et les approches qui s'intéressent à ce que *code* la dopamine, s'intéressant à sa

[265] Robinson & Berridge, 2003.
[266] Qui, lui-même, déclara ; «Je ne crois plus que la quantité de plaisir ressenti soit proportionnelle à la quantité de dopamine flottant dans le cerveau.» Wickelgren, 1997.
[267] Berridge, 2007.

signification fonctionnelle. Pour Berridge, l'hypothèse la plus robuste est celle de *l'Incentive salience* qui fait de la circuiterie dopaminergique le substrat du *désir*. Pour lui, si les dimensions du *liking, learning* et *wanting* sont des composantes de la récompense, seul le *wanting* est dopaminergique au sens strict. D'autre part, il parle de mécanismes pour ces phénomènes et les sentiments subjectifs correspondants sont surajoutés. Le mécanisme du désir dans la récompense ne s'accompagne pas forcément d'un désir subjectivement ressenti, de même pour le plaisir.

L'*Incentive salience* consiste en,

> l'attribution active de la saillance et de l'attractivité à des stimuli visuels, auditifs, tactiles ou olfactifs qui sont eux-mêmes intrinsèquement neutres.[268]

Elle est donc un conditionnement appliqué à un stimulus lié à la récompense (un stimulus conditionnel qui lui est associé) qui s'exprime sous la forme d'une motivation pour l'obtention de cette récompense, et c'est le système limbique qui pose la valeur motivationnelle, la *saillance*, quand il est confronté à un stimulus associé à une récompense. Pour Berridge, ce mécanisme transforme la représentation cérébrale du stimulus, une représentation mémorielle ou perceptuelle, en motivation.

Le mécanisme se déroule en trois étapes. D'abord, à la première rencontre avec la récompense, le plaisir (liking), entraîne un processus d'association entre des indices qui ont précédé sa survenue et qui accompagnent son émergence et sa propre valeur de motivation. Ces stimuli inconditionnels acquièrent une partie des propriétés motivationnelles et hédoniques de la récompense, comme dans le cadre d'un conditionnement

[268] Berridge & Valenstein, 1991.

classique. Berridge soutient que le stimulus inconditionnel se pare des propriétés de wanting et de liking mais que ces dimensions dépendent de substrats neuraux différents pour la récompense et pour le stimulus. Cela peut entraîner des comportements qu'il qualifie d'étranges comme quand les pigeons essayent littéralement de consommer un bouton éclairé qui leur permet d'obtenir une récompense en le manipulant. Ils le picorent comme s'il s'agissait de graines[269].

La libération dopaminergique qui suit la récompense est pour Berridge associée au désir de réitérer l'expérience qui suit la rencontre avec une nouvelle récompense. Il remarque aussi que la stimulation des circuits du *liking*, c'est-à-dire des récepteurs opioïdes μ du NAc et du pallidum et des récepteurs GABA répondant aux benzodiazépines des structures du tronc cérébral, amplifient des comportements associés à la dimension *wanting*. Lors des situations normales (hors effet spécifiquement excessif des drogues sur la transmission dopaminergique par exemple), la formation du *wanting* est modulée par des états physiologiques, par l'homéostasie :

> les attributions aux stimuli sont normalement déterminées par l'intégration de deux entrées majeures à ces mécanismes mésocorticolimbiques : 1) les associations de récompense apprises au CS, et 2) les états physiologiques actuels pertinents pour la récompense biologique qui influencent la fonction neurobiologique mésolimbique (par exemple, les états de faim calorique , satiété, soif, appétit pour le sel et activation et sensibilisation mésolimbiques induites par les médicaments). Les médicaments peuvent contourner les signaux physiologiques normaux qui amplifient le «désir» de récompenses spécifiques.[270]

[269] Voir à ce sujet les travaux de Ainslie sur lesquels nous reviendrons dans la deuxième partie. Cela fait écho au comportement des addicts au crack qui «chassent des fantômes» en grattant les résidus de sucre sur le sol de la cuisine comme s'il s'agissait de drogue tout en sachant très bien que ce n'en est pas, (voir Rosse et al. 1993).
[270] Berridge, 2007.

Ensuite, à chaque rencontre avec la récompense, la saillance motivationnelle est *reboostée*, assurant ainsi que la récompense continuera d'être désirée. Sans cet effet, la récompense risquerait de moins éveiller de désir[271]. Cette proposition est une réponse à une tentative de falsification de la théorie dopaminergique de *l'Incentive salience*. En effet, sous l'influence des neuroleptiques, des rats continuent à chercher les récompenses et à réagir à leurs indices prédicteurs avant que le comportement ne finisse par s'éteindre à force de répéter l'expérience. Cela sous-entend que, malgré le blocage des voies dopaminergiques, si les rats continuent d'être sensibles à la récompense, c'est que la saillance motivationnelle n'est pas inhibée par les antagonistes dopaminergiques[272]. Or, pour, Berridge l'extinction lente s'explique par l'absence de reboost, et le maintien par le fait que les doses de neuroleptiques sont faibles à modérées et agissent avant tout sur cette étape, laissant intactes les associations précédemment apprises[273].

La troisième étape consiste en l'attribution du *wanting* à un stimulus conditionnel. Un stimulus qui prédit une récompense se voit attribuer sa valeur motivationnelle à chaque occurrence, même après apprentissage, en fonction de l'état interne de l'animal. Ces états (la faim, la soif…) changent la valeur de la récompense, et donc la motivation pour la récompense, et, donc, celle qui est attribuée au stimulus associé. L'*Incentive salience*, transfert la propriété de motiver que possède la récompense à un stimulus, mais la

[271] Pour un modèle computationnel de cette étape de *reboosting* voir McClure, Daw & Montague, 2003. Berridge propose une version plus intégrative et qui repose moins, ou plutôt pas uniquement, sur la valeur de la prédiction de la récompense. L'approche computationnelle est plus dans la lignée des théories du *learning* type Schultz. Montague en est d'ailleurs un des coauteurs.
[272] L'«extinction mimicry» fut une des critiques les plus problématiques pour cette théorie. Wise 1985, 2004.
[273] Berridge 2007.

valeur, l'intensité, de cette motivation est ré-attribuée à chaque fois. Elle dépend notamment de l'état du circuit dopaminergique mésolimbique. Le mécanisme est donc sous l'influence de l'état du système dans son ensemble, l'état physiologique joue donc une grande part.

Cette théorie fait donc de la dopamine l'effecteur central de l'addiction. Les drogues viennent perturber un mécanisme d'attribution de la valeur motivationnelle, un mécanisme du *désir*. Pour Berridge, l'addiction est une condition pathologique au sens où un phénomène normal sort de ses limites de fonctionnement pour donner lieu à des comportements inadaptés. Cela vient de la capacité qu'ont les drogues d'abus de produire des adaptations physiologiques qui déséquilibrent le fonctionnement des voies de transmission et leur régulation. Berridge propose une explication en termes de mécanismes cellulaires et moléculaires, en s'appuyant sur la pharmacologie, et en termes de systèmes, en définissant les structures cérébrales impliquées autour des faisceaux dopaminergiques de la voie négro-striée. En séparant *liking* et *wanting* il se propose aussi de rendre compte de la perpétuation de l'addiction en dépit de la fréquente diminution du plaisir qui est associée aux consommations chroniques. L'*Incentive salience* crée une motivation qui peut passer outre l'évaluation cognitive d'un plaisir faible qui devrait donc générer un désir faible. Le *wanting* de l'*Incentive salience* dont il est question peut être infraliminal, il n'a pas à être vécu comme désir conscient. Il rend alors compte de certains comportements des addicts qui semblent irrationnels ou difficilement explicables. Le *wanting* peut passer outre les résolutions les plus affirmées et déclencher des

comportements contre toute attente, comportements parfois même vécus comme étrangers[274].

Berridge intègre aussi les théories reposant sur la dysfonction fronto-corticale[275]. Le choix de la consommation de drogue serait effectué en dépit de l'évaluation cognitive rationnelle à cause d'une altération du frein cortical. Le cortex préfrontal ne joue pas son rôle régulateur dans la prise de décision, laissant le champ libre aux structures sous-corticales. Ces théories reposent en grande partie sur les techniques de neuroimagerie in vivo, chez l'homme qui sont apparues fin XXe, début XXIe siècle. L'étude des cerveaux de consommateurs addicts à différentes drogues montrent que les déficits de contrôle qu'ils présentent sont associés à des anomalies structurales et fonctionnelles dans le cortex préfrontal dorsolatéral, orbitofrontal et cingulaire antérieur. La possibilité technique d'effectuer des stimulations de ces structures chez l'homme montre de son côté une diminution du *craving*[276]
.

Les addicts semblent donc avoir des déficiences dans le contrôle cognitif inhibiteur[277] dont la fonction est de nous permettre d'adapter notre comportement et nos pensées au but que nous suivons, sans nous laisser distraire. Des perturbations qui ressemblent, au plan neuropsychologique à ce qui se voit chez des patients lésés au niveau du cortex frontal, avec une forme d'impulsivité, des difficultés à trancher dans des tâches requérant de choisir entre des options en compétitions etc. Ce contrôle cognitif inhibiteur permet de sélectionner les indices environnementaux pertinents parmi ceux

[274] Cette soudaine augmentation de la valeur motivationnelle en présence d'indices indiquant la proximité d'une récompense renvoie à ce que décrit Ainslie en termes d'inversion des préférences. De même, l'explication fournie par Elster pour expliquer les phénomènes de faiblesse de la volonté trouve avec Berridge, un modèle explicatif physiologique convaincant. Nous y reviendrons dans la deuxième partie.
[275] Jentsch & Taylor 1999 ; Volkow et al. 1991 ; Volkow et al. 1992.
[276] Pour une revue voir Feil et al. 2010.
[277] Jentsch & Taylor, 1999.

qui sont présents et de ne répondre par un comportement qu'à ceux jugés comme tels. La capacité à déclencher un comportement ne repose donc pas uniquement sur la *saillance* des indices car cette saillance est cognitivement contrôlée pour donner lieu à motivation. Cette fonction permet de sélectionner les éléments qui sont pris en compte dans les délibérations et la planification de l'action. Jentsch et Taylor dans une revue de 1999 théorisent cette relation entre une dysfonction cognitive fronto-corticale et addiction[278].

Cette dysfonction a pour effet d'augmenter la saillance motivationnelle des indices liés aux drogues d'une part et d'autre part réduit le contrôle inhibiteur. Ils partent des recherches ici présentées qui montrent l'implication du substrat dopaminergique, et particulièrement les projections du système mésolimbique dans le NAc et relèvent l'importance de l'augmentation des propriétés motivationnelles des indices liés aux drogues. Ils notent cependant que

> des données récentes suggèrent que cette «hypothèse dopaminergique mésolimbique» de l'abus de drogues n'est qu'un fragment du circuit neuronal médiant les effets des drogues illicites sur le comportement.

Selon eux, les entrées en provenance du cortex préfrontal et des structures limbiques comme le cortex cingulaire, l'hippocampe et surtout l'amygdale modulent l'activité du NAc et particulièrement ses sorties vers les aires motrices, qui président à l'initiation des mouvements, des actions. D'autre part, l'implication de ces structures, l'extension du système concerné

> l'abus de drogues et les processus de renforcement nécessitent une expansion des constructions psychologiques supposées être impliquées dans ces phénomènes.

[278] Jentsch & Taylor, 1999.

Ils proposent alors que certaines de ces nouvelles structures impliquées entrent en compétition au niveau du NAc pour accéder à la sortie motrice, pour devenir actions.

L'amygdale joue un rôle clé dans l'apprentissage motivationnel, autant pour les récompenses que pour les stimuli aversifs. Ils impliquent le noyau et les régions latérales de cette structure cérébrale dans l'apprentissage des associations stimulus-récompense, qui contribuent à la

> précipitation de la recherche de drogue et de la rechute dans la toxicomanie, tout en étant critique pour la représentation et le transfert d'informations sur la valeur motivationnelle des stimuli conditionnés pour l'apprentissage instrumental et moteur.

En cela,

> les actions des drogues dans l'amygdale auraient tendance à affecter principalement l'apprentissage incitatif et l'expression de cet apprentissage dans un sens autonome et instrumental. Des recherches fondamentales récentes soutiennent l'idée que les effets directs des drogues sur la neurochimie de l'amygdale peuvent contribuer à modifier l'apprentissage stimulus-récompense dans la toxicomanie.

Or, l'augmentation de la dopamine dans l'amygdale potentialise les associations entre un stimulus et une récompense, donc ils posent l'hypothèse que

> que lors de l'auto-administration du médicament, la libération synaptique de dopamine augmente dans l'amygdale, entre autres régions du cerveau, et les associations entre les qualités gratifiantes du médicament et les stimuli extéroceptifs sont puissamment établies, expliquant, en partie, le puissant contrôle du comportement par ces stimuli associés aux médicaments.

La prise de substance a donc un effet «excitateur», elle potentialise le renforcement, par son action libératrice de dopamine dans le NAc et renforce les associations entre des stimuli et la récompense qui multiplient les possibilités d'expression de ce renforcement. Cette partie sous-corticale de leur hypothèse montre le versant impulsif des modification neuronales liées à l'usage des drogues :

> Ensemble, ces changements dans la fonction sous-corticale pourraient se révéler comme une augmentation de la puissance de «l'impulsion» à rechercher les drogues.

Mais, les réponses induites par les stimuli, réponses *automatiques*, ou réflexes, c'est-à-dire, rapides, apprises et prêtes à l'emploi doivent, aussi, parfois, laisser place à des stratégies plus réfléchies. Nous ne succombons pas systématiquement à nos désirs de nourriture, de boisson ou de partenaire sexuel. Il existe un mécanisme actif de contrôle de ces impulsions, un contrôle cognitif qui explique que ces réponses sont parfois mises de côté. En s'appuyant sur la littérature, et notamment celle des lésions préfrontales, ils relèvent que le système liant cortex frontal et striatum est responsable de cette fonction inhibitrice.

D'autre part, ils posent l'hypothèse qu'avec les drogues, l'augmentation des effets renforçants des stimuli qui leurs sont associés et la diminution de la fonction inhibitrice, créent une situation où les réponses comportementales conditionnées prennent le pas sur les réponses cognitivement élaborées. Là encore, la transmission dopaminergique en direction du cortex leur semble la cible de choix pour expliquer la perte du contrôle inhibiteur et un équilibre

subtil dans la stimulation dopaminergique des récepteurs dopaminergiques (de type D1) doit être nécessaire pour permettre un contrôle efficace et adapté. Une hypofonction dopaminergique corticale pourrait alors conduire à une mauvaise régulation de la fonction dopaminergique sous-corticale et expliquer la sensibilité aux stimuli associés aux récompenses, dans un contexte où ces associations sont, de plus, particulièrement fortes et favorisées.

Cette hypothèse s'agence assez naturellement avec *l'incentive sallience*, elle propose à la fois un raffinement de son mécanisme de mise en place et une explication pour la domination que ce phénomène semble entretenir dans les consommations de drogue en montrant l'existence d'un phénomène de contrôle cognitif, inhibiteur, et les raisons de son dysfonctionnement.

Il est aussi à noter que ce système suppose des altérations cognitives et comportementales chez les addicts, comme une forme d'impulsivité et des difficultés à faire des choix entre plusieurs options, or ces perturbations sont effectivement retrouvées. La recherche du substrat biologique à conduit à des expériences d'imagerie in vivo chez l'homme dans les années 1990-2000 avec l'émergence de nouvelles techniques non invasives. Ces recherches ont montré les dysfonctionnements corticaux, voire les altérations physiologiques du cortex chez des consommateurs de drogues. Un des grands noms de ces recherches, cité par Jentsch et Taylor, est Nora Volkow, déjà citée ici, et qui est avec George Koob à l'origine du *Brain Model Disease of Addiction.*

L'*incentive Salience* de Robinson et Berridge est résolument multi niveaux. Ils veulent lier substrat biologique et comportement. Ils cherchent le rôle causal de la dopamine dans l'addiction et la question fondamentale est

celle de la nature des phénomènes psychologiques associés aux phénomènes neurologiques. Leur travail est très focalisé sur la nature de l'explication qu'ils pourront donner, l'éclaircissement du type de causalité recherchée selon le type d'expérience menée et repose sur une approche popperienne de la science. Il n'y a pas d'affirmation positive de preuves montrant sans ambiguïté que la théorie du *wanting* est la bonne, seulement le constat que les autres théories sont falsifiables, et falsifiées, et que seule reste, selon eux, indemne, celle de *l'Incentive salience*. Il existe quelques difficultés, auxquelles des réponses au moins partielles sont apportées, et leur théorie propose les voies d'exploration pour la confronter à la falsification.

Cependant, ce passage du substrat biologique à la psychologie ne se fait pas selon des lois de couvertures définies. Il s'agit de relier deux façons de voir une même situation, la vision synoptique repose encore sur des prises de position discutables et les explications en termes de causes s'adaptent plus ou moins bien aux explications rationnelles de la psychologie. Comme ils le font remarquer effectivement,

> On ne comprend pas bien, cependant, quelles fonctions psychologiques sont modifiées à la suite de ces neuroadaptations induites par la drogue, ou comment ces changements provoquent l'addiction.[279]

Les travaux de Schultz avaient montré que la dopamine est sécrétée en réponse à l'obtention d'une récompense, ce qui va dans le sens de la dopamine comme molécule du plaisir, mais, après quelques répétitions, la libération précède la récompense. Elle est provoquée par les indices environnementaux qui prédisent sa possibilité d'obtention et déclenche alors une activation motrice qui pourrait être le signe de la recherche de

[279] Robinson & Berridge 2003.

récompense, interprétée par Robinson et Berridge comme la manifestation du *désir*. Cependant, un autre résultat de Schultz conduit à une autre analyse. Quand l'environnement rappelle le contexte précédent de l'obtention d'une récompense, le système dopaminergique est activé, mais, si la récompense ne suit pas, malgré la prédiction, cette même activité dopaminergique est alors encore modifiée[280] ; elle diminue. De même si la récompense attendue est meilleure, plus importante que celle attendue, l'activité dopaminergique augmente à nouveau. La dopamine semble alors répondre à l'erreur de prédiction. On peut alors envisager qu'elle ne code pas le *désir*, ni le *plaisir,* mais l'apprentissage du contexte favorable à la recherche de récompense et l'erreur de prédiction.

4) Learning

Les théories de l'apprentissage apparaissent à la fin des années 1980. Inspirée par l'intérêt pour l'ordinateur, les travaux de Turing, dès le milieu du XXe siècle. Le cerveau se voit comparé à un ordinateur. Il traite de l'information. C'est vers les années 1990 que la rencontre notamment avec les travaux de Herrnstein (que nous verrons en détail dans la seconde partie) que naissent les neurosciences computationnelles telles que nous les connaissons [281] White, montre l'implication du striatum dans le renforcement[282], puis, plus précisément celle du NAc dans l'apprentissage attaché aux récompenses[283]. Les travaux de Schultz déjà cités ouvrent une voie particulière, celle du mécanisme d'apprentissage et de la question du codage de l'erreur de

[280] Schultz,, Dayan & Montague, 1997.
[281] Voir l'historique des groupes de recherche exposé par Montague dans *Your Brain is Almost Perfect*.
[282] White, 1989.
[283] White, 1996.

prédiction par la dopamine.

Concernant les théories du *learning*, on peut distinguer celles qui s'attachent à décrire l'addiction comme relevant d'un apprentissage dit explicite, c'est-à-dire de relations causales entre un événement et ses conséquences. Dans ce cas, l'addiction provient de la formation de fausses croyances ou de souvenirs basés sur des évaluations erronées. Il s'agit ici de mémoire déclarative. Les addicts entretiendraient des croyances *optimistes* concernant leurs perspectives et leur objet de prédilection. Cette approche semble remise en cause. En effet, si les addicts peuvent survaloriser les expériences vécues, ils ne paraissent pas complètement dupes et la présence de biais cognitifs n'est pas aujourd'hui considérée comme un paramètre explicatif, ni nécessaire, ni suffisant.

D'autres théories s'attachent à décrire des apprentissages aberrants implicites, inconscients, à propos des relations entre un stimulus et une réponse ou entre deux stimuli. Les modèles qui font de l'apprentissage de relations stimulus-réponse (S-R) ou stimulus-stimulus (S-S) le fondement de l'addiction la décrivent comme résultant du passage d'une consommation voulue à une consommation automatique, compulsive, sous l'effet de la formation *d'habitudes*. Les habitudes, ou *habits*, sont ici des actions automatiquement déclenchées par un stimulus dans le cadre d'un apprentissage S-R ou S-S, pavlovien ou conditionnement opérant. Les indices environnementaux associés aux drogues finissent par générer des réponses comportementales automatiques, hors de contrôle, à cause d'un apprentissage renforcé qui fait passer d'un type d'action sous la dépendance, d'une délibération à une forme de réflexe conditionné. Ces actes sont non seulement automatiques mais compulsifs, c'est-à-dire hors de contrôle. Ce sont des théories du *craving*. Elles proposent un rôle causal pour la dopamine

dans ces apprentissages aberrants. En agissant sur la transmission dopaminergique, les drogues détournent (le terme courant aujourd'hui est *highjacking*) le fonctionnement normal, elles *piratent* (comme un pirate de l'air détourne*, hijack,* un avion) le système et l'altèrent de telle manière que des apprentissages extrêmement forts sont artificiellement créés et maintenus par cette stimulation excessive directe des substances. Elles impliquent en général les circuits dopaminergiques traditionnels (SN et NAc et les régions connectées) et le cortex préfrontal. On retrouve cette idée de perte du frein cognitif au profit de l'action réflexe médiée par les régions plus archaïques sous-corticales qui deviennent prioritaires dans l'évaluation du type d'action adéquate dans une situation donnée. Elles reposent sur le sentiment subjectif de *craving*, un désir déclaré comme puissant et irrépressible, déclenché par les indices environnementaux associés aux drogues ainsi que sur les rechutes après une période d'abstinence provoquées par ces mêmes stimuli[284]. Ces modèles cherchent à comprendre les interactions entre conditionnements opérant et pavlovien qui permettent d'expliquer le passage de comportements, à l'origine traités sous le régime des comportements orientés vers un but, conscients et rationnellement planifiés, à l'automatisme compulsif. Les travaux de Barry Everitt et Trevor Robbins en donnent l'image la plus complète et la plus avancée.

Selon eux,

> L'addiction aux drogues peut être considérée comme une transition de l'usage volontaire et récréatif de drogues à des habitudes de recherche de drogue compulsives, étayées sur le plan neuronal par une transition du contrôle cortical préfrontal au contrôle striatal de la recherche et de la prise de drogue ainsi qu'une

[284] Childress et al. 1999. ; Baler & Volkow, 2006 ; Garavan et al. 2000.

progression du striatum ventral au striatum dorsal.

La transition d'un contrôle cortical à un contrôle sous-cortical, striatal, marque le passage du comportement évalué cognitivement au réflexe compulsif. La transition physiologique interne au striatum donne un corollaire physiologique à cette prise de contrôle sous-corticale sur l'action. En effet, les comportements orientés vers un but sont planifiés et cette planification, à forte composante cognitive, repose sur une interaction entre le cortex préfrontal et la partie médiale du striatum dorsal[285]. Les structures impliquées dans les *habitudes*, à composante automatique, sont plutôt sous le contrôle de la partie latérale du striatum dorsal[286]. Ces deux structures reçoivent des projections dopaminergiques de la SN et le blocage des récepteurs dopaminergiques dans la partie médiale empêche l'acquisition d'un comportement de recherche de cocaïne chez le rat naïf mais ne l'altère pas s'il est entraîné. L'acquisition repose sur la planification et est de l'ordre des comportements orientés vers un but. À l'inverse, le blocage de ces mêmes récepteurs dans la partie ventrale n'empêche pas l'acquisition mais altère la recherche une fois apprise[287]. La transition comportement planifié vers comportement automatique semble en partie reposer sur une transition entre partie centrale et latérale[288]. Ensuite, l'imagerie a montré l'implication de ces structures du striatum dorsal chez l'homme[289] et d'autres résultats chez des addicts semblent confirmer ce glissement. Le striatum ventral est aussi impliqué. Les projections dopaminergiques traditionnellement concernées dans l'addiction sont celles qui visent le NAc, en provenance de la VTA, et

[285] Le striatum dorsal est, chez l'homme composé du caudé et du putamen, ces deux structures anatomiques sont réunies dans une structure fonctionnelle, le striatum dorsal.
[286] Shiflett et al. 2010, Balleine & O'Doherty 2010, Yin et al, 2004 & 2005.
[287] Thorn et al. 2010.
[288] Everitt 2014, Everitt & Robbins 2013.
[289] Garavan et al. 2000, Volkow et al. 2006.

selon Everitt et Robbins, le striatum ventral est extrêmement important dans l'acquisition des habitudes mais perd graduellement le contrôle au profit du striatum dorsal, dans le glissement ventro dorsal évoqué[290]. Le striatum est de plus sous le contrôle d'autres structures qui jouent un rôle important dans le phénomène décrit, comme l'amygdale et le cortex préfrontal.

Ces modèles font de la transition d'une action libre et planifiée à une action automatique compulsive le fait fondamental qui définit l'addiction. On peut remarquer que l'automaticité, l'habitude, les rituels, font partie de l'addiction mais si le rituel de consommation peut effectivement être une séquence d'actes paraissant automatiques et ne nécessitant pas le contrôle de l'agent, s'il existe des narrations d'addicts se voyant en troisième personne effectuer ces actes par devers eux, il n'est pas évident que l'indice environnemental qui déclenche le désir de substance et conduit à sa recherche déclenche uniquement des actions automatiques hors de tout contrôle. Partir à la recherche de son dealer, négocier le prix, rentrer chez soi, ainsi que tous les moyens mis en œuvre pour contourner les obstacles imprévus, complexifient considérablement le tableau. Cela ne remet pas en cause le caractère compulsif mais il demande à être discuté[291]. D'autre part, comme le relève Berridge, l'automaticité d'une action considérée comme un type d'habitude ne suppose pas qu'elle soit compulsive. Pour reprendre son exemple, faire ses lacets est un acte automatique mais ne s'accompagne, chez personne, hors troubles obsessionnels, des affres de la compulsion[292].

---

[290] Les élégantes manipulations de déconnexion entre striatum ventral et dorsal se trouvent dans Everitt & Robbins 2005, 2016.

[291] C'est un des enjeux principaux du débat actuel contre le modèle maladie qui repose sur une perte de contrôle réelle sur nos actions qui deviennent de plus irrationnelles et dont l'irrationalité ne peut s'expliquer que par la perte de contrôle car nous sommes normalement toujours parfaitement rationnel. C'est cette irrationalité compulsive qui devient la marque de la maladie.

[292] Sauf en cas de TOC.

La dopamine devient alors une molécule de l'apprentissage et le détournement par les drogues de ces circuits implique des apprentissages aberrants. La théorie lui donne le rôle d'imprimer le comportement[293]. Cela renvoie directement à l'origine behavioriste de la théorie. Thorndike à la fin du XIXe proposait déjà que la récompense permette de renforcer les relations stimulus réponse en les *imprimant*[294]. Cette expression fut un des moyens que Thorndike trouva pour se débarrasser de son hypothèse hédoniste du renforcement qui infère un état interne. Son *stamping in* (littéralement *l'impression*) de la récompense, en bon behavioriste, donne une expression mécanique qui permet de faire l'impasse sur ces phénomènes internes. Or ces modèles modernes du *learning* sont aussi des réponses aux modèles du *liking*, hédonique. La fonction causale de la dopamine devient celle d'inscrire une association et non plus de générer un plaisir. Cependant, cela revient à faire de la dopamine l'outil causal de l'apprentissage or, il semble que les neurones dopaminergiques n'ont pas forcément un accès privilégié aux informations qui paraissent nécessaires pour ces apprentissages et que ces informations soient traitées en amont par de nombreuses structures et n'arrivent qu'après un traitement conséquent[295].

Une autre forme de théorie *learning* du rôle de la dopamine est à attribuer à la rencontre entre les travaux de Wolfram Schultz et des chercheurs travaillant sur des modélisations de l'apprentissage issus de la neurobiologie computationnelle, de son versant intelligence artificielle et

[293] L'expression est *stamping in* qui signifie inscrire tamponner, mettre un cachet dans le sens de laisser une marque.
[294] Thorndike, 1898, 1911.
[295] Diaz-Mataix, Artigas & Celada, 2006 ; Dommett et al., 2005 : Goto & Grace, 2005 ; O'Donnell., 2003.

sciences informatiques.

Dès les années 1950, Bush, et Mosteller, proposent une formalisation mathématique de l'effet de la récompense sur la réponse comportementale des animaux dans le cadre du renforcement skinnerien[296]. Cette première proposition est ensuite affinée et développée et, dès la fin des années 1980, l'informatique utilise les formules regroupées sous l'appellation d'apprentissage par renforcement pour étudier les effets de la récompense et de la punition pour la prise de décision dans des environnements non familiers. L'un des algorithmes les plus utilisé, celui d'*apprentissage par différence temporelle*[297] (TD-learning), s'appuie sur l'évaluation de la différence entre une quantité (par exemple de récompense estimée) à des temps successifs et la récompense réellement obtenue.[298] L'idée de base étant que l'on apprend à partir du moment où nous avons fait une erreur de prédiction. Le TD-learning repose sur l'utilisation d'indices sensoriels pour estimer la somme totale des récompenses attendues. Ces récompenses futures se voient assignées un modificateur d'escompte, une pondération qui les affecte en fonction de leur proximité temporelle (les plus lointaines voyant leur valeur brute plus diminuée par ce facteur d'escompte que les plus proches)[299].

Dans le cadre du TD-learning, un organisme évolue dans un environnement possédant un nombre fini d'états. Au cours de son exploration, ce dernier change et renvoie un feedback à l'organisme à chaque action effectuée, l'exploration consiste en des mouvements corporels où en

[296] Cet algorithme est une forme itérative du modèle de Rescorla-Wagner 1972, lui-même basé sur celui de Bush et Mosteller 1951.
[297] Sutton & Barto, 1981, 1989.
[298] Rescorla & Wagner 1972.
[299] L'autre supposé :

> est markovien, c'est-à-dire que la présentation des futurs signaux sensoriels et des récompenses ne dépend que des signaux sensoriels immédiats (actuels) et non des signaux sensoriels passés. (Schultz, Dayan & Montaigue 1997)

des idées. L'organisme enregistre la réponse de l'environnement et s'en sert comme élément prédictif à long terme de ses actions dans chaque situation, renvoyant à son expérience passée. Il cesse d'apprendre quand tous les états du monde ont été explorés.

Ces modèles s'attachent à décrire ce que l'on nomme les apprentissages *model-free*, c'est-à-dire ne reposant pas sur un *modèle* du monde, par opposition aux situations où les actions disponibles sont évaluées en fonction des récompenses attendues pour la totalité des actions successives[300]. L'apprentissage *model-free,* se construit en faisant l'expérience directe du coup d'après. Expérience qui sera comparée à la prévision de la valeur attendue. Le comportement est ensuite soit renforcé, c'est-à-dire qu'il aura une forte probabilité de se reproduire sans plus d'évaluation dans un contexte identique s'il a amené un résultat positif, soit remis en cause, si le résultat est négatif ou n'atteint pas le résultat escompté. L'erreur de prédiction de la récompense sert alors à moduler l'estimation de la récompense attendue pour une situation donnée. On comprend bien alors que l'addiction puisse être, à l'image de la transition évoquée par Everitt et Robins, une question de transition inadaptée entre un fonctionnement *model-based* et un fonctionnement *model-free* dévoyé.

Au début des années 1990, Dayan et Montague reconnurent, à la lecture

[300] Typiquement j'ai le choix entre trois possibilité A, B et C. qui conduisent ensuite à choisir entre trois autres possibilités, différentes pour chacune. Dans un contexte d'apprentissage *model-based* mon évaluation repose sur l'évaluation de toutes les possibilités et leurs conséquences afin de choisir la meilleure ; je construis un modèle du monde total. Ce type d'apprentissage est coûteux en ressources et long. Imaginons que nous cherchions à prédire le meilleur coup d'ouverture d'une partie d'échecs et que nous analysions l'ensemble de l'arbre décisionnel. Dans le cadre de l'addiction, cela correspond à la pesée des pour et des contres pour une consommation récréative en prenant en compte toutes les conséquences possibles dans une limite de temps qui va jusqu'à la durée de mon existence.

des travaux de Schultz, en observant la transmission dopaminergique et sa réaction à la récompense, sa prévision et, surtout, sa modification selon la récompense réellement obtenue, un pattern typique du TD-learning dont ils étaient familiers[301]. Cela conduisit à la publication en 1997 de l'article *A neural substrate of prediction and reward.* Schultz, Dayan et Montague y définissent la théorie de l'erreur de prédiction de la récompense qui fait du signal dopaminergique, et particulièrement la transmission phasique, l'effecteur du codage de l'erreur de prédiction qui préside à l'apprentissage par renforcement. En résumé :

> les neurones dopaminergiques émettent un signal positif (activation) lorsqu'un événement appétitif est meilleur que prévu, aucun signal (pas de changement d'activité) lorsqu'un événement appétitif se produit comme prévu, et un signal négatif (diminution de l'activité) lorsqu'un événement appétitif est pire que prévu [...] Les neurones dopaminergiques montrent un codage bidirectionnel des erreurs de prédiction de récompense, suivant l'équation Réponse dopaminergique = Récompense survenue - Récompense prédite.[302]

Ces différentes approches, liking, wanting et learning se sont trouvées en compétition et les deux théories qui semblent les mieux placées sont l'*Incentive salience* et la *Prédiction de l'erreur*. Les théories de la dopamine comme molécule du plaisir ayant rapidement été mises de côté en ce qui concerne la recherche du rôle fonctionnel de la dopamine. Nous verrons qu'elles subsistent encore, dans le domaine de l'addiction quand il s'agit de communication vers le grand public, la dopamine est encore qualifiée de

[301] Ils travaillaient sur l'apprentissage par renforcement en intelligence artificielle dans un laboratoire de neurosciences computationnelles. Ils écrivirent avec le directeur du laboratoire, Terry Sejnowski, un article reliant TD-learning et les travaux de Schultz qui fut rejeté de toutes les revues de neurosciences. Voir Montague, 2007.
[302] Schultz, 2006, p99-100.

«molécule du plaisir» sur le site de l'Inserm[303].

S'il s'agit de choisir entre *Incentive salience* et *Prédiction de l'erreur*, prises ainsi séparément, il est difficile de trancher. Mateo Colombo[304] prend parti pour la théorie de Schultz, Dayan et Montague. Il lui semble que si l'on se fie aux critères de portée plus large à la Hempel[305] et de degré d'invariance, à la Woodward et Hitchcock[306], cette dernière théorie offre une plus grande profondeur explicative. Néanmoins il donne un poids important aux conséquences de la formalisation de la transmission, et à ce titre, son choix est justifié. Cependant, l'*Incentive salience* étend sa dimension explicative à la psychologie mais n'intègre pas vraiment les paramètres fins de la transmission dopaminergique, à l'inverse, le modèle de Schultz prend en compte en détail ces paramètres et en propose une modélisation mathématique mais n'a pas d'interprétation psychologique associée. Peut-être que le codage de l'erreur rend mieux compte du type d'information codée par la dopamine, mais l'*Incentive salience* semble plus à même de rendre compte des phénomènes psychologiques observés et sous-tendus par cette activité. Schultz d'ailleurs, semble ne pas chercher à qualifier cette activité en termes psychologiques, et il propose un mécanisme qui ne présume en rien du sens de la causalité ; c'est-à-dire que le signal dopaminergique code la prédiction et l'erreur de prédiction mais n'implique pas forcément que la dopamine *cause* la prédiction de l'erreur,

> La question à soulever ici n'est pas de savoir si les activations de la dopamine obéissent aux règles d'erreur de prédiction, mais plutôt si l'activation de la dopamine provoque l'apprentissage du reste du cerveau ou si l'apprentissage par d'autres systèmes cérébraux provoque l'activation de la dopamine. La dopamine

[303] https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/addictions
[304] Colombo, 2014.
[305] Hempel, 1965.
[306] Hitchcock & Woodward, 2003.

> provoque-t-elle réellement l'enregistrement d'une erreur de prédiction UCS par le cerveau pour établir un nouvel apprentissage ? Cela provoque-t-il jamais une prédiction CS apprise pour une récompense future ? Ou plutôt, l'activation de la dopamine est-elle une conséquence de la sortie de mécanismes d'apprentissage opérant ailleurs, plutôt qu'une partie du mécanisme causal de l'apprentissage?[307]

Schultz intègre d'ailleurs la saillance des événements et leur portée sur la motivation ,

> Les récompenses agissent d'abord sur le corps par leur impact sensoriel physique. Ils attirent l'attention par leur saillance physique, ce qui facilite la détection initiale. L'identité spécifique des récompenses découle de leurs paramètres physiques, tels que la taille, la forme, la couleur et la position, qui engagent des processus sensoriels et cognitifs ultérieurs. La comparaison avec des objets connus détermine leur nouveauté, qui attire l'attention par la saillance de la nouveauté et la saillance de la surprise. Pendant et après leur identification, une valorisation a lieu. La valeur est la caractéristique essentielle qui distingue les récompenses des autres objets et stimuli ; elle peut être estimée à partir des préférences comportementales suscitées par les choix. La valeur attire l'attention car elle fournit une saillance motivationnelle. Les différentes formes de saillance - physique, nouveauté, surprise et motivationnelle - induisent une attention axée sur le stimulus, qui sélectionne les informations et module le traitement neuronal.[308]

Aujourd'hui les modèles tendent vers une complexification. La transmission dopaminergique ne paraît pas homogène, et pourrait coder pour différentes dimensions[309]. Certains neurones dopaminergiques

[307] Berridge, 2007. Berridge cite ensuite à ce propos une communication personnelle de Wolfram Schultz de Mai 2006 qui ne prend pas parti sur le sens de la causalité.
[308] Schultz, 2016.
[309] Schultz, 2019.

répondent aussi à la douleur, et si leur rôle dans la motivation semble accepté, s'il est accepté qu'ils transmettent des informations concernant la récompense, ils semblent devoir être aussi impliqués dans la transmission d'informations concernant des événements surprenants, nouveaux, attirants ou nociceptifs[310]. Ensuite, il faut garder à l'esprit quelques non-dits. Le modèle de transmission synaptique repose sur l'idée que chaque neurone produit un type de neurotransmetteur, or, il est aussi possible que les neurones en produisent plusieurs[311]. De même, les noyaux dopaminergiques ne sont pas homogènes, il n'y a pas que des neurones produisant de la dopamine, mais aussi des interneurones GABA par exemple. Lors des expérimentations d'électrophysiologie, il n'est pas rare de tomber sur des neurones dont le profil d'activité ne correspond pas aux critères traditionnels des neurones dopaminergiques, ils répondent parfois aux drogues censées agir sur ces neurones dopaminergiques et parfois non. De même, un neurone *type* peut ne pas réagir à ces agents pharmacologiques. De nombreuses explications expérimentales valables sont à disposition, mais aucune ne permet d'affirmer que notre représentation homogène des neurones et des structures ne soit autre chose qu'un schéma simpliste[312]. Il est donc difficile de trancher avec certitude.

Ces deux théories les plus prometteuses et avancées que sont l'*Incentive salience* et la *Prédiction de l'erreur* ne sont pas incompatibles. *L'Incentive salience* montre la différence entre *liking* et *wanting* et l'addiction devient une question de désir. La dopamine peut être alors la molécule du désir. Mais, la *Prédiction de l'erreur* descend d'un niveau. La dopamine n'est pas le désir mais code la valeur des événements, ce sur quoi se fonde le désir. Le signal

[310] Pour une revue voir Bromberg-Martin, Matsumoto & Hikosaka, 2010.
[311] Ce qu'ils font mais le rôle fonctionnel est peu clair.
[312] On peut juste dire que notre représentation *peut* être juste.

dopaminergique sert à apprendre, à assigner et enregistrer la valeur propre des événements et le désir n'est que le choix de ce qui possède la plus grande valeur. Cette idée de maximisation est issue de la tradition économique qui remonte à Bentham et rejoint les neurosciences par le biais des évolutions du béhaviorisme avec au cœur de cette relation, les travaux de Richard Herrnstein et de ses héritiers[313].

Les autres approches sont soit clairement réfutées, comme les théories du *liking*. Même s'il faut continuer de supposer une dimension hédonique dans l'addiction, la dopamine n'est pas la molécule du plaisir. D'autres encore proposent des interprétations qui justifient des prises de positions qui sont, elles, discutables, comme le *craving*. Enfin, d'autres voix se font aussi entendre pour remettre tout bonnement en cause la théorie dopaminergique de l'addiction[314].

Aujourd'hui un modèle est présenté comme consensuel, c'est le *Brain Disease Model of Addiction* (BDMA). Il part des données de la science pour former un *brain model* et l'adosse à une conception maladie de l'addiction, c'est-à-dire celle des DSM, depuis le DSM-III. Il veut présenter un consensus biologique et consiste en une superposition des données de la science. Il intègre alors dans un système global qui prétend rendre compte de l'addiction différentes théories neurobiologiques. C'est un *hard medical model* où la psychopathologie est clairement renvoyée à la neurologie. Il est dominant, voire hégémonique et est au cœur des polémiques actuelles qui agitent le champ de l'addiction.

[313] Que nous aborderons en détail dans la prochaine partie de cette thèse.
[314] Nous reviendrons sur ces critiques.

3) Le consensus biologique ; le BDMA

Le Brain Disease Model of Addiction est le modèle explicatif dominant de l'addiction. C'est un modèle intégratif, psychobiologique, qui met en lien mécanismes neurobiologiques et psychologiques, comportement et cerveau, afin de rendre compte de l'addiction. Son élaboration par Nora Volkow et George Koob s'est appuyée sur leurs recherches propres et sur l'intégration de résultats issus de la communauté scientifique internationale. Il est, en cela, oecuménique. Mais, il défend une théorie de l'addiction maladie du cerveau, ce qui le rend extrêmement clivant. Le BDMA est accusé d'être une arme contre une psychiatrie du sens en promouvant un modèle étiologique neurologique de la psychopathologie.

a) le modèle

Du point de vue conceptuel, l'addiction est

> défini comme un trouble chroniquement récurrent, caractérisé par une compulsion à rechercher et à prendre la drogue, une perte de contrôle pour limiter la consommation et l'émergence d'un état émotionnel négatif (p. ex., dysphorie, anxiété, irritabilité) lorsque l'accès à la drogue est empêché.[315]

L'addiction est présentée comme un phénomène regroupant trois étapes différentes qui se succèdent de manière récurrente, formant un cycle de l'addiction.

[315] Koob & Volkow, 2016.

> Addiction peut être conceptualisé comme un cycle récurrent en trois étapes, frénésie/intoxication, retrait/affect négatif et préoccupation/anticipation (envie) qui s'aggravent avec le temps et impliquent des changements neuroplastiques dans les systèmes de récompense, de stress et de fonctions exécutives du cerveau.[316]

Et ces trois étapes sont associées à des perturbations de trois systèmes neuronaux :

> Les troubles liés à l'utilisation de substances sont caractérisés par des perturbations dans trois circuits neurologiques majeurs : le stade de frénésie/d'intoxication est induit par les ganglions de la base, le stade de retrait/d'affect négatif par l'amygdale étendue et le stade de préoccupation/d'anticipation par le cortex préfrontal.[317]

Ces phénomènes reposent sur des modifications du substrat neurobiologique, son adaptation plastique à l'action des substances.

> Dans ces trois domaines, des modifications neuroplastiques spécifiques aux neurotransmetteurs et aux neuromodulateurs sont observées dans 18 sous-systèmes, notamment : le système dopaminergique mésocorticolimbique ascendant, le facteur de libération de la corticotropine dans le noyau central de l'amygdale et les projections corticostriatales du glutamate.[318]

1) Binge / intoxication

Lors de cette étape de consommation de produit, consommation qualifiée de *binge* c'est-à-dire de frénétique, la substance entraîne la libération

[316] Koob & Volkow, 2016.
[317] Koob & Volkow, 2016.
[318] Koob & Volkow, 2016.

de dopamine et d'opioïdes dans le striatum ventral, principalement le NAc. Cette libération de dopamine est dite associée à la sensation de plaisir subjective le *high*. Cette libération de dopamine, rapide et abrupte est suffisante pour recruter les récepteurs dopaminergiques D1, à faible affinité, récepteurs qui sont nécessaires pour que les drogues exercent des effets renforçants et pour le conditionnement. Les drogues imitent ici la libération phasique de dopamine induite par les récompenses naturelles.

Les structures cérébrales associées à cette étape sont, outre le NAc, la VTA, d'autres structures comme celles impliquées dans la réponse au stress (amygdale, hypothalamus et habenula) et l'intéroception (insula et cortex cingulaire).

En plus de la dopamine, d'autres neuromédiateurs sont impliqués, comme le GABA, le glutamate, la sérotonine et l'acétylcholine ainsi que le système endocannabinoïde. Ces systèmes sont notamment la cible des différentes substances qui activent, par leur entremise, indirectement, la circuiterie dopaminergique au niveau de la VTA ou du NAc. Les drogues peuvent aussi agir sur les circuits associés, impliquant alors en sus les enképhalines, la noradrénaline, le CRF, le neuropeptide Y et la dynorphine. Toutes ces actions induisent des phénomènes adaptatifs de neuroplasticité dans les structures concernées.

Les drogues favorisent l'association de leurs propriétés gratifiantes à des indices environnementaux neutres. Le renforcement conditionné fait le lit de l'*Incentive salience*, élément essentiel de la recherche *compulsive* de drogue. La consommation devient contrainte, l'addict perd la liberté de s'abstenir.

Le BDMA s'appuie alors sur les travaux de Schultz pour donner un mécanisme biologique au phénomène. Le signal phasique dopaminergique est alors responsable d'adaptations au niveau des ganglions de la base, c'est-à-dire le NAc mais aussi le striatum dorsal, par l'activation d'une boucle

striato-globuspallido-thalamo-corticale impliquant la transmission glutamatergique NMDA et AMPA.

On trouve donc, à ce stade, associés à la fois l'*Incentive salience*, les travaux de Schultz, ceux de Everitt et Robins et une partie des théories hédoniques de Koob. Les travaux de biologie moléculaire sur les récepteurs sont aussi pris en compte.

Le passage de ce stade au suivant, le stade du Sevrage/Affects Négatifs se caractérise par, la tolérance, les symptômes de sevrage, et le fait que la consommation se fait au détriment des autres activités sociales, récréatives et personnelles. Le modèle intègre les critères diagnostics psychiatriques du DSM.

2) Sevrage/Affects Négatifs

Cette étape est surnommée le côté obscur de l'addiction. Après la dimension positive hédonique du *high*, ce sont les affects négatifs qui dominent. Le BDMA est l'œuvre de Koob et l'influence de l'*Hedonic-allostasis theory of addiction*, et de l'*Opponent process,* est patente. Il y est directement fait appel pour expliquer la diminution de la fonction de récompense. Avec l'augmentation de la consommation, le seuil de récompense augmente ce qui nécessite des doses de plus en plus fortes pour les mêmes effets ; c'est le phénomène de tolérance. Les adaptations cérébrales font que la dopamine, la sérotonine et les peptides opioïdes endogènes sont déplétés. En l'absence de drogue, la stimulation basale naturelle est insuffisante.

CRF et dynorphine stimulent d'autre part l'activité de l'axe HPA, l'axe du stress. L'amygdale étendue[319], responsable de la réaction face au stress, est la structure centrale de cette étape. Elle induit anxiété, irritabilité et malaise comme types de réponses comportementales, réponses cataloguées sous l'expression *fight or flight* en comportement animal. Les adaptations présentées sont qualifiées d'adaptations intra-système. C'est un concept directement issu de l'*Opponent process* de de Solomon et Corbitt. Ce sont les adaptations mises en place pour lutter contre l'effet premier des drogues.

La diminution de la fonction de réponse aux récompenses et l'activation de l'axe du stress sont présentées comme l'explication neurophysiologique des affects négatifs liés au sevrage. Ils sont responsables d'un renforcement négatif. Le désir d'échapper à ces effets délétères motive la consommation et provoque le passage à la dernière phase, celle de la Préoccupation/Anticipation. Lors de cette phase on observe des problèmes physiques et psychologiques qui n'empêchent pas la consommation de substances. Le fait de se procurer le produit devient une préoccupation centrale. La drogue prend une place envahissante dans la vie et dans l'esprit du patient.

3) Préoccupation/Anticipation

Cette phase est présentée comme la phase critique pour les rechutes post-sevrage, elle fait de l'addiction une *maladie chronique récidivante.* Elle est aussi associée au *craving*.

[319] Un concept fonctionnel incluant des structures physiologiques proches de l'amygdale, dont, pour certains, le NAc.

Elle repose sur deux systèmes Go et Stop, nés de l'association entre structures corticales et striatales, cette articulation reprend en partie les théories de Jentsch et Taylor et l'*Incentive sallience* de Robinson et Berridge. L'idée est ici qu'il faut un contrôle exécutif de l'*Incentive salience* pour éviter le passage à l'acte impulsif. Ce contrôle est exercé par le cortex.

Le cortex préfrontal envoie des projections glutamatergiques vers les corps cellulaires des neurones dopaminergiques de la VTA. Ces projections excitatrices modulent donc la libération de dopamine, en retour, dans le cortex préfrontal, et dans le NAc, pouvant alors contrôler la mise en place de l'*Incentive salience*, d'autant qu'il existe aussi des projections glutamatergiques vers le noyau caudé et le striatum ventral, contrôlant alors aussi la boucle striato-globuspallido-thalamo-corticale. Ces circuits sont activés chez l'homme lors de réponses de type *craving* induites par des indices associés aux drogues, comme montré par l'imagerie, notamment les travaux de Volkow qui montrent aussi une perturbation de la transmission GABAergique dans le cortex préfrontal. Cela se manifeste par une baisse d'activité dans cette structure et des difficultés dans la prise de décision, le contrôle inhibiteur, la mémoire de travail etc. Phénomènes relevés chez certains addicts et associés à l'échec des traitements comportementaux.

En fait, chez des sujets dépendants,

> des études d'imagerie ont révélé des diminutions du fonctionnement basal des zones orbitofrontale (médiale et latérale) et cingulaire antérieure (ventrale et dorsale) et de la fonction dopaminergique pendant la dépendance, mais une réactivation de la fonction dopaminergique et du système de récompense pendant les épisodes de manque aigu (*craving*).[320]

[320] Koob & Volkow, 2016.

Le système Go, qui entraîne le *craving* et les rechutes post-sevrage, repose sur ces connections excitatrices glutamatergiques entre cortex préfrontal, cingulaire et le striatum ventral, ainsi que sur les fonctions de l'insula qui intègre les sensations des états internes, les émotions et les motivations (elle reçoit les afférences de l'amygdale, du cortex somato-sensoriel et du thalamus), rendant conscients les besoins viscéraux. Elle apparaît, avec le cortex préfrontal ventro médian, comme nécessaire pour la prise de décision. Ce système est aussi impliqué dans le stress post-traumatique et médie les réponses automatiques aux stimuli.

L'imagerie a montré une diminution des récepteurs dopaminergiques D2 dans le striatum chez les addicts et une hypo activité corticale. Le système Stop, censé inhiber le système Go et l'axe du stress, doit à l'origine moduler l'influence motivationnelle des indices environnementaux. Son dysfonctionnement représente un des versants explicatifs de l'impulsivité, avec l'excès de stimulation du système Go.

Ce modèle a constitué une avancée remarquable en termes d'histoire des concepts en neurosciences. Il est aussi chargé de promesses d'avenir pour la prise en charge de l'addiction et pour la façon de faire des neurosciences. Mais s'il est critiqué, par les défenseurs d'une psychiatrie du sens, ceux de l'antipsychiatrie, ou toute forme de résistants à des neurosciences qui promouvraient une vision de l'humain dégradée, un humain machine privé de libre arbitre par un nouveau scientisme que l'on pourrait qualifier de neuroessentialisme. Il est cependant aussi critiquable dans le cadre même des neurosciences. Institutionnellement sa puissance est extraordinaire, mais il n'est pas sûr qu'il ait les moyens des promesses qu'il fait et qu'une des raisons

en soit, aussi, une propension à tirer des conclusions que les avancées de la science ne peuvent pas forcément soutenir. En dépit de l'ardeur et de l'efficacité avec lesquelles elles sont exprimées.

b) Forces, faiblesses et résistances

Ce modèle se présente comme une synthèse des théories ayant émergé au cours de ans. Il regroupe ainsi nombre de travaux plus anciens et les intègre dans une vision qui se veut complète, adossée à une évaluation comportementale, une description du phénomène, qui fait de l'addiction ou de la dépendance à une substance, une *maladie chronique, récidivante* et *évolutive* caractérisée par la recherche et la prise de drogue *compulsive*, la *perte de contrôle* et l'impossibilité de limiter la consommation ainsi que par l'émergence d'un état émotionnel négatif (dysphorie, anxiété, irritabilité) quand l'accès à la drogue est impossible. Il revendique une approche biologique, explicative, typiquement multi-niveaux, comme définie par Carl Craver[321] selon laquelle toutes les drogues et les objets d'addictions agissent in fine sur certains circuits cérébraux, dopaminergiques, et en modifient l'activité en profondeur. L'addiction étant un cas particulier pathologique d'utilisation ou de mésusage des circuits neuronaux qui nous permettent d'interagir avec les récompenses. Ce niveau d'explication s'articule à une approche psychologique, plus descriptive qui a regroupé des troubles, à partir de catégories préexistantes, celles des abus des différentes substances, en une seule catégorie caractérisée par la compulsion, la perte de contrôle et les affects négatifs.

[321] Craver, 2007.

Il s'agit donc, d'une part, ici, de supposer qu'il y a quelque chose en commun sous-tendant des pratiques diverses ; c'est l'Addiction contre les addictions, et d'autre part, qu'il existe un «fonctionnement addictif». Ce fonctionnement repose sur des concepts descriptifs, le *craving*, la compulsion, et des engagements psychopathologiques plutôt dans le sens d'une pathologie de l'agir, tout en ramenant la psychopathologie à la neurologie. Il est une compilation de choix théoriques et de corrélations. Pour le BDMA, la dopamine est la molécule du plaisir, les effets négatifs du sevrage sont en partie à l'origine de la consommation, des altérations des fonctions supérieures mènent à une obnubilation, un comportement compulsif et à la perte de contrôle. Le BDMA fait donc des choix entre les théories dopaminergiques au niveau des phénomènes sous-tendus par la biologie.

Le BDMA correspond à la rencontre entre l'approche descriptive clinique et l'approche biomédicale, qui a pour ambition de rendre compte biologiquement des pathologies psychiatriques. Il représente un exemple typique de *hard medical mode*l[322] comme décrit par Kendler. On glisse de la psychopathologie à la neurologie. Or, dans l'addiction il n'y a pas de lésion cérébrale préexistante et le mouvement initié par l'étude du cas Gage qui vise à trouver dans le cerveau l'origine des comportements, des émotions, des pensées, de la psyché, franchit encore une étape. Il ne s'agit plus d'une lésion anatomique mais d'une modification plastique des cellules elles-mêmes qui serait responsable du comportement, ici addictif.

Le BDMA s'inscrit dans le cadre d'un imaginaire moderne de la science pourvoyeuse de solutions technologiques avancées, il propose une réponse adaptée, l'individualisation des perspectives malgré une condamnation à l'inéluctable, et se veut une libération morale. Il repose par ailleurs sur un poids institutionnel conséquent, de par ses auteurs. G. Koob revendique plus

[322] Kendler, 2011.

de 750 articles peer-reviewed, il est le directeur du National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) au NIH avec un budget annuel en 2022 de 570 165 000 dollars [323]. N. Volkow revendique plus de 800 articles peer-reviewed, plus de 100 chapitres de livres et autres manuscrits. Elle est l'éditrice de 4 livres de neuroimagerie. Elle est la directrice du National Institute on Drug Abuse (NIDA) au NIH. avec un budget annuel prévu pour 2023 de 1 843 326 000 dollars. Le BDMA a aussi bénéficié de la *Décennie du cerveau* lancée dans les années 1990 aux USA par le président Bush. Dans sa proclamation, l'investissement dans les neurosciences s'inscrit dans le cadre de la politique de *War on Drugs, e*ntamée au début du XXe siècle sous l'influence des ligues prohibitionnistes. Elle conduisit le gouvernement fédéral américain à réguler la circulation de la cocaïne, puis à la politique de prohibition[324]. Cette politique de *War on Drugs* est la politique des USA concernant les stupéfiants, au moins jusqu'aux récentes évolutions concernant la libéralisation du cannabis mais qui sont le fait de lois locales et ne représentent pas, au départ, l'orientation législative fédérale. Les budgets alloués à la recherche sur le cerveau sont alors considérables et il s'agit de proposer des solutions thérapeutiques. La proclamation lie recherche en neuroscience et découvertes des traitements contre les maladies dont le cerveau peut être considéré comme l'origine. La question de la lutte contre la drogue et ses conséquences est intégrée à cette problématique médicale et l'addiction (voire la simple consommation de substances) est de fait considérée comme une maladie. Le BDMA de par son financement, les structures qui en sont originaires, est un programme certes explicatif, mais

[323] En comparaison, le budget annuel de la recherche française sur de l'alcool fluctue entre 3 et 4 000 000€.
[324] Le Wiley act en 1906 ou Pure Food and Drug act puis le Harrison act en 1914.

avant tout thérapeutique : il est dans sa nature même de faire de l'addiction une maladie.

Le BDMA souffre d'une ambiguïté concernant son objet d'étude. Il mêle des recherches à propos du fonctionnement normal d'un système de réponse et d'adaptation à l'environnement, un travail d'explication du fonctionnement du cerveau et de l'explication de nos comportements, et appartient à un programme de recherche qui vise à résoudre un problème. Celui de comportements, à l'inverse, hors-normes, problématiques, qualifiés à la fois de transgressifs (ils sont punis par la loi et moralement réprouvés) et provoquant des problèmes de santé publique. Des comportements pathologiques qu'il faut traiter. Pour s'inscrire dans ce cadre de recherche, bénéficier des financements, il faut développer un argumentaire à propos du versant pathologique, expliquer comment le programme proposé permet d'apporter des éléments pour répondre aux questions posées en termes de *maladie*. Il s'agit de s'inscrire dans le programme de *War on Drugs,* dans son versant qui s'occupe de traiter les victimes du conflit.

Le BDMA propose une réponse à un paradoxe : pourquoi les addicts perpétuent-ils un comportement qui leur est nuisible, alors qu'ils savent que ce comportement est nuisible ? Une réponse simple, efficace et sans ambiguïté : parce qu'ils ne peuvent pas faire autrement. Cette compulsion est ensuite expliquée par un mécanisme. Le modèle maladie fait sortir le problème du domaine des raisons, des normes, du relatif, des réponses ambiguës, complexes, grises. Il propose des relations causales. Ces relations causales sont strictes. Les probabilités n'entrent en jeu que pour expliquer l'avant, l'entrée, et l'éventuelle sortie de l'addiction, et donc ce qui ne concerne pas directement l'addict qui cherche un traitement. Le modèle ne s'intéresse qu'à la consommation effective, qui, s'il s'agit d'un individu addict,

ne manquera pas de se produire à coup sûr, il n'y a pas à s'encombrer, pour ce qui est du traitement des finesses probabilistes des événements ponctuels, de l'échelle de temps court. Seule importe la consommation effective qui, répétons-le, se produira obligatoirement, sinon, il n'y a pas addiction.

Le BDMA se veut aussi un bouclier contre la stigmatisation. Cette option maladie exclue la responsabilité du sujet sous l'influence de son addiction. Il n'est plus question de choix mais de compulsion. La condamnation morale devient alors impossible, la seule responsabilité théoriquement applicable étant d'ordre causale, ce qui permet encore une condamnation judiciaire. Le BDMA externalise la solution, si le problème est mécanique, la réponse l'est aussi. Le modèle promeut une sorte d'attitude dualiste. Ma psyché d'un côté, mon cerveau de l'autre. Je ne peux que difficilement agir par moi-même sur ma biologie, je peux acquérir des croyances, m'éduquer, travailler mes désirs et mes espoirs, construire mes objectifs de vie, agir en ce sens sur ma psyché par une réflexion sur moi-même, en voyant la psyché comme capable d'action sur elle-même, mais une intervention au niveau de mon organe cerveau nécessite des compétences techniques que j'ai peu de chance de posséder. D'autant que ce cerveau, qui me permet d'agir, s'il ne m'empêche pas complètement de penser, peut prendre *mon* contrôle. Il faut alors en passer par une intervention extérieure. Non pas une aide, comme dans le cas d'une psychothérapie, où le thérapeute peut orienter, faciliter mes réflexions sur mes croyances, et désirs, mais une intervention. Je n'ai, pour ce modèle, pas de contrôle sur ce que je fais dans le cadre de l'addiction, je n'ai pas plus de contrôle sur ce qui doit être fait pour sortir de l'addiction. Le modèle maladie réintroduit un dualisme corps esprit où mon cerveau m'est étranger. Il n'est pas moi, mais ma part *malade*. Les objets de l'addiction sont alors responsables d'un détournement des fonctions naturelles de mon cerveau,

des éléments exogènes qui prennent le contrôle, par devers moi, comme un pirate de l'air prend le contrôle d'un avion ; le terme employé est *hijack*, terme utilisé pour les détournements d'avion.

Le BDMA propose donc une réponse au paradoxe de l'addiction, des explications mécanistes adossées à l'autorité de la science, entendue au sens communautaire étant donnée la diversité des études et théories qu'il intègre. Il propose donc aussi un modèle unitaire, oecuménique, et repose sur une structure administrative, financière et de communication solide. Sur ce point, la dimension sociologique du modèle montre une hégémonie de fait. Les financements provenant le plus souvent soit du NIH, soit reposant sur une inscription dans une forme de continuité de la bibliographie qui dépend des publications des revues liées directement ou non avec ces organismes ou le BDMA lui-même. Il est donc un modèle difficile à contester et son rayonnement s'étend des organismes supranationaux comme l'OMS aux médias grands publics en passant par les livres de cours et les rapports dictant les politiques gouvernementales. Enfin, en plus de son ambition explicative entendue comme intégrative et multi-niveaux, qui se présente comme un modèle de ce que peuvent être les neurosciences, il porte des perspectives d'interventions à des fins thérapeutiques. Mais chacune de ses forces implique néanmoins une faiblesse.

D'abord, l'aspect synthétique et multi-niveaux s'avère un trompe-l'œil. Pour l'instant, seule la dimension biologique, somatique, qui a été découpée en strates voit ses niveaux s'articuler relativement bien entre eux. Par contre, le passage au comportement, voire à la psychologie, est bien plus problématique. On ne sait encore pas à quel paramètre psychologique

correspond quel paramètre biologique, pour reprendre la remarque de Robinson et Berridge :

> On ne comprend pas bien, cependant, quelles fonctions psychologiques sont modifiées à la suite de ces neuroadaptations induites par la drogue, ou comment ces changements provoquent une addiction.[325]

Le BDMA fait aussi des choix, discutables, comme celui qui conduit à présenter la dopamine comme molécule du plaisir alors qu'il s'agit sans doute de la théorie la plus douteuse selon les spécialistes du champ. Certes, cette formulation n'est pas explicite dans le modèle lui-même, mais la dimension hédonique conduit à en donner cette interprétation dès qu'il s'agit de communication des résultats de la science au grand public, et aux institutions. Le fait qu'elle soit entre liking, wanting et learning, la plus parlante, celle qui renvoie à nos préjugés sur la faiblesse de la chair, qui résonne le plus avec la vision collective de l'addict et de l'addiction n'est sans doute pas étranger au fait que cela soit celle qui se trouve plus ou moins explicitement diffusée par le BDMA. Toutes les théories qu'il intègre sont par ailleurs de bonnes théories au sens de Popper, elles sont avant tout réfutables et s'appuient sur des travaux en cours dont l'interprétation reste du domaine de l'hypothèse, de la conjecture. Ces conjectures perdent cependant leur conditionnel dans la synthèse effectuée par le BDMA. L'exemple le plus frappant tient aux *images* du cerveau en action. Les expériences de Nora Volkow, notamment, montrant l'activation de zones spécifiques du cerveau semblent donner à voir, en direct, son fonctionnement. Or, si l'image est frappante et convaincante, il s'agit de garder à l'esprit que ce qui est montré correspond à une modélisation informatique d'un cerveau moyen sur lequel sont reportés des signaux dont

[325] Robinson & Berridge 2003

le code couleur est de la responsabilité du chercheur. Ce n'est pas le cerveau de l'individu testé qui est montré, mais une sorte de schéma moyen et l'échelle peut montrer de toute petites différences avec un grand contraste. Ensuite, le signal lui-même est un indice secondaire de l'activité, il s'agit d'un indice indirect de la variation du flux sanguin. Sous-entendant que l'augmentation du flux correspond à une augmentation des besoins en ressources pour une augmentation de l'activité de la zone concernée. L'observation n'a rien de directe, ne serait-ce qu'au plan temporel[326]. Ces images bien que claires et frappantes reposent sur un fond théorique complexe qui seul permet de les comprendre, malgré leur impact immédiat et leur apparente évidence. Nous verrons que le BDMA aussi, voit ses interprétations reposer sur un fond théorique, des engagements philosophiques majeurs dont l'origine n'est pas à trouver dans les neurosciences elles-mêmes. Il y a un apport exogène qui peut laisser entrevoir la possibilité d'autres engagements qui permettent d'interpréter différemment les mêmes faits de sciences.

Ce qui pourrait laisser entrevoir une sorte de relativisme, qui est une manière de critiquer la science en général et le BDMA en particulier, peut aussi s'articuler en affirmant que les interprétations ne se valent pas. En effet, les présupposés théoriques qui motivent les interprétations sont eux-mêmes sujets de débats au sein de sciences spécifiques, de domaines de la connaissance et certains, tout en étant invalidés dans leur champ d'origine, continuent à avoir une influence hors de leur domaine et, ici, de motiver des choix et des orientations comme ceux du BDMA quand il s'agit d'interpréter les données des neurosciences. Nous verrons dans la deuxième partie, différentes formes de critiques du BDMA et mettrons au jour les présupposés

[326] Voir à ce propos et, en général, concernant la question de l'attitude critique à garder face aux travaux des neurosciences Forrest, 2014.

théoriques externes et leur évaluation dans le cadre de leur propre domaine spécifique.

Une autre remarque, plus générale, concerne la représentation même de la neurobiologie explicitement évoquée. Elle ressemble au modèle de Rutherford de l'atome. Par exemple, les neurones sont vus comme ne produisant qu'un seul neurotransmetteur. Dans le cadre d'un travail de recherche expérimental, cette conception simple est tout à fait suffisante, s'il s'agit de s'intéresser à la réponse d'un type de neurone au neurotransmetteur majoritaire, ou s'il s'agit d'étudier une population de récepteurs. Il faut trouver un modèle expérimental simple qui pose le cadre de la question étudiée, en éliminant au maximum les éléments a priori inutiles. Mais, s'il s'agit d'intégrer ces recherches pour rendre compte de ce qui se passe dans un phénomène complexe au sein d'un organisme *réel*, il semble pertinent de garder une certaine mesure dans ses affirmations. Aujourd'hui, la question de la production de multiples neurotransmetteurs par un seul neurone est une possibilité envisagée, on trouve des encarts dans les manuels avancés de neurosciences[327] à ce sujet, on en parle parfois pour tenter de rendre compte d'un résultat étonnant, mais la démonstration formelle reste à faire[328]. Ensuite, le découpage du cerveau en zone voit déjà se superposer une cartographie anatomique (issue des travaux d'observation et de dissection) et fonctionnelle, dont l'origine vient des études des lésions. Ces deux cartographies ne se superposent pas exactement. L'implication de structures dans un phénomène comme l'addiction passe outre le fait qu'elles ne sont

[327] L'idée que les neurones ne relarguent qu'un seul neuromédiateur vient de Eccles qui reprit à son compte une affirmation de Dale. On sait que les neurones contiennent plusieurs types de neurotransmetteurs mais les conséquences fonctionnelles sont obscures.
[328] Elle est techniquement difficile et ne peut sans doute trouver sa place que dans une recherche théorique sur le système nerveux alors que les fonds de recherche sont aujourd'hui plutôt orientés vers des recherches en lien avec des pathologies.

souvent pas homogènes et qu'un redécoupage à la fois anatomique, en fonction des types cellulaires présents par exemple, et fonctionnel, est en cours. Ensuite, le type même de communication entre neurones semble même dépasser la simple transmission synaptique[329].

Ces remarques n'invalident pas les actuelles avancées, elles devront être redéfinies en fonctions des futures découvertes et la perspective que nos connaissances soient incomplètes ne remet pas en cause les découvertes particulières qui fondent le socle de notre savoir actuel. On ne remet pas en cause a priori les données acquises d'aujourd'hui en raison d'hypothétiques avancées futures. Cependant, cela doit nous rendre prudents quant au degré de véracité des interprétations que nous en faisons. Le ton général du BDMA est, dans sa formulation, trop péremptoire pour ne pas prêter le flanc aux critiques ; d'autant que ses conséquences dépassent le cadre scientifique. Elles ont un impact politique et social, champs dans lesquelles des décisions sont prises au nom de *certitudes* dont la validation repose sur l'aura de la science. Le discours scientifique s'entend toujours *dans le cadre des connaissances actuelles*, il présuppose un conditionnel, une certaine prudence, souvent sous-entendue, le passage au niveau du discours de l'exploitation des donnée de la science fait perdre cette prudence qui repose sur l'appréhension de l'incomplétude constitutive de notre savoir et la fragilité intrinsèque de nos théories et donc de nos interprétations qui dépendent du cadre toujours changeant imposé par ces mêmes théories et découvertes en constante évolution.

Sur le plan scientifique, il est difficile de contester, de par sa structure institutionnelle, le BDMA, de s'attaquer d'une part à la réfutation des

[329] On sait que des neurones adjacents communiquent aussi par des *gap junction*, des pores reliant leur membrane plasmique, mais il se pourrait aussi que des champs électriques puissent transmettre de l'information entre structures non connectées par des axones (Dickson, 2019)

hypothèses qui le portent mais surtout au bien-fondé du travail de synthèse. La force de la structure institutionnelle qui porte le BDMA est utile pour le développement des recherches dans le champ de l'addiction, dans le cadre défini par le BDMA mais peut aussi paraître un frein considérable s'il s'agit de le critiquer. Depuis l'article manifeste de Leshner, alors directeur du NIDA, *Addiction is a brain disease, and it matters* dans Science en 1997, cette théorie de l'addiction maladie du cerveau, chronique et récidivante, est la position des organismes officiels aux USA[330] et se trouve reprise, à travers le monde par des structures comme l'INSERM, orientant les crédits de recherche et la formation des nouveaux acteurs du champ. Cette diffusion du modèle n'épargne pas les revues scientifiques et une certaine inquiétude quant à la possibilité de publier des travaux critiques a été exprimée par un courant de chercheurs opposés au BDMA[331].

Du point de vue descriptif et clinique, le BDMA repose sur des a priori qui s'avèrent trompeurs, le modèle de l'addict peut apparaître comme un archétype caricatural et l'épidémiologie est sans appel, la grande majorité des consommateurs cessent d'eux-mêmes et ne correspondent pas à l'addict du BDMA qui semble ne considérer qu'un type d'addict particulièrement impacté qui, pour les critiques que nous verrons plus tard, n'est au mieux qu'une toute petite partie des addicts. De plus, la définition de l'addict type n'est pas claire, ensuite, les tentatives pour expliquer que la plasticité

[330] Le *Surgeon General's Report on Alcohol, Drugs, and Health* du ministère de la santé américain reprend mot pour mot ce modèle. Le texte et les figures sont directement issus des articles de Koob et Volkow qui dirigent, pour rappel, les instances gouvernementales de recherche sur cette problématique. De même, le Public Policy Statement: Definition of Addiction. 2011 de l' American Society of Addiction Medicine. Voir aussi *Remarks of the Vice President and Chief Kerlikowske on his Nomination as the new Director of the Office of National Drug Control Policy* où le vice-président Joe Biden déclare «An addiction is a disease», lors de la présentation du nouveau *Drug Czar*, chargé de la politique de lutte contre les drogues et les trafics.

[331] Ce sera l'objet de la prochaine partie. On peut citer le Addiction Theory Network, voir l'article de Heather et al. 2019, en annonçant le lancement européen.

cérébrale est un indice de modifications pathologiques se heurte à l'argument de normalité, le cerveau est, par définition, plastique. Il en ressort que la dimension maladie est avant tout politique et sa définition rationnelle reste à être exprimée.

L'équation maladie = irrépressible est au moins douteuse et les opposants au BDMA s'attaquent avant tout à cette question à la fois conceptuelle (de quoi parle-t-on quand on parle de maladie), et morale (l'addiction est-elle une privation pathologique de libre arbitre) aux conséquences éthiques (quelle est la meilleure façon de considérer l'addict et comment le prendre en charge). Enfin, l'acte est dit irrépressible car considéré irrationnel. Le BDMA fait le choix de sortir l'addict de la rationalité et justifie cette irrationalité par la pathologie, dit autrement, un comportement irrationnel ne peut qu'être pathologique et donc les comportements normaux se caractérisent par leur rationalité. En pathologisant un comportement qui semble irrationnel, l'addict est déresponsabilisé. La qualification de maladie est censée empêcher ce jugement de valeur mais sous-entend aussi que l'addict doit perdre toute liberté d'agir autrement pour justifier son irrationalité et échapper au jugement moral. Or, le présupposé selon lequel nos actes sont fondamentalement rationnels vient d'un champ disciplinaire qui s'intéresse à la décision, champ historiquement riche et à l'origine des thèses notamment économiques et politiques qui sont celles de la *War on Drug*s, et ces engagements politiques sont loin d'être indiscutables et indiscutés dans leur champ d'origine. Cet héritage théorique non explicite et sa critique sera l'objet en détail du chapitre suivant.

Enfin, la principale faiblesse pratique du BDMA tient aux promesses qu'il fait. Une bonne théorie en neuroscience se doit d'être explicative et de permettre des interventions. L'inscription du BDMA dans le cadre de la *War*

on Drugs et sa revendication d'une addiction maladie le pousse à proposer, sur la base de son modèle mécaniste, des solutions. Mais, si sur le plan explicatif, la neurobiologie semble apporter des avancées remarquables, la question de l'intervention, malgré les promesses originelles constamment répétées, est décevante. Les promesses d'interventions radicales sont à regarder avec circonspection ; aucune ne semble sérieusement envisageable à l'échelle d'une vie humaine, aujourd'hui. La méthadone et les substitutions à la nicotine ont précédé le BDMA de plus de trente ans, la naltrexone et la varenicline ont une efficacité légèrement supérieure aux anciennes formes de *traitements* (disulfiram, gommes à la nicotine ou patches, Baclofen). Quant aux vaccins leur possibilité même est soumise à caution et les propositions de stimulations intracrâniales profondes (Deep brain stimulations DBS) semblent pour certains descendre en droite ligne des tentatives d'ablation de régions du cerveau, dont la dimension éthique est discutable, l'efficacité tout à fait relative, et restent de l'ordre du programme de recherche débutant. Enfin, le BDMA n'a aucune efficacité diagnostique. Il n'est pas question d'utiliser les techniques d'imagerie trop coûteuses d'une part et techniquement inadaptées et on ne sait pas dire d'une image d'un cerveau dans ce contexte s'il s'agit de celui d'un addict ou non. L'approche clinique est essentielle et encore aujourd'hui la seule ne serait-ce qu'envisageable.

Le BDMA propose une image de l'addiction qui se présente comme une *image synoptique* du phénomène mais si ses forces semblent se trouver du côté de l'image scientifique, avec un programme explicatif puissant et la production d'hypothèses fortes, fondées sur les résultats des neurosciences, il s'appuie sur une image manifeste qui en retour semble entrer en conflit avec d'autres pans de l'image scientifique, fournis par d'autres domaines de la

science, qui reposent sur des interprétations discutables et sur un a priori à l'origine même du programme de recherche, porté par la proclamation de la *Décennie du cerveau*, celle d'une addiction maladie. Cette question de la maladie cristallise une bonne part des oppositions et des conflits qui minent le champ de l'addiction. D'autant que la clinique, qui en parallèle, a suivi ce même chemin qui conduit *des addictions* à *l'addiction*, avec un processus commun à des situations diverses, processus que l'on peut lier à la neurobiologie, a, dans la dernière version du DSM franchit un pas qui remet paradoxalement en cause la définition de l'addiction sur laquelle repose le BDMA ; celle d'une maladie chronique et récidivante. En effet, le DSM-V semble proposer une gradation dans l'addiction dans des conditions qui restent cependant à définir, mais, permettent aussi une évolution, dans le sens de l'aggravation comme de la rémission.

Nous allons voir comment a évolué l'approche diagnostique et son corollaire descriptif et en quoi les dernières évolutions qui affaiblissent l'image d'une pathologie irrémédiablement chronique et récidivante peuvent nous permettre de proposer l'idée que l'addiction peut être mieux décrite et cernée par une approche qui la considère comme un spectre. Nous utiliserons ensuite cette approche spectrale comme base descriptive du phénomène à partir de laquelle nous proposerons une critique du BDMA qui ne remet pas en cause l'importance des neurosciences et qui permet de tirer des conséquences quant à l'addiction.

Chapitre III. Unité et pluralité ; genèse du spectre

I) Descriptions psychiatriques, DSM

a) De l'addiction, à la dépendance, à l'addiction

1) La dépendance

Les deux premiers DSM avaient classé les addictions dans des catégories regroupant des comportements moralement et socialement réprouvés. Le DSM-I range l'addiction dans la catégorie des *Personnality disorders*, comme sous-catégorie de la *Sociopathic personnality disturbance* qui regroupe outre les addictions aux drogues et l'alcoolisme, les réactions antisociales et dyssociales et la *déviation sexuelle*[332]. Pour ce DSM, l'addiction est un diagnostic secondaire, associé à d'autres troubles de la personnalité ou maladie psychiatrique ; l'individu addict rentre forcément dans une autre

[332] DSM-I «La toxicomanie est généralement symptomatique d'un trouble de la personnalité et sera classée en tant que telle alors que l'individu est réellement dépendant ; l'évaluation appropriée de la personnalité doit être faite comme diagnostic supplémentaire. Les toxicomanies symptomatiques de troubles cérébraux organiques, de troubles psychotiques, de troubles psychophysiologiques et de troubles psychonévrotiques sont classées ici comme un diagnostic secondaire.» p.39.

catégorie. Le supplément de 1965 détaille la catégorie qui est nommée *Drug dependance*, liste 10 catégories de substances et met, encore, l'alcoolisme à part. La seule notion d'addiction concerne l'alcool. Ce supplément sert de base pour une future révision du DSM.

Le DSM-II insiste sur la nécessité de diagnostiquer séparément l'addiction et particulièrement l'alcoolisme et un éventuel autre trouble. Il appelle à la parcimonie et préconise de poser le diagnostic selon le trouble le plus envahissant, le plus sérieux et qui nécessite l'intervention la plus rapide. Le DSM-II reprend la liste du supplément au DSM-I de 1965, nomme *drug dependance* la catégorie et distingue 10 classes de drogues, excluant nommément alcool (qui a sa propre catégorie), caféine et nicotine, ainsi que les médicaments prescrits. Cependant le terme *addicted* est utilisé dans le descriptif et l'alcoolisme est nommé *alcohol addiction*. La terminologie n'est pas très précise et dépendance et addiction sont utilisées sans définition explicite. Le critère principal est la consommation récurrente, chronique, le critère pharmacologique des symptômes de sevrage est optionnel, il est simplement un bon indice pour poser le diagnostic pour l'alcoolisme, présent pour les dérivés des opiacés mais il est noté qu'il est absent pour la cocaïne et le cannabis. Les éventuelles réactions négatives servent à orienter l'observation clinique mais n'ont pas de caractère obligatoire ni déterminant. C'est la chronicité et la durée de l'usage qui prévaut ou «le sentiment clair qu'il existe un besoin de drogue.»[333]

La nouvelle approche initiée par l'équipe du DSM-III, se voulant athéorique, détachée de la psychanalyse et revendiquant une origine somatique des pathologies psychiatriques, s'est appuyée sur la pharmacologie

[333] DSM-III p.45.

et le concept de dépendance au détriment de celui d'addiction.

> Les termes «addiction» et «accoutumance», tels qu'ils sont couramment appliqués, évoquent l'ensemble des interactions individuelles et sociales associées à l'abus de drogues par l'homme. Les termes ont été utilisés de manière vague pour décrire la condition créée par l'administration chronique d'opiacés et d'autres médicaments «addictifs» aux espèces sous-humaines, et une telle utilisation a conduit à des inexactitudes et à de la confusion dans la littérature scientifique et clinique. Ces termes ne seront donc pas utilisés ici pour décrire le travail avec des animaux de laboratoire.[334]

Le terme addiction, moralement connoté, est donc remplacé par celui de dépendance issu des récentes avancées fulgurantes de la neurobiologie. Ce faisant, le phénomène est inscrit dans le corps du dépendant, la base physiologique du phénomène est le cerveau ; le rêve de découvrir une *lésion* en lien avec une *pathologie* des psychiatres du XIXe semblait en passe de se réaliser.

> La catégorie de dépendance aux drogues du DSM-II comprenait ce que dans le DSM-III on appelle l'abus de substances et la dépendance aux substances. Dans le DSM-II, le terme « dépendance » incluait à la fois la dépendance psychologique et la dépendance physiologique. Dans le DSM-III, la dépendance n'est utilisée qu'au sens physiologique et nécessite des preuves de tolérance ou de sevrage.[335]

Il est cependant noté qu'il n'y a pas de sevrage mis en évidence pour les hallucinogènes et qu'il est *controversé* concernant le cannabis. Le tabac est aussi intégré, en raison des conséquences à long terme. La dépendance au tabac est supposée purement physiologique et non mentale. Enfin, la

[334] Deneau & Seevers, 1964.
[335] DSM-III p.381.

dépendance et l'abus d'opiacés sont particulièrement développés. Le retour des soldats du Viêt Nam ayant expérimenté l'héroïne pose un problème majeur. Il est d'ailleurs noté qu'environ la moitié seulement des usagers semblent développer une dépendance et continuent leur consommation et que l'évolution dépend «du contexte de l'addiction»[336], les soldats de retour du front asiatique «ne retournent pas à leur addiction»[337] dans leur grande majorité alors que les individus ayant commencé à consommer aux USA semblent continuer bien plus fréquemment. Cet exemple typique sera repris par les opposants au modèle maladie.

Le paragraphe concernant les opiacés est le seul qui contient le terme addiction, il est utilisé deux fois, dans les deux citations précédentes. Les autres occurrences (il y en a 9 en tout) sont soit la catégorie *alcohol addiction* soit le nom de groupe de travail ou apparaissent dans des titres de la bibliographie.

Se voulant exclusivement à visée diagnostic et donc essentiellement descriptifs, les DSM ne peuvent être indépendants des théories explicatives ; la description sous-tend une explication, comme l'explication se fonde sur la description, l'usage du terme dépendance, issu de la pharmacologie sous-tend une étiologie neurobiologique.

2) Neurobiologie et dépendance

Les théories de la dépendance en neurobiologie reposent sur un dénominateur commun ; celui des drogues dépressogènes[338]. Elles reposent

[336] DSM-III p.172.
[337] DSM-III p.172
[338] Les opiacés, barbituriques, l'alcool etc.

sur des travaux qui remontent aux années 30-40[339], la supposition commune étant que les animaux s'auto-administrent *compulsivement* ces substances pour éviter les symptômes de sevrage[340]. Les modèles utilisés à l'époque faisaient appel à ces substances dépressogènes, et peu aux psychostimulants. La dépendance était alors caractérisée par le besoin impérieux d'échapper aux effets du sevrage. Ces substances (alcool, dérivés morphiniques…) induisant des syndromes spectaculaires, le sevrage alcoolique étant même potentiellement mortel. La consommation de ces substances relevait donc de la compulsion, de la nécessité d'échapper à la menace du sevrage. C'est ainsi que la notion de dépendance s'est constituée. Les modèles animaux d'auto-administration de drogue consistaient à, d'abord, rendre ces animaux dépendants, puis à les mettre sous la menace du sevrage. Or, il est apparu que de substances psychostimulantes pouvaient aussi générer des consommations et permettre des renforcements, dit alors *renforcements positifs* (mise en place d'un comportement pour l'obtention d'une récompense) par rapport au *renforcement négatif* (pour échapper à un affect négatif). De même, il fut démontré que les animaux choisissent de s'injecter des dérivés de morphine, sans avoir été préalablement rendus dépendants[341]. Il fallut alors revoir la notion de dépendance, d'autant que certaines substances génèrent peu ou pas de sevrage, et la notion de dépendance psychologique fut créée. La dépendance psychologique devenant une *impulsion* à consommer une substance en raison du plaisir attendu[342].

Par ailleurs, un substrat neural impliqué dans le renforcement avait été identifié.[343] Ce substrat sous-cortical, comprend un groupe de neurones

[339] Le modèle auquel était alors comparée toute addiction était celui de la morphine, voir Tatum & Seevers 1931.
[340] Himmelsbach, 1943; Lindsmith, 1947; Jellinek, 1960.
[341] Deneau, Gerald, Yanagita, Tomoji et Seevers, 1964.
[342] Deneau, Gerald, Yanagita, Tomoji et Seevers, 1969.
[343] Olds & Milner 1954 ; Crow 1972.

produisant de la dopamine, et il se trouve que les drogues de type stimulants qui augmentent l'activité dopaminergique ont un effet de renforcement et que bloquer les récepteurs dopaminergiques réduit l'effet renforçant de ces stimulants. Cela a conduit à penser que

> toutes les drogues partagent le même mécanisme qui conduit à l'addiction ; et la dopamine en est l'effecteur central.[344]

Historiquement, quand la fusion entre la recherche d'un effet positif et d'un effet contro-négatif dans le cadre de la dépendance entendue comme dépendance/dépendance psychologique fut effectuée, c'est le terme d'addiction et non pas dépendance qui était alors utilisé dans les DSM. Le DSM-III en reprenant dépendance pour éviter les connotations morales négatives, le détourne, ou le modernise, c'est selon, mais l'utilise, quoi qu'il en soit, autrement que dans le sens premier qui était le sien dans les neurosciences.

Cependant entre le DSM-II et le III, la révolution n'est pas si flagrante. Le DSM-III classe ces comportements dans la catégorie des *Substance use disorders.*

> Cette classe diagnostique traite des changements de comportement liés à l'utilisation plus ou moins régulière de substances affectant le système nerveux central. Ces changements de comportement dans presque toutes les sous-cultures seraient considérés comme extrêmement indésirables. Des exemples de tels changements de comportement comprennent une altération du fonctionnement social ou professionnel à la suite de la consommation de substances, l'incapacité de contrôler la consommation ou d'arrêter de prendre la substance et le développement de

[344] Wise 1978, 1980 ; Di Chiara & Imperato, 1988.

> symptômes de sevrage graves après l'arrêt ou la réduction de la consommation de substances. Ces situations sont ici conceptualisées comme des troubles mentaux et doivent donc être distinguées de la consommation non pathologique de substances à des fins récréatives ou médicales.[345]

Il distingue usage, abus et dépendance, définie comme un état dans lequel se manifestent tolérance et sevrage, comme dans le cas de la définition pharmacologique. Le terme addiction est encore utilisé.

Là où les DSM-II et III s'appuyaient essentiellement sur les travaux de Jellinek, c'est avec le DSM-III-R qui tente de faire une synthèse entre ces derniers et ceux de Edward et Gross[346] que l'OMS utilisait comme base pour la CIM, que le vrai changement arrive. Leur syndrome a sept éléments qui peuvent ou non être présents à différents degrés:

1 resserrement du répertoire comportemental autour de la de boisson ; la personne boit autant, qu'il travaille ou non, quelles que soit sa compagnie ou son humeur etc.

2 La recherche de boisson est prépondérante, boire est prioritaire sur les autres activités.

3 Augmentation de la tolérance à l'alcool.

4 Symptômes de sevrage.

5 Evitement du sevrage par intoxication à l'alcool ce qui amène le sujet à boire le matin pour ne pas subir le sevrage et donc à être toujours alcoolisé.

6 Connaissance du fait qu'un verre en entraîne d'autres tout en étant conscient que ce n'est pas rationnel et rumination autour de l'alcool

[345] DSM-III, p163.
[346] Edwards and Gross (1976).

pendant le sevrage.

7 Rechute après abstinence qui, bien que possible, est suivie en cas de rechute d'un retour au niveau de consommation directement antérieur.

Le syndrome de dépendance alcoolique d'Edward et Gross reprend et adapte des phénomènes de biologie expérimentale, la tolérance, le sevrage, le renforcement, mis en évidence chez l'animal. Ils lient, sans aborder directement la question du substrat neural des comportements, neurobiologie et psychologie. Ce mouvement qui consiste à ramener la psychopathologie à la neurobiologie est représenté aujourd'hui par le modèle dominant *le Brain disease model of addiction ou* BDMA.

Le DSM-III-R crée la catégorie des *Psychoactive Substance Use Disorders* et met au cœur de cette classification la *dépendance* aux substances psychoactives. L'abus n'est plus qu'une catégorie qui rassemble les reliquats de la première dans lesquels le diagnostic de dépendance n'est pas établi mais où il existe des consommations inadaptées avec des conséquences néfastes, bien qu'insuffisantes pour permettre de poser le diagnostic de dépendance.

La dépendance est caractérisée par :

> A. Au moins trois des suivants :
>
> (1) substance souvent prise en plus grande quantité ou sur une plus longue période que prévue.
>
> (2) Désir persistant ou un ou plusieurs efforts infructueux pour réduire ou contrôler la consommation de substances.
>
> (3) Beaucoup de temps consacré aux activités nécessaires pour obtenir la substance (par exemple, le vol), prendre la substance (par exemple, fumer à la chaîne) ou se remettre de ses effets.
>
> (4) Symptômes d'intoxication ou de sevrage fréquents lorsqu'on s'attend à ce

qu'on remplisse des obligations majeures au travail, à l'école ou à la maison (par exemple, ne pas aller au travail parce qu'on a la gueule de bois, aller à l'école ou travailler «défoncé», ivre tout en prenant soin de ses enfants) , ou lorsque la consommation de substances est physiquement dangereuse (par exemple, conduire en état d'ébriété).

(5) Activités sociales, professionnelles ou récréatives importantes abandonnées ou réduites en raison de la consommation de substances.

(6) Utilisation continue de la substance malgré la connaissance d'un problème social, psychologique ou physique persistant ou récurrent qui est causé ou exacerbé par l'utilisation de la substance (par exemple, continuer de consommer de l'héroïne malgré des disputes familiales à ce sujet, une dépression induite par la cocaïne ou un ulcère aggravé par la consommation d'alcool).

(7) Tolérance marquée : besoin de quantités nettement accrues de la substance (c'est-à-dire une augmentation d'au moins 50 %) afin d'obtenir une intoxication ou l'effet désiré, ou un effet nettement diminué avec une utilisation continue de la même quantité.

Remarque : Les éléments suivants peuvent ne pas s'appliquer au cannabis, aux hallucinogènes ou phencyclidine (PCP):

(8) Symptômes de sevrage caractéristiques (voir syndromes de sevrage spécifiques sous Troubles mentaux organiques induits par une substance psychoactive).

(9) Substance souvent prise pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

B. Certains symptômes ont persisté pendant au moins un mois, ou se sont produits à plusieurs reprises sur une plus longue période de temps.

Critères de gravité de la dépendance aux substances psychoactives :

Léger : Peu de symptômes, voire aucun, en plus de ceux requis pour poser le diagnostic, et les symptômes n'entraînent qu'une légère altération du fonctionnement professionnel ou des activités sociales habituelles ou des relations avec les autres.

> Modéré : Symptômes ou déficience fonctionnelle entre «légers» et «sévères». Sévère : Beaucoup de symptômes en plus de ceux requis pour poser le diagnostic, et les symptômes interfèrent nettement avec le fonctionnement professionnel ou avec les activités sociales habituelles ou les relations avec les autres.
>
> En rémission partielle : Au cours des six derniers mois, une certaine consommation de la substance et certains symptômes de dépendance.
>
> En rémission complète : Au cours des six derniers mois, soit aucune consommation de la substance, soit consommation de la substance et aucun symptôme de dépendance.[347]

Le groupe de travail réuni pour réviser la catégorie est tombé d'accord à l'unanimité pour définir le phénomène autour des notions de perte de contrôle et de désir irrépressible. Il est impossible de poser un diagnostic sans un des critères se rapportant à ces notions. Mais le changement d'appellation, et le passage au terme dépendance a été plus compliqué. La disparition d'addiction au profit de dépendance dans le DSM-III-R avait donné lieu à une controverse terminologique, les cliniciens du groupe de travail préférant addiction et reprochant à dépendance d'avoir une signification en pharmacologie qui ne correspond pas à ce que le DSM souhaitait exprimer : le consensus autour de la notion de besoin irrépressible et compulsif. Dépendance renvoie en pharmacologie à la présence des phénomènes de tolérance et de sevrage, ce qui éloigne donc la catégorie de ce besoin impérieux, hors de contrôle sur lesquels tous les membres du groupe de travail étaient tombés d'accord et qui est clairement exprimé dans les critères du DSM-III-R alors qu'il est possible de poser un diagnostic sans tolérance ni sevrage. Cependant, le DSM-III-R permet de poser des diagnostics à partir de tableaux cliniques assez divers, aucun critère n'est obligatoire. Ce qui reste

[347] DSM-III-R, p.167-168.

commun à toutes les combinaisons tient à une forme d'impossibilité de résister à l'envie de consommer, difficulté clairement établie (critères 1, 2, voir 6) ou sous-entendues (critères 4 et 5) mais qui renvoient à un envahissement de la vie du sujet par sa consommation, envahissement contre lequel on peut supposer que le sujet tente de lutter. Or, on peut aussi envisager que la patient ne consulte pas de son plein gré, comme dans le cas d'une injonction thérapeutique dans le cadre d'une procédure judiciaire. On peut alors avoir un addict, qui ne *considère* pas qu'il subit une quelconque perte de contrôle dans sa consommation mais choisit, par exemple, de sacrifier des activités (critère 5) et de consommer dans des situations inadaptées (critère 4), le tout lui prenant un temps considérable (critère 3). Cela semble aller à l'encontre de l'esprit du DSM-III-R. Le critère 6 évoque les conséquences sociales, donc aussi légales, de la consommation. Un addict qui ne reconnaît pas avoir de problème avec sa consommation, considère qu'elle lui convient, sera alors, en raison d'une décision de justice, considéré comme *plus addict* du fait de cette décision. De fait, un addict qui se complait dans sa situation a peu de chance de consulter de lui-même et le fera sans doute en raison de difficultés relationnelles évoquées par le critère 6. Les difficultés sociales sont objectives, elles ne dépendent pas de la reconnaissance par le sujet de leur existence. Le fait d'assumer sa situation d'addict comme un choix, est, de fait, un facteur diagnostic aggravant.

Le DSM-IV et IV-R réorganisent la catégorie des *substance-related disorders*, insistant sur les critères pharmacologiques de sevrage et de tolérance et distinguant dépendance avec et sans dépendance physique. Cependant le *disorders* est encore au pluriel et une segmentation par type de substance est encore présente. La possibilité de développer une dépendance à des substances prescrites dans un cadre médical est soulignée, ainsi que le

détournement d'autres objets comme les solvants qui peuvent provoquer des intoxications avec une forme de dépendance quand le contact est accidentel ou dans le cadre d'un usage détourné. Onze classes de substances sont identifiées et chacune possède ses propres spécificités d'usage, de sevrage et de dépendance. Dans le DSM-IV

> La caractéristique essentielle de la dépendance à une substance est un groupe de symptômes cognitifs, comportementaux et physiologiques indiquant que l'individu continue à utiliser la substance malgré des problèmes importants liés à la substance. Il existe un schéma d'auto-administration répétée qui entraîne généralement une tolérance, un sevrage et un comportement compulsif de prise de drogue.[348]

Le point central reste la capacité qu'ont certaines substances d'être consommées en dépit de la reconnaissance des problèmes que cette consommation entraîne, et donc, d'une impossibilité pratique à cesser la consommation de la part du sujet dépendant. Quant à l'évolution et la gravité, elle repose sur le maintien des symptômes sur une durée donnée. Ces DSM rendent possible une évolution, tant dans le sens de l'aggravation que de la rémission. Mais cette évolution ne tient pas compte explicitement du nombre de critères présents seulement du maintien d'au moins 3 de ces critères.

Là où dépendance peut s'entendre comme l'effet direct et isolé d'un produit, laissant le reste de la personne hors du champ d'attention, addiction s'entend comme l'ensemble des conduites de l'addict ; ses agissements sociaux, relationnels, vus sous le prisme de sa conduite addictive qui connote l'ensemble de sa vie. La dépendance à la morphine, par exemple, consistera

[348] DSM-IV, p176.

en un ensemble de réactions physiologiques et/ou psychologiques induites par la prise répétée du produit, ou par l'absence de prise chez un individu *habitué*. Là où la dépendance ne regarde que l'individu, l'addiction recouvre aussi les adaptations dans les conduites plus générales, comme la disparition de certaines activités, la modification des relations sociales, familiales, la focalisation sur certains centres d'intérêt en lien avec la pratique addictive au détriment des autres. C'est le rapport au monde de la *personne* qui est sous influence, non plus des réactions ponctuelles d'un individu, plus ou moins isolées du reste de ses conduites. Dans l'addiction, c'est un rapport entre une personne et un produit qui marque l'ensemble de son rapport au monde. Dit autrement, dans la dépendance, on regarde ce que cause l'objet, *dépendance* est directement un concept de biologie expérimentale. Dans l'addiction on y adjoint ce pour quoi il peut être *une raison*. Addiction sous-entend une approche globale, holiste. Mais l'intégration de ces relations complexes remet alors le social au centre du jeu.

3) Renaissance de l'addiction

En 1990 Goodman propose une série de critères afin de diagnostiquer l'addiction. Selon lui, de nombreux comportements ne sont pas pris en compte par l'approche centrée sur la prise de substances du DSM-III-R, alors manuel de référence qui lui est contemporain. Ce manuel parle de dépendance et les critères diagnostics, influencés par la pharmacologie, ne concernent que l'abus de substances, pas les pratiques comportementales comme le sexe ou le jeu, et certaines substances ne présentent objectivement pas tous les critères requis alors que leur statut de «drogues» ne fait aucun doute, au moins pour les autorités judiciaires. Or, Le mot addiction est bien employé dans ce manuel, mais concernant un trouble

de l'activité sexuelle ; et il n'est, encore, aucunement défini. C'est d'ailleurs le problème principal de ce mot d'addiction, disparu des classifications en raison de sa connotation négative depuis le DSM-III, il est accusé d'être imprécis, trop large et sans intérêt pratique. Goodman plaide pour une définition qui permettrait de regrouper des pratiques, avec ou sans substance, qui semblent avoir tout en commun, et dont la prise en charge est le fait, dans la société américaine, au moment de l'écriture de l'article, des groupes en 12 étapes issus des Alcooliques Anonymes, de ce mouvement sociétal en pleine expansion alors (et quasi inconnu en France) qu'il nomme «addictionnology» et dont les acteurs ne sont, en général, ni des médecins, ni des psychologues, mais d'anciens addicts, alors que le monde de la psychiatrie, de la psychologie et de la science américaine semble de son côté suivre un chemin parallèle, sans tenir compte de cette évolution des pratiques et de la logique sociétale qui les accompagne. L'«addictionologie» a, au moins, l'avantage de donner une réponse à des situations de plus en plus fréquentes que la science semble alors ne pas pouvoir intégrer.

Selon Goodman, il fallait sortir le concept d'addiction du flou qui lui valut les critiques, méritées, de son inutilité pratique. Celles qui finirent par l'exclure du champ diagnostic officiel au bénéfice de la dépendance. Il propose alors une définition opératoire, efficace, qui ne serait pas redondante par rapport à d'autres termes et permettrait d'unifier les avancées de l'addictionnologie et les données de la science. Pour Goodman il existe donc des comportements addictifs, un champ de l'addiction et, surtout, un processus sous-jacent commun à tous ces comportements. Pour lui :

> Essentiellement, l'addiction désigne un processus par lequel un comportement, qui peut fonctionner à la fois pour produire du plaisir et pour échapper à un inconfort interne, est employé selon un schéma caractérisé par (1) une incapacité récurrente à

contrôler le comportement (impuissance) et (2) la poursuite du comportement malgré des conséquences négatives importantes (ingérable).[349]

Une catégorie nommée *Addictive disorder* doit donc supplanter celle de la dépendance et regrouper en son sein les catégories individuelles[350] en rapport avec des produits ou des comportements particuliers. Il faut passer des addictions, à l'Addiction[351] qui est le dévoiement d'un processus naturel de recherche de plaisir et/ou d'évitement du malaise et qui se caractérise par une perte effective de contrôle et sa mise en jeu *en dépit* des conséquences néfastes, vécues comme telles, et jugées comme telles. Conséquences néfastes qui ne se limitent pas aux effets directs de l'objet de l'addiction mais dont la nature est ici non spécifiée. Deux questions alors se posent qui restent à trancher et sur lesquelles bute d'ailleurs le débat actuel : la perte de contrôle est-elle réelle, absolue ou seulement relative, et qui juge du caractère néfaste ?

b) Une nouvelle définition

Critères de l'addiction selon Aviel Goodman (Goodman 1990):

A. Echecs récurrents à résister à l'impulsion de s'engager dans le comportement
B. Tension croissante avant d'initier le comportement
C. Plaisir ou soulagement au moment de l'action
D. Une sensation de perte de contrôle en débutant le comportement

[349] Goodman, 1990.
[350] C'est une catégorie d'ordre supérieur ; «hierarchically superordinate category».
[351] Je reprends le distinguo fait par Pedinielli, Rouan et Bertagne (1997) entre addictions et Addiction : Addiction faisant référence au concept unitaire et addictions aux pratiques particulières centrées autour d'un seul type d'activité ou produit.

E. Cinq des critères suivants ou plus :
    1. Préoccupation fréquente pour le comportement ou l'activité qui prépare à celui-ci
    2. Engagement souvent plus intense ou plus long que prévu dans le comportement
    3. Efforts répétés pour réduire contrôler ou arrêter le comportement
    4. Temps considérable passé à s'engager dans des activités nécessaires au comportement, à réaliser le comportement ou à s'en remettre.
    5. Engagement fréquent dans le comportement alors qu'on devrait remplir des obligations professionnelles, académiques, domestiques ou sociales.
    6. D'importantes activités sociales professionnelles ou récréationnelles sont abandonnées ou réduites en raison du comportement.
    7. Poursuite du comportement malgré la connaissance d'un problème persistant ou récurrent d'ordre social financier psychologique ou physique causé ou exacerbé par ce comportement.
    8. Tolérance : besoin d'augmenter l'intensité ou la fréquence du comportement afin d'obtenir l'effet désiré ou diminution de l'effet pour une activité de même intensité marquée.
    9. Agitation ou irritabilité s'il est impossible de s'engager dans le comportement.

F. Certains symptômes perturbateurs ont persisté pendant au moins un mois ou sont apparus de façon répétée pendant une longue période.

Les critères reprennent la forme des critères du DSM-III-R, et une certaine similitude est patente : les critères E2 à E8 sont quasi identiques aux critères 1 à 7 du DSM-III-R, mais de vraies différences apparaissent aussi. Là où le DSM demande 3 critères ou plus sur les 9 qu'il propose, laissant la possibilité de syndromes assez divers, Goodman rend nécessaire une série de caractéristiques qui deviennent, en même temps, les marqueurs typiques de l'addiction et les indices du mécanisme commun. A, B, C, D sont toujours présents, et E, bien que pouvant varier, a un fort air de famille (5 critères de E au moins sur 9, ce qui rend impossible que deux combinaisons n'aient pas de point en commun). Quant à F, représentant la dimension temporelle, il se trouve aussi déjà dans le DSM-III-R.

A, B, C et D dessinent un contour de l'addiction, les grandes lignes obligatoires qui la définissent. D'abord il s'agit d'une impulsion à laquelle il est extrêmement difficile de résister, la volonté semble impuissante à s'opposer à cette impulsion. Ensuite, l'addict perd le contrôle de son activité, là encore la volonté se voit opposer une fin de non-recevoir. Goodman rend donc explicitement centrale la perte de la capacité de la volonté à être mise en acte. Mais il n'est dit nulle part que cette perte soit réelle, ce qui compte ce sont les faits, et leur interprétation.

Autre point, l'activité donne du plaisir ou atténue un affect négatif, «soulage», l'addiction est donc au croisement entre *impulsion*, la recherche d'un plaisir immédiat par une activité génératrice de plaisir, pour ce plaisir, et *compulsion*, la recherche d'un soulagement, de la libération des tensions et des sensations pénibles. L'addiction est *toujours* un peu compulsive car B stipule la présence d'une «tension croissante» qui précède le comportement et s'installe lors de sa préparation, comportement qui va libérer l'individu de cette

tension.

Dans le même ordre d'idée, la prise en compte du sevrage est aussi différente. Dans le DSM, chaque substance a son sevrage spécifique (critère 8), et l'évitement du sevrage est ce qui motive la consommation (critère 9). Pour Goodman le sevrage, plutôt que d'être individualisé, est traité selon sa dimension commune ; l'agitation et l'irritabilité en cas d'impossibilité à mener à bien le comportement (E9), il ne s'agit pas forcément d'une manifestation concrète du sevrage, mais, par exemple, d'un manque de résistance à la frustration. Le sevrage n'a pas à être manifeste, il suffit que la consommation ou la pratique du comportement soit retardée. Plus que les conséquences d'un manque, c'est le non assouvissement qui est pris en compte. L'addict, s'il a E9, supporte mal la frustration ; qu'elle soit à son tour motivante est sous-entendu mais pas clairement exprimé.

La dimension compulsive est mise en exergue et est associée à une dimension impulsive, de recherche de plaisir immédiat, l'addiction se définissant par un mélange et une oscillation entre ces deux pôles. Goodman fait une synthèse des débats qui ont agité la constitution de la notion historique de dépendance au tout début de la recherche animale, dans les années 1950. Sa définition de l'addiction est processuelle ; elle repose sur le sentiment de ne pas contrôler son comportement et est dissociée de l'objet de l'addiction, là où le DSM-III-R se concentrait sur un type de substances dites psychoactives. Le plaisir à l'origine de l'addiction peut dorénavant s'entrevoir comme un plaisir commun, quelconque, qui prend une dimension particulière chez un sujet donné.

c) Le DSM-V

Le DSM-V, en 2013, reprend le terme d'addiction, mettant fin à l'usage de celui de dépendance, en cours depuis le DSM-III. En revenant vers l'addiction et s'inspirant de Goodman (dont l'influence est patente depuis le DSM-IV) le DSM-V tend vers les raisons mais s'appuie sur un modèle causal.

Les 11 Critères diagnostic du DSM-V de l'American Psychiatric Association sont :

1) Besoin impérieux et irrépressible de consommer la substance ou de jouer (*craving*).
2) Perte de contrôle sur la quantité et le temps consacré à la prise de substance ou au jeu.
3) Beaucoup de temps consacré à la recherche de substances ou au jeu.
4) Augmentation de la tolérance au produit addictif.
5) Présence d'un syndrome de sevrage, c'est-à-dire de l'ensemble des symptômes provoqués par l'arrêt brutal de la consommation ou du jeu.
6) Incapacité de remplir des obligations importantes.
7) Usage même lorsqu'il y a un risque physique.
8) Problèmes personnels ou sociaux.
9) Désir ou efforts persistants pour diminuer les doses ou l'activité.
10) Activités réduites au profit de la consommation ou du jeu.
11) Poursuite de la consommation malgré les dégâts physiques ou psychologiques.

Présence de 2 à 3 critères : addiction faible.
Présence de 4 à 5 critères : addiction modérée.
Présence de 6 critères ou plus : addiction sévère.

Cette version introduit sans ambiguïté, par son premier critère, le *craving*, le besoin irrépressible et la perte de contrôle si décriés et si peu définis. Il reprend les notions de tolérance et de sevrage, issues de la

pharmacologie mais ne les rend pas obligatoires (déjà en 1931 Tatum & Seevers rejetaient la pertinence de la tolérance comme marqueur de l'addiction et les DSM précédents étaient clairs sur l'absence de sevrage de certaines substances). Le DSM-V fait aussi disparaître la distinction entre abus et dépendance, fusionnant en une seule catégorie tous les troubles liés aux consommations. Enfin, la dimension processuelle est renforcée.

Le jeu pathologique est timidement introduit, éloignant l'addiction d'un nécessaire rapport à une substance aux propriétés pharmacologiques particulières, qui n'ont jamais été mises en évidence. L'action sur le système dopaminergique étant pour certaines indirecte et possiblement liée au rapport entretenu par la personne à la substance. Que les substances agissent indirectement par leurs interactions avec le système dopaminergique au niveau d'autres récepteurs que les récepteurs dopaminergique où que l'action corresponde à l'action d'une *récompense*, jugée et vécue comme telle, reste une question en suspens. Elle dépend du rôle assigné à la dopamine, au sens qu'une augmentation de transmission revêt. Dans ce cas, il est difficile de différencier le sens donné par l'individu et l'action brute de la substance ; les deux semblant représenter deux façon de parler d'un même phénomène. La valeur associée par la personne reposant sur l'activité de la circuiterie neurobiologique. Il est en effet patent qu'il n'y a pas vraiment divergence entre l'effet pharmacologique et l'effet ressenti ; toutes les drogues sont, au départ gratifiantes, pour des raisons variables et selon des modalités qui peuvent dépendre de l'individu concerné. Mais leur dimension plaisante est indiscutable, au moins lors de ce qui est défini comme la période de lune de miel de l'addict avec son objet de prédilection. D'autre part, cela permet d'envisager que des récompenses autres, comme des activités considérées elles aussi comme gratifiantes puissent agir de telle façon qu'elles entraînent une addiction. Ce qui semble devoir définir l'addiction est alors un type de

rapport à un objet. Reste à déterminer si cet objet, en dehors de ce qu'il représente pour son consommateur, a, en lui-même une ou des propriétés particulières. La question de l'imprécision du terme *drogue,* entendu comme substance addictive, prend une tournure nouvelle dans la problématique de l'addiction comportementale.

Dans le DSM-V, comme dans ses prédécesseurs, est pathologique ce qui nécessite d'être pris en charge à cause de ses effets négatifs. Or, la perte d'activité, l'incapacité à remplir des fonctions importantes, se manifestent éventuellement par une sanction sociale qui devient alors un troisième symptôme (critère 8) et cette triade suffit pour entrer dans l'addiction. Si les symptômes plus personnels peuvent faire l'objet d'arrangements avec soi-même, la sanction sociale pose immédiatement problème et ne dépend pas de l'addict. Les problèmes personnels ou sociaux poussent à la consultation, qui découvre alors les pertes d'activités et l'incapacité à remplir ses fonctions (familiales, sociales…), puis les autres critères plus personnels, moins visibles en troisième personne. Le DSM-V reprend une tendance présente depuis le DSM-III, qui tend à faire de l'addiction une maladie sociale, il en facilite même le diagnostic. On peut alors concevoir que les tenants d'une approche sociale trouvent aussi matière à critiquer le modèle maladie du BDMA qui rend biologique ce qui, tout bien regardé, pourrait n'être qu'un syndrome socialement construit.

Le danger du relativisme hante ces critères, des règles sociales différentes ont des conséquences différentes, les problèmes personnels et sociaux sont entièrement relatifs au contexte, cependant, le DSM-V supprime le critère faisant référence aux problèmes judiciaires, issus de la définition de l'abus, depuis le DSM-III, et qui avait été critiqué pour cette raison. Ce dernier entraînait des diagnostics d'abus variant en fonction des politiques

locales liées à l'usage des drogues, relativisant la catégorie en la rendant totalement dépendante de faits sociaux. Cela ne coupe cependant pas le rapport au social. Présenté comme un symptôme, une conséquence de l'addiction, il est néanmoins un élément sur lequel peut reposer le diagnostic. Il y a aussi une continuité entre le normal et le pathologique et la limite du pathologique peut ne pas reposer sur des critères biologiques mais sociaux et est relativement floue. L'addiction peut alors être conçue comme un *spectre*, avec des degrés, des évolutions, une distinction difficile à faire, entre ce qui en est ou non.

Koob et Volkow en 2016 résument le geste du DSM-V ainsi :

> En 2013, le DSM-5 a combiné ce qui était auparavant conceptualisé comme deux troubles distincts et hiérarchiques (toxicomanie et dépendance à une substance) en un seul concept, définissant les troubles liés à l'utilisation de substances sur une gamme allant de léger à modéré à sévère, la gravité d'une dépendance dépendant de combien de critères établis s'appliquent.[352]

Là où Koob et Volkow voient l'entrée graduelle et l'évolution par palier vers une aggravation, la maladie évolutive chronique et récidivante, on peut aussi voir la possibilité de rémission.

En fusionnant abus et dépendance, le DSM-V met dans une même catégorie des formes considérées comme légères et le tableau clinique de dépendance défini par les DSM. De fait, ils laissaient déjà ouverte la possibilité de poser des diagnostics de dépendance avec peu de symptômes, ils autorisaient des formes *légères*, l'entretien ayant tendance, le plus souvent, à mettre au jour de nouvelles correspondances avec les critères. Mais, la

[352] Koob & Volkow,2016.

gravité n'était pas directement associée au nombre de critères. Le seuil franchi des trois items posait la limite entre normal et pathologique. La gravité semblait plutôt s'entendre en termes de conséquences, surtout physiologiques, et de persistance dans le temps. Avec le DSM-V, l'entrée est facilitée et le spectre des tableaux possibles est élargi, mais, surtout, la gravité s'entend en termes de nombre de critères. L'addict typique, l'alcoolique chronique ou l'héroïnomane, qui sert d'image commune à nos représentations de ce qu'est un addict, et auquel on accole les résultats de la biologie, qui utilise des modèles forcément caricaturaux pour permettre l'étude en laboratoire de points de détail fonctionnels, doit s'entendre comme une forme ultime de l'addiction ainsi déterminée. Il existe alors une constellation de formes diverses, de *gravité* variable, qui est ainsi définie par les critères du DSM-V. Cette constellation, cette variété, et la dimension étiologique portée par le BDMA, peuvent être associées dans une vision spectrale de l'addiction à laquelle les derniers développements ici présents semblent conduire. Or ce n'est pas l'interprétation qui en est faite.

Les tenants du modèle maladie font parfois de l'addiction une maladie du même type que le diabète ou l'hypertension[353]. Ces pathologies ne se manifestent pas forcément par une gêne, leur dimension pathologique tient à leur propension à entraîner des effets négatifs à plus ou moins long terme, elle repose sur les comorbidités associées. Des valeurs physiologiques atteignent un certain seuil à partir duquel les statistiques montrent qu'elles deviennent des facteurs de risque[354]. L'idée développée est d'insister sur le caractère chronique et le danger à long terme, donc sous-estimé, de la

[353] Voir Leshner 1997

[354] Les valeurs en question ont été définies à partir des statistiques des assurances santé nord-américaines. Voir pour ces diagnostics, leur logique, leur origine et leur mise en œuvre Ferreira 2014 p.415 et suivantes pour l'hypertension et p.515 et suivantes pour le diabète.

conduite. Il s'agit aussi de militer pour une prise en charge par les assurances santé de l'addiction selon les mêmes modalités. Le DSM-V est absolument compatible avec cette approche. Les conduites addictives peuvent être diagnostiquées à des stades précoces, qui ne posent que peu de problèmes et s'inscrivent dans une perspective de développement qui justifie la prise en charge et l'abstinence stricte. Si le DSM ne fournit pas de valeur physiologique qui permettrait de poser le diagnostic, ces mêmes valeurs sont pour ces pathologies à prendre aussi dans une optique dynamique, et leur existence ne doit pas faire oublier que le diagnostic est encore un processus d'intégration de ces valeurs dans un contexte clinique particulier. La définition de la maladie diabétique ou de l'hypertension artérielle peut sembler reposer sur une vision statistique, où un paramètre sort de la gamme considérée comme normale, une déviation par rapport à une norme. La comparaison entre l'addiction et ces maladies vise à appuyer la dimension chronique et évolutive et le danger inhérent à moyen et long terme mais il inscrit l'addiction dans un mode de définition du pathologique qui est celui de la comparaison à la norme : la maladie est la *transgression* d'une norme.

Le DSM ne donne aucun moyen chiffré, reposant sur une constante physiologique, de poser le diagnostic, le BDMA ne fournit pas à l'heure actuelle de moyen pour ce faire, le diagnostic repose essentiellement sur des données de l'expérience vécue. Les normes transgressées sont celles de l'inscription sociale et de la capacité de maîtrise et de la rationalité. Le *craving*, assumé dans le premier critère, donne une explication à ces transgressions ; l'addict perpétue un comportement qui va à l'encontre de son propre intérêt *parce qu'il* ne peut pas faire autrement. La *maladie* est alors définie comme la perte de capacité à agir qui se manifeste par la transgression de normes qui ne relèvent pas de valeurs chiffrées, objectives, de la science, mais, au moins

en partie, *des* valeurs socialement admises. Le DSM ne pathologise pas la transgression des normes sociales mais pose une cause pathologique pour expliquer la transgression, et cette transgression, malgré les promesses du BDMA, reste définie dans l'ordre du social, c'est-à-dire qu'on peut aussi assigner des raisons à ces transgressions, au sujet qui transgresse et les considérer comme découlant d'un choix de sa part. Le DSM-V ne résout pas les difficultés que la psychiatrie dont il est l'expression rencontre face à ses opposants ; il est toujours possible de l'accuser de pathologiser des comportements relevant de la liberté individuelle et de proposer de prendre en charge, par la psychiatrie, ce qui pourrait relever de choix de vie ouverts à la discussion, ou être simplement comme des *différences* que la société doit apprendre à accepter. Paradoxalement, en atténuant les limites, un peu artificielles, entre normal et pathologique posées de fait par les précédentes versions, en prenant en compte les états à faible bruit, il court le risque de renforcer cette critique.

Le DSM-V semble entendre les critiques qui pesaient sur les modèles psychiatriques de dépendance en les accusant de donner une image extrême de l'addict qui ne se rapporte qu'à une petite population, particulièrement atteinte, et non représentative, une image biaisée qui faisait de chaque personne montrant des signe d'addiction un *junkie* en devenir. Cette image est plutôt celle du BDMA, mais dès le DSM-III-R, le consensus repose sur la perte de contrôle et l'envie irrépressible, ce que le critère 1 du DSM-V, le *craving,* reprend et confirme par exemple. Son caractère absolu est revendiqué par le BDMA auquel est associé le DSM et cette dimension absolue de la perte de contrôle explique l'irrémédiable aggravation. La formulation du DSM est difficilement conciliable avec une interprétation plus proche de Goodman, c'est-à-dire en entendant «perte de contrôle» et «besoin

irrépressible» comme sentiments subjectifs rapportés et non comme absolus objectifs. Cette formulation semble un choix théorique affirmé, or, il reste encore à déterminer comment juger du caractère absolu de la perte de contrôle ou de l'irrésistibilité d'un besoin, qu'il aurait peut-être mieux valu appeler désir ou attirance. Si ce n'est que cela aurait réintroduit une responsabilité *morale* au possesseur de ce désir, responsabilité que le DSM cherche à éviter.

Tout en promouvant un modèle évolutif, ouvert à la rémission et balayant un large spectre, le DSM-V reste dans la droite ligne de ses prédécesseurs. Pour éviter de juger les désirs ou les attirances, il affirme un besoin. En cela il sous-tend encore une aggravation à laquelle par définition la perte de contrôle ne peut que conduire tout en rendant possible la rémission dont on ne voit pas trop comment elle peut se produire si l'on conserve l'irrésistibilité et la perte de contrôle.

Le DSM-V est l'état le plus avancé d'un processus d'unification du concept d'addiction. Partant d'une diversité de conduites associées à une diversité d'objets, il est la forme la plus évoluée d'un concept d'addiction reposant sur un processus unique, de l'unification sous un phénomène de la pluralité qui s'est développée avec la multiplication des objets et leur mise à disposition par l'augmentation des échanges culturels et commerciaux et le progrès technique. En cela il revient à l'unicité d'un concept comme celui de l'antique intempérant. Là où l'intempérant se définissait par un caractère moral, l'addiction pourrait se concevoir comme un trait de caractère au sens psychologique. Mais, restant dans une optique résolument *absolutiste* quant à l'irrésistibilité du désir et la perte de contrôle, le DSM-V permet une cartographie qui définit des formes d'addictions variées s'étendant sur un

spectre large tout en impliquant *in fine* que tout ceci finira par tendre inexorablement vers l'extrémité de ce spectre où résident les formes les plus graves. Or, il est impossible de prouver la réalité de la perte de contrôle et l'irrésistibilité, on peut, au mieux, discuter de leur possibilité ou observer le comportement de l'addict. Le choix conceptuel du DSM-V et plus généralement du BDMA repose sur des engagements philosophiques qui ne sont pas explicites et très rarement discutés. La critique du modèle maladie repose en grande partie sur ces points obscurs de la doctrine, ces engagements cachés. D'autre part, l'épidémiologie remet clairement en cause l'inexorabilité de l'évolution prédite par le DSM-V pris au pied de la lettre. C'est un autre des arguments contre le modèle maladie. Enfin, la définition qui ressort de «maladie» repose sur la transgression d'une norme par analogie avec la normalité statistique. Cette définition n'est ni la seule ni probablement la plus pertinente de ce qu'est une maladie mentale. Elle prête le flanc à une critique radicale de la qualification comme maladie de l'addiction. Or, encore une fois, l'arrière-plan philosophique n'est que peu discuté.

Ces quelques difficultés qui nourrissent les controverses que nous verrons au prochain chapitre pourraient en partie être aplanies en considérant que le DSM-V rend possible de voir l'addiction comme un *spectre* et en en tirant les conséquences. Cela nous ouvre une perspective pour la redéfinition du phénomène qui dépasse la vision caricaturale de l'addict.

2) L'addiction comme spectre

a) La notion de spectre.

La notion de spectre, ou de désordre du spectre a été développée à propos de la schizophrénie pour évoquer la distribution variable des troubles du comportement associés à cette pathologie. Troubles du comportement présentant des tableaux cliniques variés, en termes de gravité, d'envahissement et de nature, au sein de familles dont certains membres étaient diagnostiqués schizophrènes. Le spectre des troubles de la schizophrénie consiste en tableaux cliniques présentant des points communs avec le diagnostic de schizophrénie. Ces tableaux sont supposés définir un ensemble, continu, par des signes de gravité variable apparentés au diagnostic. Il s'agit d'une constellation d'appariements de particularités ayant un «air de famille» avec la schizophrénie, plus ou moins présentes, plus ou moins exprimées, qui vont de formes bénignes ou discrètes au tableau clinique complet. L'article de Ketty, Rosenthal, Wender et Schulsinger[355] de 1968, part du principe que l'origine génétique de la maladie se manifeste par l'apparition différenciée, en termes qualitatifs, de caractéristiques appartenant à la schizophrénie dont la fréquence doit être plus grande dans les familles d'individus diagnostiqués schizophrènes. Ces troubles et leur incidence sont la manifestation de la présence et de l'effet des gènes impliqués dans la maladie. En résumé :

[355]Kety, Rosenthal, Wender, Schulsinger, 1968. L'étude vise à différencier les causes environnementales et génétiques par l'étude de familles de schizophrènes, familles naturelles et adoptives.

> Le concept de spectre de la schizophrénie postule qu'un certain nombre d'états psychopathologiques, à la fois psychotiques et non psychotiques, peuvent partager une base génétique avec la schizophrénie et peuvent donc constituer, avec la schizophrénie elle-même, un spectre génétique de troubles schizophréniques[356]

La caractéristique d'un spectre tient à cette notion de gradation et de tableau différencié, d'air de famille. Cela repose sur une hypothèse de l'étiologie génétique, où un certain nombre de gènes s'expriment différemment, selon le contexte notamment. Il en ressort des groupements de symptômes, des syndromes, liés à la pathologie qui représente le sommet de cette famille, là où les symptômes sont les plus exprimés tant en termes qualitatifs que de gravité. La gravité et la présence des comorbidité associées sont la conséquence de la mesure dans laquelle s'effectue l'expression des gènes impliqués dans la maladie.

La notion de spectre a été étendue à d'autres pathologies mentales. Aujourd'hui, une recherche selon l'expression *spectrum disorder* conduit prioritairement aux désordres du spectre de l'autisme, mais le syndrome de Gilles de la Tourette[357], la dépression[358] voire à une catégorie dite *Affective disorders,* spectre proposé par Hudson et Pope sur la base de la réponse à différents antidépresseurs de troubles classés dans des catégories différentes[359] , sont des exemples de l'application de la notion de spectre à la pathologie mentale. Le spectre des *Affective disorders* montre que la notion de spectre ne repose pas forcément sur une base clinique, elle est intimement liée à l'étiologie biologique des pathologies mentales. D'abord dans sa dimension

[356] Reich, 1975.
[357] Comings, 1994.
[358] Winokur, 1974.
[359] Hudson, 1990.

génétique, comme dans le cas de la schizophrénie mais partant aussi des avancées de la neurobiologie, en regroupant les conséquences d'une défaillance d'un système de transmission, comme chez Van Praag et col. 1987, qui regroupent des comportements compulsifs et impulsifs liés à un dysfonctionnement de la transmission sérotoninergique[360]. La notion de spectre est en effet intimement liée à l'importance prise par la biologie dans la psychiatrie moderne, elle implique aussi un rejet, ou a minima la mise en doute de la pertinence, des classifications classiques qui séparent en entités spécifiques, discrètes, sans lien, les pathologies mentales[361]. Il s'agit ici, dans l'approche spectrale moderne, de se méfier du fait que, souvent en médecine, la classification basée sur les symptômes, en syndromes, est analogique. Les entités se ressemblent, et on suppose une origine causale commune qui les explique, génétique[362] par exemple, qui en ferait des homologues. Mais si d'un point de vue de l'explication attendue en science, l'homologie est préférable et l'analogie suspecte, on ne peut pas en dire de même en médecine. Des symptômes analogues auront des conséquences existentielles communes, et donc une prise en charge éventuellement de même ordre. S'il s'agit de *guérir* et de s'en prendre à la cause, évidemment, la connaissance de

[360] van Praag et col.,1987.

[361] Voir à ce sujet les travaux de Kandler, par exemple l'ouvrage édité en collaboration avec Parnas : *Philosophical Issues in Psychiatry,*(2008), la troisième partie, *Nosology*. Voir aussi Kendler (1987, 1989).

[362] On peut se demander quelle est la pertinence de l'annonce d'une influence génétique. Tout comme il paraît *incompréhensible* selon l'expression de Elster que l'origine de nos comportement n'ait pas une origine biologique, un substrat dont ils dépendent, ce substrat tient son existence de la génétique. Si tout trouble non lésionnel a un substrat biologique, l'expression de ce substrat est d'origine génétique. La génétique rend compte soit de l'expression d'un phénotype particulier de substrat protéique, qui est à l'origine du trouble, soit il est question de l'expression particulière d'un substrat qui doit être à l'origine d'une différence. Le substrat est identique mais exprimé *plus ou moins*, et l'expression est, là encore, d'origine *génétique*. La récurrence familiale est un indice d'un génotype particulier transmis, qui peut faire office de cause génétique. Mais elle peut aussi montrer l'expression particulière sous l'emprise de l'environnement (commun car familial) de certains gènes. En ce cas l'implication de la génétique est triviale et la cause est à chercher ailleurs.

cette cause et les classifications en fonction de cette cause et donc homologiques deviennent nécessaires. Mais on ne parle que rarement de guérir et la psychiatrie s'occupe plus de prise en charge, d'où l'intérêt des classifications analogique qui permettent par ailleurs de *supposer*, au titre que les mêmes causes font les mêmes effets et que la réciproque doit être vraie, qu'il existe une cause commune. Ce type de chausse trappe logique est commune dans le champ et l'efficacité médicale y gagne, au moins temporairement, ce que la science y perd.

b) Réévaluation sous l'angle du spectre

Le DSM-V permet de définir, à l'aide de ses critères diagnostic des tableaux cliniques très divers tant en termes de gravité que de la forme d'expression. Appliquer un diagnostic d'addiction à toutes ces situations, en conservant une approche «tout ou rien», fait courir le risque de perdre l'unité symptomatique de cette catégorie ; la définition d'un addict type devient impossible et on peut légitimement se poser la question de la validité même de la notion d'addiction. En ouvrant la catégorie par un processus diagnostic bien plus permissif on augmente le nombre de personnes diagnostiquées et on dilue la catégorie jusqu'à ce que se pose la question de sa disparition. Le DSM-V en donnant une définition dynamique de l'addiction, permet de reconsidérer le phénomène comme un spectre dont les extrêmes tendent d'un côté vers une absence totale de rapport excessif à un quelconque objet et de l'autre vers le cas archétypal de l'addict tel que l'alcoolique chronique ou l'héroïnomane dont la vie est totalement envahie par son objet de prédilection. La question alors, comme pour tout spectre, est de définir les

limites à partir desquelles le comportement passe de la simple bizarrerie ou habitude particulière à la pathologie et le ou les points communs qui justifient de réunir ensemble ces situations diverses.

Les limites semblent définies par les *difficultés*, quelles qu'elles soient, rencontrées par le sujet, comme les comorbidités physiologiques ou les atteintes à la vie sociale ou familiale. Le point commun étant la perte de contrôle sur une activité qui est responsable des difficultés. On peut noter que l'activité en question semble avoir eu au moins dans un premier temps un caractère gratifiant ; cette dimension n'est pas retenue par le DSM mais apparaît comme nécessaire pour expliquer la mise en place de l'addiction. L'addiction devient alors une question de coût/bénéfice. La prise en charge s'effectuant quand les coûts de la pratique deviennent trop importants, quand ils poussent à chercher une issue, et quand cette issue ne peut être trouvée seul. On peut résumer alors le schéma dessiné par une interprétation de l'addiction comme un spectre en dépassant le DSM-V :

L'addiction peut se définir par l'envahissement de la vie d'un individu par une activité préjudiciable, mais initialement vécue comme gratifiante, cet individu ne réussissant pas à réfréner sa tendance à s'adonner à cette activité malgré ce préjudice.

Le spectre s'étend alors dans 4 dimensions, le degré d'envahissement, le degré de préjudice, le degré de participation à l'activité et le degré d'échec à se réfréner. Ces quatre dimensions rendent compte du degré d'altération du *processus*. Processus dont on peut rendre compte en termes de raisons, selon le vocabulaire de la psychologie et dans le vocabulaire causal des sciences de la vie.

Cette définition est descriptive. Premièrement, elle ne présume pas de la nature de l'addiction, elle donne un cadre pour questionner sa qualification de maladie. Deuxièmement, elle ne présume pas de la nature des objets d'addiction ni, troisièmement, du caractère réel de l'impossibilité d'agir contre. Il suffit d'en rapporter l'échec. Quatrièmement, elle ne présume pas non plus du désir qu'aurait l'addict de réfréner cette activité elle assume un jugement normatif en troisième personne de cette impossibilité voire des dysfonctionnements[363]. Cela signifie que parmi les préjudices certains dépendent d'une évaluation en troisième personne. L'addiction implique la transgression de normes, médicales, sociales, morales, et ses symptômes sont pour certains les conséquences de ces transgressions.

Ces quatre points, maladie, type d'objets, perte de contrôle et normativité, focalisent les conflits entre les tenants et les opposants au modèle maladie, et nous allons nous intéresser, dans le prochain chapitre, à ces conflits avant de revenir sur notre proposition pour voir en quoi elle les prend en compte.

Considérer l'addiction comme un spectre va dans le sens de l'évolution récente du diagnostic de l'addiction présenté par le DSM V mais aussi du Research Domain Criteria (RDoC). Ce mouvement conceptuel introduit en 2008 par le NIMH américain, consiste en une orientation stratégique qui vise à considérer les maladies mentales comme des extrêmes sur des dimensions sur lesquelles s'étendent les comportements, émotions et cognitions *normaux*. Les pathologies sont alors intégrées à un continuum qui s'étend de la normalité à la maladie. Cette démarche ne va pas sans être critiquée,

[363] C'est-à-dire que la prise en compte sociale du phénomène est renvoyée aux décisions du corps social, la description scientifique n'ayant pas à s'en mêler plus avant qu'en fournissant des éléments pour la réflexion.

notamment pour des pathologies comme la schizophrénie, les troubles maniaco-dépressifs et l'autisme. On lui reproche de revenir à une forme de théorie des humeurs à la Gallien, de proposer une approche top/down, c'est-à-dire de partir d'un découpage arbitraire des manifestations comportementales pour descendre vers le biologique alors que l'approche bottom/up (de la biologie moléculaire vers le comportement), pourrait s'avérer plus fructueuse. Nous verrons que, face à ces critiques, l'addiction comme spectre à quelques arguments à faire valoir. En effet, l'un des effets extrêmement positif du BDMA est qu'il a participé au développement des connaissances neurobiologiques sur l'addiction. Ses limites proviennent du cadre conceptuel qu'il utilise pour les organiser, sa description de l'addiction ne correspond pas aux faits. Nous proposons que cela vient de présupposés théoriques concernant la rationalité qui enferme le BDMA dans un type de description qui l'empêche de voir la grande variété des formes d'addiction. L'addict est selon lui irrationnel, il ne choisit pas. Or il est difficile d'imaginer une gradation dans ce contexte. On peut avoir des différences d'envahissement mais se posera la question de l'absence de réaction de l'addict. Or s'il ne choisit pas, il n'y a aucune raison que l'addiction ne progresse pas, en tout cas elle ne peut pas régresser, l'aggravation est certaine. L'approche spectrale sous-entend que le passage d'une capacité à choisir à sa perte se fait graduellement et nous le verrons cela correspond à ce que montrent les études épidémiologiques, desquelles le BDMA tend à s'écarter.

Cela induit donc que l'addiction doit retourner dans le domaine des choix problématiques, de l'akrasie particulièrement, or l'idée de la rationalité défendue par le BDMA rend cela impossible. Nous allons donc voir dans la prochaine partie d'où vient le concept de rationalité qui sous-tend la définition de l'addiction sur laquelle repose le BDMA, montrer qu'il est sérieusement remis en cause dans son champ d'origine. Nous montrerons les

propositions concurrentes, et à partir de ces dernières, proposerons d'envisager l'addiction comme un spectre en la replaçant dans le champ du choix et plus spécifiquement du choix contre son meilleur jugement, de l'akrasie.

3) Où va l'addiction ?

Les DSM, en intégrant les travaux de Goodman, se sont rapprochés de certains psychologues qui voient en l'addiction un comportement complexe dont l'origine pourrait être expliquée autrement que par une absolue irrationalité. Il s'agit de coller à la réalité sociale de l'addiction, à ce que l'épidémiologie nous montre et à comment l'addiction est décrite et vécue dans notre cadre de vie contemporain. Il s'agit aussi de prendre en compte le contexte des débats extrêmement violents aux Etats Unis entre les tenants d'un modèles psychosocial qui tient compte de ce que c'est que d'être addict, ayant une description fine du phénomène, des particularités individuelles, qui donne ce que l'on pourrait nommer l'*image manifeste* de l'addiction, sans faire appel à des invisibles conceptuels et avec la couleur et le détail de l'expérience humaine. Une image qui s'appuie sur les *raisons* pour expliquer l'addiction, et, d'autre part, le modèle maladie, qui se veut *l'image scientifique,* étayant ses explications causales sur des entités invisibles de la neurobiologie. Cependant il ne s'agit pas d'une synthèse. Loin d'être synoptique, le point de vue n'est qu'un entre deux. Ce qui lui vaut d'être critiqué par les tenants du modèle psychosocial et par certains défenseurs du modèle maladie qui peuvent y voir une dilution et un affaiblissement du concept, notamment en

permettant d'intégrer des formes d'addiction dites comportementale, sans drogue.

La majorité des critères repose sur le comportement de l'addict. Des sensibilités plus influencées par la psychanalyse auront du mal à se retrouver dans cette approche qui semble faire la part belle à des concepts d'une psychologie d'obédience neuro-cognitivo-comportementale. Il n'est nulle part question de la valeur de l'objet pour le sujet addict, du rôle que cet objet remplit. Il n'est pas étonnant alors que l'un des axes d'attaque contre le DSM consiste à relever l'immense diversité des objets possibles pour un même phénomène. Parmi ces objets certains peuvent donner lieu à des comportements qui tomberaient sous le coup du diagnostic sans cependant pouvoir être réellement considérés comme de l'addiction. Il est difficile de faire la différence entre une personne passionnée par son travail et un workaholic, un sportif de haut niveau et un cas de bigorexie etc. Il faut alors poser la question, au-delà du rapport observé à l'objet, de celui du rapport ressenti.

D'autre part, le DSM reconnaît le jeu comme possible objet d'addiction (c'est un cheval de bataille ancien de Marc Valleur qui voit dans le jeu le premier support d'une présentation d'une addiction maladie par Pascasius, en 1561, bien avant B.Rush)[364]. Or les addictions comportementales commencent bien à devoir être acceptées[365]. Mais, face au risque de dilution

[364] Valleur, 2012b ; Pascasius, 2014.

[365] Jon Elster qui a traité la question du jeu est dubitatif concernant les addictions sans drogue dans *Strong Feeling*, son ouvrage de la fin des années 1990. Il pose la question de l'analogie entre des syndrômes addictifs, qui relèvent de l'akrasie, et la véritable homologie qui nécessite une cause commune. Autant il voit bien la cause biologique liée au détournement du fonctionnement du système dopaminergique pour les substances capables d'agir directement dessus, ce qui délimite alors une entité naturelle *addiction*, autant la possibilité qu'un comportement puisse provoquer ces mêmes modifications lui paraît loin d'être démontrée. On aurait alors une simple analogie entre phénomènes simplement akratiques et une entité réelle, avec une cause déterminée, l'addiction. Nous reviendrons sur cela et défendrons une cause commune aux addictions.

du concept d'addiction par la reconnaissance d'une *addiction à tout*, ce qui laisserait, d'une certaine façon, libre champs aux questionnements portant sur le rapport intime, idiosyncratique, de l'addict à un objet comme pierre de touche de l'addiction, et demanderait aux approches neurobiologiques de réviser considérablement leur position, d'apporter une modélisation de ce rapport intime qui éliminerait l'idiosyncrasie, le champ des objets entrants est restreint par le DSM-V. Cette restriction semble sélectionner des objets, jeu, sexe, achats, qui ne sont pas moralement neutres ; des objets socialement réprouvés ou suspects. Cela réouvre alors, encore, un champ de réflexion sur la dimension sociale de l'addiction et met les approches biopsychologiques à la merci des critiques psychosociales.

Aujourd'hui, cependant, le modèle dominant est neurobiologique, et il possède une force de frappe institutionnelle qui rappelle celle que pouvait avoir l'approche morale quand les autorités religieuses possédaient une autorité absolue sur la conduite des affaires publiques et la direction des consciences, alors que les critiques trouvent, dans la modification même du concept, matière à s'amplifier. Elles luttent contre leur assimilation par un modèle issu des neurosciences comportementales vues comme une menace pour l'humanisme qu'elles déclarent défendre et, au-delà du débat spécifique sur l'addiction, c'est un conflit entre des images de l'homme plus globales qui sévit, parasitant le débat de spécialistes sur cet objet donné du fait du choc et des oppositions entre les a priori et les impensés qui leurs servent de fond philosophique. Ce sont ces impensés que nous allons mettre au jour dans le prochains chapitre, notamment, ceux sur lesquels reposent le BDMA qui, sous l'aspect objectif de la parole scientifique qu'il donne de lui-même, repose lui aussi sur des considérations où la question morale qu'il semble vouloir évacuer, est fondamentale.

Le DSM se veut athéorique et ne vise pas à donner une explication, une étiologie, au phénomène. La question du *où,* au sens spatial, physique, n'est donc, a priori pas de son ressort. Cependant, l'évolution des critères diagnostiques suit l'évolution du concept et, en filigrane, sous-tend plus ou moins obligatoirement un modèle explicatif particulier. Ici, ce sont les notions de *craving*, de perte de contrôle, de tolérance et de sevrage qui pointent vers un modèle neurobiologique, et sa tendance à s'intéresser fortement au comportement observable s'inscrit dans une démarche cognitivo-comportementale. Aujourd'hui, ce modèle explicatif dominant est le *Brain Disease Model of Addiction,* BDMA.

> L'addiction peut être conceptualisée comme un cycle récurrent en trois étapes de frénésie/intoxication, retrait/affect négatif et préoccupation/anticipation (envie) qui s'aggravent avec le temps et impliquent des changements neuroplastiques dans les systèmes de récompense, de stress et de fonctions exécutives du cerveau. Koob & Volkow 2016.

Le «système de la récompense» permet aux récompenses naturelles d'acquérir une valeur motivationnelle et d'exercer un contrôle sur le comportement. Les drogues addictogènes agissent comme des récompenses naturelles et peuvent modifier le circuit (on parle de neuroadaptation). Ces adaptations sont responsables de la transition vers l'addiction. Mais il n'en reste pas moins qu' ;

> On ne comprend pas bien, cependant, quelles fonctions psychologiques sont modifiées à la suite de ces neuroadaptations induites par la drogue, ou comment ces changements provoquent l'addiction.[366]

[366] Robinson & Berridge, 2003.

Or cette théorie a pour ambition de rendre compte biologiquement d'une pathologie psychiatrique (c'est une démarche dite *hard medical model*). On glisse de la psychopathologie à la neurologie. Cependant, elle est une agrégation de différents modèles explicatifs qui ne sont pas forcément exclusifs mais pas non plus compatibles entre eux. Une sorte de synthèse des modèles biologiques principaux ; une réunion des forces théoriques pour se mesurer à l'ennemi psychosocial. Il est important de faire la distinction entre les résultats bruts des sciences et leur utilisation. D'autant que, comme nous l'avons vu, la forme prise par la description clinique du phénomène a considérablement évolué depuis les premiers DSM et le BDMA a utilisé une approche clinique qui n'est plus exactement celle du dernier en date. Le BDMA n'a pas fondamentalement amendé sa manière de considérer l'addiction qui continue à reposer sur le *craving*, la tolérance, la chronicité… la description du phénomène qui sert de base au BDMA est plus celle que l'on trouve dans le discours qui a lancé la *War on Drugs* que réellement celui du DSM V. Si on peut considérer que les résultats bruts concernant les systèmes biologiques n'ont pas à être remis en cause par un changement de regard sur le phénomène global, on peut cependant douter de la validité des liens qui ont été faits entre ces données et une description qui a aujourd'hui changé et reste soumise à caution.

Le BDMA repose, en effet, avant tout sur des a priori relevant d'une expression politique à propos d'un phénomène social dont nous avons vu les évolutions. D'une opinion concernant ce qu'il y a à tirer des résultats de la science.[367] Il s'agit de coller les données apportées par la science à une image

[367] Le *Surgeon General's Report on Alcohol, Drugs, and Health* du ministère de la santé américain reprend mot pour mot ce modèle explicatif biologique défendu et proposé par George. F.

du phénomène et à notre manière de concevoir notre rapport collectif à sa prise en charge, de parler de santé publique, de prévention, de défendre les budgets colossaux consentis par le gouvernement américain pour la recherche sur ces questions. Il n'est pas question d'en attaquer la pertinence ni la véracité, il est juste question de garder à l'esprit ce qu'il est ; une synthèse théorique à visée politique, avec un rôle à jouer, tout comme les excès du modèle maladie servirent à attirer, à l'époque de Jellinek, et aujourd'hui encore, les patients, leur permettant d'oser venir chercher de l'aide, et ce qu'il n'est pas ; une analyse objective irréfutable et unique de résultats scientifiques. D'autres analyses sont possibles sur la question de ce que code la dopamine par exemple, où le débat est fertile et dans le cadre duquel Berridge met en garde contre une simple juxtaposition des modèles qui lui apparaît comme une mauvaise solution pour trouver un accord qui se ferait au détriment de la science[368]. Des voix commencent à s'élever contre la légitimité scientifique de cette position hégémonique, au-delà du cercle habituel des anti maladie[369]. Un groupe de recherche européen a été mis en

Koob, à la tête du National Institute On Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAA) et Nora Volkow, directrice du National Institute on Drug Abuse (NIDA). Leur article de 2016 est une présentation de ce modèle et montre bien qu'ils y tentent une synthèse de modèles plus anciens et divers.

[368] Voir Berridge 2007, qui, s'il s'adresse aux tentatives oecuméniques qui souhaiteraient réconcilier théories du wanting du liking et du learning semble surtout s'adresser au grand rassemblement théorique qu'est le BDMA. En 2017, Berridge revient sur la question de l'addiction comme maladie et considère ce débat comme stérile et nous éloignant des vrais problèmes.

[369] Badiani et al., 2011 ; Nutt et al., 2015 ; et un article de 2018 commentant le *Surgeon's general report* où l'on retrouve en plus de Badiani et Nutt, Robinson et Berridge, pourtant abondamment cités par Koob et Volkow (Badiani et al., 2018). Un groupe de travail ayant une antenne européenne depuis 2018 (Heather et al. 2018), l'Addiction Theory Network, a été créé suite à un échange de publications dans Nature. En 2014, un éditorial a été publié dans *Nature* qui s'inquiétait de la demande par certains groupes de défenseurs des droits des animaux de cesser toute expérimentation animale (Animal Farm, 2014). Il y était affirmé que l'addiction est «une maladie chronique récidivante qui modifie la structure et la fonction du cerveau» et que cela n'était «pas particulièrement controversé, du moins parmi les scientifiques». Le psychologue Derek Heim (2014), a répondu à cette affirmation dans une lettre cosignée par un peu moins d'une centaine de chercheurs du monde entier. Il a ensuite, avec l'aide de Nick Heather, contacté les signataires pour former ce réseau opposé au BDMA.

place dans le but de poursuivre la recherche sur l'addiction en dehors du cadre théorique du BDMA[370]. le tout dans un contexte où le débat entre tenants d'un modèle maladie et tenants d'un modèle psychosocial ne s'est pas éteint[371], même s'il est, en France, extrêmement calme et apaisé.

En France, la question de la maladie ne sous-entend pas celle du libre arbitre de façon aussi directe, les débats restent plus feutrés et théoriques, une immense majorité des personnes impliquées dans la prise en charge sociale des addicts pensent l'addiction comme une maladie et militent pour que le grand public y adhère. Le thème de la maladie aux USA sert de prétexte pour un débat concernant le libre arbitre et *in fine* un conflit entre images de l'homme opposées. Le BDMA repose sur l'analyse selon laquelle le comportement des addict est irrationnel. Pour admettre que des individus fassent des choix irrationnels en ayant conscience de de cette irrationalité, il faut supposer une force obscure qui les y oblige, ici des modifications du substrat biologique qui justifient le terme de maladie. Or, ce raisonnement suppose que l'on adhère au moins implicitement à l'idée que les individus font *normalement* des choix rationnels. Cette idée est depuis longtemps l'objet de recherches dans des domaines autres que les neurosciences et l'état théorique actuel est loin de faire de cette opinion l'hypothèse les plus robuste de son champ. En fait, nous verrons que les présupposés du BDMA pour donner un cadre interprétatif aux données apportées par les neurosciences sont, à l'image du BDMA lui-même, des théories issues de champs du savoir qui ont pris leur autonomie dans le champ politique et social. Elles forment une sorte d'air du temps idéologique dominant alors qu'elles sont parfois

[370] Heather et al. 2018.
[371] Outre Peele, voir Heyman, 2010, Lewis, 2017 et l'éditorial de l'*International Journal of Drug Policy* de 2017 par Suzanne Fraser.

extrêmement contestées dans leur champ spécifique d'origine, et parfois empiriquement réfutées. Ces oppositions et ces conflits seront l'objet de la prochaine partie

Bilan

La prise en charge des conduites addictives, et ce que l'on met sous ce vocable, dépend donc du contexte social et de l'image de l'homme en cours dans la société du moment. Concomitamment à la révolution américaine et au passage vers une société de citoyens débarrassés du joug d'une monarchie assise sur l'autorité religieuse, et parallèlement à la revendication de vivre autrement cette religion, Rush a fait de l'addict la victime d'une intoxication. Pour croire en la possibilité du gouvernement du peuple par le peuple, il faut penser l'individu comme responsable et digne de confiance. Il ne dédouane pas le buveur pour ses actes, il met en lumière le danger qui guette tout le monde, chacun égaux ici comme ailleurs. La notion a ensuite suivi les évolutions sociales et morales. Aujourd'hui, le terme addiction, au sens moderne, reprend le mot en voulant le débarrasser de la charge péjorative, culpabilisante de mauvaise habitude, ou plutôt garder l'idée d'une mauvaise habitude mais sans qu'on y voit l'habitude de mauvaises gens. La psychiatrie

> transforme des entités morales dont la personne est responsable en entités médicale dont la personne est atteinte[372].

Or, tout le monde ne dérive pas. Il existe, bien qu'elles soient réprouvées moralement, des consommations et des pratiques de substances et d'activités potentiellement addictives qui restent de l'ordre du récréatif. Est-ce donc seule la pratique qui est mauvaise, ou bien, quand même, aussi, la

[372] Ehrenberg, 2000, p.36.

personne ? Peut-on alors dédouaner tout de même la personne morale en cherchant la cause dans l'individu biologique ? Si on décide que certaines personnes sont victimes (de leur biologie, génétique, environnement, d'un effet dévastateur d'un élément extérieur, d'un mélange de tout cela…) on ne peut nier qu'il y a une part qui repose, tout de même, sur l'individu. On peut d'ailleurs soulager la personne de la responsabilité, en donnant des mécanismes explicatifs causaux, généraux ou idiosyncratiques, qui n'impliquent pas de choix de sa part, mais s'il n'y a pas de choix à l'entrée, il devient délicat d'envisager qu'il y ait un choix à la sortie. On pourrait alors reprocher à cette approche de ne pas se différencier de celle de Morel. Si le mot dégénéré n'est pas employé, cela revient, in fine, au même. Cela condamne celui que l'on a voulu protéger à soit porter la responsabilité de l'addiction, soit à perdre tout libre arbitre pour ne pas porter de responsabilité, ce que d'aucuns qualifient de perte d'humanité.

Notre époque exprime un idéal de connaissance par la science[373] ; elle saura expliquer, grâce aux rapides et prodigieux développements des sciences du cerveau, les mystères de la conscience et du comportement. Mais ce qui est un programme est souvent présenté comme un état de fait. Les tenants du BDMA extrapolent parfois sur les possibilités pratiques du modèle, et promettent plus qu'ils ne tiennent[374]. A l'inverse, la peur irraisonnée d'une

[373] Même si cet idéal très fin du XXe tend à être supplanté par un autre, héritier des pensées antiscientifiques de cette même fin du XXe, il n'est donc pas le seul idéal mais l'idée est encore présente malgré tout.

[374] Il n'y a pas de dépistage ou de diagnostic posé par imagerie cérébrale par exemple, tout ressort du comportement et de l'entretien psychiatrique. Quant aux traitements, sans parler des interventions sur le cerveau qui relèvent au mieux de prospective, pour ne pas dire de la science-fiction, encore aujourd'hui (voir Coles, Kozak & George 2018), les avancées en pharmacologie sont rares. Le cas du Baclofène contre l'alcoolisme est intéressant. Certe, le fait que la science ait identifié les récepteurs GABA comme impliqués dans l'addiction à l'alcool a dû favoriser l'idée de détourner l'usage de ce myorelaxant, mais ce résultat est ancien et, surtout, il s'agit de l'expérimentation sur lui-même d'un médecin alcoolique, pas

déshumanisation par la science relève aussi de l'exagération et du fantasme. Notre tendance à affirmer nos convictions profondes en les étayant abusivement par des références à l'autorité d'une science (entendue au sens large) tend à outrepasser les bonnes pratiques de cette même science. La tentation est d'autant plus grande sur un sujet comme l'addiction ou chacun veut rationaliser une discussion à propos d'un thème qui implique nos passions, nos désirs et leur contrôle, c'est-à-dire notre sens moral, nos engagements et nos préjugés. Nous sautons des résultats d'un domaine donné à des conclusions philosophiques, et inversement. Mais ni la neurobiologie ni la sociologie n'ont, aujourd'hui, les clefs du mind body problem.

L'histoire de l'addiction reflète l'histoire des autorités morales que nos sociétés reconnaissent et de leur type de rapport à soi et aux autres. La psychanalyse du début du XXe s'est construite sur un trouble de l'interdit, le tournant narcissique, l'intérêt pour la capacité, le *devoir être*, la performance, lui a posé des problèmes dont l'addiction est une figure exemplaire. L'individu passant de la difficulté à exister sous le poids des interdits à la nécessité d'exister qui l'oblige à s'en montrer capable. Ce glissement vers les problématiques de performance, d'adaptation, a trouvé un langage avec les neurosciences cognitives, centrées sur le comportement et son adaptation au contexte, sur le micro-management de soi-même pensé en termes de performance et de possibilité d'intervention sur la mécanique pour viser à s'améliorer. L'addiction maladie du BDMA s'inscrit dans cette optique cognitiviste de naturalisation totale du comportement, de recherche de régularités et de possibilités ponctuelles d'intervention, non au niveau des

d'un programme de recherche. Il ne s'agit pas de dénigrer les neurosciences, au contraire, rien n'est mieux placé pour déterminer les mécanismes de l'addiction, il est question de ne pas leur faire dire, quelles qu'en soient les raisons, ce qu'elles ne peuvent pas dire au risque de perdre toute crédibilité en ces temps de défiance vis-à-vis de la rationalité scientifique ; c'est notre *interprétation* des faits qui fonde les normes, pas les faits eux-mêmes.

relations sociales, mais du corps lui-même. Le passage de l'homme social à l'homme neuronal, de la psychanalyse à ces neurosciences du comportement, est parfaitement expliqué par Alain Ehrenberg[375]. L'opposition qui se joue avec violence aux Etats Unis et de façon plus feutrée, en raison aussi de la forte tradition analytique de notre psychiatrie, est une conséquence de cette révolution ; des images de l'homme s'affrontent.

En faisant de l'addiction une maladie, en voulant la faire échapper à la juridiction de la religion, nous ne l'avons pas préservée du jugement moral, nous avons déplacé l'autorité de la religion vers la justice des hommes et vers la science (ici entendue, encore, sous toute ses formes). Toute l'histoire contemporaine de l'addiction se heurte à ce problème, pour l'instant insoluble, car nous demandons à la science de porter seule la responsabilité de cette résolution, lui demandant en quelque sorte de valider nos a priori moraux, tout en ne voulant pas entendre ce qui va à leur encontre. La science nous sert d'alibi pour prendre des décisions normatives dont nous sommes en fait bien en mal de reconnaître l'origine et la justification et qui, à bien y regarder, ne reposent peut-être pas sur plus de rigueur ni d'objectivité que les condamnations des siècles passés. Cela ne rend pas les critiques de la science plus justes, mais cela leur donne une raison d'être, un poids, qui masque aussi, parfois, des raisonnements qui se parent des attributs de la scientificité alors qu'ils sont plutôt des plaidoyer moraux. Se jouent en fait deux visions de l'émancipation, l'émancipation vis-à-vis des arrières mondes, notre intégration au domaine de la matière, qui nous soumet à ses lois mais que l'on peut envisager comprendre et maîtriser, et l'émancipation par la liberté absolue de l'humain, qui veut nous élever au-dessus des contraintes de la matière brute. Ce sont des arrières plans philosophiques qui colorent le

[375] Voir Ehrenberg , 2012, 2018.

débat.

Nous défendons l'idée que le BDMA est une construction à visée politique, le pendant compassionnel, médical, de la *War on Drugs*, qu'il vise à le dépasser et à en corriger les méfaits. Certes, l'usage social des faits de sciences et le comportement des scientifiques sont orientés par les valeurs, mais, nous ne défendons pas l'idée d'un relativisme absolu. La méthode scientifique donne cet outil nécessaire à l'objectivité, le fait que dans un champ les participants suivent des normes de scientificité communes permet d'échapper, au moins dans le cadre restreint de cette pratique locale, à l'influence de ces subjectivités. Nous verrons d'ailleurs comment, chez l'individu, la rationalité du choix est un idéal que nous ne pouvons atteindre qu'à l'aide de règles de comportement et n'est en aucun cas notre tendance naturelle. La rationalité scientifique collective ressemble à la rationalité individuelle. Des individus fondamentalement irrationnels peuvent se comporter rationnellement grâce à l'édiction de règles de comportement qui contraignent leur nature. Les scientifiques sont influencés par les valeurs, leur subjectivité entre en compte mais la présentation à la communauté des résultats et le suivi des règles donnent un cadre qui filtre cette dimension subjective. Elle s'exprime dans les centres d'intérêt et l'orientation des analyses, mais se heurte aux autres subjectivités dans ces analyses collectives et communes. Bon an mal an elles se neutralisent[376] et ne reste que l'idéal objectif édicté en normes.

Pour ce qui nous concerne, s'il existe bien une utilisation orientée des faits de sciences, qui suit une doxa, ici par exemple la théorie du choix

[376] Plus une valeur est partagée, plus le champ va résister à ce qui va à son encontre mais il existe au moins des cas marquants où la valeur finit par céder. On peut penser à l'évolution, à l'héliocentrisme etc.

rationnel, et si l'on trouve des scientifiques qui défendent ces doctrines, selon des orientations subjectives, de goût, les positions adverses non seulement existent mais sont parfois validées par les processus et les normes de scientificité des champs auxquelles elles appartiennent. Il reste à être capable de le comprendre et de s'en rendre compte en dépit de ses orientations personnelles. Pour cela, c'est l'appropriation des normes scientifiques du champ d'origine qui donne la possibilité d'évaluer les théories, associée à la connaissance des théories du champ, celles que l'on défend et celles qui s'y opposent, connaissance suffisante pour suivre et appliquer les critères de validité du champ. Il ne s'agit donc pas d'envisager le BDMA selon la subjectivité intrinsèque et le relativisme fondamental des faits de sciences qui se manifestent dans la défense de théories historiquement et socialement centrées et construites afin de le déconstruire pour pouvoir, reconstruire le monde selon ses propres normes et désirs, mais bien de voir qu'il faut, face à l'insuffisance de l'usage de la science, plus de science encore.

L'addiction touche à des champs de la connaissance divers et ils ne peuvent se résumer aux neurosciences *biologiques*. Plus clairement, l'objectif réductionniste est un objectif à long terme et si l'on vise *une* neuroscience qui engloberait les questions du cerveau, de ses mécanismes et de ses fonctions, ces différentes dimensions, pour être à la fin réduites, doivent avant tout être intégrées. On ne peut pas traduire un texte de l'anglais au français, le réduire au français, sans parler anglais. On peut écrire une histoire équivalente, qui y ressemble, si on nous en a raconté la teneur, mais pas le traduire. Pour la traduction il faut parler au moins deux langues. Il semble que pour ce qui est de la question qui nous occupe, il faille aussi parler plusieurs langues, celles des champs d'où proviennent les concepts aujourd'hui nécessaires pour rendre compte du phénomène. Pour ce qui est de l'addiction, la

compréhension du phénomène en termes de mécanismes s'appuie sur la psychologie[377] et la biologie. La philosophie peut prendre en charge les questions qui touchent aux notions que nous mobilisons pour en parler, et servir de passerelle entre le langage de la psychologie du sens commun, le domaine des raisons, et le langage de la biologie fondamentale et ses mécanismes causaux. Ensemble, ces disciplines pourraient former le socle minimal de *la* neuroscience, là où aujourd'hui, en français on parle *des* neurosciences. Les Anglo-saxons utilisent le terme singulier mais, à de rares exceptions près, il s'agit quand même plus d'une juxtaposition de sciences avec un objet d'étude commun. De par les domaines concernés il semble que cette science singulière doive faire avec ces domaines des raisons et des causes et qu'on pourrait concevoir cette neuroscience comme un modèle de science à vision synoptique à la Sellars.

La science a l'avantage de pouvoir confronter les implications de ce qu'elle avance au monde qui nous est extérieur. On pourrait d'ailleurs délimiter le domaine de la science aux pratiques de connaissance codifiées selon l'idéal de rationalité dont la validation repose *in fine* sur la confrontation avec le monde extérieur matériel objectivé, c'est-à-dire où la dimension intersubjective humaine est neutralisée par ses pratiques. Cette approche est individualiste et réductionniste, car on doit faire reposer l'explication du phénomène collectif sur l'individu biologique pour l'objectiver, et revient pour les sciences sociales et la psychologie à l'idéal d'observation du behaviorisme, sans pour autant oublier que ce qui nous intéresse reste bien le contenu de la boîte noire. Cela n'élimine donc pas l'usage des termes de la psychologie du sens commun ; il nous faut bien conserver les seuls mots que

[377] Nous verrons dans le chapitre suivant que la psychologie est très divisée et que l'économie partage avec elle un domaine d'intérêt qui complique encore la situation.

nous ayons pour parler de nos objets de recherche, qu'ils nous conviennent ou non, en attendant mieux, c'est-à-dire une explication qui pourrait s'en passer comme l'appellent de leurs voeux Patricia et Paul Churchland[378] ou bien leur intégration synoptique comme chez Sellars et ses héritiers, comme Dennett. Nous verrons comment le behaviorisme a su fonder les bases d'une science du choix et de la décision, et ce que son histoire, son héritage et son dépassement peuvent apporter à la question de l'addiction.

Les conséquences sociales des avancées scientifiques, leurs usages, ne dépendent pas de la seule science et il nous faut justifier le choix, moral, de société. Aujourd'hui, une tendance enjoint à fonder cette justification morale sur un juge de paix, à l'autorité que l'on a décidé de penser irréfutable, la science. On lui demande alors de prendre position dans un débat qui ne la concerne pas et, au mieux, son langage est utilisé pour dire ce qu'il ne peut pas dire. En cela l'addiction est un cas d'école. L'évolution de la notion reflète l'évolution de l'image de l'homme en cours dans nos sociétés. Cela n'en fait pas pour autant un pur et simple objet social. La science peut expliquer, a des choses à dire sur la manière dont l'addiction fonctionne, mais l'usage social dépend bien de choix politiques, comme l'usage médical dépend des stratégies de soins. Dans les deux cas, la science n'est alors qu'un outil. S'il s'agit de bâtir des politiques publiques en ce domaine, comme les arguments des deux camps sont convaincants, plutôt que de se laisser croire que nous choisissons en raison d'une analyse rationnelle l'un plutôt que l'autre, ce qui

[378] Ils défendent l'éliminativisme, une forme radicale de réductionnisme selon eux : «Le matérialisme éliminativiste est la thèse suivant laquelle notre conception populaire des phénomènes psychologiques constitue une théorie radicalement fausse, une théorie si déficiente que ses principes et son ontologie seront un jour remplacés, plutôt que réduits en douceur, par des neurosciences ayant atteint leur maturité» Churchland, 1992. p.1.

sous-entendrait que nous avons une approche satisfaisante de ce qu'est, pour ne citer qu'un exemple, la liberté, et que nous avons les moyens de trancher la question du libre arbitre, il nous faut admettre que nous choisissons, au contraire, selon nos a priori moraux. Devant l'ampleur des questions encore sans réponse, une approche plus pratique de l'addiction peut être tentée. Demandons-nous déjà quelles sont les conséquences des choix en présence et guidons nos décisions politiques non pas en fonction du mythe d'un absolu scientifique, de toute façon aujourd'hui inaccessible, mais en fonction des conséquences pratiques de ce choix. Les débats scientifiques restant un moyen, en l'état où ils se trouvent, pour nous orienter.

Il ne s'agit toutefois pas de choisir au hasard, car il ne s'agit pas d'une question de goût, d'un choix arbitraire neutre, il implique nos relations aux autres ; c'est un choix moral. Le moins que nous pouvons faire est d'affronter nos a priori en reconnaissant notre ignorance. C'est encore la première étape de toute démarche scientifique.

La façon dont nous allons collectivement décider de traiter ou non certains individus de ce spectre renvoie à une des problématiques centrales des spectres en général ; celle de la limite entre le normal et le pathologique. C'est au niveau du degré de préjudice causé par la pratique que se situera le curseur car nous ne possédons pas de marqueur objectif de l'addiction sous la forme par exemple de la valeur d'un paramètre biologique fixant un seuil. Le jugement se fait donc, et se fera encore, sur la base de normes qui définissent ce qui est de l'ordre du comportement accepté ou anormal. L'histoire de l'addiction commence par celle de la transgression, et nous ne savons pas échapper à cette dimension, quelle que soit la façon dont nous nous cachons le problème, l'addiction finit toujours par être, avant tout, une transgression, un outrage. C'est du type d'outrage et de ce à quoi il s'adresse dont il s'agit de

débattre et du degré de culpabilité que nous allons assigner à celui qui en est l'auteur. Cela relève du traitement moral de l'addiction ; il s'agit de la réinscrire dans la réalité des actions communément observées et de ce qu'il est possible d'attendre comme type de comportement de chaque individu.

Décrire le phénomène comme la manifestation variable de l'envahissement préjudiciable, par une activité d'abord vécue comme gratifiante, de la vie d'un individu qui ne réussit pas à réfréner sa tendance à s'adonner à cette activité malgré ce préjudice, pose il nous semble le cadre pour répondre, sans condamnation morale *a priori*, sans imposer de condition intenable et en restant au plus près des manifestations *réelles* de l'addiction, aux questions nécessaires à sa prise en charge.

Addiction, choix et vie morale

Introduction

La plupart des clivages à l'intérieur du champ portent *in fine* sur les conséquences morales de la définition de l'addiction. L'addiction soulève la question du mal, celui que l'on fait et celui que l'on se fait. Celle de la possibilité de, et des modalités pour, se faire, à soi-même, du mal. Peut-on considérer qu'il est possible d'agir ainsi en toute liberté contre son propre intérêt ? La qualification de maladie est une réponse possible au problème moral posé ; l'addict agit ainsi car il ne peut faire autrement. Cela explique d'une part qu'il fasse ce qui nous semble incohérent, irrationnel et immoral, et l'exempte de toute responsabilité. Or, remettant en cause le libre arbitre de l'addict cette réponse est inacceptable, pour certains, pour des raisons morales. Le paradoxe de l'addiction est donc un objet philosophique en soi, un modèle et un test de validité pour des questions traditionnelles comme l'akrasie par exemple, le phénomène mis en exergue par Aristote qui consiste à agir contre son meilleur jugement. Notre façon de répondre à ces questions devrait dépendre des données apportées par la science, et notre conceptualisation du phénomène, comme objet de science dépend de ce que la réflexion philosophique a à apporter, de sa capacité à apporter des clarifications.

Les modèles maladie, celui des AA ou du BDMA, évacuent la question morale en déclarant l'addiction comme au-delà du choix[1]. Il n'est plus

[1] La question de la responsabilité légale reste entière, les sociétés choisissent des substances ou des activités qu'elles décident de décrier voire d'interdire et l'addiction à une de ces substances ne suspend pas le traitement légal. Ce qui pose en soi un problème, celui de la justification de cette attitude punitive si l'addict est incapable de se contenir.

question d'un choix contraire à mes intérêts, car il n'y a pas de choix. Si les addicts agissent contre leur meilleur jugement ce n'est pas de leur fait mais de celui d'un dysfonctionnement qui oblitère leur capacité à être à l'origine de leurs actions. Pour le BDMA, leur substrat biologique les pousse à entreprendre des actions qui sont irrationnelles, c'est-à-dire, comme nous allons le voir, nuisibles pour eux-mêmes et donc à effectuer des actions qui sont, selon une évaluation rationnelle qu'ils semblent capables d'effectuer à froid, au moins parfois, ni les meilleures, ni simplement bonnes.

Les opposants au modèle maladie, en affirmant la capacité à choisir que conserverait l'addict, réintroduisent la problématique de son statut moral, comme conséquence, ou comme dimension inséparable du statut d'être humain, qui justifie que l'on revoie la position des théories de la maladie. En effet, si les addicts choisissent l'addiction, soit ils le font au nom d'une évaluation des options qui est la leur, et donc, selon leurs propres valeurs choisissent ce qui est le meilleur *pour eux*, ou bien, il n'y a rien de pathologique à ne pas choisir l'option la meilleure et la rationalité de nos choix peut être mise en doute, sans que cela justifie de faire de ces choix des exceptions pathologiques, ni sans forcément moralement les condamner. Il reste à montrer comment ces choix s'effectuent et la place laissée au sujet dans la prise de décision.

La question qui sous-tend ces réflexions est celle de la nature et du mécanisme du choix. Se joue dans ce contexte l'opposition ancienne entre ceux qui défendent une prise de décision guidée par la comparaison d'une valeur associée aux options en présence comme déterminant le choix selon la règle de l'optimisation de cette valeur, et ceux qui pensent que nous choisissons en posant un jugement. Les premiers se retrouvent dans les théories dites de l'utilité, où la valeur est une valeur hédonique, les seconds dans les approches laissant une place importante aux décisions par un agent rationnel au sens où il applique un raisonnement pour comparer des

options sur une échelle de valeurs qui lui est propre. Les premiers rapportent toute idée de valeur à une unique dimension, l'utilité, la récompense, le plaisir… les seconds pensent que cette dimension hédonique n'est qu'un des moyens pour prendre une décision et pas forcément le meilleur. Ces deux courants de pensée se sont heurtés aux comportements relevant de l'akrasie dont l'addiction est un exemple traditionnel important.

Les premiers opposants modernes à l'idée d'une addiction maladie, avant même l'émergence du BDMA, comme Szasz, Peele et Fingarette, semblent voir dans l'addiction, à l'inverse des théories défendues par la psychiatrie et, surtout, les groupes issus des mouvements pour la tempérance, comme les AA, le choix d'une activité désirable, *jugée* comme telle, à laquelle il serait éventuellement possible de ne pas donner sa préférence, l'addict a ses *raisons,* explicables, discutables et éventuellement amendables. Le choix est ici l'expression de préférences qui appartiennent en propre à l'individu qui choisit. Ce que nous allons regrouper sous le terme de scepticisme voit dans l'addiction un choix de la personne addict qui peut s'expliquer et qu'il devrait assumer. On peut les rapprocher de ce que Foddy et Savulescu[2] appellent la *lay view*, la vision ordinaire, autrement qualifiée de modèle moral. Dans ce cadre, on peut voir dans l'addiction l'expression d'un moi autonome, libre qui agit selon les jugements qu'il porte et fait des choix qui parlent de ce qu'il veut et des valeurs qu'il défend. Ces premières critiques de l'addiction maladie se sont avérée réfuter l'existence même de l'addiction, qui relève alors de la condamnation morale de comportements réprouvés qui se trouvent médicalisés (chez Szasz par exemple), de stratégies de réponse à un environnement social angoissant (chez Peele), ou d'habitudes de vie constitutives d'une personnalité, d'activité qui font partie de la définition de la personne et jouent pour elle un rôle fondamental (chez Fingarette). Ces positions sceptiques sont avant

[2] Foddy & Savulescu 2010.

tout des critiques morales du modèle maladie et de la privation de responsabilité qui apparaît pour ces auteurs une déshumanisation inacceptable. Nous allons commencer par les présenter car, contre l'addiction-maladie, elles mettent en avant des arguments critiques à prendre au sérieux et proposent des approches pour y répondre. Ce sont des critiques sceptiques quant à l'existence de l'addiction qui se caractérise par leur opposition au déterminisme biologique, elles sont soit libertarienne soit indéterministe. Cependant ces théories ignorent les avancées des neurosciences, le cerveau y est au mieux une chambre d'enregistrement et elles ont une tendance forte au dualisme corps/esprit qui nous paraît les disqualifier pour une explication de l'addiction. Elle réactualise un homoncule décideur et, s'il est permis d'être dualiste, il nous semble qu'il doit cohabiter avec les avancées de la biologie qui ici perd toute influence en dépit des données que nous avons déjà présentées. Elles sous-tendent aussi un mode de prise de décision qui ne prend pas en compte selon nous le désir qui guide nos choix, le fait qu'ils nous apparaissent plus tirés par les options que poussés par nos jugements. Nous défendrons donc un point de vue utilitariste hédoniste.

Quand les approches basées sur la réflexion, les approches cognitives, semblent offrir une description fidèle de ce que *nous* ressentons dans ces situations, elles finissent par achopper sur la nécessité d'envisager un homoncule décideur et par ne pas réussir à donner plus d'explications. Les approches hédoniques, qu'il nous paraît légitime de rapprocher malgré des différences obvies, ont a priori remporté le combat théorique. La psychanalyse et son principe de plaisir d'abord, puis le behaviorisme et la psychologie comportementale, ont su trouver dans les neurosciences des alliés de poids depuis les premières expériences de Olds et Milner pour valider leurs modèles basés sur la récompense. Or, si l'utilité seule permet

de déterminer quelle est la meilleure option et si un choix rationnel consiste à choisir cette option conformément à notre évaluation, les comportements comme l'addiction posent un problème. Soit il y a, pour les expliquer, une erreur d'évaluation, soit l'évaluation valide le choix et il faut alors expliquer la différence entre ce qui est rapporté par l'addict et ce que son comportement semble nous dire sur ses préférences ou rendre compte d'une préférence pour quelque chose qui, collectivement, nous semble délétère.

On distingue dans ce champ différentes interprétations de l'addiction. La première consiste à affirmer que l'agent choisit toujours l'option la plus intéressante dans l'absolu. Elle définit la rationalité comme le fait de faire ce type de choix, elle est exprimée de la manière la plus forte dans la Théorie du Choix Rationnel, venue de l'économie, et qui propose un modèle d'addiction dans lequel elle est l'expression par l'agent de ses préférences. Nous critiquerons ce modèle mais montrerons par ailleurs que le BDMA qui rend compte d'un désir irrépressible, qui ne laisse pas de place pour un choix, ou plutôt qui modifie le contexte et les paramètres du choix au point de le rendre inévitable, compulsif se rapproche paradoxalement des positions de la théorie du choix rationnel des économistes. En effet, dans le cadre de la TCR, si nos choix sont rationnel au sens de la maximisation absolu d'une valeur à l'origine de chacun d'eux, il y a deux possibilités pour l'addict, il est soit, comme tout le monde, parfaitement rationnel et il a donc des préférences (éventuellement moralement réprouvables et socialement condamnables) ou bien on sauve la rationalité de tous nos actes en faisant de ces comportements problématiques des maladies, en leur octroyant une situation d'extraterritorialité par rapport à la rationalité normale. Au prix de la perte de responsabilité, de liberté, et d'un jugement fondamentalement dépréciatif sur les individus concernés.

Nous faisons l'hypothèse que le BDMA a hérité d'une anthropologie d'un autre champ du savoir par le biais des institutions qui l'ont promu et soutenu, que le BDMA est né de l'application politique de théories économiques qui relève de la théorie du choix rationnel. Selon notre hypothèse, il faut comprendre ce modèle comme un outil qui permet d'organiser les connaissances issues des neurosciences mais il souffre aujourd'hui de son manque d'adéquation avec les descriptions les plus modernes reposant sur l'épidémiologie. Nous avons vu que la psychiatrie commence à modifier la description qu'elle fait du phénomène et qu'il commence à apparaître des incohérences avec ce qu'en dit le BDMA mais ce dernier reste prisonnier de réponses à ces question du choix et de la rationalité qui mettent de plus en plus en tension ce qu'il affirme concernant les manifestations de l'addiction. Les critiques du modèle maladie reposent essentiellement sur cette idée de décalage entre une image de l'addict stéréotypée et caricatural et celle renvoyée par l'observation du phénomène. Il pèse un doute sur la légitimité de ce qui est entendu par rationnel et cela détermine un terrain de conflit qui s'est défini dans le contexte de l'évolution de la science économique et de la psychologie.

Nous verrons ensuite que dans le cadre de la réflexion sur le choix, la TCR n'est pas la seule option. Elle pèche selon nous par son idéalisme revendiqué et sa difficulté à se conformer aux données empiriques, comme le BDMA. Récemment, d'autres modèles ont émergé[3], insistant sur le *mécanisme* du choix. Là où le BDMA nie la possibilité même de choisir autrement, ils insistent, en s'appuyant sur des données, notamment épidémiologiques, déjà utilisées par les anti maladie précédents[4] sur

[3] Particulièrement les descendants de Skinner via Herrnstein comme Rachlin, Ainslie, Heyman, que nous allons traiter en détail.
[4] Il existe une constance dans les arguments des premières critiques du modèle maladie pré-neurosciences et les critiques modernes du BDMA. un des points majeurs étant de ne pas convenablement décrire le phénomène.

l'existence de ce choix. Il ne peut être absolument forcé, sous peine de ne pas être un choix, mais n'est pas non plus un choix complètement *libre*. L'addiction n'est pas une maladie, au sens d'un phénomène biologique privant de liberté la personne addict, mais un *désordre du choix*. Affirmant une particularité de l'addiction, ces modèles ne sont pas sceptiques, ils n'en nient pas l'existence, ils en font un phénomène qui ne correspond pas à la définition du BDMA, qui n'est pas une maladie du cerveau. Ils laissent une place plus grande à la biologie mais insistent aussi sur la dimension personnelle et sociale. La question du statut moral de l'addict est alors plus complexe à traiter. Il n'est pas contraint par une biologie déterministe mais non plus totalement libre, car soumis à une perturbation du choix. L'addict est alors dans un entre deux qui demande, pour en rendre compte, pour une prise en charge efficace et juste, d'affirmer sa capacité d'action tout en le préservant de la culpabilisation. Ces modèles découlent à l'origine de la théorie de l'utilité dans son versant psychologique plus qu'économique. Ils sont issus de la tradition behavioriste et de la critique par la psychologie expérimentale de la théorie du choix rationnel. Ils reposent en grande partie sur des travaux de psychologie expérimentale, ceux de Richard Herrnstein et de ses héritiers.

Pour résumer, du traitement moral des temps anciens où l'addict est considéré comme un débauché nous sommes lentement passés à une prise en charge médicale du phénomène. Si le geste de Pascasius semble original et en décalage avec son époque, il apparaît cependant à la Renaissance alors que l'individu commence à devenir une donnée importante. Il faut attendre les mouvements de tempérance du XIXe, inscrit dans l'individualisme de ce siècle, pour que l'addiction commence à être considérée comme une maladie. Mais ces mouvements restent néanmoins imprégnés d'une forte culture religieuse et leur notion de maladie relève plus de la faiblesse

individuelle issue de la volonté divine, dans le cadre de son plan général où nous apparaissons comme prédestinés, que de ce que nous entendons habituellement dans sa dimension médicale. C'est avant tout d'une hygiène et d'une médecine de l'âme dont il est question. Dans ce contexte, les avancées de la neurobiologie à la fin du XXe siècle et l'émergence du BDMA apportent d'abord de grands espoirs à tous ceux qui veulent, au moins en théorie, dé-moraliser la question de l'addiction et mettre en accord données scientifiques, traitement médical et traitement légal du phénomène. Mais, la position hégémonique du BDMA aux Etats-Unis, son influence grandissante sur l'orientation de la recherche, et ses promesses non tenues, se sont accompagnées d'un mouvement critique. Le BDMA est un exemple de l'approche du comportement en termes strictement biologiques. Il enrôle une partie de la psychologie cognitive car cette dernière lui donne, en reprenant les termes mentalistes délaissés par les behavioristes, le vocabulaire nécessaire pour traduire, de manière le plus souvent métaphorique, les phénomènes observés et décrits au niveau biologique, en événements mentaux. Il laisse cependant de côté, tout ce qui ne repose pas *in fine* sur une explication biologique, il dénie toute capacité explicative et tout intérêt au reste de la psychologie, à la psychanalyse, à la philosophie etc. dont les langages peuvent selon lui être traduits dans celui de la neurobiologie[5]. C'est avant tout dans ces laissés-pour-compte que l'on va trouver les premiers opposants. Ensuite, on trouve aussi dans la critique de la théorie économique du choix rationnel les bases d'une critique du BDMA, les critiques de la première, issues de la rationalité limitée, des économistes hétérodoxes et des behavioristes, nourrissent le débat contre le second.

[5] Cette idée de réduction/traduction fait partie des promesses non tenues, il apparaît en effet que le langage mentaliste fourni par la psychologie cognitive semble essentiellement se limiter à fournir des métaphores, certes parlantes, mais peu précises, fondées sur des analogies et n'apportant pas grand chose d'un point vue informatif. Tous les modèles biologiques semblent souffrir de ce manque de clarté, semblant, quand il s'opposent au BDMA, échanger des métaphores contre d'autres pour tirer une explication du phénomène sur des bases biologiques identiques.

Enfin, c'est au sein même des neurosciences que sont apparues des critiques du BDMA malgré son hégémonie[6]. Critiques qui présentent d'ailleurs cette hégémonie comme un obstacle à la science, s'appuient sur les promesses non tenues, et le décalage entre les faits sur lesquels le BDMA se fonde ainsi que ses prévisions et la réalité des données épidémiologiques.

Nous allons donc pour commencer, présenter les positions sceptiques, d'inspiration libertarienne (pour Szasz), issue de la psychologie sociale (pour Peele) puis passerons à Herbert Fingarette qui leur est associé en vertu de leur holisme commun, mais dont la position est bien plus complexe. Il s'y rattache en quelque sorte par le fait de voir en l'addiction un choix personnel, tout en proposant qu'il est bien difficile de savoir ce que l'on choisit, quel impact *nous* avons vraiment dans nos décisions et qu'il est de toute façon difficile de lutter contre nos inclinaisons pour mettre nos actes en conformité avec nos pensées déclarées.

Nous verrons ensuite les propositions plus récentes en commençant par Gene Heyman, dont l'analyse épidémiologique sur laquelle il base sa théorie du *désordre du choix* a l'avantage de résumer les données qui mettent à mal le BDMA. Sa proposition est très largement reprise par toute la mouvance qui fait de l'addiction un type de choix, sous un certain angle, irrationnel, mais certainement pas exceptionnel et tout à fait explicable. Heyman est l'héritier d'une grande tradition behavioriste et son ouvrage, *Addiction, a Disorder of Choice* a l'avantage de résumer parfaitement un certain nombre de critiques fondamentales et de faits épidémiologiques sur lesquels elles reposent, communs à tous les opposants. C'est une bonne introduction aux critiques modernes et un bon résumé des points de

[6] Heather, Best, Kawalek, Field, Lewis, Rotgers, Wiers, & Heim, 2018.

désaccord. Nous le traiterons en détail afin d'avoir en tête le panorama actuel des critiques opposables au BDMA.

Nous reviendrons ensuite sur la théorie du choix rationnel et l'addict rationnel de Becker et Murphy et parlerons de la place de l'addiction dans un débat qui mêle psychologie et économie sous des formes qui descendent en droite ligne de l'utilitarisme benthamien. C'est dans le contexte théorique de ces conflits, qu'ont émergé les propositions contemporaines qui renouvellent l'approche de l'addiction. Ces modèles contemporains tentent de proposer une explication en termes de perturbation du choix en s'appuyant sur des travaux sur la manière dont nous prenons nos décisions dont une des expressions les plus abouties est celle de George Ainslie et qui découlent directement des théories de l'utilité.

Heyman et Ainslie sont tous deux issus du laboratoire de Herrnstein, successeur de Skinner à Harvard. Nous verrons comment ces théories s'articulent pour former aujourd'hui un fond commun permettant d'envisager de réconcilier réductionnisme biologique et autonomie. En effet, la particularité de ces théories est de rassembler approches scientifiques et philosophiques, réfutant, en partie sur des bases philosophiques, les présupposés du BDMA. On pourrait les rapprocher du scepticisme mais, ces approchent ne nient pas l'existence d'un phénomène comme l'addiction, ne conduisent pas à sa disparition, ne rejettent pas non plus la pertinence des données de la neurobiologie et tentent de concilier possibilité de choix et déterminisme biologique, elles sont intrinsèquement compatibilistes. Ensuite, elles font la part belle aux interactions sociales qui constituent le milieu dans lequel l'addict évolue et auquel il répond. Enfin, elles insistent souvent sur la force particulière des désirs en jeu, elles se distinguent par la manière dont elles concilient cette force particulière et la

capacité à choisir, et de comment elles l'articulent avec le volontaire et à la détermination du statut moral qui est accordé aux addicts ; la reconnaissance de la liberté posant la question de la responsabilité.

Nous proposerons qu'il existe dans le cadre même d'une réflexion individualiste et utilitariste qui reste compatible avec les neurosciences des approches de la rationalité qui permettent à la fois de prendre en compte une description plus congruente du phénomène qui nous a conduit à proposer une approche spectrale et de rendre justice à la description du phénomène par l'épidémiologie. Cette approche nous conduira à proposer de remettre l'addiction dans le giron de l'akrasie[7].

[7] Voir Nick Heather qui est à l'origine de l'Addiction Theory Network avec Derek Heim (Heather, 2018).

Chapitre I. Les Sceptiques

On a assisté dans l'histoire à une prise en charge progressive par la médecine de ce qui relevait auparavant d'une description morale des conduites et des choix. L'histoire des perversions, des conduites associées au *mal,* soulève la question du rapport entre santé et choix moraux. L'orientation sexuelle, par exemple, montre ces rapports difficiles entre ce qui relève de la question du choix de vie, du goût ou de la nature, d'orientations qui se confrontent à une norme. La psychiatrie, comme spécialité médicale, a dû questionner ses normes pour les établir comme critères de *santé*, entendus comme déterminant la gamme de fonctionnement *normal* de l'individu. C'est dans l'acception de ce *normal* que réside la difficulté. Il a fallu établir une définition du normal et du pathologique, qui permet de différencier ce qui relève de la psychiatrie et ce qui relève du choix personnel ou de la variation acceptable. La psychiatrie, ne reposant pas forcément sur des lésions physiologiques objectivables mais sur des comportements qualifiés de *déviants* par rapport à une norme, s'est confrontée à la définition de ces normes pour échapper à des classifications normatives relatives à des enjeux moraux dont la validité devient discutable à partir du moment où le choix personnel et la revendication de sa spécificité en tant que personne, unique, devient en soi une valeur dont on reconnaît la légitimité et l'importance[8]. Si la médecine se charge de ce qui

[8] Sur ce thème voir Foucault, 1999 ou il montre comment au XIXe a été constitué la "grande famille des anormaux". Les actes individuels déviants par rapport aux normes, qui sont aussi un mode de constitution de la subjectivité, en viennent à être considérés comme le fait d'individus constitutivement dérangés. Comment le discours psychiatrique dans le cadre judiciaire a, à partir de comportements hétéronormés, construit la dangerosité des personnes qui s'y adonnaient.

contrevient au bien-être physiologique, la psychiatrie, reposant sur des évaluations de critères mentaux, se trouve dans la difficile situation de devoir poser des bornes non arbitraires à la normalité.

Si certains ont cherché la solution de cette difficulté en adoptant une position nihiliste, parlant de «mythe de la maladie mentale», d'autres critiques se sont élevées contre la prise en charge par la psychiatrie de ce qui est considéré comme une question de choix de vie, de recherche de plaisir, ou de solution à un mal-être qui relève de la liberté individuelle. Le modèle maladie, en déclarant compulsif la consommation de l'objet, fait de l'addiction une pathologie qui se manifeste par la perte de liberté. Cette perte de liberté est expliquée par les modifications du substrat biologique qui inscrivent le phénomène dans la logique déterministe qui règne au sein du monde physique. Les critiques vont donc viser la portée réelle des données biologiques mais aussi les interprétations des comportements qui définissent l'addiction.

Plusieurs modes de contestation avec des arrières plans théoriques et des conséquences pratiques différents ont donc vu le jour et certains des arguments ne peuvent pas être simplement évacués au nom de *la science*, car ils s'inscrivent aussi dans le cadre même des pratiques scientifiques et méritent d'être entendus pour ce qu'ils sont, des critiques étayées et argumentées.

Ce qui ressort des critiques du BDMA est à mettre en relation avec les évolutions des DSM qui proposent des tableaux de l'addiction et des types d'addicts extrêmement différentes d'une version à l'autre, la description du phénomène traité est au mieux incomplète, au pire totalement en désaccord avec l'épidémiologie. C'est-à-dire que le BDMA propose un modèle de fonctionnement de ce qui n'est qu'une chimère, d'un soi-disant fait qui

relève du fantasme et dans la construction duquel on peut voir des jugements de valeurs.

l) Szasz, l'antipsychiatrie et la chimie cérémonielle

a) Le mythe de la pathologie mentale

Szasz est considéré comme un des principaux représentants de l'antipsychiatrie philosophique[9]. Dans *The Myth of Mental Illness*, il déclare que :

> l'affirmation selon laquelle «les maladies mentales sont des troubles du cerveau pouvant être diagnostiqués» n'est pas fondée sur la recherche scientifique ; c'est un mensonge, une erreur ou une renaissance naïve de la prémisse somatique de la théorie humorale depuis longtemps discréditée, de la maladie.

Pour lui, la notion de pathologie mentale repose sur une erreur linguistique, une métaphore abusive dans le sens où le pathologique doit reposer sur une altération du substrat biologique, altération biologique qui définit la pathologie somatique selon Szasz. L'absence de lésion organique dans les phénomènes traités par la psychiatrie fait que l'emploi de cette expression est un abus de langage qui cache, selon lui, un abus de pouvoir.

[9] Il récuse d'ailleurs ce terme car un courant fondé en 1967 se réclamant de cette appellation a tenté de réformer la psychiatrie : ce qui, pour lui, reste de la psychiatrie.

Il s'agit de phénomènes de l'esprit, l'esprit n'est pas un substrat biologique donc ces phénomènes n'ont rien à voir avec la médecine ni la science. Pour Szasz, quand un patient se voit diagnostiquer une «pathologie mentale» accompagnée d'une altération physiologique du cerveau, son cas dépend de la médecine du cerveau, de la neurologie. En cas d'absence de lésion somatique, il n'y a rien à attendre de la médecine. Pas de lésion, pas de pathologie. La neuropathologie est justifiable, pas la psychopathologie. Il n'y a aucun besoin d'une notion de pathologie mentale si cette pathologie repose sur une altération du substrat cérébral et sa seule utilité est, pour Szasz, de qualifier des comportements jugés inadéquats. L'observateur juge un comportement inapproprié et le taxe de pathologique ; c'est un jugement de valeur, une attitude normative.

Sa notion de pathologie repose sur le dysfonctionnement d'un organe qui ne remplit plus sa fonction. Pour ce qui est des comportements, cela revient à déterminer quelle est la fonction de l'esprit, et donc quelle est la fonction d'un être humain, pour être à même d'établir un éventuel dysfonctionnement de cette fonction par rapport à son optimal. Or cela revient à se poser la question du sens de la vie qui tient pour Szasz du domaine de la philosophie et de la religion, pas de la science médicale.

Szasz s'alarme notamment de la possibilité d'user de coercition pour prendre en charge un individu qui refuse d'être soigné. La grande faute de la psychiatrie, au-delà d'exister, est avant tout d'être une alliance entre le pouvoir étatique et la médecine comme il existait une alliance entre religion et état pour réguler les comportements personnels. Ces comportements sont basés sur des normes et croyances, sur l'éthique de l'individu, sur des données historiques, sociales : les rapporter à une dimension «scientifique», biologique, sans ouvertement assumer la part subjective, est alors une

stratégie de contrôle des comportements qui cherche à s'assurer le suivi de normes sociales établies par le pouvoir en se cachant derrière une pseudoscience. Pour Szasz, l'individu coupable de conduites jugées déviantes est alors privé de fait de sa liberté. «Malade» il n'a pas de responsabilité dans ses actes, on lui dénie la capacité de choix et donc celle du libre arbitre, il est déshumanisé. L'autorité considère que personne ne peut dévier de ses normes en toute conscience et en dévier revient à courir le risque de se voir nier toute conscience.

b) L'addiction est un mythe comme les autres

Dans cette veine, en 1974, avec *Ceremonial Chemistry,* Szasz s'attaque au concept d'addiction. L'addiction n'existe pas. Le concept est un outil de persécution des usagers de drogues dont le comportement est condamné par des normes sociales. La psychiatrie se fait, là encore, le bras armé de la politique, en justifiant un traitement des comportements déviants sur une base théorique abusive.

Il y a, pour Szasz, d'abord une confusion entre l'effet pharmacologique des drogues et leurs usages pratiques : les gens ne deviennent pas dépendants des drogues parce qu'elles sont addictives, elles sont addictives parce qu'ils aiment leurs effets et donc en font usage. Les produits utilisés sont des substances qui procurent du plaisir, un état agréable, ou combattent les sensations négatives, il est dans leur nature d'être plaisants, sans cela, leur effet premier, l'effet pharmacologique recherché, ne serait pas. On dit de l'essence qu'elle est inflammable parce qu'elle brûle et c'est nécessaire à sa fonction, c'est dans sa nature, il est idiot de chercher une substance qui brûle mais qui serait non inflammable comme il est idiot de vouloir trouver une de ces substances qui garderait ses propriétés pharmacologiques d'usage et

qui ne rendrait pas dépendant. Pour Szasz, parler d'addiction dans les manuels de pharmacologie est une erreur conceptuelle. Si on l'accepte, il faut aussi accepter de parler des meurtres par empoisonnement dans les manuels de pharmacologie et traiter du culte du soleil dans les manuels d'astrophysique.

Le terme *addict*, du point de vue défendu ici, définit une personne stigmatisée à cause de son comportement, qualifiée ainsi contre son gré et non pas un malade. L'addiction est l'équivalent de la sorcellerie, une pratique réprouvée pour des raisons sociales, mystiques, pas une maladie.

> Comme l'Occident chrétien était autrefois confronté au problème de la sorcellerie, le monde scientifique est désormais confronté au problème de la drogue.

L'usage des drogues est pour Szasz cérémoniel et il faut différencier l'effet des produits et leurs usages, codifiés par des pratiques, qui s'apparentent à la pratique religieuse. Szasz milite pour la reconnaissance d'une «chimie cérémonielle», qui pourrait rendre compte de l'usage de l'eau dans le cadre du baptême, domaine qui n'a rien à faire dans le cadre d'un manuel de chimie organique, tout comme l'usage des drogues, qui dépend de la sociologie, de l'anthropologie, n'a rien à voir avec la pharmacologie. La notion d'addiction est une formulation ésotérique qui permet d'agir contre des comportements jugés déviants par le pouvoir étatique dans son alliance avec le pouvoir médical. Là encore, la question de la responsabilité des individus dans leurs choix, comme plus généralement décrit dans *The Myth of Mental Illness*, est au centre de sa thèse.

La psychiatrie est présentée en parallèle comme une religion dans le sens où elle donne un sens aux comportements. Pour Szasz, la médecine a

remplacé la religion dans la société ; elle a ses règles (ce qui va dans le sens de la santé est bon ce qui va à l'encontre est mal) et ses rituels. La psychiatrie est une forme de rituel, ce qui est considéré comme mentalement sain est bon, le reste, mauvais et taxé de «malade». Toutes les sociétés, selon Szasz, ayant besoin de sacrifices, l'addict est une forme moderne de bouc émissaire persécuté pour des raisons symboliques utiles à la cohésion sociale, tout comme les sorcières en leur temps. L'addict s'affranchit des normes, suit ses propres rituels qui vont à l'encontre des rituels prescrits par la norme. On voit ici le thème de l'existence d'une contre-culture où l'usage des substances psychoactives est intégré à ses normes, contre celles de la culture dominante en place à laquelle elle s'oppose. Le consommateur doit donc, pour cet acte de rébellion, être puni, stigmatisé, montré à tous en exemple et traité comme «fou» c'est-à-dire forcément irresponsable car quiconque est responsable, sain d'esprit, ne peut s'éloigner des normes fixées. C'est une modalité de contrôle social, sa spécificité venant de sa connotation sanitaire.

> Il n'y a qu'un seul péché politique : l'indépendance. ; et une seule vertu politique : l'obéissance. [...]
>
> Pourquoi la maîtrise de soi, l'autonomie, est-elle une telle menace pour l'autorité ? Car celui qui se contrôle, qui est son propre maître, n'a pas besoin d'une autorité pour être son maître. [...]
>
> Comment alors considérer la situation du soi-disant toxicomane ou de l'usager de drogue ? Comme un enfant stupide, malade et sans défense, qui, tenté par les repoussoirs, les pairs et les plaisirs de la drogue, succombe au leurre et perd le contrôle de lui-même ? Ou comme une personne en contrôle de lui-même, qui, comme Adam, choisit le fruit défendu comme moyen élémentaire et facile de se mesurer à l'autorité ?

Pour Szasz les deux options sont aussi peu sûres l'une que l'autre et toutes deux justifiables, mais il est impossible de prendre les deux à la fois, de traiter l'addict comme un enfant irresponsable et comme un adulte

responsable. Il faut choisir entre le traitement judiciaire et médical. Pour Szasz, l'addict choisit un mode de cérémonie particulier, la notion d'addiction n'est qu'un mensonge, nécessaire à la cérémonie expiatoire dont le but est de montrer l'exemple et de protéger le pouvoir en place contre les tentatives d'émancipation de ses administrés. L'addict est irresponsable (traitement médical) mais coupable (traitement judiciaire) : il y a deux formes de punition dans le sacrifice.

Au-delà du caractère polémique des ouvrages de Szasz, leur grand intérêt tient à sa manière de développer indépendamment le thème foucaldien du biopouvoir, d'appuyer sur l'interpénétration originelle de critères moraux et d'une verbalisation scientifique, voire scientiste, dans le domaine de l'addiction, qui pose un réel problème notamment pour l'efficacité des politiques de prévention. Se présentant sous un jour objectif, de dangerosité déterminée selon les critères de la pharmacologie pour justifier les interdits, elles se heurtent au mur de la réalité ; les drogues les plus dangereuses ne sont pas les drogues interdites (l'alcool par exemple), les drogues «bénignes» ne sont pas les drogues autorisées. De même, les théories de l'escalade, «scientifiquement prouvées» qui montrent que toute consommation de drogue (interdite) même dite «douce» entraîne inexorablement l'utilisation de produits extrêmement dangereux sont des arguments fallacieux. Par une analyse historique pointue des rapports entre société et drogues, Szasz met en lumière avec une acuité extrême les incohérences du traitement social des drogues et, surtout, du comportement individuel qui consiste à chercher, dans le contact avec ce genre d'objet, une expérience existentielle qui va se heurter aux normes en vigueur. Pour Szasz, dès l'origine, la science est corrompue par des intérêts politiques et les tenants de l'addiction maladie sont au mieux aveuglés par un état de fait initial qui les dépasse. Partant d'un présupposé intenable,

toute la suite de leurs recherches est entachée d'erreurs voire de mauvaise foi.

Tous les opposants au modèle maladie reprennent les arguments historiques de Szasz[10], peu avec autant de détails. L'importance de la dimension morale d'un sujet soi-disant objectif, la question du libre arbitre et du choix et celle de la légitimité de l'acte de qualifier de pathologiques, d'irrationnels, des comportements, décrits par les addicts eux-mêmes, parfois, comme librement consentis, pour l'unique raison qu'ils vont à l'encontre de la norme, reprennent leur place dans le débat, en partie sous l'impulsion de Szasz.

Enfin, Szasz insiste sur la notion de rituel. La définition de ce qu'est un rituel n'est pas claire[11], mais on peut résumer par une séquence d'acte locomoteur ayant un sens pour l'individu qui l'effectue. Il existe évidemment une dimension sociale aux rituels qui codifient les rapports entre individus, chacun participe aux rituels, en tant qu'acteur ou que spectateur, même si le spectateur peut parfois participer du rituel de par son statut de témoin. Ils servent à transmettre les codes culturels et à créer des liens entre les membres de la *tribu*. Un groupe humain se définit par ses rituels auxquels ses membres se réfèrent pour montrer et définir leur appartenance à ce groupe. Or parmi les rituels, les rituels religieux ont fait et font appel à l'usage de drogues dans le cadre des cérémonies. L'usager de drogue pourrait alors être vu comme pratiquant une forme de religion en dehors du cadre de la religion dominante. D'autre part, la consommation des drogues est ritualisée. Dans les années 1970 des études commencent à s'intéresser à ce sujet, et mettent en évidence une forme de socialisation

[10] Szasz retrace l'histoire des consommations de substance dès l'aube de l'humanité. Il relève l'usage cérémoniel des drogues, l'évolution des interdits au gré des civilisations. Il reprend l'histoire des liens entre les USA et les drogues etc.
[11]Durkheim, 1912 ; Goody, 1961 ; Nagendra, 1971 ; Du Toit, 1977.

alternative par la pratique de ces rituels[12]. La contre-culture de ces années-là possède parmi ses codes l'usage de substance et comme le fait remarquer Szasz, il existe une socialisation alternative qui n'est pas acceptée par la société à partir de, et contre laquelle elle existe. Szasz lie rituels et pratique religieuse, dans la lignée de Durkheim, mais les rituels peuvent aussi être séculier, se faire la bise, est par exemple un type de rituel et les routine personnelles peuvent l'être aussi à partir du moment où elles ont un sens pour celui qui les effectue[13]. Le thème du drogué est repris tant au cinéma que dans la littérature ou la musique et celui de l'injection par exemple devient l'occasion de séquences stylisées. Mais ce qui est mis en évidence au-delà de la théâtralité, c'est la question du sens. Le rituel est une pratique qui a un sens pour celui qui l'effectue. Cette question du sens est fondamentale pour les opposants au modèle maladie, le sens pour l'addict renvoie alors à un choix de sa part, la drogue est une façon de faire, une réponse à quelque chose. Cette idée de rituel ainsi définie résume quasiment les points fondamentaux des auteurs que nous allons voir.

La question des rituels de leur mise en place et de leur sens est vaste, nous renvoyons à la thèse de Grund, 1993 qui explore le sujet en détail. On peut cependant faire remarquer qu'étant constitués de comportements unitaires routiniers, répétés on peut aussi les intégrer dans une approche

[12] Le sujet revient sur le devant de scène avec l'épidémie de SIDA et les pratiques des héroïnomanes sont scrutées. Cependant, dès les années 1960 Agar étudie en détail les rituels des héroïnomanes et en donne une description et une analyse détaillée. Plus tard, Zinberg fait de même. Ils mettent en évidence à la fois la ritualisation et la double dimension mystique et séculière de ces rituels. Le sujet semble tomber en désuétude puis revenir dans les années 2000 à la lumière de l'intérêt pour la réduction des risques et surtout de celle de la réduction des dommages.
Agar, 1977 ; Zinberg, 1984. Voir aussi Decorte, 2001 et le livre édité par Du Toit, 1977. Voir surtout la thèse de Grund, 1993.

[13] Burroughs, dans sa description du monde des consommateurs dans *Naked Lunch* et *Junky,* alterne entre une vision pratique et intéressée de l'addict pour qui tout geste à une raison rationnelle et pratique, une raison utilitaire immédiate, niant toute dimension spirituelle et mystique et à d'autres endroits insiste sur le fait que les addicts s'entourent de porte-bonheurs, de talismans. Le sens semble alterner entre dimension mystique, religieuse et pratique, séculière.

biologique du phénomène. Chaque geste du rituel et le rituel dans son ensemble porte la marque de l'addiction, nous verrons par la suite que les renforcements se transmettent de proche en proche et on peut supposer que chaque geste a été renforcé par capillarité à partir de la récompense finale qu'est l'effet de la substance. D'autre part chaque geste suit l'autre avec une continuité prévisible, le rituel est rassurant il n'y a pas de place pour l'inattendu, il s'oppose au chaos de la vie qui réserve constamment des surprises voire des situations inattendues qu'il faut gérer, ou simplement de moments difficiles, des situations génératrices de stress. Le seul stress du rituel est celui de l'attente, qui sera comblée. Nous proposerons que le stress est un élément central de l'addiction et que les routines comportementales qui accompagnent les addictions sont liées à un nœud central de chaque addiction, un cœur comportemental. Le rituel peut se comprendre comme un élément rassurant permettant de lutter contre le stress du monde, amenant sa propre attente, à la fin récompensée, son propre stress, à la fin expurgé. On peut alors envisager que ces rituels puissent devenir des réponses pour la dissipation des tensions, des stratégies d'adaptation, de *coping*. Ce thème de l'adaptation est central chez Peele que nous allons voir maintenant.

2) Le modèle psycho-social de Peele

Pour Peele[14], l'addiction est la norme *et* l'exception. La norme car tout

[14] Stanton Peele est psychologue et avocat. Il se caractérise par son opposition aux groupes en 12 étapes, puis, plus récemment au BDMA. Il est l'un des premiers à avoir théorisé l'addiction comme choix personnel dans un système qui mêle responsabilité collective et personnelle de l'addict. La société est responsable des conditions de vie qui poussent à choisir une stratégie délétère, mais les addict restent libres et capables, si on leur donne les

le monde expérimente cette situation, ou vit des situations qui permettent de comprendre sans difficulté ce qui en retourne. L'addiction n'est pas cette situation très particulière décrite par les modèles biologiques. Elle n'est pas un phénomène relatif à une ou des substances particulières. Mais l'addiction est aussi l'exception car les pratiques comme les consommations de substances qui peuvent mener à une addiction n'y mènent pas dans la majorité des cas[15].

Dans *Love and Addiction*, Peele et Brodsky, en 1975, font un parallèle entre l'amour et l'addiction. D'une part, le *véritable amour* est l'exacte opposé de l'addiction, d'autre part, les relations amoureuses de dépendance, fréquentes selon eux et typiques d'un mal civilisationnel qui fleurit sur une crise profonde des valeurs et de l'individualité aux USA, sont un exemple paradigmatique de ce qu'est l'addiction, c'est-à-dire une stratégie, un type de rapport à un objet. En mettant en œuvre cette stratégie erronée pour faire face à la vie, certaines personnes se trouvent prises au piège mais gardent toutes les chances de s'en sortir pour peu qu'on ne les condamne pas en leur collant une étiquette de malades chroniques et privés de liberté.

L'addiction est ici une stratégie qui permet d'obtenir des gratifications, c'est un moyen de faire face à des conflits internes ou des pressions externes, un moyen de retrouver facilement, de manière prédictible, un état de bien-être. Cependant, cette gratification a un coût, coût qui peut dépasser le bénéfice, mais tant que l'individu pense que l'addiction lui est, parfois, par moment, bénéfique, il continue à employer cette stratégie qui lui semble

---

choix, de choisir d'autres stratégies.
Il tient un blog qui lui permet de diffuser ses positions au grand public. Le ton y est volontier militant et polémique. Il propose aussi un traitement de l'addiction à partir d'un abonnement sur un site internet.

[15] On trouve là deux critiques fondamentales ; ce que le modèle maladie décrit comme étant l'addict n'est qu'une toute petite partie des personnes effectivement concernées, une sous-population (la plus impactée) et son pendant, l'interprétation sélective des données statistiques concernant le devenir des consommateurs (en partie parce qu'elle se fonde sur cette sous-population).

payante.

Pour Peele[16], il s'agit d'une expérience. Expérience qui permet de retrouver de la confiance et de l'estime de soi et qui touche des individus pour qui la vie, le contexte, l'entourage, ne permettent pas d'obtenir «normalement» suffisamment de gratifications et d'estime de soi. Le problème de l'addiction tient à ce qu'elle est une gratification qui ne socialise pas. Le piège est alors de subir en retour une détérioration de l'estime de soi à cause de son statut d'addict. Dans ce cas, soit il est possible de mettre en œuvre une autre stratégie, plus conforme au bien-être, plus socialisante, «intégrante», et l'individu sort de l'addiction, au prix de modifications drastiques de son fonctionnement, de son rapport aux autres et donc, aussi, de son cadre de vie au sens large, notamment de ses interactions sociales car l'addict doit trouver sa place dans le monde et pour cela il doit changer son monde et sa façon de le percevoir, soit il ne le peut pas et devra renforcer son estime de soi, rechercher une gratification par le seul moyen qu'il connaît, c'est-à-dire l'addiction, à la fois cause et remède.

Il en ressort qu'il existe des situations, des moments de vie qui sont propices à l'expérience de l'addiction comme l'adolescence, la guerre (les soldat américains au Vietnam présentaient un taux de consommation d'héroïne extrêmement élevé), toutes les situations dans lesquelles l'agent est privé du support de la communauté, des liens aux autres, dans une situation de désespoir ou de sentiment d'inutilité[17]. Cependant, l'expérience montre que ces situations ne durent pas et que les personnes peuvent dépasser l'addiction quand le contexte change. De plus, il apparaît aussi que, pour Peele, si notre vie est convenable, suffisamment intéressante, gratifiante,

[16] Peele et Brodsky (1975), Peele, S. (1977, 1979,1980a, 1980b, 1985, 1998).
[17] On voit la très américaine notion de communauté au centre du dispositif théorique de Peele, ce qui peut amener à se demander à quel point ses travaux sont exportables ou simplement valable dans un autre contexte social ; Peele pousse de part l'importance qu'il donne au contexte social à une forme de relativisme qui tient sans doute à la nécessité de se placer en position d'accepter ce relativisme pour comprendre sa pensée.

pleine, quelle que soit notre biologie, il n'y a aucune raison de faire de l'addiction le centre de cette vie qui n'en a pas besoin, tout au moins, l'expérience ne durera qu'un temps et il sera facile de reconstruire sa vie autour de ces «valeurs» au détriment de l'addiction.

Affirmer que l'addiction est une maladie tient pour Peele de la prophétie autoréalisatrice quant à la capacité de réagir des individus concernés. L'addict s'il est convaincu qu'il ne peut rien y faire, car cela relève de la biologie de son cerveau ou d'un mécanisme comme une grippe (on ne choisit pas d'être ou de ne pas être grippé quand le virus s'installe), ne pourra effectivement rien y faire. L'addict doit restructurer sa vie et non pas lutter contre l'addiction qui n'est en fait qu'anecdotique. Il doit donc avoir la conviction qu'il en est capable.

La consommation de substances n'est qu'une des formes de cette stratégie d'adaptation erronée. On l'a isolée et on en a fait un phénomène à part en raison du jugement réprobateur que la société porte sur ces conduites et ces substances. Plutôt que d'assumer le choix social arbitraire de condamner certaines substances, nous les avons médicalisées dans la lignée de la médicalisation des comportements moraux auparavant jugés déviants dont la prise en charge relevait des autorités morales. Il n'y a d'autre réalité de l'addiction qu'une stratégie adaptative de l'individu qui se trouve condamnée à prendre une place trop importante. C'est cela, l'addiction. En montrant que les relations amoureuses peuvent relever de l'addiction, et que la définition de l'addiction pharmacologique archétypale aux opiacées est fausse et ne repose sur aucun fait concret, il s'agit de prouver l'inanité du concept.

Dans *Love and Addiction*, Peele et Brodsky commencent par montrer les similarités entre certaines relations amoureuses et l'addiction. Le fait de faire de l'autre ou de la substance sa raison d'être, sur la base de difficultés à

vivre convenablement une vie riche et complexe, la création d'un monde à soi, duquel les autres sont exclus, avec ses propres règles de fonctionnement, la ritualisation et le manque. Pour montrer que l'amour peut être une addiction, il convient de montrer que la consommation de drogues, comme la relation amoureuse peut se faire sans dériver vers une forme extrême, ce sujet est traité de manière plus complète dans l'ouvrage de Peele *The Meaning of Addiction*. Il s'agit de montrer que l'addiction aux narcotiques, ici les opiacées, n'est pas ce que l'on en dit ; une maladie chronique à l'évolution inexorable et souvent fatale, comme l'affirment le BDMA, les groupes AA et plus généralement le gouvernement américain.

Peele et Brodsky veulent montrer qu'amour et héroïne peuvent tous deux se vivre sans préjudice comme dériver vers une situation nommée addiction. Ce que l'on nomme la *Viêt-Nam experience*[18], y tient une place centrale et est constamment reprise, dans tous les travaux anti maladie. Elle montre l'influence considérable du contexte pour le développement et le maintien de l'addiction. Peele, en psychologue social, y voit une discréditation des théories biologiques. Les usagers involontaires, comme les personnes mises sous morphine à l'hôpital et dont le taux d'addiction est extrêmement faible sont une autre catégorie de consommateurs qu'ils utilisent pour illustrer leur propos. Ils convoquent aussi les personnes qui consomment des médicaments à forte dose comme les tranquillisants et les anti-douleurs[19].

Ensuite, ils s'appuient sur l'étude de Chein[20], qui montre l'importance du rituel chez des consommateurs d'héroïne new-yorkais, dans laquelle une

[18] 35 % des soldats américains ont expérimenté l'héroïne, jusqu'à 20% pouvaient être considérés comme addict. Seuls 12% sont connus pour avoir rechuté une fois rentrés chez eux dans les trois ans, soit environ 10% des consommateurs sévères, voir Robins, 1974, 1994, Robins et al., 2010, un article de 1977 repris en 2010, Robins, et al. 1974a, 1974b, 1975, 2010 et Helzer et al. 1976.

[19] La crise des opiacées qui frappe aujourd'hui les USA semble leur donner tragiquement tort...

[20] Chein et al. 1964 et Chein, 1969.

catégorie de jeunes consomme irrégulièrement, sans montrer de signe de sevrage, et une autre consomme de très faibles doses, insuffisantes pour normalement créer les symptômes mais qui montrent tout de même des signes de sevrage quand la consommation est impossible. Cette étude indique encore que la ritualisation et le contexte social de consommation jouent un rôle dans l'addiction. Ils citent aussi Winick[21], qui montre l'arrêt spontané des trois quart des consommateurs avant leur 36 ans (¼ avant 26) d'où ils concluent que l'héroïne est surtout un rituel d'adolescence, puis l'étude de Lasagna[22] sur l'efficacité comparée de la morphine et d'un placebo qui sert à montrer que ce que croit le consommateur est plus important qu'un quelconque effet pharmacologique.

En s'attachant à montrer que la relation amoureuse peut dériver vers une forme semblable à l'addiction, ils font de l'addiction un phénomène que tout un chacun peut expérimenter, un élément commun de la vie humaine, une expérience qui n'a rien à voir avec une quelconque propriété pharmacologique et, en conséquence, qui ne repose pas sur un dévoiement du fonctionnement neurobiologique que l'on pourrait taxer de maladie. Peele et Brodsky, montrent aussi que des conduites comme la sexualité (qu'ils différencient de la relation amoureuse, en faisant un binôme qu'ils rapprochent de la distinction entre drogues dépressiogènes et excitantes), mais aussi le jeu, le shopping etc. toutes ces activités que tout le monde expérimente *peuvent* devenir addictives. Il faut donc rejeter l'idée selon laquelle toute consommation de drogue *va* devenir addictive. Il n'y a pas d'automaticité, pas de déterminisme à l'œuvre. Ce qui est important est le rapport que chacun entretient avec ces activités, la place qu'elles occupent, le rôle qu'on leur donne :

[21] Winick 1962
[22] Lasagna et al. 1954.

> Les gens réagissent à des drogues puissantes, même à des doses régulières, de différentes manières. En même temps, les gens réagissent à une variété de drogues différentes, ainsi qu'à des expériences qui n'ont rien à voir avec les drogues, avec des schémas de comportement similaires. La réaction des gens à une drogue donnée est déterminée par leur personnalité, leur origine culturelle, leurs attentes et leurs sentiments à l'égard de la drogue. En d'autres termes, les sources de l'addiction résident dans la personne, pas dans la drogue.[23]

Une addiction, c'est une obsession pour un objet central, un investissement pour cet objet au détriment du reste, une perte de contrôle en faveur de l'objet et la réorientation des priorités vers cet objet : l'addiction est une forme d'attachement et le potentiel addictif d'un objet réside dans la signification de cet objet pour l'agent pas dans l'objet lui-même. L'addiction est un phénomène social, la biologie n'a pas d'intérêt pour en parler. L'implication de la biologie est considérée comme l'élément central de la théorie maladie ; elle en fait un phénomène soumis au déterminisme, ce que récusent Peele et Brodsky. Selon eux, il n'y a pas d'addiction, de maladie, il n'y a que des histoires personnelles qui peuvent se raconter à la première et/ou à la troisième personne.

L'ouvrage propose ensuite de montrer comment la société américaine crée de l'addiction en analysant la crise de l'identité américaine. Dans la réédition de 2015, ils reviennent sur leur analyse et montrent que les générations qui ont suivi s'inscrivent encore dans les mêmes processus sociaux. Le temps n'a fait qu'amplifier la perte de repères, les jeunes générations sont à la fois plus solitaires à cause des usages du numérique et

[23] Peele et Brodsky, ((1975) 2015) p41. *Love and Addiction* a été réédité deux fois, en 1991 et en 2015. Les auteurs ont écrit de nouvelles préfaces, des introductions aux différents chapitres et mis en exergue des passages. Nous reviendrons sur leurs commentaires en préface qui replacent l'évolution du débat et particulièrement sur la question des addictions comportementales, notion qu'il considère être un dévoiement de leur proposition initiale.

du sentiment d'insécurité qui ne permet plus de laisser sortir seuls les enfants s'amuser dans le voisinage en autonomie. Les enfants vivent cachés, au sein de leur famille, dans un certain isolement. D'autre part, le reflux des valeurs traditionnelles laisse chacun sans repère pour le guider, devant une nécessaire autonomie dont le corollaire est la responsabilité de devoir se débrouiller seul pour définir ses propres valeurs et trouver du sens à sa vie. L'addiction révèle un besoin de structure externe à laquelle se raccrocher, et se voit favorisée par ces évolutions du point de vue de la famille nucléaire comme des valeurs sociales. Le chapitre 5 concernant une forme de *love addiction*, au sexe plus qu'à la relation amoureuse, leur semble devoir rendre compte des pratiques en augmentation liées à la recherche de partenaires à court terme (*hook up*), qui s'est développée chez les millenials, avec les outils numériques de rencontres rapides.

Enfin, la société américaine est en échec éducatif, échec qui se manifeste par l'incapacité de mettre en œuvre ce qui a été appris, laissant l'individu démunis. Les différences sociales se sont amplifiées mais les classes supérieures sont aussi concernées. L'individu moderne n'a pas les moyens de trouver ses solutions aux problèmes qui lui sont posés dans un cadre familial qui l'a isolé et alors qu'il est privé des ressources traditionnelles. En gagnant sa liberté, il en paye un prix démesuré. Face aux conséquences, notamment l'addiction, c'est-à-dire une mauvaise solution à des problèmes existentiels réels, la société moderne compte sur la science, la médecine et la psychiatrie. Elle remplace la nécessaire prise de responsabilité personnelle par la croyance en de nouveaux oracles, qui, pour le sujet qui nous intéresse, donne de l'addiction une image fausse et tronquée mais qui permet de mettre un nom sur le trouble que nous vivons et de nous décharger de la responsabilité d'avoir à la prendre en charge et à régler nos propres problèmes ; nous échangeons alors notre liberté contre le soulagement d'être déresponsabilisés.

Le grand intérêt des travaux de Peele est d'avoir fait sortir l'addiction de la pharmacodépendance. Comme l'addiction est une stratégie, c'est le rapport à l'objet qui compte. Il y a bien des drogues avec des effets pharmacologiques, mais pour lui cette force est secondaire, (voir l'exemple avec les GI au Vietnam et la facilité avec laquelle la majorité a su se débarrasser de l'héroïne en se réintégrant dans la vie civile). Tous les objets capables d'être investis dans une relation d'attachement sont potentiellement addictifs ; drogues, comportements, partenaires… En cela, *Love and Addiction* pose le premier jalon de la reconnaissance de l'addiction comportementale… malgré l'opposition de ses auteurs à cette notion. Peele continuera de raffiner son approche de l'addiction, Brodsky s'intéressera de son côté aux relations amoureuses.

Love and Addiction est un succès éditorial, et les idées de ses auteurs vont se diffuser rapidement. La question de la possibilité d'être addict à une activité est envisagée dans le DSM dès le IV, dans une catégorie traitant des troubles du contrôle des impulsions, mais la liste des activité est restreinte, et concerne des activités moralement réprouvées, comme la kleptomanie, le jeu… Pour certain, Peele et Brodsky pourraient revendiquer d'avoir été parmi les premiers à avoir attiré l'attention sur ces addictions, or, cette notion même est pour eux un monstre. Il n'y a pas, à leur sens, de phénomène pathologique tel que l'addiction, ni pharmacologique ni comportementale. Il y a des façons de vivre centrées autour de certaines activités qui s'avèrent problématiques. L'idée d'addiction comportementale leur semble reposer sur une extension du mécanisme supposé de l'addiction, c'est-à-dire une implication du biologique dans des activités de la vie de tous les jours. Peele dans *The Meaning of Addiction* propose une exposition plus technique du problème, les considérations sociologiques sont délaissées en partie pour s'attarder sur les modalités psychosociales qui

président à ces comportements et, surtout, pour montrer qu'il ne s'agit pas d'une question de biologie ; l'addiction est un fait social et en cela, l'individu peut, en prenant conscience de sa capacité à faire, se réadapter, changer.

Tout au long de l'œuvre la primauté du social est scandée et la biologie révoquée, pour cela le qualificatif de maladie est refusé. L'addiction est un fait social car elle repose sur des difficultés d'ordre social, la gestion des interactions interpersonnelles, la difficile tâche de trouver sa place et des sources de gratifications. L'organisation sociale elle-même est en partie responsable des difficultés créées et les stratégies d'adaptation répondent à ces difficultés. La perte de la croyance en sa propre indépendance, en sa capacité à choisir et agir, à décider, la crise de l'individualisme, ici américain, est la cause, le contexte et la condition de possibilité de l'addiction. Ce que l'on nomme addiction n'est que la difficulté qu'il y a à vivre de manière autonome.

Les exemples pris par Peele et Brodsky sont issus des milieux blancs et aisés de la société américaine, choix assumé par les auteurs, pour montrer aussi l'importance du phénomène en dehors des milieux défavorisés qui sont plus généralement pris en exemple pour les usages de drogues. La crise de l'individualité est présentée comme globale, l'addiction est un avatar de la perte de repères de l'Amérique. Mais l'analyse sociologique reste en surface, les exemples sont des vignettes fictives, le phénomène n'est pas inscrit dans l'histoire, ni décrit dans sa dynamique. C'est avant tout de la perte ressentie de la liberté et de ses manifestations dont il est question. Le rêve américain de l'individu libre et entreprenant s'est fracassé sur l'impossibilité qu'il semble y avoir à assumer cette liberté et qualifier ces conduites de maladie enlève le reste de liberté qui subsiste.

Peele est à la fois sceptique en ce qui concerne l'existence de quelque chose comme l'addiction et il en fait un symbole de la crise que traverse

l'Amérique. De cette crise, rien ne sera explicité, on comprend qu'il s'agit de la difficulté à être autonome, mais les exemples donnés de l'implication du contexte social sont pertinents et crédibles. Il relève les données qui montrent que l'addiction est sensible au contexte, il en déduit qu'elle est une solution à une situation critique. Or cette solution est mauvaise et nous y cédons parce que nous n'avons plus les ressources nécessaires pour prendre les bonnes décisions. La dimension sociale agit à la fois sur la situation problématique et sur la formation d'individus incapables de réagir. La première est alors soulevée sous la forme des dérives de la modernité, la seconde en listant les raisons d'ordre éducatives, familiales et de croyances collectives qui en sont responsables. Mais l'analyse en reste là, prisonnière de problématiques américaines. L'addiction est une stratégie d'adaptation mais ce qui la conditionne reste contextuel. Il faut se référer aux travaux de Alain Ehrenberg pour une analyse plus fine qui montre que l'intuition de Peele pourrait correspondre à la difficulté à être autonome et que les objets susceptibles d'addiction pourraient être ceux que l'on considère pouvoir nous apporter une forme d'autonomie. Mais Peele ne fait que constater que l'addiction est une (mauvaise) réponse à certaines difficultés et que la crise de l'idéal social américain (qui n'est pas décrite) amplifie le phénomène. Il ne donne pas une analyse anthropologique globale, ni ne généralise au-delà d'un certain contexte social américain.

L'addiction prend chez Peele une dimension sociale, mais c'est sa seule dimension. Peele rejette toute implication du biologique qui signifierait la condamnation au déterminisme selon l'équation : les sciences de la vie sont déterministes et ce déterminisme est incompatible avec le libre arbitre. Aucune conduite humaine ne peut être expliquée ainsi et ce que l'on nomme addiction, en relevant du rapport d'un individu à un objet pour des raisons qui tiennent à ses difficultés à trouver sa place dans le monde est une

conduite qui relève du sens que l'on donne à sa vie. C'est cela qui lui fait rejeter le terme de maladie. Il semble que maladie implique une origine organique, l'organique implique le déterminisme, le déterminisme empêche le choix, or les addicts parfois choisissent (d'arrêter comme les GI ou la majorité des consommateurs, de se contrôler dans certaines conditions etc.) Ce qui semble conduire Peele est la croyance que la société consiste en l'interaction d'individus libres. En cela l'addiction est un outrage au modèle individualiste américain et la crise de cet individualisme est à la fois un danger pour le mode de vie traditionnel et la conséquence de la perte des valeurs de cet individualisme fondateur qui repose sur la liberté.

Sur la question de la liberté Peele semble considérer que le déterminisme biologique est fondamentalement incompatible avec le libre arbitre, comme les addicts semblent montrer certaines capacité de choix, il faut disqualifier le biologique, au prix d'arguments parfois faibles, qui semblent tenir à une forme non explicite de libertarianisme qui s'explique ainsi : le social est l'alpha et l'omega des explications concernant les comportements mais il s'explique lui-même par les comportements individuels. Le social peut à lui seul donner des explications, des raisons au sens fort, presque déterministe, mais les individus définis par leur capacité à agir librement, au sens de l'individu autonome du rêve américain, par leurs comportements suffisent à expliquer le social. On comprend mieux alors comment ce que l'on nomme addiction peut être à la fois le symptôme d'une société qui dysfonctionne (comme solutions aux problèmes insolubles) et la cause (la croyance en ma propre insuffisance rendant les problèmes insolubles).

Peele remet au cœur du problème des considérations que le modèle maladie avait, par son engagement dans le sens du *hard medical model,* oubliées, en prenant les simplifications des modèles biologiques comme rendant compte du réel et pas comme des modèles à interpréter, à

contextualiser pour rendre compte de ce qui se passe en condition naturelle. Mais Peele reproduit le geste de négation qu'il condamne en voulant, en retour, éliminer la dimension biologique à leur profit. On ne voit pas bien alors à quoi peut nous servir d'avoir un cerveau, quelle est sa fonction s'il ne sert à rien pour expliquer nos conduites. Il semble en faire un organe de la sensation, on ressent par lui le plaisir d'une activité ou d'une drogue, on la perçoit, il permet le mouvement qui nous fait en faire usage, mais celui qui décide qui veut, celui qui sent perçoit et agit est un moi éthéré, défini par ses relations à d'autres moi éthérés au sein d'un réseau d'interactions porteur de valeurs, source de gratifications et de peines, capable d'influence ; la *société*. Là encore ce tableau est extrapolé, car de ces questions d'ordre philosophique, rien n'est dit chez Peele. Son image de l'homme guide sa démarche mais elle n'est pas explicite.

Sur ce terrain, Peele a défendu un philosophe, Herbert Fingarette, dans le cadre d'une controverse qui a suivi l'utilisation des travaux de ce dernier contre deux vétérans américains qui se prévalaient de leur statut d'alcooliques pour justifier d'une incapacité. Fingarette est l'auteur d'un livre en 1988, *Heavy Drinking : The myth of Alcoholism as a Disease* contre le modèle maladie de l'alcoolisme et donc contre les Alcooliques Anonymes. Pour lui, on ne peut pas présumer d'une perte de liberté à cause de la consommation d'alcool qui relève d'une activité qui peut devenir centrale pour un individu et qui, comme toutes les activités qui nous importent et finissent par nous définir, sont difficiles à quitter. Peele y voit, et il n'est pas le seul, c'est la lecture classique de Fingarette, une défense du libre arbitre. Fingarette est effectivement opposé au modèle maladie pour des raisons assez proches de celles de Peele, mais son image de l'homme est bien plus complexe. En effet, les engagements philosophiques de ce penseur anti maladie sont, eux, explicites. Ils sont déclinés au cour d'une œuvre peu connue, au point que

des penseurs qui revendiquent leur proximité avec Fingarette, comme Peele, n'ont souvent pas saisi les conceptions du moi, du social et de la liberté qui sous-tendent son approche de l'alcoolisme en particulier et de l'addiction en général. Leur rencontre se fait contre le modèle maladie dit classique et particulièrement contre les Alcooliques Anonymes dont l'influence est patente dans le champs des addictions et qui trouvent dans une interprétation déterministe de la biologie et le modèle maladie qui condamne à l'irréversibilité du processus addictif et l'inexorabilité de son évolution, un corollaire en adéquation avec leur doctrine, d'origine religieuse, qui repose sur la soumission du destin de chacun à un plan divin préétabli. C'est, pour Peele, et pour Fingarette une négation de l'individu et un marché de dupe où l'addict, le buveur par exemple, accepte de renier son engagement et son attrait pour une conduite contre la levée de toute responsabilité. Ce faisant, il ne peut voir en face les raisons qui le conduisent à agir ainsi et ne peut plus agir, de lui-même, en toute liberté, ni faire de choix autres que ceux qui lui sont imposés. Peele souligne la dimension sectaire des Alcooliques Anonymes, qui privent de liberté en échange d'une bonne conscience. Là encore la liberté est une valeur sanctifiée sans qu'il soit explicitement dit ce qu'elle recouvre. Fingarette, lui, intègre cette critique à une réflexion sur les questions que soulèvent l'addiction.

Si le propre du modèle maladie est de priver de libre arbitre, de dépersonnaliser l'addict, renvoyé à sa seule structure physique déterminée, il faut, pour que cela pose problème, proposer un point de vue sur le libre arbitre, une conception de l'homme et de ce que l'on entend par ce que peut être une personne, un moi, qui permette de préciser en quoi le modèle maladie est incompatible avec ce qu'est ou simplement ce que pourrait être un être humain. Face aux données de la science, il faut au moins un système qui permette de les interpréter autrement. Ensuite, supposer que l'addict

puisse être libre de choisir heurte les déclarations mêmes des addicts. L'addiction consiste à perpétuer des comportements qui sont objectivement, au moins sous un certain point de vue, néfastes. Peu d'addicts, à froid, sont dupes des conséquences de leurs consommations, sans pour autant mettre en accord leurs actes et leurs discours, c'est toute la question soulevée par l'addiction. Si les addicts ne sont pas *contraints* au-delà de leur libre arbitre à consommer, se peut-il qu'ils agissent librement, et, si leur discours n'est pas en adéquation avec leurs actes se peut-il qu'ils mentent, aux autres, à eux-mêmes ou au deux ? L'addiction peut être un choix libre, entouré de mensonges. Ou on peut envisager que l'addiction soit une forme de *self-deception*[24] qui remettrait une forme de sincérité dans le discours des addicts. Enfin, qu'en est-il de la responsabilité, morale et légale, associée aux différents systèmes ?

Le modèle maladie semble déresponsabiliser les addicts. Ses opposants réouvrent le nécessaire questionnement sur leur responsabilité[25] et l'œuvre de Fingarette traite avant tout de la responsabilité. Trois ouvrages marquent sa carrière, son premier traite de la *self-deception*, il est aujourd'hui peu connu et très rarement cité, le second est une analyse de Confucius, importante dans le champs concerné et qui a un rapport avec la question de l'addiction car elle pose la question de ce qu'est le moi et la responsabilité qui pèse sur lui, le troisième, *Heavy Drinking*, traite de l'alcoolisme qu'il assimile à un mythe moderne. Fingarette a mêlé ces réflexions et ces thèmes pour proposer une vision globale de ce qu'est une *personne responsable*. Or, poussé au bout par Fingarette, le raisonnement philosophique, auquel se rattachent Peele et la plupart des penseurs anti maladie du XXe siècles, ne conduit pas à la position libertarienne qui semble sous-tendre leurs thèses.

[24]Engel traduit *self-deception* par *duperie de soi*, mais Fingarette, qui a commencé sa carrière par une analyse de ce phénomène, la définit comme autre chose que le mensonge à soi-même, une duperie de soi par soi. Nous garderons le terme anglais pour cette raison.
[25] Avant même de traiter la question d'une prise en charge sociale *juste* du phénomène qui doit reposer sur ces questions de responsabilité.

Fingarette s'oppose à nos définitions traditionnelles de liberté et de responsabilité : l'idée même de moi autonome est suspecte à ses yeux et c'est dans ce contexte que sa réflexion sur l'addiction prend naissance.

Si les références explicites à Fingarette sont aujourd'hui rares, il paraît délicat de ne pas s'y intéresser car il est le seul à proposer un système philosophique qui intègre l'addiction et ses problématiques dans une image de l'homme explicite. Si ses conclusions sont discutables, sa démarche reste emblématique. D'autre part, il est un exemple édifiant de l'importance d'expliciter les corollaires philosophiques de nos théories sur l'addiction pour qu'elles aient du sens. Les interprétations de *Heavy Drinking* et de ses travaux sur l'addiction en dehors du contexte de ses positions philosophiques relèvent le plus souvent du contre sens, en témoigne son étiquette de penseur libertarien ou relevant de l'antipsychiatrie. Il nous semble intéressant de nous attarder en détail sur le système fingarettien, comme exemple typique d'un certain type d'approche philosophique de l'addiction, en grande partie parce que tout le champ anti maladie reprend plus ou moins directement ses arguments, tous les membres de cette famille de pensée ont été influencés, parfois indirectement, par l'entremise de Peele par exemple, par ses travaux.

3) Herbert Fingarette un scepticisme indéterministe

a) Concepts fingarettiens,

Herbert Fingarette est un philosophe américain mort en 2018 qui s'est intéressé à l'alcoolisme, dans un ouvrage de 1988, Heavy Drinking ; the Myth of Alcoholism as a disease dans lequel il attaque le concept d'addiction-maladie, particulièrement celui défendu par les alcooliques anonymes. Son intérêt pour le sujet découle de ses travaux qui traitent de la philosophie morale et légale[26].

1) Self-deception

Son premier ouvrage, sorti en 1969 *Self-Deception*[27] propose une analyse de la self-deception qui en fait une question d'action plus que de connaissance. Pour Fingarette notre moi se construit par agrégation de ce que nous reconnaissons comme nôtre et que nous sommes capables d'énoncer (*to spell out)* clairement et de revendiquer (*to avow*). Parfois nous ne voulons pas nous reconnaître dans un type d'action et nous montrons la maîtrise de cette capacité de reconnaissance et d'énonciation en refusant d'en faire usage. Nous désavouons notre conduite. Fingarette définit donc la

[26] Fingarette, 1965, 1969, 1975, 1979, 1984 voir aussi Fingarette, 1990, 2004, Fingarette & Fingarette Hasse, 1979 et Bockover & Fingarette, 1991.
[27] Fingarette, 1969.

self-deception comme un à côté de la constitution du moi, comme un phénomène qui concerne les engagements que nous désirons tout en refusant de nous identifier au genre de personne qui agirait de la sorte.

L'acte de désavouer à des conséquences directes sur la capacité morale de son auteur. En effet, ce qui est désavoué ne peut plus être énoncé. Comment alors prendre la responsabilité de ce qui ne peut plus être clairement présenté devant soi, intégré au moi ? Cette impossibilité d'énonciation, qui est une impossibilité et non une simple absence, s'accompagne évidemment d'un refus de prendre la responsabilité de l'engagement, de le reconnaître comme sien, il vit alors sa propre existence, sous la forme d'une sorte de personnalité indépendante de la personne structurée et complexe que reconnaît l'individu comme sienne, et semble entraîner cet individu dans la poursuite de cet engagement décrié, en dépit du bon sens voir de la rationalité. Isolée du moi complexe et structuré, dont les compétences permettent la planification de l'action, la conduite échappe au contrôle même de l'individu. On peut presque le considérer alors comme malade, au-delà des considérations de l'ordre de la condamnation ou du pardon.

En posant l'intentionnalité de la self-deception se pose aussi la question de son contexte moral. Cette question morale est aussi celle de Sartre pour la *mauvaise foi*. Les exemples de Sartre sont pour lui des archétypes de self-deception[28]. Sartre, met bien en avant la dimension intentionnelle, volontaire, du choix[29]. Mais, remettant le phénomène sous le signe de la formation de fausses croyances, revendiquant une conscience

[28] Pour Fingarette mauvaise foi et self-deception sont synonymes, cette idée remonte à la traduction de Kaufmann 1956.
[29] Son analogie avec l'endormissement, met en exergue aussi que la self-deception n'est pas la seule conduite qui peut paraître étrange en ce qui concerne l'intentionnalité.

unitaire et transparente à elle-même, il se retrouve confronté à la difficile tâche d'expliquer la façon dont cette conscience transparente à elle-même peut entretenir des croyances incompatibles. Pour Fingarette, la réponse de Sartre à ce paradoxe, qui consiste à dire que

> la structure de la *mauvaise foi* est «de type metastable» ; elle consiste en une «désintégration interne au cœur de l'être»[30]

peut se résumer ainsi «On nous donne des appellations ésotériques au lieu d'une résolution du dilemme»[31]. Et,

> ce que Sartre conçoit comme un paradoxe intellectuellement inacceptable dans le cadre de la théorie de Freud, il le conserve dans sa propre doctrine en tant que principe ultime d'une phénoménologie dialectique de la Conscience.[32]

Fingarette réinterprète alors le cas de la jeune fille,

> En termes sartriens (mais selon notre propre reformulation), le cœur de la self-deception est le désaveux de la responsabilité pour, et la conséquence du refus de réfléchir à, un certain projet de la Conscience[33].

La jeune fille ayant désavoué le projet de flirt qui la renvoie à une image d'elle-même qui lui est insupportable. Elle s'adapte cependant parfaitement à la situation pour la faire durer par, notamment, un usage habile et adapté de sa main. Elle a une conscience pré-réflexive de cette détermination spontanée de son être mais pour en avoir une connaissance lucide, il lui faut une attitude introspective sur cette détermination, la poser comme objet de sa conscience réflexive. Or pour Fingarette cela revient à

[30] Fingarette, 1969, p.94.
[31] Fingarette, 1969, p.94.
[32] Fingarette, 1969, p.136.
[33] Fingarette, 1969, p.98.

faire usage de la compétence d'énonciation. Ayant désavoué ce projet, la jeune fille ne se permet plus d'exercer cette énonciation et, ce faisant, elle met bien en jeu cette compétence, sous sa forme qui consiste à savoir quand s'en abstenir. Ne pas énoncer revient à laisser sous forme pré-réflexive le projet en question.

> De plus, son désaveux du projet de séduction - et donc du but de l'usage habile de sa propre main - la rend rebelle à l'acceptation de la responsabilité pour ce projet. Enfin, comme le moi, pour Sartre, est une construction de la conscience réflexive, la dimension séductive est donc exclue effectivement du Moi.[34]

Alors que l'individu, la conscience, s'engage sur la voie d'un projet de séduction, le moi ne se reconnaît pas dans ce projet et par là interdit à la conscience de réfléchir à ce projet d'une façon qui mettrait en lumière sa dimension révoltante. Fingarette insiste sur ce refus de *réfléchir* (au sens aussi de refléter) là où Sartre explique cette opacité de la conscience à elle-même[35] par un déni de liberté, Fingarette en fait la conséquence de la self-deception. Ce sur quoi porte la self-deception et le processus même se trouvent dans une zone opaque de la conscience qui se refuse à y avoir accès, pour de bonnes raisons. Tout en acceptant la dimension téléologique de la mauvaise foi sartrienne, Fingarette semble justifier l'existence d'une zone sombre, hors-conscience qui pose un réel problème à l'attribution d'une responsabilité morale au sujet alors que le caractère intentionnel, dirigé vers un but, de la manœuvre semble aller dans le sens de cette responsabilité. Soit on accepte comme Sartre qu'il s'agit d'un mensonge de soi-même à soi-même, empreint de la même mauvaise foi que le mensonge interpersonnel et il n'y a pas de paradoxe moral, soit, comme Fingarette semble le faire en traduisant Sartre à l'aide de ses propres concepts, on évite

[34] Fingarette, 1969, p.95.
[35] Fingarette ne souscrit pas à la transparence revendiquée par Sartre.

le paradoxe du mensonge à soi-même mais il reste la difficulté de l'attribution d'une responsabilité.

Fingarette pour résoudre cette équation se tourne vers Freud et applique ses concepts au mécanisme de défense et au clivage du moi. Il soulève un problème reconnu par Freud lui-même pour tenter de réunir ces deux positions morales sur la self-deception et en dissiper l'aura de paradoxe. Il ambitionne de répondre à deux questions, internes à la psychanalyse, et issues de la résolution par Freud d'une question plus fondamentale[36], résolution qui a consisté à poser des instances, dont le Moi, pour lequel conscient n'est qu'une qualité associée ou non à certaines de ses fonctions. La défense, comme le montrait la clinique se trouvait être alors une activité inconsciente du Moi, or, comment le Moi fait-il alors pour rester inconscient de ce qu'il fait dans la défense ? Ce processus est-il lui-même rendu inconscient ? Ce qui renvoie à l'accusation de régression à l'infini portée par Sartre. De plus, pourquoi le mécanisme de défense est-il inconscient et *in fine* pourquoi quoi que ce soit doit-il être laissé, ou rendu, inconscient dans le cadre d'un mécanisme de défense ? La défense a dès le départ été conçue comme un clivage de la psyché, entre le conscient et l'inconscient d'abord, puis entre les trois instances «entre le moi (aiguillonné par le surmoi) et le ça[37]». A chaque fois, il est question d'entités séparées les unes des autres, mais la nature de cette séparation est mal définie, ce qui selon Fingarette explique que, quelle que soit la version proposée par Freud, les problèmes rencontrés restent les mêmes. Ainsi selon Fingarette,

[36] La clinique infirmait la théorie selon laquelle la défense consistait en un conflit entre conscient et inconscient dans lequel la conscience tentait de garder inconscients des contenus visant à accéder à la conscience ; la défense semblait être inconsciente et les patients résister fortement à toute tentative de leur en faire prendre conscience. Le moi se défendant se devait donc à la fois d'être conscient et inconscient.
[37] Fingarette, 1969, p.127.

> la conséquence de la défense est de séparer du système le plus rationnel (celui qui est défendu) un complexe nucléaire dynamique. Cette entité nucléaire est un complexe de motif, de but, de sentiment de perception et de pulsion à agir.[38]

Il s'agit d'une structure de type moi, plus simple, rudimentaire, séparée du moi complexe et évoluant peu. La séparation s'opère car ce noyau est incompatible avec le moi structuré qui refuse alors de l'intégrer, «le moi dit, Ceci *n'est pas moi*». Ce «contre-Moi» est la conséquence structurelle du contre-investissement. Enfin, Fingarette insiste sur le fait que ce clivage du moi est quelque chose que le moi *fait*, c'est un acte motivé. Pour Fingarette, Freud a eu cette intuition à la fin de sa vie, expliquant la phrase sibylline au début de *Le Clivage du Moi dans le processus de défense*[39] ; le moi est bien une synthèse, mais le pendant de cette activité synthétique, est le rejet à l'extérieur de celui-ci, par celui-ci, d'éléments incompatibles. Rejet reposant sur un mécanisme générique de clivage du moi produisant des *contre-moi* nucléaires. Ce rejet est le désaveu (*disavowal*) au cœur de la self-deception. Fingarette repense la défense dans les termes du désaveu plutôt que dans ceux de la dissimulation, tout comme la self-deception.

Du point de vue de la responsabilité, pour Fingarette, Sartre et Freud «conçoivent la self-deception comme une sorte de fausse conscience» Freud en termes mécanistes, mais en revenant à des expressions téléologiques présentées comme des «manières de parler». Et Sartre, sous l'angle «du choix, de l'intégrité et de la responsabilité» mais, qui

> en décrivant l'étape ultime, critique, d'entrée dans la mauvaise foi, est forcé en retour, de répondre à un mouvement de conscience dans lequel c'est l'involontaire qui est l'élément crucial.[40]

[38] Fingarette, 1969, p.128.
[39] C'est un manuscrit inachevé de 1938 *Die Ichspaltung in Abwehrvorgang.* publié en 1940.
[40] Fingarette, 1969, p.136.

Pour Fingarette la moralisation totale tout comme la dé-moralisation de la self-deception sont des attitudes vouées à l'échec car elles finissent «dans chaque cas, à ramener par la porte de derrière ce qui a été exclu par celle de devant[41].» Il veut montrer que «l'analyse de la self-deception comme le désaveu d'un engagement continu évite les approches tout-ou-rien et leurs nécessaires jeux de «portes dérobées»[42]».

2) Passivité et patients

Les questions de la responsabilité morale et légale sont de première importance dans la pensée de Fingarette, mais cela ne signifie pas que la définition qu'il en donne soit simple. Fingarette ne s'inscrit pas complètement dans la tradition occidentale qui assigne une responsabilité absolue à un moi autonome et souverain.

Fingarette rejette bien le déterminisme[43], pour des raisons liées à la physique, sur lesquelles il ne s'étend pas[44], considérant que le déterminisme stricte, classique, tel qu'il est entendu, est mis à mal par la science, et que, de ce fait, le compatibilisme qui tente de réconcilier déterminisme et libre arbitre n'a pas lieu d'être. Se pose alors le problème de la responsabilité dans le cas du non déterminisme, prenant Dennett au sérieux quand il considère

[41] Fingarette, 1969, p.137.
[42] Fingarette, 1969, p.137.
[43]Fingarette, 2004, Responsibility and indeterminism dans *Mapping Responsibility,* p.105-115.
[44] Fingarette est ici dans la grande tradition philosophique de l'usage de la science, non expliquée, probablement mal comprise et rapidement citée, selon le principe :
A est compliqué, B est compliqué et bleu donc A est bleu ; et voilà !.
Il s'agit de justifier une position compliquée par quelque chose de compliqué aussi, dont la complexité donne une aura d'autorité et protège de toute discussion en impressionnant les éventuels critiques qui n'oseront pas se frotter au sujet ou qui, s'ils le font, n'arriveront à rien d'autre qu'à provoquer un débat incompréhensible et sans doute incohérent ou tout le monde pourra rester sur ses positions avec l'auteur.
Il est difficile de lui en tenir rigueur, il suit une vénérable tradition et on peut se passer de cet argument pour ce qui concerne son raisonnement. Il y perd de son apparent sérieux et gagne en arbitraire mais cela n'est qu'exceptionnellement mortel pour les doctrines philosophiques.

qu'il serait fou d'attribuer une quelconque responsabilité à qui que ce soit dans un monde dans lequel il existe un facteur chance, un aléatoire omniprésent[45], Fingarette propose que, justement, l'indétermination soit non seulement compatible avec, mais aussi une condition nécessaire à, l'attribution de la responsabilité, au libre arbitre. Pour ce faire, il se propose d'élucider la relation paradoxale de deux «faits fondamentaux». D'abord le fait que j'agis, dans mon esprit et dans le monde, que «je suis un faiseur[46]» (*a doer)*. Ensuite le fait que

> nous sommes des patients, des receveurs passifs des occurrences qui constituent ce dont nous prenons conscience comme ce que nous faisons[47].

Son point de vue sur la responsabilité et le libre arbitre n'est pas celui d'un simple libertarien qui défendrait un sujet libre et autonome, du type de celui que les opposants au modèle malade qui en appellent à la liberté individuelle de l'addict défendent en général, en s'appuyant, pour certains, comme Peele, sur Fingarette. La passivité dont il est question dans la notion de *patients* tient à la fois de Dennett[48], de son analyse de «l'action dans l'inaction et de l'inaction dans l'action» du Bhagavad-Gita[49] et plus généralement des pensées de Lao-Tzeu, du livre de Job et, plus paradoxalement, mais aussi avec plus d'importance, de Confucius. Fingarette est connu pour ses études sur Confucius, il pense que l'attitude positive de Confucius, qui valorise l'engagement à faire quelque chose de soi-même fait certes sa particularité dans le cadre des pensées orientales et le distingue des pensées hindoues, bouddhistes et taoïstes, de leur tendance

[45] Dennett, 1978.
[46] Fingarette, 2004, Responsibility and indeterminism dans *Mapping Responsibility,* p.107.
[47] p108
[48] Fingarette prend Dennett, 2015, en référence mais remarque qu'il s'agit «d'un autre contexte».
[49] Fingarette, 2004, The Hindu Perspective dans *Mapping Responsibility*, p.87-96, et Fingarette, 1984.

à la négation du moi leur recherche de l'inaction mais il pense que voir dans Confucius une affirmation du moi est une erreur, qu'il n'y a pas de concept de ce type dans sa pensée originelle et qu'une importance donnée à une forme de passivité, de réceptivité, en fait un véritable membre de cette tradition asiatique.

Le *patient* est donc celui qui *souffre,* non pas entendu dans sa dimension douloureuse mais comprenant le sens premier, ancien, de tolérer, admettre, au sens de permettre.

> Le patient est «celui sur lequel quelque chose agit», celui qui est passif et endure sans interférer, celui qui souffre que le médecin agisse sur lui. Ce qu'il souffre n'a pas à comporter de douleur, en fait elle peut comporter soulagement et bien-être.[50]

La dimension douloureuse prise en occident n'est pas pour lui accidentelle. Il s'agit ici d'être agi plutôt que d'agir et que cela revête une dimension perturbante, dit pour lui beaucoup de la tradition occidentale et de sa volonté de contrôle, de maîtrise de notre vie et des événements. Patient partage une racine commune avec passion et Fingarette y voit là encore la défiance de l'occident par rapport à ce qui nous arrive et que l'on ne maîtrise pas. On voit d'emblée qu'il n'est pas question de trouver chez lui cette défense du moi autonome que l'on voit chez certains défenseurs de l'individualisme anglo-saxon, du self-made man américain, que semble prendre pour modèle Peele ou que l'on retrouve en quelque sorte chez Szasz. De même l'individu libre de la tradition européenne existentialiste, qui sert aussi de fondement à la critique du modèle maladie sur la base d'un rejet du déterminisme au profit de la défense d'un moi générateur de cause première en soi et à chaque instant ne trouve pas ici son équivalent dans sa forme la plus simple, celle revendiquée par les opposants au modèle

[50] Fingarette, 2004, Suffering dans *Mapping Responsibility*, p.118.

maladie pour défendre une idée de la liberté individuelle sans être eux-mêmes des spécialistes du débat technique philosophique de cette question. Ce qu'est Fingarette et ce qui le rend important malgré ses prises de positions datées et discutables sur l'addiction. Son œuvre traite à la fois et en détail de tous ces thèmes, son travail sur l'addiction est celle d'un philosophe qui applique sa pensée sur ce sujet précis.

Pour Fingarette, tout ce que nous faisons, nos actions physiques comme mentales, relève à la fois de l'actif et du passif. Il prend l'exemple de l'écriture de son propre texte, qui est l'épitome de l'action où il se trouve agir, penser, écrire mais qui peut aussi s'analyser à la forme passive. Les pensées *lui arrivent*, émergent dans son esprit, parfois ordonnées, parfois non. Pour faire en sorte qu'une pensée organisée, cohérente émerge, il peut activement décider de se mettre en condition de travail, penser plus avant, écrire encore, «mais comment la bonne pensée émerge-t-elle au bon moment ?»[51] Il lui faut être *patient*. Il généralise alors à toutes les activités mentales, et note que, quand il fait appel à des souvenirs, ceux-ci ne se présentent pas forcément à son esprit et, quand ils le font, il est certes bien actif, il tente de se souvenir, mais c'est le souvenir qui a émergé en lui.

> Le fait est que mes désirs, peurs, plaisirs et attitudes émergent en moi, et leur venue n'est pas mon action, mais quelque chose que je découvre se produire en moi. [52]

Il s'agit bien de faire l'acte de penser mais penser telle ou telle chose n'est pas une action de ma part, il se trouve que je pense ceci ou cela ; «c'est quelque chose qui se produit dans mon esprit».[53]

---

[51] Fingarette, 2004, The Hindu Perspective dans *Mapping Responsibility*, p.88.
[52] Fingarette, 2004 Responsibility and indeterminism dans *Mapping Responsibility,* p.108.
[53] Fingarette, 2004 Responsibility and indeterminism dans *Mapping Responsibility*, p.108.

3) La responsabilité est conventionnelle

Comment alors rendre compte du fait que nous n'agissons pas au hasard, qu'il existe bien autre chose que le gré du vent, qu'il y a bien un moi, une personne, qui prennent part à l'action ? Fingarette n'apporte pas de réponse mais il constate que nos actes ne sont pas purement hasardeux. Quand je choisis, ces choix reflètent ce que je suis, mon caractère, mon histoire, mes croyances et ce que je pense, la manière dont j'évalue mon environnement, et la situation dans laquelle, voire en réponse à laquelle, j'agis. Pas toujours, mais parfois, plus ou moins souvent, mes actions me ressemblent, il y a une cohérence. «En résumé, j'agis souvent rationnellement.»[54] De fait, je n'ai pas besoin de comprendre *comment cela se fait*. Il existe des régularités, des *patterns* qui se répètent plus ou moins, avec leurs degrés de variabilité, dans les comportements d'autrui et les miens et je tiens pour solide, et garantie, leur existence. Suffisamment pour m'y référer, pour expliquer les conduites et considérer que

> ...nos actions, rendent compte en gros de qui nous sommes et de l'état dans lequel nous nous trouvons [55]

Nous sommes peu capables d'expliquer le comment, mais nous sommes sûrs qu'il y a plus que le simple hasard et que nos actions nous révèlent et nous ressemblent. C'est l'existence de ces régularités, du fait que les actions ressemblent aux individus qui les font, au point d'être surpris quand ce n'est pas le cas, de pouvoir au contraire les prévoir le reste du temps, avec plus ou moins d'efficacité, qui rend compte du libre arbitre. Il y

[54] Fingarette, 2004, Responsibility and indeterminism dans *Mapping Responsibility*, p.111.
[55] Fingarette 2004, Responsibility and indeterminism dans *Mapping Responsibility*, p.112.

a quelque chose au moment de l'action qui condense les possibles qui ont émergé sans réelle détermination. C'est parce que rien n'est de fait vraiment et strictement déterminé, que tout nous arrive mais qu'il existe quand même dans les faits une certaine cohérence que l'indétermination est une condition nécessaire à l'attribution de la responsabilité. C'est parce que quelque chose, un moi, est le facteur déterminant de la cohérence observée, malgré le chaos et l'indétermination générale.

Se pose donc la question de la justification de tenir pour responsable quelqu'un pour un acte qui est tout compte fait indéterminé jusqu'à cet ultime moment où ce quelqu'un l'effectue, jusqu'au moment où le verre est bu, la drogue consommée. Pour Fingarette il s'agit d'une convention. Une convention dans laquelle chacun se coule en acceptant ainsi la responsabilité de ses actes et en l'assignant aux autres pour les leurs. Cela confère un statut moral à chaque individu qui l'accepte et institue la reconnaissance réciproque de la responsabilité morale de ses propres actes et de chacun en tant que personne moralement responsable.

> Cette forme de vie fonde la communauté civile, en opposition aux groupes dans lesquels chaque être humain pourrait être traité comme un animal et la force seule règnerait en maître.[56]

Selon Fingarette, cette convention reconnaît d'ailleurs que nous n'avons pas de contrôle sur ce avec quoi nous partons dans la vie, il nous faut accepter notre identité telle qu'elle est. Etre responsable équivaut à accepter la responsabilité pour tout ce que je fais et ferai. Il n'est pas question de choisir et j'attends des autres qu'ils en fassent autant, ou quoi qu'il en soit, je les considère ainsi. L'éducation consiste à faire en sorte que

[56] Fingarette, 2004, Responsibility and indeterminism dans *Mapping Responsibility*, p.111.

l'enfant reconnaisse la responsabilité pour ses actes, et une fois atteint le statut de personne responsable, il s'agit d'accepter la responsabilité et de découvrir ce dont nous sommes responsables. Pour Fingarette, nous sommes responsables de ce que nous reconnaissons comme étant de notre responsabilité. La responsabilité se revendique[57], elle s'énonce. En d'autre termes, nous sommes responsables de ce que nous reconnaissons comme nôtre, c'est le mécanisme déjà évoqué par lequel, à l'inverse, dans la self-deception, un refus de reconnaissance induit une perte de responsabilité. Vis-à-vis des autres, la revendication de responsabilité pour tel type d'acte n'a pas à être explicitement formulée, elle est implicitement contenue dans le rôle social que nous jouons, celui d'un individu socialement intégré qui se comporte comme tel et a donc le degré de responsabilité correspondant au rôle qu'il joue et revendique et que nous lui reconnaissons. L'acceptation de responsabilité ne sous-entend pas que je ne suis pas responsable, vis-à-vis d'autrui, des actes pour lesquels je ne veux pas prendre la responsabilité. En acceptant le statut dans le cadre de la convention, j'ai accepté le statut dans son ensemble et je deviens responsable de tout ce dont on tient pour responsable une personne responsable. Il s'agit alors de découvrir, d'apprendre, ce dont il s'agit, de prendre conscience de l'étendue de ma responsabilité et de l'engagement moral que j'ai pris. Pour Fingarette cette responsabilité vis-à-vis d'autrui est première, il n'y a pas d'individu isolé, nous ne sommes des personnes que dans un cadre social.

Le concept de responsabilité est une construction humaine pour Fingarette, il n'existe pas de responsabilité dans l'absolu, c'est-à-dire indépendante de toute valeur, culturellement neutre.

[57] Fingarette 2004, Accepting responsibility dans *Mapping Responsibility*, p.1-7.

> … nous donnons un sens à «responsabilité» selon les politiques et les valeurs, personnelles ou sociales, pertinentes dans un contexte donné, et aussi, en accord avec les concepts et pratiques spécifiques à notre propre culture[58]

Mais cela ne relativise pas l'importance de la responsabilité, cela lui confère au contraire une force au-delà de toute justification morale. Ce qui justifie les règles du jeu, c'est que nous sommes pris dans une partie de ce jeu, nous y jouons dès notre naissance. Quand Fingarette dit que la self-deception se situe en dehors de la responsabilité, c'est un point de vue théorique qui porte sur l'individu concerné. Je suis responsable en fonction des règles en cours vis-à-vis d'autrui, du suivi des normes à partir du moment où je participe au jeu, c'est-à-dire à partir du moment où, par l'éducation j'ai appris quelles étaient les règles, quels étaient mes penchants, et que j'accepte les conséquences des rapports entre mes actes et les règles. La pensée de Fingarette conduit à dire que l'on a ce que l'on mérite selon les codes en vigueur, que la justice des hommes est rétributive.

4) Le mythe du libre arbitre et le moi confucéen

Pour Fingarette, le caractère volontaire d'une action ne dépend pas d'une décision souveraine d'un moi autonome, la dimension passive est première, et si on se pose la question d'une responsabilité morale, dans l'absolu, c'est que l'on s'imagine un moi autonome qui serait à l'origine de l'action en toute souveraineté, un moi descendant de la tradition cartésienne, un moi doté du libre arbitre. Cela nécessite de considérer la personne qui choisit comme le *faiseur* tout puissant du choix. Si on veut tenir la personne pour responsable, c'est bien que son action *lui ressemble* qu'on y trouve des éléments de *sa personne*, au sens large, biologique,

[58] Bockover & Fingarette, 1991, p.216.

psychologique, ses valeurs, ses préférences, son caractères, son histoire peut être, bref des éléments qui sont de fait indépendants du choix ponctuel, ces aspects que sont l'origine sociale, personnelle, familiale, le contexte local… tous ces facteurs dont, pour Fingarette l'intersection *est* la personne. Comme pour la responsabilité, le libre arbitre est un concept entaché d'incohérence et culturellement ancré. On comprend alors pourquoi revendiquer la pensée de Fingarette dans le débat sur l'addiction sans être au fait de la complexité de sa pensée risque de mener à certains contre-sens. Le libéralisme, au sens de l'importance donnée à la liberté individuelle, l'humanisme revendiqué, au sens de l'attention particulière portée à la considération de chaque individu comme un sujet autonome, on le plus grand mal à s'accorder avec la pensée de Fingarette quand on la regarde en détail. Les concepts de liberté et de responsabilité s'appuient sur le moi acteur, le moi privé, de la personne autonome, de la pensée occidentale qui lui aussi est pour Fingarette un concept culturellement relatif. Or la *personne* et le *moi*, ne s'entendent pas chez Fingarette ainsi et sa pensée ne peut se comprendre qu'en prenant en compte que ces concepts de moi et de personne lui sont étrangers. Il est bien plus inspiré par Confucius, dont il est un spécialiste reconnu[59], que des traditions occidentales.

C'est dans ce contexte que Fingarette développe une analyse de l'alcoolisme et du modèle maladie auquel il s'oppose. Il veut montrer que ce que l'on nomme alcoolisme n'est qu'un ensemble d'activités centrales. Nos activités centrales sont des activités qui nous engagent en tant que membres d'un réseau social, elles nous définissent, influencent nos comportements

[59] Fingarette, 1989, *Confucius-the secular as sacred* (traduction 2014 de C. Le Blanc aux Presses Universitaire de Montréal sous le titre *Confucius du profane au sacré*) est un livre qui a fait date dans le domaine des études confucéennes. Il propose une analyse de Confucius originale, un retour au texte primitif qui contredit les interprétations classiques qu'il accuse d'être entachées d'a priori issus de la tradition bouddhiste et chrétienne qui ont distordu le sens originel du texte confucéen.

sociaux et nous ne sommes, *in fine* que ce que ces relations font de nous. Le modèle maladie relève de la self-deception et induit chez les buveurs de la self-deception, les poussant à refuser de faire leur des actes qui les définissent. Son analyse de la responsabilité morale ambigüe des buveurs s'accompagne d'une analyse de leur responsabilité légale plus tranchée. Ses travaux ont été utilisés dans un procès à la Cour Suprême des Etats Unis opposant le gouvernement américain et deux vétérans du Viêt Nam alcooliques qui a provoqué une polémique visant *Heavy Drinking*.

b) Heavy drinking : Le mythe de l'alcoolisme maladie

> Almost everything that the American public believes to be the scientific truth about alcoholism is false[60].

Pour Fingarette, le concept même d'alcoolisme est un mensonge que la société américaine se fait à elle-même, la référence à une forme de *self-deception* est immédiate. D'après lui, tout le monde sait, ou peut savoir, que le concept classique d'alcoolisme maladie ne tient pas. Les preuves scientifiques sont disponibles et accessibles, mais personne ne semble vouloir savoir, montrant sans doute une forme d'attachement au mensonge que nous nous faisons à nous-même. Le concept repose sur des valeurs plus que sur des faits et bien qu'aucune autorité malveillante ne soit à l'origine de cette situation, il ne s'agit pas d'un complot mais d'un aveuglement collectif, et, malgré les conséquences délétères causées par cette situation, personne ne semble vouloir en sortir, chacun oscillant entre résignation, refus de voir, ou, pire, considérant qu'il vaut mieux maintenir cette illusion pour le grand

[60] Fingarette, 1988, *Heavy Drinking : the Myth of Alcoholism as a Disease,* p.1. Toutes les traductions sont de l'auteur de cette thèse, les ouvrages de Fingarette ne sont pas disponibles en français.

public plutôt que d'ouvrir la boîte de Pandore de nos choix délétères et de l'inadéquation entre l'image rêvée de nous-mêmes et la réalité de nos engagements. La position de Fingarette sur l'alcoolisme est, par ailleurs, extrêmement tranchée et représentative des positions antinaturalistes sur l'alcoolisme et, par extension, l'addiction, dont elle va jusqu'à nier qu'elle existe.

En s'attaquant à une théorie de l'alcoolisme qui est, certes, dépassée sur le plan scientifique mais cependant encore puissante, son analyse reste néanmoins d'une actualité certaine. Si son ouvrage sur la self-deception n'est que très rarement cité, celui sur l'alcoolisme est un classique de la littérature contre le modèle maladie des addictions, au même titre, et plus encore, que peuvent l'être ceux de Szasz[61]. Ce qui, surtout, reste pertinent, est la façon dont il montre comment cette théorie a été construite sur des valeurs et non des faits. Cela ne permet pas de conclure, que l'alcoolisme n'est pas une maladie, aujourd'hui, le modèle maladie ne se limite pas à celui des AA qu'il combat ouvertement dans cet ouvrage qui date du dernier quart du siècle dernier, avant la révolution neurobiologique et le BDMA, Le débat est toujours ouvert et, s'il n'est pas encore question de le trancher, il est clair, comme à l'époque de Fingarette, que sous couvert de science, des éléments normatifs sont à l'œuvre (dans les deux camps d'ailleurs) et qu'il est nécessaire d'identifier ces dimensions normatives, les valeurs en jeu, pour pouvoir avancer dans la résolution du problème.

[61] Szasz, 2003, Fingarette est d'ailleurs en désaccord avec lui sur de nombreux points,

1) Les alcooliques anonymes et le concept classique de l'alcoolisme maladie

i) Qu'est-ce que l'alcoolisme maladie ?

La théorie de l'alcoolisme maladie à laquelle il s'oppose remonte à Benjamin Rush mais ne prend la forme que cible Fingarette qu'avec Jellinek en 1960 C'est celle de la fin du XXe siècle, qui remonte au DSM III-R, manuel diagnostic qui précède d'un an la publication du livre ici présenté. A ce propos, sa bibliographie ne mentionne pas le DSM, ni le III-R ni aucun autre, la CIM ne l'est pas plus, un manuel de l'AMA de 1967[62] est l'unique référence en termes de manuel technique. Sa bibliographie repose cependant sur les grands noms de la recherche sur l'alcoolisme de l'époque et sa présentation de l'alcoolisme maladie rend bien compte du point de vue partagé à l'époque, dont celui du DSM III-R, notamment la prédominance du *craving*, l'irrépressible besoin d'alcool. La dimension sevrage, et les symptômes négatifs, importants pour le DSM III, ne font pas, en revanche, l'objet d'un traitement particulier. Pour Fingarette, c'est la perte de contrôle qui est centrale au modèle maladie, le sevrage n'étant qu'un aiguillon qui pousse ou non au passage à l'acte, un élément qui selon le point de vue favorise la perte de contrôle ou contre lequel il est possible de lutter. C'est donc un élément secondaire.

Fingarette n'a pas les manuels de diagnostic comme cible principale, leur influence reste cantonnée aux spécialistes, aux soignants. Il vise les Alcooliques Anonymes (AA) dont l'influence est considérable sur la conception de l'alcoolisme que peut avoir la société dans son ensemble. La définition «classique» qu'il propose et qu'il critique est celle des AA, qui se

[62] Américan Medical Association, 1967, *Manual on alcoholism.*

sont d'ailleurs appuyés aussi sur la science, avec plus ou moins de bonne foi, comme Fingarette cherche à le démontrer. Ce que veut Fingarette c'est avant tout prouver que «le concept classique de l'addiction maladie» est une définition qui n'est pas adossée à la science mais repose sur des choix normatifs que des valeurs prédominent sur les faits. Il est intéressant de noter qu'il fait remonter le «concept classique d'alcoolisme maladie» comme il le nomme dès son introduction, à la «*fin des années 1930*[63]». Or, plus qu'à une quelconque avancée scientifique, une publication majeure dans le domaine de l'alcoolisme, cette période correspond au développement du mouvement pour la tempérance aux USA et à la création, en 1935 des AA. Ce qu'il appelle *concept classique* est donc plus précisément la définition de l'alcoolisme défendue par les AA que nous avons déjà présentée[64].

Fingarette pointe d'emblée plusieurs problèmes. D'abord l'abstinence comme seule issue car cela consiste pour lui à demander trop tout de suite là où le buveur pourrait bien facilement limiter dans un premier temps sa consommation (et ce faisant remettre en cause le concept classique). Ensuite, de nombreux buveurs peuvent se leurrer sur les problèmes réels qu'ils ont avec l'alcool car ils ne correspondent pas aux critères du modèle maladie. Ils peuvent en arriver (à raison parfois) à se convaincre qu'ils n'ont donc pas de problème. Ici la *self-deception* favorisée par le concept d'alcoolisme-maladie fait passer sous le radar de nombreux grands consommateurs, ceux par exemple qui ne considèrent pas que leur

[63] Fingarette, 1988, p.2.
[64] L'alcoolisme est une maladie évolutive, qui ne dépend pas des spécificités individuelles au-delà d'une certaine vulnérabilité partagée, pour ces individus. Selon l'expression consacrée, one drink, one drunk. La maladie préexistante est dévoilée par la consommation d'alcool qui inexorablement va augmenter en raison d'une perte de contrôle, de liberté, vis-à-vis de la consommation du produit.

consommation soit tout à fait hors de leur contrôle, comme le prône, à tort pour Fingarette, le modèle maladie.

Selon lui, la science ne valide pas cette approche. Sans entrer dans une analyse approfondie de la bibliographie scientifique, Fingarette se contente de rapporter que, en général, tout ceci est considéré comme au mieux dépassé et quoi qu'il en soit, le plus souvent, ne reflète pas exactement ce qu'il en est du phénomène alcoolisme. La version du concept alcoolisme maladie auquel Fingarette s'attaque est effectivement, aujourd'hui un point de vue dépassé par le BDMA. De plus il n'a pas à faire cette analyse de la bibliographie scientifique contemporaine qui invalide une théorie ancienne parce que le cœur de son raisonnement est qu'il ne s'agit pas d'une théorie scientifique fondée sur des faits objectifs mais une idéologie adossée à des valeurs qui se présente *comme* une vérité adossée à la science.

ii) L'origine du concept : les valeurs avant les faits

Fingarette reprend l'histoire du concept de l'addiction maladie, à partir de Rush[65], puis relève ce qu'il nomme l'*histoire d'amour* de l'Amérique coloniale avec l'alcool[66], relevant les consommations massives courantes et acceptées. Au XIXe, les transformations sociales accompagnant la révolution industrielle, mettent en exergue les problèmes associés aux consommations. La proposition de Rush, compatible avec la confiance en la science et la technique, transforme le buveur excessif moralement défaillant en malade, la défaillance morale en maladie. Cela s'accompagne d'une forte diminution de la consommation d'alcool qui se voit accusée d'être à l'origine de tous les maux de la société.

[65] Rush, 1784.
[66] Un compte rendu plus long et détaillé de cette histoire entre l'Amérique et les drogues se trouve chez Szasz, 2003.

> Le mouvement pour la tempérance naissant pousse le concept de l'alcoolisme maladie à son extrême, soutenant que l'alcool sous toutes ses formes conduira à l'ivrognerie chronique quiconque en a bu[67].

Il n'y a qu'à l'interdire complètement pour se protéger. Fingarette soutient, qu'à l'image de Rush, les partisans de la prohibition font plus appel à l'émotion et à des positions morales qu'à des faits de science. Ce mouvement trouve son apogée dans la prohibition, en 1919, malgré la chute de la consommation d'alcool et des maladies associées à cette consommation, la prohibition est levée en 1933. Ce qu'en retient Fingarette c'est que l'instauration comme la suppression de la prohibition ne reposent pas sur des avancées scientifiques mais sur un changement de perception de l'opinion publique.

> Au début des années 1930 la notion de la tempérance selon laquelle l'alcool est une substance universellement addictive a simplement perdu de son emprise sur l'esprit américain et la volonté politique[68].

La consommation sociale, modérée, sans conséquence, d'alcool, comme elle se pratiquait encore à l'étranger, et s'était pratiquée dans le passé sur le sol américain, s'est rappelée au bon souvenir de l'Amérique. Le mouvement pour la tempérance a cependant survécu à la mort de la prohibition et les fondateurs des Alcooliques Anonymes, en 1935 ont su renouveler cette tradition. Selon Fingarette, les AA se sont lentement développés, n'ayant qu'un succès mitigé jusqu'à la rencontre entre leur doctrine et les travaux de Jellinek[69] qui leur donnent une validation scientifique, un langage dans l'air du temps, et leur pavent la voie vers le succès.

---

[67] Fingarette, 1988, p.17.
[68] Fingarette, 1988, p.17.
[69] Jellinek 1946, 1960.

Fingarette attaque cette caution scientifique sur deux points. Il considère que le modèle classique de l'alcoolisme est plus proche de celui de AA que de celui de Jellinek dont ils se servent pour la caution scientifique mais en lui imposant des distorsions majeures sur certains points fondamentaux que nous avons déjà traités dans la première partie. L'autre angle d'attaque est plus classique, outre les biais déjà évoqués de l'étude de Jellinek de 1946 qui sert de base à la suite de ses travaux, Fingarette évoque les travaux scientifiques plus récents qui selon lui conduisent les spécialistes du champ, au moment de l'écriture de son livre, à voir les thèses de Jellinek comme dépassées. Il cite Vaillant[70], dont l'auteur est responsable d'une étude longitudinale sur plus de 600 individus sur une durée de 60 ans[71] concernant la consommation d'alcool et le devenir des alcooliques. Cette œuvre majeure, sans équivalent, suffit à donner du poids à cette unique citation rejetant les thèses de Jellinek. Vaillant a un moment défendu la possibilité d'une consommation raisonnable et raisonnée chez les alcooliques en rémission, ouvrant une alternative à l'abstinence pure et simple comme seule solution, comme défendu par les AA, consommation raisonnée défendue ici aussi par Fingarette. Vaillant a cependant qualifié cet espoir de «mirage» en 1995[72].

On accorde aujourd'hui une moindre importance à Jellinek, mais au moment où Fingarette écrit, il est toujours une figure importante. La thèse de Fingarette est que cette caution scientifique est tombée à point nommé mais que la thèse du modèle classique, celle des AA, ne repose pas sur des faits de sciences ; que la science la contredise n'y fait d'ailleurs rien. Selon Fingarette les AA ont connu une période de prospérité et de large diffusion

[70] Vaillant, 1983.
[71] La dernière édition du livre date de 1995. Vaillant et Hiller-Sturmhofel, 1996, la résume en un article et Vaillant, 2003 revient sur les 60 ans de suivi de l'étude.
[72] Vaillant, 1995.

de leur thèse, héritée d'un mouvement à la fois social, théologique et politique, grâce à cette rencontre avec les thèses (déformées pour leur usage) de Jellinek. L'importance prise par cette théorie durant cette période explique en partie, qu'au moment où il écrit, les résultats scientifiques contraires n'aient presque aucun effet sur la force de cette théorie dans la société américaine. Il note que, d'une part, les sommes en jeu dans le traitement de l'alcoolisme sont considérables et les structures, revendiquant historiquement la thèse AA se sont constituées pour obtenir un maximum de ces subsides, entretenant des canaux de communication défendant et promouvant leurs efforts et leurs orientations historiques. Ensuite, que les intervenants de ces structures étant eux-mêmes souvent d'anciens alcooliques, issus des AA, et sans formation scientifique sont plus à même de défendre ces positions et peu à même de les critiquer, par biais de confirmation, manque de compréhension des pratiques et données issues de la sciences et par leur engagement personnel vis-à-vis de ces thèses qui ont pris une place importante dans leur vie et sur lesquelles ils ont construit une somme de croyances dont la rationalité dépend de l'acceptation de ces thèses. D'autre part, il existe une volonté de ne pas provoquer dans la population le sentiment que, n'étant pas une maladie, l'alcoolisme doit pouvoir se traiter comme tous les problèmes de la vie de tous les jours car cela risque d'entraîner un désintérêt massif pour les centres de soin. Enfin, l'industrie de l'alcool a d'énormes intérêts économiques à défendre cette théorie. L'alcoolisme étant réservé à une minorité de personnes vulnérables, l'immense majorité peut continuer à boire sans s'inquiéter et le produit n'a pas à être remis en cause. Parmi ces raisons, certaines font appel pour Fingarette à une forme de self-deception, à un aveuglement plus ou moins volontaire.

Fingarette tente ensuite de montrer pourquoi le concept classique de l'alcoolisme-maladie est erroné puis propose sa propre approche du phénomène.

2) Contre-arguments

Fingarette s'attaque au modèle en trois points. D'abord, la question centrale de la perte de contrôle de l'alcoolique dont il veut prouver qu'elle est un mythe. Ensuite, l'absence de cause unique pour cette maladie, avec l'idée que, devant la multiplicité des causes, il faut se résoudre à la multiplicité des effets et à l'inexistence de la catégorie unitaire d'alcoolisme ; il n'y a pas, pour Fingarette d'alcoolisme, il y a des situations diverses, multiples, des rapports compliqués à l'alcool. Enfin, il s'attaque à l'inefficacité des traitements, autre élément, à ses yeux, contre la cause unique.

i) Le mythe de la perte de contrôle

Fingarette commence par s'intéresser aux conséquences de la consommation d'alcool, à court et long terme, et questionne leur rapport au pathologique. Il pose d'emblée que l'ivresse, conséquence immédiate d'une consommation excessive, n'est pas une maladie. Il pose d'emblée cette différence, parfois oubliée, entre consommation, voire intoxication, et addiction. Ensuite, il s'agit de dissocier les maladies associées à la consommation chronique, les comorbidités, et une éventuelle maladie alcoolique. Ces maladies associées sont bien identifiées, existent indépendamment de l'importance de la consommation d'alcool et chez des individus, sans consommation d'alcool. Bien que l'alcool soit un facteur étiologique majeur, la maladie associée n'est pas la maladie de la

consommation que l'on nomme alcoolisme mais bien une comorbidité, une entité nosologique séparée. Cependant, l'existence de ces pathologies donne un argument à la théorie de l'alcoolisme-maladie. En effet, il suffirait pour en guérir, ou au moins limiter leur évolution et les conséquences morbides, de cesser de boire. Or, certains continuent quand même leur consommation d'alcool et c'est ce point, cette non abstinence en dépit des conséquences néfastes connues et reconnues qui justifie la qualification de maladie. Le raisonnement est selon Fingarette que s'il existe plus d'inconvénients que de bénéfices à la consommation d'alcool et que l'agent continue tout de même à consommer c'est qu'il doit y avoir un problème au niveau de la capacité à choisir qui induit ce choix irrationnel. Ce problème particulier est le symptôme cardinal de l'alcoolisme-maladie, en conséquence, la prise d'alcool est inévitable car elle ne peut être évaluée convenablement en raison de cette altération de la compétence de choix. La volonté est impuissante, l'alcool gagne toujours, inexorablement. Contre cette théorie qui fait de la perte de contrôle la pierre de touche de la théorie de l'alcoolisme maladie, Fingarette oppose différents arguments qui visent à montrer qu'il n'y a pas de perte de contrôle et donc pas maladie, mais encore et surtout, un contrôle possible de la consommation d'alcool dont il faut tirer les conséquences en termes de responsabilité.

D'abord, il revient sur l'alcoolisme gamma décrit par Jellinek qui en fait le paradigme de l'addiction à l'alcool ; c'est pour lui l'alcoolisme américain[73] (par contraste avec l'alcoolisme delta des français, où les individus boivent tout le temps sans aller jusqu'à la perte de conscience). Or, Il cite ensuite Mark Keller, un collaborateur de Jellinek qui fait remarquer que tous ceux qui ont fréquenté des alcooliques savent bien qu'ils peuvent

[73] «Le premier verre du buveur gamma est volontaire, mais, une fois ingéré, il déclenche une perte de contrôle et le buveur est alors incapable de s'empêcher de continuer à boire, tant que de l'alcool est disponible, jusqu'à se sentir trop malade ou trop saoul pour continuer». Fingarette, 1988, p.33.

tout à fait consommer un verre ou deux, occasionnellement. Il convoque aussi Georges Vaillant, qui, à l'époque, relevait l'existence de consommations modérées chez les alcooliques[74]. De plus qu'est-ce qui empêche l'alcoolique de résister au premier verre s'il est volontaire ? L'alcoolisme gamma souffre pour Fingarette d'une incohérence critique.

Il s'appuie ensuite sur une série de travaux pour mettre en évidence la capacité qu'ont les alcooliques à résister dans certaines circonstances à l'alcool. Il en conclut, avec une certaine prudence, que ces travaux ont été discutés, notamment car ils ont pris place dans un contexte hospitalier très spécifique. Or, Fingarette fait remarquer que quel que soit la qualité intrinsèque de ces études

> Soit (1) Les observateurs attentifs dans ces dispositifs expérimentaux ont détecté des comportements que d'autres observateurs attentifs devraient pouvoir constater dans les situations quotidiennes, soit (2) le changement de contexte entre le domicile et l'hôpital affecte radicalement le self-contrôle des alcooliques et leurs patterns de consommation. L'une et l'autre de ces explications sapent la conjecture classique de la perte de contrôle[75].

Soit la perte de contrôle est une erreur d'observation, soit elle est due à un paramètre environnemental mais n'a rien à voir avec un quelconque effet de l'alcool.

Fingarette soulève ensuite que les décisions des alcooliques semblent en fait suivre «les principes généraux de la motivation humaine»[76].

[74] Fingarette cite Vaillant (1983). La position de Vaillant a évolué (Vaillant, 1995) concernant tout au moins la possibilité de conserver une consommation modérée d'alcool après être sorti de l'alcoolisme. Vaillant est un théoricien de l'alcoolisme maladie, il diffère de Jellinek mais défendait et défend toujours un alcoolisme maladie.
[75] Fingarette, 1988, p.37.
[76] Fingarette, 1988 p.37.

Les raisons du choix peuvent, par contre, être irrationnelles. En effet, l'anxiété, le trouble, que ressent l'alcoolique pourrait bien nous paraître absurdes, tout comme cette attitude qui semble ne pas tenir compte des dangers de l'alcoolisation pour sa propre santé, cette apparente erreur dans l'évaluation des avantages et des inconvénients.

> Mais alors que les angoisses du buveur peuvent nous paraître irrationnelles, le choix de boire peut bien être une tentative intelligible pour s'en débarrasser.[77]

Pour Fingarette l'irrationalité apparente qui semblait devoir être expliquée par une perte de libre arbitre fait place à une capacité de choix normale, intelligible, appliquée à des paramètres qui, eux, peuvent nous sembler inconsistants. Nous transférons cette apparente irrationalité sur le comportement directement visible alors qu'elle est plutôt celle des raisons intimes, cachées, à partir desquelles le choix est fait. Fingarette défend ici une conception où la question de ce que l'on nomme alcoolisme est faussement débattue en termes de *causes*. Des causes irrésistibles, responsables d'une perturbation de la capacité à choisir, dont on va pouvoir rendre compte en termes de chimie, de physiologie, c'est-à-dire en termes physiques alors qu'il s'agit pour lui d'une question de *raisons*. Ce que l'on nomme alcoolisme a donc ses raisons, qui président à des choix rationnels de la part de personnes aptes à choisir. Les alcooliques savent d'ailleurs bien, d'après Fingarette, comment moduler leur consommation, pour «des raisons qui sont d'importance *pour eux*»[78].

[77] Fingarette, 1988, p.38.
[78] Fingarette, 1988, p.38.

ii) Une étiologie confuse

Il n'est pas question de faire une revue in extenso des propositions théoriques étiologiques auxquelles Fingarette pouvaient avoir accès lors de la rédaction de son livre. D'abord il n'a pas besoin de toutes les traiter et elles sont de toutes façons toutes datées voir dépassées et ont au mieux survécu sous des formes extrêmement modifiées. Fingarette a effectivement beau jeu d'affirmer qu'il n'y a pas de théorie valable donnant une explication causale de l'alcoolisme, qu'elle soit d'origine médicale, socio-culturelle ou psychologique quand on s'y penche avec le recul des trente ans qui nous séparent de la sortie de *Heavy Drinking*. Il s'attaque d'ailleurs à ce qui s'appelait la théorie de la dépendance, qui explique le phénomène de consommation des substances *hypnotiques* par la peur du sevrage ; or, la théorie moderne de l'addiction, s'est justement construite, à partir du milieu des années 1950[79], pour en arriver à l'implication ubiquitaire de la dopamine en 1988[80], contre cette théorie[81]. La question de l'origine *unique* de l'alcoolisme est toujours ouverte et les théories les plus modernes, neurobiologiques, de l'addiction et de l'alcoolisme en particulier, ont pour origine des travaux que Fingarette pouvait difficilement avoir sous la main.[82] De toute façon Fingarette ne s'intéresse pas à la neurobiologie qui n'aurait que difficilement pu donner, à la fin des années 1980, ce que Fingarette cherche à réfuter, c'est-à-dire une origine *unique*. Il s'agit moins

[79] Olds & Milner, 1954.
[80] Di Chiara & Imperato, 1988.
[81] Voir en particulier Wise, 1980 et Wise & Bozarth, 1987.
[82] S'il était supposé depuis le début du XXe siècle que les effets (aigus) de l'alcool pouvaient s'expliquer par sa capacité à perturber les membranes plasmiques des neurones grâce à ses propriétés amphipathique (Meyer, 1899), , et que depuis la fin des années 1970 il a été proposé que l'effet implique une interaction avec des protéines membranaires (Franks & Lieb, 1978), il faut attendre 1984 pour que soit proposé que les lipides membranaires ne sont pas impliqués mais que l'alcool pourrait se lier à un récepteur protéique (Franks & Lieb, 1984, 1987, 2004). L'effet de l'alcool sur le fonctionnement des récepteurs GABA a été mis en évidence à la toute fin des années 1980 et nous sommes loin d'avoir une connaissance parfaite des modes d'action de l'alcool.

de démontrer l'absolue fausseté des différentes théories explicatives que de montrer qu'elles ne s'appliquent pas à *tous* les cas, que le problème n'est même pas tant, pour le concept classique de l'alcoolisme maladie, l'absence d'explication étiologique unique que leur multiplication. L'idée sous-jacente repose sur une vision du concept de maladie la définissant comme un ensemble de symptômes (un syndrome) à l'étiologie unique connue. Comme il n'y a pas d'étiologie unique mais une multiplicité, il n'y a pas de maladie unique. Il n'existe rien de tel pour Fingarette que *l'*alcoolisme mais bien, au moins, *des* alcoolismes[83].

iii) De l'(in)efficacité des traitements

Même si ses arguments étaient pris pour argent comptant il resterait la possibilité que l'alcoolisme soit bien une maladie dont nous ne sommes pas capables d'expliquer les tenants et les aboutissants. Après tout, si les promoteurs de l'alcoolisme maladie arrivaient à *soigner* les alcooliques, par des méthodes qui reposent sur leurs présupposés on pourrait accorder à la médecine qu'elle est un art dont le but est bien le traitement des *maladies* et pour qui les *explications* dépendent de la science et ne sont, après tout, que des outils. Si, selon l'adage, «c'est en définitive le traitement qui révèle la nature de la maladie», l'efficacité des remèdes suffirait à valider l'hypothèse maladie. Fingarette se doit donc de montrer leur inefficacité. Il veut montrer que non seulement les prétentions de la médecine et des tenants paramédicaux, comme les AA, sont loin d'être justifiées mais que, surtout, l'approche classique de l'alcoolisme comme maladie, peut être nuisible. Dans la logique du DSM III, sont regroupés sous un même trouble mental, tous les syndromes qui partagent les mêmes symptômes (il en parlera plus

[83] «*Il existe, en résumé, de nombreux types de consommation abusive d'alcool [heavy drinking] qui viennent de nombreuses causes différentes et produisent de nombreux tableaux différents de problèmes associés.*» Fingarette, 1988, p.65.

tard en niant que les signes de la consommation d'alcool puissent être des *symptômes*), le même décours (il a traité ce problème sous l'angle de la perte de contrôle inexorable) et une réponse aux mêmes traitements. Pour dissoudre le concept d'alcoolisme maladie, Fingarette s'en prend donc ensuite aux traitements.

Il commence par un constat très américain sur la publicité entourant les centres de soins privés et les sommes en jeu. Son propos consiste avant tout à faire remarquer que la médecine n'a en fait que très peu de rôle dans le traitement classique[84]. A part lors du sevrage *per se* et pour le traitement des maladies associées, la médecine n'a que peu à faire avec le traitement de l'alcoolisme proprement dit. Les médecins sont rares dans les équipes de prise en charge et leur intervention n'est que symptomatique. Deux exceptions sont évoquées, le disulfiram, molécule connue sous le nom d'Antabuse, dont la prise a pour conséquence de rendre toxique toute consommation consécutive d'alcool et l'usage des tranquillisants et antidépresseurs dont il se demande bien pour quelle raison ils sont administrés au patient, si ce n'est pour traiter une maladie psychiatrique sous-jacente pour laquelle la consommation d'alcool ne serait qu'une comorbidité, ou dans le cas de l'intervention lors du sevrage. Concernant le disulfiram, il constate que

> le succès de l'Antabuse dépend entièrement du bon vouloir du buveur concernant la prise du médicament. C'est-à-dire que le composé chimique apporte un soutien au buveur qui est déjà, pour d'autres raisons, suffisamment motivé vis-à-vis de l'abstinence pour s'en tenir à la posologie de l'Antabuse[85].

[84] Fingarette distingue le traitement classique, fondé sur le concept classique de l'alcoolisme maladie et les autres traitements qu'il compte aborder en fin d'ouvrage.
[85] Fingarette, 1988 p.85.

Autrement dit, «l'Antabuse élimine la prise d'alcool mais le buveur peut toujours décider d'éliminer l'Antabuse[86].»

Fingarette cite d'une part des travaux qui vont dans le sens d'une faible efficacité des traitements classiques et d'autre part des raisons pour expliquer pourquoi certaines autres études semblent montrer des résultats intéressants. Pour les biais expérimentaux il relève : la sélection de patients issus de milieux sociaux favorisés, une sélection optimale de sujets les plus motivés, cadrant particulièrement bien avec l'étude, le fait que dans la plupart des études les abandons ne sont pas comptabilisés comme des échecs et le fait que statistiquement, les patients qui se rendent dans un centre de soins sont poussés à cette extrémité par leur situation et ne peuvent en général que difficilement tomber plus bas. Ils ont donc toutes les chances d'aller mieux.

Fingarette ne nie pas complètement l'efficacité des traitements. Pour lui, ils sont équivalents au décours normal de la maladie, mais une certaine efficacité est masquée. En effet, la prise en compte du buveur peut avoir un effet curatif, mais pas pour les raisons théoriques évoquées, et tout dépend de la personne, de sa situation. En effet il existe, comme le relève Fingarette, des types de traitements très divers, reposant tous sur le modèle maladie. D'une part rien ne justifie alors cette diversité dans le cadre du concept classique mais d'autre part cette diversité rencontre parfois la diversité des cas de consommation d'alcool. Pour Fingarette il n'y a pas d'alcoolisme mais une infinité de situations qui peuvent demander des traitements, des approches, différentes, approches que certains des traitements classiques peuvent fournir. Pour Fingarette cela se limite en général à une sorte d'écoute bienveillante et des conseils avisés. Les franches réussites sont alors

[86] Fingarette, 1988, p.85.

masquées par l'inefficacité relative des autres appariement traitement/patient et Fingarette conclut que :

> Certains des programmes de soin orientés *maladie* pourraient bien être capables de donner de meilleurs résultats, mais il leur faudrait abandonner le concept classique de l'alcoolisme maladie unique qui affecte, de manière identique ses victimes[87]

Enfin, il cite, encore, Vaillant dans son étude de 1983 qui «concluait qu'"il existe des preuves irréfutables que notre traitement n'est pas meilleur que l'évolution naturelle de la maladie"»[88]. Ce même Vaillant qui,

> Parce que ces proportions [de rémissions] étaient les mêmes pour des populations comparables de buveurs qui n'avaient entrepris aucun traitement, pouvait au mieux dire [...] «que ces programmes, au moins, ne faisaient aucun mal»[89]

Enfin,

> en d'autres mots, peut être que certains programmes pourraient se montrer efficaces si seulement ils étaient administrés aux bons buveurs[90].

Là encore, à situations diverses, prises en charges diverses, Fingarette invoque les résultats et les échecs des programmes de traitement inspirés par le concept classique de l'alcoolisme maladie pour soutenir sa propre approche, celle d'une diversité infinie de situations personnelles complexes.

[87] Fingarette, 1988, p.77.
[88] Fingarette, 1988, p.77.
[89] Fingarette, 1988, p.77.
[90] Fingarette, 1988, p.80.

iv) Contre les Alcooliques Anonymes

Fingarette a pour cible privilégiée les AA, en tant que promoteurs, fondateurs, du concept classique et organisation puissante dans le domaine de l'alcoolisme aux USA. Il ne remet pas en cause une certaine *efficacité* de la prise en charge par les groupes AA, mais il veut retourner cette efficacité contre la théorie maladie qu'ils défendent.

D'abord, les AA ne concernent selon Fingarette qu'une petite proportion des personnes présentant un problème d'alcool[91] Il n'y a pas de raison d'être impressionné par le fait que ceux qui se tiennent au programme réussissent à rester abstinents, car seuls ceux qui arrivent à rester abstinents restent dans le programme :

> la grande majorité des buveurs n'ira jamais dans un groupe AA et la plupart de ceux qui essaient abandonnent[92]

Ce n'est pas tant que les AA sont inefficaces, ils ne sont efficaces que pour certains. Ensuite, les AA ne proposent pas de traitement pharmacologique, il n'y a pas non plus, de dimension médicale, il est question de mode de vie, de groupes communautaires qui changent la façon de vivre de leurs disciples :

> Les membres rejoignent une communauté qui favorise l'instauration d'intenses liens émotionnels, fournit un ensemble intégré de valeurs et de priorités, de puissants symboles et rituels, et offre des activités sociales et un réseau actif de communication[93]

[91] Fingarette, 1988, p.89.
[92] Fingarette, 1988, p.89.
[93] Fingarette, 1988, p.90.

La pratique même des AA va à l'encontre de la théorie qu'ils défendent, ils ne proposent pas un traitement médical à une maladie mais un changement de vie pour quelque chose qui relève alors d'un type d'activité. Fingarette fait le lien avec une remarque de Vaillant qui se demandait en 1983 si

> ce dont de nombreux buveurs avaient besoin ne serait pas de participer à «des rituels émotionnellement chargés et communément partagés, et un système partagé de croyances» du genre qui offre confiance, foi et espoir - même si «l'espoir n'est pas de l'ordre du scientifique». Ce n'est pas la médecine, suggérait-il alors, mais une nouvelle forme d'organisation sociale et de communication qui pourrait amener les gros buveurs à une nouvelle façon de vivre[94].

La question de la manière de vivre, de l'activité centrale est au cœur de la pensée de Fingarette concernant l'alcoolisme, et il se sert des groupes AA pour étayer son propos. Ce qu'il leur reproche, c'est de considérer l'alcoolisme comme une entité unique, identique chez tous les buveurs concernés et de proposer une solution, sous forme d'un mode de vie, unique qui serait alors le seul valable. Pour Fingarette, le mode de vie proposé par les AA peut bien rencontrer un buveur chez qui il sera efficace pour lutter contre les problèmes d'alcool, mais vouloir imposer cet unique style de vie à tous les buveurs sous prétexte qu'ils souffriraient de la même chose est un procédé qui relève du programme politique d'une secte religieuse. En effet, la recherche d'un sens à sa vie est, pour les AA, le traitement. Mais cette quête de sens chez les AA est énoncée dans des termes moins spirituels que religieux. Il n'est pas tant question de découvrir *un* sens qu'à suivre *le* chemin tracé. Celui d'un groupe dont l'influence remonte à l'Oxford group des années 20, à l'origine luthérienne et dont le fondateur voyait dans l'abandon complet au plan divin, la solution à tous les

[94] Fingarette, 1988, p.91.

problèmes. Cet abandon, sous la forme de la reconnaissance de son impuissance face à l'alcool, requiert, chez les AA une confiance absolue, en un pouvoir supérieur, seul à même de permettre d'échapper à l'alcool. Ce chemin-là, apparaît n'être, pour Fingarette, ni le seul ni le meilleur. Il est même problématique, car en regroupant dans une catégorie unique tous les buveurs excessifs, en créant *un* alcoolique, victime d'*une* maladie, il enferme les individus et fait d'une *activité, centrale*, certes importante mais non exclusive, l'unique déterminant de l'identité personnelle des individus concernés. Cela pose deux problèmes pour la pensée de Fingarette : le déterminisme absolu et l'idée que l'identité personnelle se définit par un caractère intrinsèque, ici la maladie alcoolisme.

Le concept d'alcoolisme ne repose donc pas pour Fingarette sur des bases solides, pire, il n'a pas vraiment d'intérêt pratique. Si, comme le revendiquent ses promoteurs il permet de déculpabiliser certains buveurs en leur ôtant la responsabilité de leur conduite, il peut aussi, pour Fingarette, en les condamnant à l'impuissance, non seulement saper les ressources morales utiles pour ce combat mais les décourager, ou pire, les faire fuir. Le terme alcoolique peut être vécu comme stigmatisant et certains buveurs peuvent refuser de se le voir appliqué. De même, on peut comprendre que se voir diagnostiquer une maladie chronique et incurable puisse entraîner un certain rejet, une certaine peur, qui éloigne de fait nombre de buveurs à problèmes de l'aide dont ils auraient pourtant besoin, si cette aide ne prenait pas la forme des traitements associés au modèle maladie. Fingarette refuse aussi la démarche qui consiste à reconnaître la faiblesse de la théorie-maladie tout en la défendant car elle apporte des solutions de prise en charge. Pour lui, ces solutions ne sont, justement, pas aussi efficaces que cela. De plus, se fondant sur une abstinence absolue ces traitements font encore fuir d'autres gros buveurs pour qui la perspective

d'une vie totalement sans alcool, même un verre épisodiquement, est tout à fait inacceptable. De fait, selon Fingarette le modèle maladie a pour conséquence principale de laisser de côté nombre de buveurs qui nient avoir un quelconque problème avec leur consommation d'alcool. Refusant de se concevoir comme alcooliques, ils ne reçoivent donc aucune aide. Ce sont ceux que Fingarette appelle ces «autres gros buveurs [other heavy drinkers]», qui reconnaissent boire beaucoup, ont parfois des problèmes à cause de cela mais considèrent savoir gérer leur consommation. Qui pensent que tout le monde à des soucis de famille ou de travail et, surtout, qui ne se reconnaissent pas dans la liste des symptômes définissant l'alcoolisme et refusent cette étiquette. En supposant que «l'alcoolisme» est une entité pathologique unique, identique chez chacun, la moindre différence entre le tableau symptomatique et la vie effectivement vécue par un individu est une raison de refuser de reconnaître avoir un problème. Le concept d'alcoolisme suppose aussi une ligne de démarcation claire entre les malades et ceux qui ont une consommation importante, or cette limite est floue, et la ligne est tracée artificiellement, à partir de critères qui ont du mal à se conformer aux différences individuelles, privant alors d'aide nombre de ceux qui pourraient en bénéficier.

3) De l'alcoolisme au «heavy drinking»

Pour Fingarette chaque buveur est unique. Ils ont entre eux :

peu en commun excepté :

1. Qu'ils boivent beaucoup.
2. Qu'ils ont plus de problèmes que les non buveurs ou les buveurs modérés.

3. Qu'ils présentent une capacité bizarrement inconstante à contrôler leur consommation[95]

Ce qui les réunit, c'est quelque chose qu'ils font. Mais, l'alcoolisme, en ne voyant dans la consommation d'alcool qu'un symptôme d'une maladie, un réflexe organique irrésistible, «encourage le gros buveur à échapper à sa responsabilité»[96] et, empêche le buveur, son entourage, la société même, de «comprendre l'acte de boire comme étant une activité certes inadaptée mais douée d'un sens»[97]. Vouloir y voir une maladie, c'est s'empêcher finalement de comprendre le buveur et son comportement. Il n'existe donc pas une seule explication pour tous ces cas qui unirait le phénomène. La catégorie ne tient qu'à ce que *font* ceux qui y appartiennent, elle tient à leur *activité*, à une activité spécifique, boire, qui prend une place particulièrement importante car en extrapolant légèrement à partir des critères précédents, ils boivent donc beaucoup et ils ont des problèmes dans leur vie *à cause* de cette activité qui semble envahissante car ils semblent avoir du mal à la contrôler, ou, malgré ce qu'ils peuvent dire de ce qu'ils souhaitent, n'y parviennent pas toujours.

i) Activité centrale, style de vie

Fingarette décide alors de renommer cette catégorie, non plus *alcoolisme* mais *heavy drinking*, consommation excessive d'alcool. Ce n'est pas une maladie mais une *activité centrale.* Au-delà de l'activité telle que définie ci-dessus, toutes les situations varient. Les origines sont aussi variées que les multiples raisons qui peuvent nous pousser à avoir n'importe quelle autre activité importante pour nous. Ce n'est pas une activité comme une autre,

[95] Fingarette, 1988, p.99.
[96] Fingarette, 1988, p.92.
[97] Fingarette, 1988, p.92.

parce qu'elle revêt une importance particulière, elle est *centrale*, mais c'est une *activité centrale* comme une autre :

> Par activité centrale je veux dire n'importe quelle centre d'activité (travail, pratique religieuse, loisir sérieux, rôle familial ou communautaire) qui, en partie, définit ou influence l'identité, les valeurs, la conduite et les choix de vie d'une personne[98]

Ces activités centrales sont d'une importance capitale pour Fingarette. Leur capacité à modeler notre vie est considérable, ce sont elles qui définissent nos *modes de vie* [way of life]. Ces activités «affectent le style et la nature de tous les aspects de nos vies et interagissent avec toutes nos autres activités centrales». Si nous sommes à l'origine des choix qui

> éventuellement déterminent nos activités centrales, une fois une activité devenue centrale, elle influence, inspire, ou semble même nécessiter d'autres choix qui définissent plus avant qui nous sommes, comment nous agissons, et les valeurs qui nous importent.[99]

Les buveurs organisent donc leur vie autour de leur activité. Il en résulte que ce qui est injustement nommé «l'alcoolisme» n'est que la collection d'un ensemble de cas individuels très divers qui semblent n'avoir en commun que la consommation d'alcool et ses conséquences. Or, soit toute consommation d'alcool est pathologique (ce qui est un non-sens) soit il n'y a pas de raison de créer une catégorie particulière, sans critères d'appartenance valable, et donc l'alcoolisme n'existe pas. Ni en tant que maladie ni en tant que catégorie. Il n'y a pas d'alcoolisme, il y a des individus aux prises avec des difficultés de vie, comme tout un chacun.

[98] Fingarette, 1988, p.100.
[99] Fingarette, 1988, p.101.

On pourrait penser que l'alcoolisme pourrait alors renvoyer à une sous-catégorie d'activités centrales, qu'un point commun plus déterminant pourrait être trouvé à l'origine de l'activité. Mais pour Fingarette, là encore, il n'y a pas d'origine commune, de cause explicative unique. Comme pour toutes les autres activités centrales, cette activité devient centrale, un pas après l'autre, un acte en entraînant un autre, sans qu'il soit possible de déterminer un pattern particulier.

> Les gros buveurs sont des personnes qui ont, au cours du temps pris une série longue et complexe de décisions, effectué des jugements, des choix, positifs et négatifs, qui se sont fondus en une activité centrale[100]

Il n'est pas question d'avoir eu à long terme une intention particulière d'aboutir à une situation néfaste pour soi et les autres, c'est au fur et à mesure que la situation à émergée. Il n'existe pas une seule réponse à la question de savoir ce qui motive les comportements que nous avons et qui nous nuisent. L'apparente irrationalité des comportements humains est une énigme ancienne et le buveur est comme tout un chacun, il prend de mauvaises décisions et agit contre son intérêt.

> Pour la personne aux prises avec des problèmes personnels, la consommation excessive d'alcool est l'une des réponses culturellement à disposition, bien qu'imprudente et autodestructrice.[101]

Il faut donc concevoir le buveur comme un être aux prises avec ses difficultés existentielles, soumis à l'influence de ses activités centrales qui loin de n'être que le symptôme d'un dérèglement organique, ont une signification comme éléments de la lutte quotidienne.

[100] Fingarette, 1988, p.102.
[101] Fingarette, 1988, p.103.

Les activités centrales se forment dans la pratique, elles se condensent au fur et à mesure, c'est l'action qui les détermine et les crée. Il y a un chemin de vie qui, petit à petit, s'explore et se constitue. En retour, elles se manifestent par des habitudes de comportement, de types de réactions, la recherche de certaines situations, qui les favorisent ou leur permettent de s'exprimer. Elles se manifestent aussi par des modes de perception des situations. Un buveur et un individu lambda ne percevront ni ne focaliseront leur attention sur les mêmes choses, n'analyseront à l'identique une situation commune, comme par exemple une pièce pleine d'invités lors de leur arrivée à une fête entre amis, selon l'exemple de Fingarette. Le premier repère immédiatement les boissons, un possible compagnon de beuverie ou un observateur attentif qui risque de remarquer et réprouver une consommation d'alcool importante. L'autre cherche les hôtes, des amis en particuliers ou remarque la nourriture ou la décoration. Pour reprendre un autre de ses exemples, un passionné d'architecture, un agent immobilier et un patient qui vient pour subir une intervention chirurgicale n'auront pas le même regard en entrant dans le même immeuble. Non seulement les activités centrales influencent, constituent des modes de vie, mais elles impactent notre façon de percevoir le monde. Au fur et à mesure de leur constitution et répétition elles acquièrent une dynamique, une force propre. Fingarette parle de «momentum»

> une étiquette commode pour faire référence à l'impact cumulatif des diverses et interdépendantes habitudes de l'esprit, du cœur, de l'âme et du corps, depuis longtemps entretenues[102].

Des habitudes, dont on ne semble pouvoir se rendre compte qu'après avoir réussi à changer, en partie au moins, une de ces activités centrales et dont l'inertie, la force, la prégnance est à l'origine de cette attirance

[102] Fingarette, 1988, p.104.

difficilement justifiable pour l'alcool, du manque de résistance, de l'apparente impossibilité à changer, que l'on retrouve chez les gros buveurs. Il n'est pas pour Fingarette question d'une perte de self-control, d'une diminution de la volonté qu'un élément extérieur, étranger provoquerait, mais du poids de l'habitude.

ii) La place de la volonté

La question du changement peut bien être d'actualité, on peut bien désirer changer, mais ce contre quoi cet espoir de changement va devoir lutter, ce sont ces habitudes de vie profondément ancrées, ces pratiques inscrites dans la personne et qui, si l'on suit le point de vue de Fingarette sur ce qui constituerait le moi, sont et forment la personne. En effet, les activités centrales se constituent par la pratique, par la répétition des situations, elles donnent lieu à des actions particulières qui définissent non seulement l'activité mais aussi celui qui s'y adonne. Ces actions sont situées dans l'environnement social et ont un sens et une importance. En retour, la répétition définit, aux yeux de l'entourage et de l'acteur lui-même, la personne, en tant que personne ayant ces habitudes, ces activités. Selon la conception défendue dans *Self-Deception* la personne est, devient, ce qu'elle fait et ce que les autres lui font, lui renvoient et les activités centrales sont des éléments fondamentaux de la constitution du moi. Vouloir lutter contre un élément de ces activités c'est vouloir modifier ce moi. Il ne s'agit pas de simplement décider d'éviter de porter un verre à sa bouche, mais bien de devenir d'une certaine façon, quelqu'un d'autre, de changer de vie.

Il n'est pas question de résumer cette position à la toute-puissance de la volonté du buveur. Pour Fingarette, il ne suffit pas de choisir, de vouloir quitter une habitude, pour y parvenir. Il ne s'agit pas de revenir à une

simple question de manque de volonté, d'une sorte de faillite morale qui fait du buveur quelqu'un de faible dans le sens où il ne souhaite pas véritablement cesser son comportement. Les activités centrales ont une force, celle de l'habitude, de l'inertie, elles influencent grandement nos comportements, mais, il est clair, pour Fingarette, que la première étape pour initier un changement de vie est bien une décision personnelle. D'ailleurs les programmes AA reposent eux aussi sur une suite de décisions concernant l'alcool, une série d'engagements personnels à tenir, ce qui semble paradoxal compte tenu de la supposée impuissance face à l'alcool. Il faut alors trouver le pouvoir d'agir et de décider en s'en remettant à une puissance supérieure. Pour Fingarette, à l'origine, quelle que soit la façon dont on interprète ce positionnement, il y a tout de même la volonté de changer de vie. Il s'agit ensuite de trouver une stratégie pour lutter contre la difficulté de mettre en actes le changement décidé. Or cette difficulté n'est pas spécifique du rapport à l'alcool, tout changement de vie qui implique de modifier ou de renoncer à une ou des activités centrales se heurte à cette même résistance, celle du moi actuel, qui s'inscrit dans le réseau des activités centrales, qui est bâti sur elles, quand le moi espéré ne repose que sur l'espoir et les perspectives d'un changement encore à venir. Il est courant dans ce cas de se voir, ou de voir autrui agir contre ce qu'intellectuellement on peut concevoir comme étant sa meilleure perspective, parce qu'elle consiste à aller contre l'habitude, contre ce comme quoi nous nous identifions et sommes identifiés par les autres. Les activités centrales ne sont pas des activités *personnelles* au sens où elles ne concerneraient que nous, elles s'inscrivent et nous inscrivent dans un réseau de relations aux autres sans lesquelles il n'y a pas de «je». L'immense difficulté qu'il y a à les changer vient du fait qu'elles nous caractérisent par ces relations.

Fingarette n'est pas dans cet ouvrage explicite à ce sujet mais on ne peut comprendre sa position sans l'intégrer au reste de sa pensée. Une lecture unique de *Heavy Drinking* peut laisser penser à un auteur libertarien car cela reste le moyen le plus simple de donner du sens à cette idée du moi et de l'individu. D'autre part, la plupart des opposants au modèle maladie le sont essentiellement parce qu'il propose une vision déterministe du devenir humain et que, selon l'expression consacrée et caricaturale, la science déterministe déshumanise en enlevant à l'homme son pouvoir unique de décider par et pour lui-même. Cette caricature est malheureusement ce qui semble résumer le mieux le débat autour de l'addiction. On peut l'expliquer à la fois par l'existence de cette pensée anti-scientifique (qui se définit plutôt comme anti-scientiste ou antipositiviste, comme le fait remarquer Bouveresse[103]), et on doit bien admettre que la complexité du sujet qui fait appel à des domaines de la connaissance divers invite aux raccourcis théoriques. Les auteurs comme Peele, issu de la psychologie sociale, se trouvent logiquement intégrer Fingarette à leur logiciel culturel mais Fingarette a décrit, tout au long de son travail de philosophe, avec les usages spécifiques à sa spécialité, une image de l'homme, de son moi, qui est en totale opposition avec le moi autonome, individuel libre et souverain.

Pour résumer, la volonté ne suffit pas, mais sans décision initiale de changer de vie rien n'est possible. Encore faut-il au moins avoir à l'esprit que prendre cette décision est possible et pertinent. Si je décide de voler par mes propres moyens naturels, les lois de la physique vont évidemment me ramener à la réalité, et il est fort probable que, en toute rationalité, ce rêve restera à l'état de rêve et qu'il y a peu de chance que je tente de mener à bien ce projet. Le modèle maladie fait pour Fingarette croire aux buveurs que leur rapport à l'alcool n'est pas de leur ressort, qu'un élément extérieur, tout

[103] Bouveresse, 1999, 2004b,c.

puissant vient prendre le rôle des lois de la physiques pour annoncer leur échec certain. En conséquence, il leur devient impossible de faire le premier pas vers le changement qui consiste à prendre la décision de changer de vie. Il faut cependant se garder de croire que ce premier pas est une décision libre et souveraine qui engage par le pouvoir décisionnaire de l'individu libre et souverain la réalisation actuelle de la décision prise.

4) Aider

Pour aider les *buveurs* dans l'optique de Fingarette, il faut leur donner les conditions permettant de faire preuve de discernement. Le modèle maladie, à l'inverse, offre un mensonge confortable, une solution pratique pour échapper à l'inconfort du regard lucide. Il faut ensuite un suivi personnalisé, une adéquation entre le buveur, la méthode choisie et le conseiller chargé de s'en occuper. On trouve chez Fingarette le devoir moral d'être lucide. La liberté chez lui commence et s'arrête là. Il nous faut être lucide sur ce que nous faisons, ce que nous désirons et ce que nous pourrions faire. La suite ne dépend que peu de nous mais l'organisation de la structure sociale peut nous aider à nous engager sur ce chemin ; c'est cela aider, favoriser la prise de conscience lucide et créer les conditions pour permettre d'atteindre l'objectif.

Le point le plus important préconisé par Fingarette rejoint l'espoir de Vaillant, exprimé dans la version de l'étude de 1983, celui de pouvoir conserver une consommation d'alcool limitée et de ne pas tout faire reposer sur l'abstinence totale. Comme il a déjà été dit, Vaillant, en 1995, revient sur la possibilité même de cette consommation et semble considérer qu'il s'agissait malheureusement d'un rêve inaccessible. La proposition de Fingarette, de ne plus viser l'abstinence mais une consommation contrôlée

est typique de sa position. D'abord demander une abstinence totale revient à contourner le problème, à refuser d'en endosser la responsabilité. Ensuite, c'est mettre le buveur face un risque d'échec trop important, lui demander un effort tel qu'il ne peut qu'échouer et alors se prouver à lui-même une impuissance qui n'est que le résultat de la confrontation à une épreuve bien trop ardue et donc inutile. Pourquoi demander à un buveur de se passer d'alcool tout le temps quand s'en passer de temps en temps suffirait ? C'est aussi une façon d'admettre que le problème ne vient pas de l'alcool mais d'une consommation non régulée, d'une dimension excessive prise par la boisson, d'une solution qui outrepasse la fonction qu'elle devrait remplir. Il s'agit selon Fingarette d'agir «convenablement». Choisir la voie de la consommation régulée c'est faire de l'alcool un simple objet d'usage dont seule la consommation excessive est un problème. C'est renvoyer les problèmes d'alcool à des pratiques inadéquates, non harmonieusement intégrées à la vie du buveur dans le sens où cette activité, aux conséquences délétères, ne lui permet pas de remplir convenablement son rôle de membre de la société, de participer pleinement aux pratiques sociales, aux *rituels*.

C'est en apprenant à prendre cette place, à intégrer son habitude dans le jeux des rituels que la personne règlera son problème. Cette solution passe par des étapes, est un lent changement de vie, et Fingarette demande à ce que l'on cesse de regarder les évolutions du buveurs sous l'angle d'un tout-ou-rien qu'il juge absurde et néfaste. Enfin, comme il s'agit de s'occuper d'un individu inscrit dans un environnement social, qu'il s'agit de ses actions, et des pratiques sociales, ces dernières, et tout l'environnement ont un poids fondamental.

> Une fois qu'est laissée de côté le concept de maladie, qui insiste sur la médecine et le traitement individuel d'un supposé symptôme involontaire, nous

> pouvons avoir une vue plus large : ce qui arrive dans l'environnement du buveur pourrait bien être plus important que ce qui se passe dans son corps[104]

Les stratégie sociales sont au cœur de la solution ; il s'agit pour le buveur de réorganiser ses pratiques, pratiques sociales et intégrées dans un fond social, qui, loin d'être un environnement neutre dans lequel se déroule les actions humaines, les influence, les organise, les rend possibles, leur donne sens, les détermine, et détermine leur statut moral.

Le retour au sens proposé par Fingarette a un écho aujourd'hui dans certaines propositions, plutôt d'obédience psychanalytique en Europe, ou, pour les USA chez Heyman[105]. Ces attitudes soutiennent des approches thérapeutiques, des stratégies de soin qui prennent en charge la personne et son intégration sociale, Peele[106] ne dit pas autre chose. Ces approches s'inspirent presque de l'histoire naturelle des pratiques addictives, leur argument principal étant les taux d'arrêts spontanés tellement massifs qu'ils font des addicts récalcitrants des cas particuliers. Ces arrêts se produisent au moment de changements de vie et de centres d'intérêt, il s'agit alors de proposer ces changements aux addicts. Ces changements de vie ont évidemment un intérêt et une certaine efficacité mais on peut se demander si, justement, au-delà de forcer l'évolution naturelle chez des addicts qui en seraient de toute façon arrivés là, cette stratégie s'avère efficace quand il s'agit de s'attaquer aux addicts réfractaires qui n'ont pas naturellement pris ce virage et qui, à un âge plus avancé pourraient bien ne pas répondre à cette stratégie. Plus clairement cela ne décrédibilise pas la prise en charge

[104] Fingarette, 1988, p.142
[105] Heyman, 2010.
[106] Peele, 1977, 1998. Stanton Peel cite Fingarette, il a écrit des articles de soutien quand la polémique autour de l'alcoolisme a éclaté, et a participé au recueil de Bockover & Fingarette 1991.

médicale qui peut s'avérer aussi facilitatrice pour tous et nécessaire pour certains.

5) Alcoolisme et addiction(s)

Le concept classique de l'alcoolisme est celui des AA or, ce concept sert de base à tous les groupes en 12 étapes pour qui l'alcoolisme n'est plus depuis qu'un sous-type d'addiction. Tout ce que Fingarette dit contre ce modèle d'alcoolisme est donc immédiatement transposable, selon lui, aux autres addictions. Il n'y a pas cette revendication explicite de sa part mais, ses études légales[107], et sa préface à *Rules, Rituals and Responsibility*[108] traitent dans le même temps de l'alcoolisme et des autres addictions. Ce faisant, il pourrait sembler rejoindre les tenants du modèle maladie dans sa version actuelle, à l'étiologie neurobiologique affirmée, selon lequel l'addiction est une maladie unique reposant sur des modifications neurobiologiques communes. Cependant, Fingarette ne les regroupe, en quelque sorte que dans un ensemble vide, il n'y a, pour lui, pas plus d'addiction que d'alcoolisme, il n'y a que des individus avec des histoires et des parcours différents qui, parfois font un usage d'un même produit pour régler des problèmes pouvant avoir quelque points communs. On transpose selon lui

[107]Fingarette, 1975, 1981. On peut étendre la position de Fingarette sur l'alcoolisme et les alcooliques explicitement exprimée dans *Heavy Drinking*, ses propos sur l'excès de boisson, à *toutes* les addictions, à tous les excès de substances. D'ailleurs ses travaux sur la responsabilité légale et la question de l'addiction sont antérieurs à *Heavy Drinking*. Pour Fingarette il n'y a pas de différence à faire entre addicts et alcooliques, ou plutôt la même différence à faire entre tous les individus.

Nous verrons plus loin ce qu'il en est de la question de la responsabilité légale, mais, il est intéressant de remarquer que Fingarette traite bien de l'addiction comme d'une catégorie de phénomène justifiant au moins de se poser la question au point de vue légal. Evidemment sa réponse à la question de l'addiction est qu'il n'y a pas de raison de considérer que cette condition soit une excuse suffisante pour remettre en cause la responsabilité de l'addict et qu'il ne s'agit que d'événement particuliers à prendre en compte dans le cadre de la vie de chaque justiciable de la même façon que n'importe quelle réalité biographique.

[108] Bockover & Fingarette

les mêmes erreurs que les erreurs historiques commises à propos de l'alcool aux autres substances.

Fingarette n'a pas écrit sur les addictions comportementales, on peut supposer que l'ouverture de la catégorie des conduites addictives va plutôt dans son sens ; en multipliant ainsi les objets susceptibles de produire le phénomène d'addiction, on finit par dissoudre la catégorie. Plus elle grossit, plus les points communs entre les membres perdent de leur spécificité et les limites, entre ce qui *en est* et ce qui *n'en est pas*, disparaissent. D'un autre côté, cette multiplication étend aussi les risques de favoriser ainsi ces conduites en en faisant des *maladies*, comme il s'en inquiète pour le modèle maladie classique pour l'alcool.

Ce qu'il faut remarquer, c'est que Fingarette considère, selon nous avec raison, que ce que nous utilisons pour construire la catégorie qui correspond aux addicts de l'addiction maladie représente une sous-catégorie extrême, peu représentative des consommateurs et des personnes ayant ne serait-ce qu'un *problème* avec leur consommation. Sa définition du *heavy drinker* est bien plus libérale que celle de l'alcoolique des services hospitaliers. Quand l'addiction maladie parle d'addicts ayant des problèmes relativement lourds, Fingarette semble s'intéresser à la catégorie des consommateurs, regroupant les individus compris dans les anciennes catégories d'usage, d'usage problématique, d'abus et d'addiction. Pour lui les limites entre ces catégories ne sont pas le fait de la conduite dite addictive et de son évolution inexorable mais de la rencontre d'une conduite et d'un parcours de vie où interviennent des effets pharmacologiques, les comorbidités, les réactions du corps social et de l'environnement, les évolutions psychologiques et personnelles d'un individu tâchant de *faire avec* le flux de la vie et ses influences diverses qui le font devenir quelque chose qui lui échappe un peu mais qu'il doit reconnaître et accepter. S'il existe bien une familiarité entre la pensée de Fingarette et l'existentialisme

c'est bien que l'on devient ce que l'on fait et que nous avons le devoir moral d'accepter cette responsabilité. Le modèle maladie en nous permettant d'échapper à cette responsabilité, nous déshumanise.

C'est un thème central des critiques dites humanistes de l'addiction, qui s'avèrent être plutôt des critiques du déterminisme biologique qui déresponsabilise la personne. Nous allons voir que la réflexion de Fingarette est en lien direct avec sa pensée de la responsabilité et d'un thème inhérent à toute pensée de la liberté quand elle se confronte à des situations comme l'addiction, la self-deception. En effet, la qualification de maladie offre une échappatoire vis-à-vis de la responsabilité qui nous incombe et le buveur, l'addict, ne se mentirait-il pas, quand il se plaint de *ne pas pouvoir* ? Mensonge à la fois piège et bien pratique.

c) Alcoolisme et self-deception

Le concept de maladie alcoolique a pour Fingarette des effets délétères. Parmi ceux-ci, il entraîne une utilisation des ressources, en termes d'attention, d'argent, de moyens d'intervention, essentiellement ciblée sur une toute petite partie des personnes ayant des problèmes avec l'alcool ; ceux qui correspondent, ou veulent bien correspondre, aux critères de *l'alcoolique* tel que définis dans le cadre de l'alcoolisme maladie. Cette étiquette les déresponsabilise, en externalisant les raisons des difficultés à changer d'habitude. Au lieu de placer ces difficultés dans la dynamique normale de l'activité centrale, comme inhérentes à la vie humaine, elles se trouvent associées à un paramètre extérieur, un impondérable qui rend caduque toute velléité de changement qui ne consisterait pas en un abandon aux protocoles défendus par l'hypothèse maladie. Quant aux autres, il leur fournit une bonne raison de nier avoir un quelconque souci avec leur

consommation d'alcool. Il «fournit au gros buveur qui ne correspond pas au pattern de symptômes une rationalisation[109]».

Dans les deux cas, le concept de maladie alcoolique est un obstacle au changement. La première arme pour un changement de vie est la lucidité. vis-à-vis de sa possibilité, des difficultés, et de l'ambivalence que l'on peut avoir à son sujet. Cette ambivalence renvoie aux différences entre ce que l'on est ce que l'on voudrait être et la manière dont on se perçoit. Il s'agit d'avoir les idées le plus claires possible sur ses engagements, ceux que l'on revendique, que l'on énonce clairement et les autres. Or cette thématique revient à celle qu'il développe dans *Self-Deception*. Il apparaît alors que pour Fingarette, le principal danger du modèle maladie tient à ce qu'il génère un réseau de self-deception.

1) Le modèle maladie relève de la self-deception

Fingarette a voulu montrer que le modèle maladie ne tient pas sur le plan scientifique, qu'il repose sur des croyances, des faits sociaux[110]. De plus, pour lui, la supercherie est aisément démontrable, il n'est pas difficile de se rendre compte que ce modèle ne tient pas. Cela revient à dire que sa popularité repose sur une forme de duperie de soi. Malgré les indices facilement accessibles qui montrent l'absurdité du modèle, on continue à y croire, à le promouvoir et à le défendre. Le modèle maladie s'entoure donc pour Fingarette d'une aura de self-deception qui seule peut expliquer (à moins de faire appel à de la pure malhonnêteté intellectuelle ou à des

[109] Fingarette, 1988, p.92.
[110] Il faut rappeler que cela date d'avant le BDMA, mais nous verrons par ailleurs que les critiques qu'il formule, ici au modèle maladie pré-BDMA, sont les mêmes que celles des auteurs contemporains pour décrédibiliser le BDMA.

intérêts autres[111]) qu'il résiste encore et toujours et soit dans une position hégémonique.

Cette self-deception touche différents acteurs, pour différentes raisons et selon différentes modalités. D'abord, de nombreux buveurs, qui peuvent se leurrer sur les problèmes réels qu'ils ont avec l'alcool, comme nous l'avons déjà évoqué. Ensuite, le grand public, qui ne veut pas entendre les preuves de l'inanité du concept. Son désir de croire en la science, l'attrait pour la perspective magique qu'une simple découverte médicale à venir saura résoudre ce problème, le désir rassurant de croire en une population de malades, dont ils sont exclus, ou celui de croire qu'on peut n'y être pour rien. Tous ces mythes rassurants et pratiques que fournit le modèle maladie et qui peuvent combler les désirs, apaiser les craintes et rassurer, bien plus que la lucidité prônée par l'auteur. Pour nous tous, la perspective d'un traitement unique de l'alcoolisme est un rêve auquel nous avons, pour Fingarette, le plus grand mal à renoncer pour le remplacer par sa vision complexe.

Fingarette fait remarquer la succession d'annonces tapageuses d'avancées médico-scientifiques dans les grands média qui, bien lues, sont en fait à prendre au conditionnel et dont le principal intérêt est de mettre en avant une avancée supposée pour nous rassurer sur le fait qu'à la fin, la sciences sera victorieuse. Cela renvoie à la séduction qu'exerce pour Fingarette cette solution mâtinée de verbiage scientifique mais dont le sérieux ne devrait pas résister à l'examen attentif, si tant est que l'on souhaite vraiment s'y adonner.

Il y a aussi les «consellors». Aux Etats Unis et dans les groupes AA par exemple. Les conseillers sont d'anciens addicts[112]. Ils n'ont pas de

[111] Fingarette pointe l'intérêt que l'industrie de l'alcool peut avoir à ce que tout le monde pense que seule une petite minorité de personnes malades est concernée par l'alcoolisme, voir Fingarette, 1988, p.27.

[112] En France, un DU est aujourd'hui accessible aux anciens addicts et l'aide par les pairs ne concerne plus que les seuls AA, se développant tant autour des problématiques d'alcoolisme

diplôme particulier ni de connaissance scientifique plus avancée que le grand public dont ils sont issus, ce qui les rend sourds aux questions de validité scientifique[113]. C'est souvent à partir de leur propre expérience de buveur qu'ils guident les alcooliques en soin. Leurs croyances sont sincères et imperméables aux faits scientifiques car elles se réfèrent à leur propre parcours.

> Comme leur propre traitement a eu lieu alors que le concept classique de maladie était dominant, ils ont tendance à avoir foi en l'ancien dogme et à percevoir toute mise en question du concept maladie comme une mise en cause de la validité de leur propre épreuve émotionnelle et de leur conversion à la sobriété.[114]

Il est donc absolument exclu qu'un de ces conseillers accepte, devant l'évidence, de remettre en cause les constitutifs de sa propre histoire. Ils sont, selon Fingarette, en quelque sorte prisonniers de l'histoire à laquelle ils ont voulu adhérer pour s'en sortir et sont, par l'exemple, d'excellents promoteurs, du modèle décrié par Fingarette. Mais ce qui peut ici passer pour de l'ignorance est en fait encore plus complexe, d'abord, ces conseillers sont partie prenante des structures de soin et Fingarette dénonce un mélange de malhonnêteté et de self-deception chez les soignants américains. La prise en charge des alcooliques est un domaine soumis à une intense concurrence aux USA, et le concept est vendeur (voire sa capacité de séduction sur le grand public), il faut donc attirer le chaland et l'ingénuité se mêle alors à l'intérêt objectif à ne pas voir, ou, à la volonté de tromper le public, pour son propre bien[115]. Pour Fingarette, tout ceci n'est qu'un gigantesque manque de lucidité parce que nous n'arrivons pas à assumer

---

que dans les autres addictions dans le sillage des politiques de réduction des risques et de réduction des dommages.

[113] Fingarette, 1988, p.23.

[114] Fingarette, 1988, p.23.

[115] Fingarette, 1988, p.25 «révéler la faillite du concept classique de maladie pourrait décourager les gros buveurs à chercher de l'aide».

nos désirs, à nous y soumettre ou à accepter d'y résister. Ici, pour Fingarette, la self-deception apparaît comme une défense. Or, la séduction du concept classique de maladie, et ce qui le rend profondément néfaste est qu'il remplit lui aussi un rôle pour le buveur qui accepte de s'y soumettre. Si cela lui demande de revendiquer des choses qu'il sait être fausses, cette soumission offre en contrepartie des avantages. Le concept classique de maladie induit une self-deception chez le buveur qui accepte le marché. Marché qui, pour Fingarette, de toute évidence, est un marché de dupe.

2) Le modèle maladie crée de la self-deception

Le danger du modèle maladie est qu'il permet aux addicts de penser «je n'y peux rien». Il favorise une self-deception agissant comme une prophétie auto-réalisatrice. Dans un chapitre d'un recueil sur la self-deception[116] Fingarette traite de la self-deception induite *par* le concept classique d'alcoolisme. Il revient d'abord sur les siècles passés. A l'aube de la nation américaine, les gens aimaient l'alcool en consommaient beaucoup et il était considéré comme bon pour la santé. Les *spirits* sont avant tout des, voire les seuls, médicaments. Ceux qui en consommaient trop, les *ivrognes*, étaient considérés comme malheureux et/ou coupables, il n'était pas question d'une maladie, plutôt de la fréquentation de lieux mal famés ; l'ivrognerie avait alors comme «causes» un enchevêtrement de facteurs personnels, moraux, sociaux[117]. En fait l'abus de boisson n'était qu'un élément d'un mode de vie particulier[118] (en général désapprouvé et

[116]Alcoholism and Self-Deception dans *Self-Deception and Self understanding* édité par Mike W. Martin, 1985, University Press of Kansas, p52-67. Les futures références se feront sous la forme *Alc&SD*.
[117] *Alc&SD*, p60.
[118] On trouve cette idée chez Locke, dans *l'Essai* II, 21, 35. Il y explique qu'il ne suffit pas d'avoir en vue le souverain bien pour se soustraire à une mauvaise habitude. Le mal être, *l'uneasyness* qui vient par exemple du fait que ses compagnons de boisson lui manque, que

considéré comme immoral). L'ivrogne n'était pas enjoint à se méprendre sur sa conduite.

> La malheureuse personne n'avait pas l'opportunité de donner dans la self-deception en niant la réalité de ce qui se passait, et n'y était pas encouragée par autrui. La personne en était arrivée à préférer, pour des raisons diverses, un certain mode de vie, et c'était tout ; un triste et simple état de fait[119].

La personne en question avait, clairement et aux yeux de tous, lui compris, fait certains choix malheureux. Le concept d'addiction maladie apparaît alors comme cherchant à se détacher de cette vision moralisatrice en présentant un addict malade, irresponsable ; une victime. Le concept classique revendique de libérer le buveur du carcan du jugement moral et de le protéger de l'ancienne tendance au recours à des stratégies punitives dans la lutte contre la boisson. Il «introduit raison et réalité dans le tableau» [120]. Mais, le concept de maladie refuse toute signification à la consommation de boisson. Cette consommation est un symptôme de maladie et est isolée du reste de la vie des personnes, comme une conséquence arbitraire d'un état pathologique, pas comme un engagement. De plus, la conduite *doit* être abandonnée. Il n'y a pas de préoccupation pour les raisons de ce choix de vie, pour son rôle pour la personne, pour la place prise dans sa vie. Or, il s'agit justement pour Fingarette d'une activité centrale et ce qui est central est bien la question de la signification de cette activité. Bien loin d'y voir un

---

l'expérience sociale lui manque, est un puissant moteur d'action. Locke décrit le désir comme une réponse à un manque, il fait du besoin/désir de répondre à un sentiment de malaise, la source de la motivation à agir. Il explique ainsi les comportements akratiques, le fait d'agir contre son meilleur jugement. Ici l'ivrogne sait qu'il doit cesser, il voit les conséquences de sa conduite et les bénéfices de son arrêt, mais un sentiment de malaise le pousse à y retourner. Ce sentiment à aussi des origine sociale, le mode de vie influence ce que l'on conçoit comme bon pour nous et ce qui est susceptible de générer une angoisse. Ce n'est pas tant la poursuite du Bien que le désir d'échapper à *l'uneasyness* qui guide nos actes. On peut y voir l'idée de l'action akratique comme stratégie de *coping,* comme action compulsive, au sens de Goodman, qui vise à faire décroître un malaise.

[119] *Alc&SD*, p60.

[120] *Alc&SD*, p60.

comportement irrationnel, il est, justement, question d'en comprendre toute la logique, toutes les raisons, tout l'intérêt.

Il ne suffit pas de dire que l'alcool provoque des effets délétères, des désordres organiques graves (cirrhose, cancers…), que pour guérir ou s'en protéger il suffit d'arrêter d'en consommer et qu'il est donc irrationnel de continuer quand le risque est présent. Il faut au contraire s'intéresser à ce qui peut bien valoir de persévérer malgré tout. Il s'agit de se demander comment expliquer ce comportement là où le concept classique, en le taxant d'irrationnel, se dispense d'avoir à se poser cette question.

Le concept classique maladie

> donne l'autorisation intellectuelle et un encouragement social à désavouer le désir de boire, et donc à l'expérimenter comme étranger au moi. Associé à la motivation d'échapper aux conflits internes, le mobile générique à toute self-deception,[121]

Le concept classique est une forte incitation à développer la self-deception chez le buveur. Il désavoue le désir de boire, refuse de le prendre pour ce qu'il est et revendique des valeurs positives (j'aime ma femme, mes enfants, mon travail, ma vie, etc) comme motivations pour trouver la force de tout mettre en œuvre pour trouver de l'aide et se défaire d'une habitude mortifère. Or, ces valeurs positives revendiquées pourraient bien renvoyer parfois aux conflits internes dont la consommation d'alcool est l'expression. Et si, se demande Fingarette, la personne n'aime pas sa femme, ses enfants, son travail, et que la difficulté à assumer ces désirs s'exprimait dans l'acte de boire, si l'acte de boire était une façon d'exprimer des sentiments difficiles à assumer ? On peut boire pour oublier l'angoisse qui naît de la détestation de sa famille alors que l'idée en est inacceptable. Le buveur est alors encouragé à refuser ses sentiments, inacceptables, et

[121] *Alc&SD*, p61.

pense qu'il est contraint à agir d'une façon qui blesse les membres de cette famille, contre sa volonté. Là où la boisson pourrait bien être le seul moyen d'exprimer ces sentiments qui provoquent une vraie détresse. Le concept maladie isole le fait de boire de tout cela et renvoie tous ces sentiments négatifs à l'extérieur de la personne qui est encouragée à revendiquer des valeurs socialement admises et mettre sous le coup d'une influence extérieure ce qu'il pourrait bien viscéralement ressentir.

Le concept classique, en refusant de regarder le rôle de la conduite alcoolique, rend deux «services», il offre une solution aux conflits internes difficiles à regarder en face, par leur négation, et propose de revendiquer des valeurs socialement admises, encouragées, pour lutter contre la seule solution que la personne avait trouvée pour les gérer. Solution peut être inadéquate mais qui exprime tout de même les sentiments propres bien qu'inassumables.

> Le buveur est encouragé non seulement à désavouer le désir de boire, mais aussi à revendiquer les valeur «honnêtes», dont il pourrait de fait plutôt douter voire les avoir complètement rejetées[122]

Il doit désavouer son désir de boite, désavouer ses sentiments à l'origine d'un conflit qui trouve une forme de résolution, une capacité d'expression dans la boisson et revendiquer les «bons» sentiments et désirs. Le marché proposé est :

> Nous t'absoudrons de tout reproche personnel si, en retour tu abandonnes toute revendication à une quelconque signification humaine au fait que tu boives et à la vie qui s'y rapporte ; comme condition pour recevoir aide et soutien moral, tu devras considérer tout cela comme de l'ordure, du vide[123]

[122] *Alc&SD*, p61.
[123] *Alc&SD*, p61.

C'est une solution socialement acceptable que le concept classique de maladie offre au buveur, en échange d'un perte d'authenticité. Pris dans des difficultés dont l'issue trouvée reste problématique, le buveur se voit proposer une porte de sortie. Mais il va avoir du mal à croire à cette histoire. Selon Fingarette, le buveur sait bien qu'il peut arrêter, il sait bien qu'il y a des raisons, *il sait au fond de lui*. Le buveur accepte de se laisser aller à la self-deception, à l'idée réconfortante qu'il n'y peut rien et accède à l'absolution morale. Comme dit dans *Self-Deception*, à l'origine du phénomène, il y a une conscience morale en difficulté, qui n'arrive ni à assumer ses «mauvais penchants» ni à s'en défaire ; ici, l'alcoolique, cherche cet apaisement. Mais, par définition, la self-deception s'accompagne d'une perte de contrôle de soi.

> L'individu à des sentiments et attitudes forts et complexes associés, entre autres choses, au désir de boire; mais la personne désavoue l'identification avec de tels désirs, et, ce faisant, sape de fait sa propre agentivité à leur égard. La personne revendique les sentiments et attitudes «corrects», mais mêmes s'ils existent réellement, l'image est fatalement distordue en raisons des sentiments contraires désavoués et donc non explicitement conscients[124].

La personne revendique ce qui doit l'être, la «bonne» image, et crée alors une confusion typique de la self-deception. Son attitude face à la boisson devient exactement celle décrite par l'addiction-maladie ; irrationnelle, incontrôlée, involontaire, elle est extérieure, autre. Le buveur est alors effectivement sous le contrôle d'un désir étranger, mais pas étranger à l'individu, qui est bien celui qui a ses désirs, étranger à la personne, car ce désir et ce qui en découle sont désavoués. Le concept classique est une prophétie auto-réalisatrice, en créant de la self-deception

[124] *Alc&SD*, p62.

par rapport au désir de boire, elle l'externalise et il devient une pulsion hors de contrôle. Ce n'est cependant qu'une conséquence du concept maladie certainement pas une justification.

Pour Fingarette le concept classique de maladie ne se contente pas de promouvoir une attitude généralisée de self-deception, il ne protège pas vraiment le buveur de la condamnation morale. Il repose d'ailleurs sur une condamnation morale. La conduite du buveur est mauvaise, au point d'en être absurde, irrationnelle. Il encourage la self-deception et une attitude moralisatrice rigide, il promeut des valeurs socialement acceptées au détriment des choix ou sentiments moraux de la personne ; il impose une morale.

3) L'excès de boisson n'est pas de la self-deception

Si l'alcoolisme ou plus généralement les problèmes d'alcool, ne relèvent pas d'une maladie, on peut légitimement se demander s'ils ne seraient pas, au sens strict de la self-deception. Une situation dans laquelle un individu refuse de voir en face son comportement, soit, dans le cas de «l'alcoolique» assumé, pour éviter d'avoir à agir et prendre ses responsabilités, soit pour celui qui refuse cette étiquette, nier avoir un quelconque problème et ne rien changer. Le modèle maladie ne ferait que renforcer un état de fait, et le buveur n'aurait qu'un problème d'énonciation de ses actes. Mais chez Fingarette il n'y a pas cette relation d'identité. La self-deception a, comme nous venons de le voir, sa place dans le phénomène mais la conduite des gros buveurs ne peut se limiter à de la self-deception. D'abord l'une est une activité centrale et si l'autre est du domaine de l'action, le degré de complexité n'est pas le même. La première

est un ensemble de conduites, de comportements, de rituels, un type de personnalité, un rôle social et un élément constitutif du moi, l'autre, un mécanisme d'intégration ou non des conduites, un mode de constitution du moi, un mécanisme de défense. Les deux ne relèvent pas de la même catégorie. Les problèmes de boissons sont facultatifs, la self-deception nous concerne tous.

Ensuite, la catégorie gros buveur est plus large que celle de l'alcoolique, et «l'alcoolique» adhère au modèle maladie, s'y reconnaît. Certains buveurs donnent crédit au modèle maladie pour, justement mettre en avant ce qui les en différencie et pouvoir rejeter tout problème de boisson. Selon Fingarette, les deux ont tous les moyens à disposition pour voir l'incohérence du modèle auquel ils adhèrent. Un reproche fondamental des tenants du modèle maladie contre les positions du type de celle de Fingarette est qu'elles reviennent à responsabiliser et condamner les buveurs en leur renvoyant une possibilité d'action sur leur comportement (qui pour les défenseurs du modèle maladie n'existe justement plus). Il y a, pour eux, une condamnation morale, les alcooliques pourraient s'ils le voulaient et s'ils ne le peuvent c'est qu'ils ne le veulent pas. Face à un alcoolique qui plaide son impuissance ou au buveur qui nie avoir un quelconque problème face à l'évidence, il y a deux postures possibles. Considérer qu'il prêche le faux et qu'il le sait ou lui reconnaître une certaine bonne foi dans le sens où s'il dit le faux, il se le dit aussi à lui-même ; ce qui revient à donner dans la self-deception. Fingarette ne défend pas la première proposition qui fait des buveurs des menteurs et équivaut à une condamnation. Quant à la seconde, elle pointe les conséquences néfastes du modèle maladie qui permet cette self-deception, qui donne un cadre, une condition de possibilité pour cette forme de self-deception.

Mais il existe aussi un autre cas que le modèle maladie ignore ; celui du buveur pour qui son habitude vis-à-vis de la boisson remplit son office. Il n'est pas hors de question que la fonction tenue par la boisson soit convenablement remplie et que le buveur y trouve plus de bénéfices que de gêne, ce cas-là n'existe pas si l'on conclut que tout est question de self-deception, tout buveur dans ce contexte «a un problème». Or il se peut bien que non, encore faut-il un regard lucide sur son habitude, sa fonction et ses conséquences. Quoi qu'il en soit, la self-deception n'épuise pas le phénomène.

d) Morale, responsabilité, culpabilité ; le moi fingarettien

1) Le modèle maladie et le statut moral des buveurs

Fingarette condamne le modèle maladie à cause de sa propension à favoriser un comportement de self-deception et parce qu'il procède, malgré ce qui peut être défendu habituellement d'une condamnation morale indue. En effet, pour Fingarette, loin de mener la question du consommateur abusif d'alcool dans le giron d'un science objective, respectueuse de l'individu et compassionnelle, de la sortir du climat de jugement moral des temps anciens, climat qu'entretiennent selon les tenants du modèle maladie ceux qui le rejettent, c'est ce modèle maladie qui repose sur un présupposé moral injuste et porte un regard réprobateur sur le buveur. Pour Fingarette, ce soi-disant appel à la raison implique que le style de vie de l'ivrogne soit considéré comme objectivement mauvais. Or, pour Fingarette, rien ne l'indique. Considérer de facto l'alcool comme mauvais c'est refuser de voir le rôle qu'il remplit dans les conflits internes du buveurs, et refuser de voir

les conflits du buveurs. Ces conflits, dans l'optique du concept classique, sont aussi condamnés, ils doivent aussi avoir leur part de mal s'ils conduisent à boire, et ce sont des valeurs socialement admises comme positives que le buveur doit dans cette même optique revendiquer, alors qu'elles ne lui correspondent pas forcément. Dans le marché qu'il décrit, le buveur se voit offrir l'occasion de se débarrasser des conflits qui le minent, se voit dégagé de toute responsabilité et doit en échange considérer ses sentiments comme de fait inacceptables et se ranger sous la bannière du bien et du bon.

Le buveur n'est pas, *a priori,* moralement condamné par Fingarette. Sa responsabilité est la même que tout un chacun, il doit trouver sa place, et il semble, justement, que la grande obligation morale soit celle de faire en sorte d'être le plus lucide possible, de faire preuve du plus grand discernement. Les problèmes de boisson ne se limitent pas à de la self-deception, comme vu précédemment car les deux ne relèvent pas de la même catégorie, mais il est évident qu'une conduite comme l'excès de boisson peut donner lieu à de la self-deception. L'intégration au moi n'est pas sans problème, la difficulté inhérente au changement dans une activité centrale crée des résistances qui prennent la forme de comportements qui semblent irrationnels, c'est d'ailleurs un point commun de toutes les situations où l'on tente d'aller contre une activité centrale profondément inscrite, cela n'a rien de spécifique à la consommation d'alcool, et c'est donc une erreur que d'en faire un symptôme de l'action de l'alcool comme le fait le modèle maladie. Cette inconsistance peut être l'occasion d'une rationalisation, par exemple, sous la forme d'un phénomène de self-deception, qui est donc un nœud de résistance fondamental à prendre en compte s'il s'agit de régler le problème. Mais, que le buveur puisse avoir tendance à verser dans la self-deception, ne peut valoir condamnation morale ; pas plus que tout autre self-deception chez Fingarette.

Il y a bien une faillite morale, un échec spirituel dans la self-deception mais il faut tempérer cette situation d'échec par le fait qu'il ne s'agit pas tant d'avoir les penchants que l'on se refuse à assumer que ne pas les assumer qui correspond à l'échec. L'authenticité absolue consisterait à admettre et assumer ces penchants, à se confronter à cette crise spirituelle. Selon «l'usage Kierkegaardien d'esprit, les crises de l'esprit sont des crises de la formation, ou de la trahison, du moi». Se confronter à ces crises présente le risque d'une sortie de crise inconnue, possiblement ravageuse et nécessite donc un courage qui confine à la sainteté. La possibilité d'accepter l'épreuve de ces crises doit être «l'horizon spirituel à partir duquel toute self-deception doit être ramenée». Faillite spirituelle il y a, mais elle n'est que très ordinaire. Il y a un manque de courage à l'origine de la situation mais un manque de courage tout à fait compréhensible. Cependant,

> on voit comment quelqu'un, en raison d'un manque de courage spirituel, tente de sauver son intégrité pour un prix qui revient à abandonner, même indirectement, l'intégrité qu'il chérit[125].

Il y a perte d'intégrité par manque de courage mais la self-deception n'est possible que, justement, parce qu'il existe une intégrité morale préexistante. On n'entre ainsi en guerre contre soi-même qu'en raison de considérations morales, par le fait d'une certaine intégrité qui justifie le rejet de l'engagement, pour sauver le moi. On peut bien reprocher le manque de courage mais on ne peut entièrement condamner. La self-deception repose sur l'intégrité morale, «plus faible l'intégrité, moins il y a de raison d'entrer en self-deception[126]»

[125] Fingarette, 1969, p.138.
[126] Fingarette, 1969, p.139.

De plus, la self-deception rejetant hors du moi l'engagement, la personne ne peut pas être tenue pour responsable, la self-deception mettant, dans un entre-deux, entre volontaire et involontaire les actes déniés. Par contre, en refusant d'admettre ces actes comme siens, en manquant de lucidité, à l'obligation somme toute morale, de faire ou tenter de faire ce qu'il faut pour discerner convenablement, le buveur manque à l'obligation de *faire* au mieux, comme tout un chacun. Notre première responsabilité pour Fingarette est, justement, de *reconnaître* comme nôtre ce que nous faisons et l'éducation et en général notre développement moral consiste en grande partie en la reconnaissance de ce dont nous devons prendre la responsabilité. Là encore le modèle maladie en s'opposant à l'effort de lucidité et d'acceptation loin de dédouaner d'une quelconque condamnation morale condamne de fait le buveur à ne pas se comporter comme un agent moral ; lui dénie en quelque sorte le statut de sujet moral. Mais, si le modèle maladie nuit au discernement, il semble que pour Fingarette le buveur doit, aussi, s'en défendre, au mieux, en étant lucide, notamment sur le modèle maladie lui-même. Fingarette appuie fortement sur le fait qu'à son avis toute l'information est disponible pour voir à quel point ce modèle est mensonger. Le reproche qu'il y a à faire aux buveurs c'est semble-t-il de ne pas voir, car ce mensonge est commode.

Pour Fingarette, nous sommes responsables de ce que nous reconnaissons comme étant de notre responsabilité. La responsabilité se revendique[127], elle s'énonce. En d'autre termes, nous sommes responsables de ce que nous reconnaissons comme nôtre, c'est le mécanisme déjà évoqué par lequel, à l'inverse, dans la self-deception, un refus de reconnaissance induit une perte de responsabilité. Ramené à la consommation d'alcool on pourrait imaginer que non seulement, la personne ne déclare pas sa

[127] Fingarette 2004, Accepting responsibility dans *Mapping Responsibility*, p.1-7.

responsabilité mais, peut, dans le cas où il se rangerait sous la théorie de l'alcoolisme maladie, ouvertement la refuser. Cela suffit-il à déresponsabiliser le buveur ? Oui, peut-être, comme pour la self-deception, vis-à-vis de lui-même. Mais vis-à-vis des autres, la revendication de responsabilité pour tel type d'acte n'a pas à être explicitement formulée, elle est implicitement contenue dans le rôle social que nous jouons.

La dimension conventionnelle de la responsabilité lui confère une force au-delà de toute justification morale. Ce qui justifie les règles du jeu, c'est que nous sommes pris dans une partie de ce jeu, nous y jouons dès notre naissance. Quand Fingarette dit que le buveur peut bien avoirs des désirs qui sont réprouvés par les normes en vigueur et qu'il fait un marché de dupe en acceptant de les nier, il dit que sa responsabilité est de savoir ce qu'il est et ce qu'il veut, mais la société a aussi parfaitement le droit de le punir pour la transgression des règles. Je suis responsable en fonction des règles en cours vis-à-vis d'autrui, du suivi des normes à partir du moment où je participe au jeu, c'est-à-dire à partir du moment où, par l'éducation j'ai appris quelles étaient les règles, quels étaient mes penchants, et que j'accepte les conséquences des rapports entre mes actes et les règles. La pensée de Fingarette conduit à dire que l'on a ce que l'on mérite selon les codes en vigueur, que la justice des hommes est rétributive.

Maintenant que l'on a une idée de ce qui justifie que l'on tienne quelqu'un pour responsable et ce qu'il faut pour pouvoir se revendiquer comme moralement responsable et assigner cette capacité à être responsable à autrui, se pose la question des ce qui peut être considéré comme relevant de la responsabilité et des conditions qui font que l'on y échappe.

2) Irresponsabilité, culpabilité morale, culpabilité légale

i) Dispense de responsabilité

Pour Fingarette, ce que je suis tient à mon expérience, d'où je viens, de mon éducation et d'événements qui me marquent bien avant d'avoir obtenu le statut de personne responsable. En quelque sorte mon moi vient de mon environnement. Mais il ne s'agit pas d'une forme stricte de déterminisme social, il n'y a pas non plus pour Fingarette ce type de déterminisme, seulement, il apparaît, aussi, que cela fait une différence. C'est encore une question d'évidence. La vie pour Fingarette a distribué à chacun un jeu et notre rôle est de le jouer[128] dans le cadre des règles. Ne pas le jouer au mieux est pour lui le signe de la pathologie mentale. Ce qu'il semble signifier par là est que quelle que soit la nature du jeu, il s'agit d'accepter les règles de cette convention qui donne le statut moral. Il est possible de les atténuer, dans certaines circonstances[129], et la pathologie mentale en est une[130], mais cela met hors du jeu.

Sa…

> …définition […] soutient clairement le point de vue selon lequel les maladies mentales sont de véritables états qui existent, non des «mythes» comme le déclare le mouvement de la prétendue antipsychiatrie.[131]

[128] Fingarette, 2004, Responsibility and indeterminism dans *Mapping Responsibility*, p.113.
[129] La coercition par exemple, voir Fingarette 2004, Does coercion negates responsibility dans *Mapping responsibility*, p.67-76.
[130] Fingarette & Hasse, 1979.
[131] Fingarette 2004, The concept of mental disorder dans *Mapping Responsibility*, p.55.

Ici Fingarette ne suit pas Szasz[132] pour qui la pathologie mentale est une forme de mythe permettant un contrôle social. La pathologie mentale existe pour Fingarette, et il en donne une définition qui est à la fois proche de Wakefield[133] et qui s'y oppose dans son explication en évitant selon lui «Les définitions pseudo-scientifique qui reposent soi-disant sur la théorie de l'évolution»[134]. La pathologie mentale est pour lui un dysfonctionnement préjudiciable mais cela n'implique pour Fingarette aucune fonction mentale qui serait non, ou mal, remplie, aucun mécanisme mental interne, ni approche évolutionniste des fonctions mentales et de leurs rôles. Les conséquences néfastes, le «préjudiciable», sont dues à des conduites dites *culture-alien*, étrangères au répertoire culturel. Il ne s'agit pas de conduites non acceptées moralement par la société, comme dans le relativisme de Szasz, mais de conduites qui n'ont simplement aucun sens dans le cadre culturel donné. En cela, elles ne permettent aucun jugement moral les concernant. Ces conduites «révèlent un dysfonctionnement de l'esprit de l'individu».[135] Entendu comme une perte ou une absence de maîtrise des pratiques culturelles, aucun rôle n'est convenablement tenu, et cela peut dédouaner de toute responsabilité. Évidemment ni le braquage de banques ni l'alcoolisme ne rentrent dans cette catégorie. Ce sont bien des attitudes déplorées et condamnées dans notre société, mais ces pratiques ont du sens ; on peut les comprendre et on les comprend.

Cependant, la maladie, somatique ou mentale, ne dispense pas forcément de l'assignation de responsabilité. Dire ce qui est et n'est pas du pathologique est du domaine de la science, assigner une responsabilité est une question d'un autre ordre. Fingarette, dans un recueil d'articles écrit en

[132] Szasz, 1974.
[133] Wakefield, 1992a & b.
[134] Fingarette 2004, The concept of mental disorder dans *Mapping Responsibility*, p.55.
[135] Fingarette 2004, The concept of mental disorder dans *Mapping Responsibility*, p.64.

son honneur, donne dans les commentaires qu'il en fait en fin d'ouvrage[136] son accord à Schoeman quand ce dernier écrit :

> Ce que la science apporte n'est pas suffisant pour régler la question morale. Nous serions dans l'erreur si nous attendions ce type de réponse de la part de la science, même si souvent, les scientifiques revendiquent ou sont mis dans la position de tenir le rôle d'être experts dans ce genre de détermination[137].

Il n'en résulte pas non plus, à l'inverse que :

> Où il n'est pas question de désordre physique ni mental [...] nous devions être tenu totalement, ou partiellement responsables pour ce que nous faisons[138].

On évalue aussi en fonction de critères extérieurs à la personne, au-delà d'une pathologie qui le toucherait. Il existe des normes sociales en vigueur dans le contexte de l'action, des types de «politique» d'assignation du caractère volontaire, c'est-à-dire de critères que l'on établit pour l'évaluer, des règles du jeu[139]. De plus, l'origine culturelle, le caractère, les capacités d'imagination d'un individu définissent ce que «nous pouvons ou ne pouvons pas *penser* faire[140]». Les gros buveurs, même si on ne peut retenir de paramètre biologique ou l'existence d'une maladie qui impacterait absolument leur capacité à choisir volontairement peuvent, cependant, se

---

[136] Bockover & Fingarette, 1991, *Rules, Rituals, and Responsibility: Essays Dedicated to Herbert Fingarette*. Il sera fait référence à *R,R&R* et au numéro de page quand il sera question des commentaires de Fingarette sur les articles de ce recueil.
[137] Schoeman. in *R,R&R,* p.14
[138] *R,R&R,* p.177.
[139] Fingarette prend l'exemple, dans la cadre de la législation américaine, de la valeur des aveux d'un suspect. Elle dépend de la façon dont on va évaluer le degré de coercition qui s'est exercé sur lui, et cette évaluation dépend du contexte spécifique du témoignage. Une pression considérée comme inacceptable dans le cadre d'un interrogatoire de police est monnaie courante lors de l'étape de négociation pour un plaider coupable. Dans un cas les aveux seront valables, volontaires, dans l'autre il seront considérés comme forcés, et ce pour un même niveau de coercition. Cela n'a rien à voir avec l'état interne de la personne concernée mais dépend du contexte institutionnel et des règles et procédures instituées.
[140] *R,R&R,* p.178.

trouver dans des situations où il leur est extrêmement difficile, voire humainement impossible de résister à la tentation de boire. On revoit ce motif où la *personne* autonome, souveraine, ne semble pas devoir être la seule origine d'une action, d'autres facteurs, extérieurs à elle, interviennent et le jugement de responsabilité dépend du contexte social, des normes en vigueur etc.

> Même là où notre conduite est caractérisée comme volontaire, elle peut encore [...] subir des contraintes qui permettent différentes politiques quant à la responsabilité en différents contextes[141].

ii) L'impossible condamnation morale

Fingarette propose en fait une défense des buveurs contre toute condamnation morale a priori. Il leur reconnaît des conditions particulières dans l'attribution de responsabilité et se refuse à toute déclaration générale et universelle au plan de la morale personnelle. Le buveur est une personne dont la capacité à être moralement responsable n'est pas à remettre en cause dans son ensemble. Il est comme tout un chacun, mais *la conduite* elle-même ne peut être, à titre personnel, condamnée qu'en fonction du contexte social, des normes en vigueur, de l'histoire du buveur et du rapport qu'entretiennent ce dernier et celui qui veut le juger. Il n'y a pas de réponse toute faite dans ce domaine. La condamnation personnelle du buveur dépend, pour résumer, du contexte au sens large. Il s'agit derrière la question de la responsabilité morale du buveur de traiter non pas un mais plusieurs problèmes auxquels les réponses sont diverses. La question «les buveurs sont-ils responsables ?», posée ainsi n'a aucun sens. «Sont-ils des personnes responsables en général ?» Fingarette penche pour le oui. «Sont-ils responsables d'avoir bu ce verre ?», «Ceux d'avant ?» «de se

[141] *R,R&R,* p.178.

comporter comme un père/mère/mari/épouse/fils/fille… gros buveur ?» Qui pose la question, quel est le contexte et qu'entend-on exactement élucider ? Autant les individus vont varier sur le plan de leur constitution (physique, psychologique, historique…) autant les normes que l'on va appliquer pour juger vont varier selon le contexte : cette question de la responsabilité morale, posée dans le cadre «personnel» n'a de sens que dans la spécificité de la relation au sein de laquelle elle se pose. La pensée de Fingarette fait de la question morale un sujet complexe, impossible à résoudre en dehors de l'analyse fine des cas individuels et dans le cadre des relations interpersonnelles qui servent de contexte à la question posée. Il fait montre d'une forme d'ouverture d'esprit qui évite les condamnations a priori et on voit comment, cette pensée a pu séduire des penseurs issus de la contestation des années 1970, de la contre-culture, d'un mélange de psychologie sociale d'après-guerre, d'influences européennes et de lutte contre l'impérialisme américain qui portait, lui, en étendard, une version particulière de l'individualisme ayant, aux USA héritée à la fois de la tradition religieuse protestante d'où le modèle maladie à émergé et de la modernité néoclassique des libéraux économiques. C'est ce versant de son analyse que l'on trouve dans ses travaux sur l'alcoolisme et sa lutte contre les AA. Par contre, s'il s'agit de poser la question de la responsabilité légale, l'analyse de Fingarette est tout autre, et cela a contribué à l'image d'intransigeance et de responsabilisation culpabilisatrice qui lui est associée.

iii) De la responsabilité légale

Les anciens combattants, aux USA, ont droit, sur une période donnée, à des aides pour l'éducation. En 1988 Deux vétérans ont demandé une extension de la période de droits arguant du fait que leur alcoolisme les avait empêchés d'en faire la demande dans le délai imparti de 10 ans. La loi

Américaine permet l'extension de la période d'application en cas de handicap mais leur demande a été rejetée par l'administration compétente, puis, après les appels de rigueur. Leur alcoolisme n'a pas été reconnu comme un handicap. L'affaire fut portée devant la Cour Suprême où furent utilisés les travaux de Fingarette pour justifier le rejet de la requête de ces deux anciens combattants[142].

Cette affaire a beaucoup fait pour la réputation d'intransigeance et de dureté de la position «responsabilisatrice» de Fingarette, du point de vue des défenseurs du modèle maladie[143]. *Heavy drinking* connu un regain d'intérêt, plus que les articles très spécialisés de Fingarette sur la responsabilité légale des alcooliques et des addicts dans lesquels il exprime son point de vue sur le statut légal de l'addiction[144]. Nous avons vu la position de Fingarette concernant la responsabilité morale, or il est ici question de responsabilité légale, et pour Fingarette, si nous devons être précautionneux, entrer dans les détails et considérer les multiples facettes du problème de la responsabilité morale pour avoir un avis, la responsabilité légale, elle, ne s'encombre pas de ces subtilités. Si la moralité est une affaire personnelle, la justice est une question collective. Pour Fingarette, les sociétés édictent des règles qu'il faut suivre, et suivre la loi en vigueur est une obligation morale. Fingarette défend sa position concrète par rapport au statut légal des addicts dans une série d'articles sur la responsabilité légale et particulièrement dans un article de 1975, *Addiction and criminal responsibility*. Il y explique pourquoi, s'il est justifié

[142] Traynor et McKelvey vs Turnage, 20 Avril 1988.
[143] Une controverse éclata dans sa propre université où son renvoi fut demandé par un professeur qui écrivit son propre ouvrage sur l'addiction. Il fut défendu par Peele et l'on assista à un violent conflit local entre deux courants de la gauche libérale américaine.
[144] Fingarette, 1975, 1981.

> d'exclure une peine pénale contre l'addict pour la simple raison d'un état corporel ou psychologique manifestant un «désir pour» ou «une simple propension à» l'usage de drogue[145]

il ne faut pas étendre cette tolérance aux crimes en lien avec l'addiction. Il revient sur les raisons invoquées pour cette extension et les rejette[146], usant d'arguments déjà exposés ici. Néanmoins, ces arguments ne font que montrer la fausseté des théories prétendant faire de l'addiction une maladie et rejeter le caractère involontaire des actes de l'addict. D'ailleurs sa position, qui prit une forme concrète dans la décision de la cour suprême concernant Traynor et mcKelvey, fut interprétée comme une position qui défendrait la toute-puissance du libre arbitre des addicts et les rendrait absolument *responsables*[147]. Son approche de la consommation d'alcool et de l'addiction en général peut sembler dure, car son absence de condamnation morale, de responsabilité clairement et absolument affirmée, pour le fait de boire, ne dispense pas d'une condamnation légale pour les conséquences tombant sous le coup de la loi. L'addict peut rencontrer des difficultés et une aide médicale ou psychologique peut être utile, voire nécessaire, mais il ne perd pas pour autant son statut d'entité morale. De plus, sa conduite ne tombe pas dans la catégorie *culture alien*, elle est tout à fait compréhensible, il n'est pas question d'une pathologie psychiatrique. Il n'y a pas non plus de coercition, enfin Fingarette pense avoir montré que les addicts conservent tout de même, dans certaines circonstances, un contrôle sur leur

[145] Fingarette, 1975, p.413.
[146] Les arguments sont ceux dits du *statut* (on ne peut condamner un addict parce qu'il est un addict), celui de la *maladie* (on ne condamne pas quelqu'un pour une chose faite à cause d'un état de maladie) et celui de la nature *involontaire* (on ne condamne pas quelqu'un pour un acte involontaire).
[147] L'exemple typique de ce type d'analyse est l'article de Lehman en 1990, Alcoholism, Freedom, and Moral Responsibility. La réponse cinglante de Fingarette, Response to Lehman's Article 'Alcoholism, Freedom and Moral Responsibility dans le même journal montre le degré d'incompréhension qu'a rencontré la position, certes complexe et ambiguë, de Fingarette.

consommation. Tout cela rend absurde pour lui l'absence de responsabilité légale, une excuse totale pour *tous* les actes des addicts.

Mais cela n'explique toujours pas pourquoi on ne peut pas accepter une position d'excuse légale. Fingarette défend la responsabilité légale avec des arguments qui, dans son cadre même de pensée, ne permettent pas d'exclure l'autre choix. Si le problème de la responsabilité personnelle est complexe au point d'être insoluble, pourquoi la convention de responsabilité, qui permet des exceptions dans le cadre de la légalité, ne peut pas le permettre pour l'addiction qui, au minimum, pose problème ? Il n'y a pas de réponse objective mais, encore, un choix, ici de Fingarette.

Là encore, rappelons que pour Fingarette le social est premier, la personne humaine est l'intersection de réalités collectives qui sont *le* réel. Dans le jeu légal il est question d'opposer une personne et la collectivité, pour Fingarette, l'attitude d'excuse pour les addictions fait passer le droit individuel, le droit de la personne, avant les intérêts du collectif. Or, pour Fingarette, le présupposé selon lequel la personne humaine possède des droits inaliénables est une construction récente de la culture occidentale[148], ce n'est pas une vérité absolue, universelle et anhistorique. Fingarette ne rejette pas complètement ce droit de la personne, il pense qu'elle est «une doctrine efficace et précieuse»[149], il considère cependant qu'il faut garder à l'esprit que ce concept n'est pas évident, que des sociétés peuvent et ont fait sans, et, surtout, que fonder nos décisions politiques et nos revendications sur un droit inaliénable de la personne humaine contre la société, est dangereux :

[148] L'article de Rosemond et le commentaire de Fingarette dans *R,R&R,* p.72-101 et p.189-194, respectivement.
[149] *R,R&R*, p.193.

> Ce que je défends c'est qu'une *intérêt prédominant* pour cette approche dans la résolution des problèmes sociaux génère de plus en plus d'isolement social et, par la prolifération des dispositifs judiciaires, finit par être vouée à l'échec à cause de son caractère oppressif et de son ingérable lourdeur[150].

L'exacerbation de l'importance de la personne individuelle crée pour Fingarette une société où chacun défend ses droits contre autrui au lieu de participer activement en «cherchant la satisfaction *dans* des relations partagées et mutuelles»[151]. C'est un effet négatif de la conception du moi autonome et souverain qui, en devenant une valeur supérieure en lui-même, prend une importance que Fingarette ne lui reconnaît pas. Mais surtout, il en ressort que les notions de personne, libre arbitre, responsabilité etc. sont socialement connotées, qu'elles changent en fonction des cultures, et que notre culture nous met face à un dilemme insoluble : la réconciliation de la responsabilité et du libre arbitre et que ce dilemme repose sur un *cluster de concepts,* c'est-à-dire un ensemble de concepts qui nous sont culturellement et historiquement spécifiques, comme le moi autonome.

3) Le système Fingarette

Il y a l'idée d'une forme de devoir envers soi qui traverse la pensée de Fingarette, celui de prendre connaissance de ce dont nous sommes responsables et d'agir en ce sens ; c'est-à-dire d'agir avec responsabilité mais aussi activement revendiquer nos responsabilités. Il y a dans cette injonction à la lucidité un message à la fois pour l'addict et pour tout un chacun et ses petites ou grandes self-deceptions. Il y a matière à élucidation. Si celui qui

[150] *R,R&R*, p.193.
[151] *R,R&R*, p.192.

verse dans la self-deception rejette la responsabilité pour certains de ses actes et qu'il en perd donc la responsabilité, il y a conflit avec ce que l'on attend d'une personne responsable. Le refus de responsabilité amoindrit la personne et notre devoir de lucidité passe par l'élucidation, l'acceptation et la reconnaissance de nos self-deceptions. Il n'y a peut-être pas motif à culpabilité mais certainement motif à ressentir une forme de honte. Celui qui verse dans la self-deception en rejetant la responsabilité pour certains de ses actes ne se conforme pas à son statut de personne responsable qui consiste, justement, à être responsable. Il viole même l'obligation de lucidité qui consiste à mettre au jour *tout* ce dont nous sommes responsables. Dans le cas de la self-deception cette mise à jour et l'acte d'acceptation revient à dissiper la self-deception, il y a une sorte de recours au «connais-toi toi-même», dans l'optique de prendre sa place juste. Dans le cas du consommateur de substances il s'agit de voir en face les raisons de la conduite et d'assumer les conflits et les responsabilités sur lesquels prospère son habitude délétère. Il s'agit soit d'assumer et de reconnaître le produit consommé comme *sa* solution, soit de le déplorer et faire en sorte de changer. Tout entre deux apparaît alors comme, une fois encore, un échec à voir et accepter ce que l'on fait et donc ce que l'on est.

Le thème de la culpabilité morale n'est pas adapté pour traiter de la position de Fingarette. Pour Fingarette ce qui *doit* être reste inaccessible, tout au mieux sommes-nous confrontés à la responsabilité de *faire* au mieux, de viser à être bon avec autrui comme on souhaiterait qu'il soit pour nous, dans le respect d'une réciprocité qui doit autant à Kant qu'à Confucius. Quand nous ne nous conformons pas à notre rôle, il n'y a pas de culpabilité qui naîtrait d'un acte de trahison, mais la honte confucéenne qui vise le statut social. La *culpabilité* dépend du contexte sociopolitique, il n'y a pas de réponse unique et absolue parce qu'il s'agit d'une culpabilité légale.

Chaque société a ses codes et règles et il s'agit de s'y plier et de se couler dans le moule de la société dans laquelle on vit. En cela, la question de la culpabilité de l'addict est, pour Fingarette, technique. L'individu viole-t-il les règles en vigueur et son habitude peut-elle être une excuse, un facteur aggravant etc ? Il s'agit de questions légales et la culpabilité n'est à entendre que dans le sens légal, pas moral. La loi des hommes est la loi et la question de la culpabilité la regarde.

S'il s'agit de responsabilité morale ; aucune solution générale n'est envisageable, la finesse des éléments à prendre en compte en font une question qui relève du cas particulier de chaque occurrence, du moins pour une responsabilité *relative*, la question de la responsabilité absolue est incohérente en soi. Par contre, ne pas remplir les obligations de son statut social, quelle que soit la violation ou l'inadéquation, quelle qu'en soit la gravité relève, dans la pensée de Confucius, de la honte. Fingarette ne condamne pas les addicts, il leur fait potentiellement honte.

Fingarette pense la place des buveurs et des addicts dans *nos* sociétés. Il y a chez Fingarette à la fois une réflexion morale théorique, sur la validité de nos concepts et des concepts qui nous sont étrangers, et pratique, comme son intérêt pour les questions légales qui reposent sur des concepts dont il rejette la pertinence. On peut même voir une incohérence entre ce qu'il prône *en théorie* et cet intérêt pour la responsabilité, comme si tout se diluait dans un relativisme qui finit par rendre tout indécidable, confus voire inutile. Il faut d'abord entendre ce que dit Fingarette à propos du relativisme culturel :

> Je ne vise pas à proposer un relativisme culturel total. Il ne semble pas vrai de dire que des concepts comme la responsabilité, les droits humains, le choix,

> l'autonomie et le moi soient de pures créations de cultures particulières sans aucun élément d'universalité humaine[152].

Il n'explique pas que nous ayons l'impression de prendre des décisions, qu'il existe un élément personnel au cœur de nos actions, et qu'il faille, simplement, accepter que nos actes ne semblent pas le fruit du hasard, puis nous en remettre à la réflexion philosophique pour tenter d'en percer le mystère, sans penser que cela a déjà été le cas, ni même, peut-être, que nous en soyons capables. Pour lui, nous n'avons pas la solution à ce mystère mais ce n'est pas une raison pour nier *les faits*, ou ce qui nous apparaît comme tel, a priori.

> Les humains, dans toutes les sociétés dont nous avons connaissance manifestent une sorte de vague inquiétude vis-à-vis de ce que je nommerai normativité. Il est difficile de comprendre l'existence humaine sans une dimension normative.[153]

Mais cette normativité est «une notion incomplète», une esquisse de ce que serait *la* normativité. Les formes pratiques sont différentes dans chaque culture et leur sont dépendantes. Elles y sont fondamentalement inscrites, et les solutions établies apportent leur lot de problèmes, d'incohérences, en raison de leur incomplétude. Le mystère est encore un mystère.

Fingarette se propose de partir d'une attitude philosophique humble, en regardant ailleurs les solutions apportées. Il faut, selon lui, reconnaître l'incommensurabilité de certains concepts autour desquels les formes de vies sociales ont pu se constituer et tâcher d'en tirer des leçons.

---

[152] *R,R&R,* p.218.
[153] *R,R&R,* p.218

Fingarette reconnaît que sa démarche, qui consiste à vouloir élucider les tenant conceptuels et les aboutissants pratiques de ces notions comme la responsabilité, le libre arbitre, l'agentivité, l'identité personnelle, heurte sa déclaration revendiquée de leur incohérence, de l'existence de solutions différentes, parfois incommensurables, elles aussi entachées d'incomplétude et d'incohérence, qu'il peut sembler impossible d'à la fois vouloir que chacun revendique sa responsabilité, prenne ses responsabilités, qu'il se montre comptable de ses choix, avec lucidité et de reconnaître que chacune de nos actions choix et pensées naissent en nous par la force des conditions de notre existence. Il s'agirait alors de remplacer un dilemme insoluble, celui de la responsabilité et du libre arbitre conjoint d'un moi autonome, par celui exprimé dans le Bhagavad Gita ; «l'action dans l'inaction et de l'inaction dans l'action». Or, pour Fingarette, il n'est pas plus difficile de vivre selon ces principes que de vivre la contradiction actuelle du moi autonome.

> C'est de la self-deception que de nous enseigner à nous-même que nous pouvons comprendre, que nous pouvons contrôler, que si nous le voulons, le moi peut agir de façon responsable[154].

Si Fingarette préfère cette optique à l'optique occidentale, c'est que même si elle n'est pas totalement juste, elle fait l'économie d'une self-deception ; elle ne défend pas un contrôle qui lui semble illusoire, quelle que soit en définitive cet «élément d'universalité».

Comment alors concevoir que Fingarette défende la responsabilité légale, quand celle-ci est le pendant judiciaire, collectif, de nos idées, fausses, sur la responsabilité individuelle ? C'est simplement que c'est dans ce monde qu'il vit. Il faut certes, d'une part, continuer à réfléchir,

[154] *R,R&R*, p.218.

à remettre en cause, à aller ailleurs chercher des réponses plus convenables, mais il faut aussi vivre et prendre sa place dans *sa* société. Fingarette tente de proposer des réponses aux problèmes pratiques que posent le statut légal des addicts et leur prise en charge *curative*, dans un cadre qui repose sur des concepts incohérents, mais en essayant de ne pas rajouter de l'incohérence à l'incohérence. Pour l'addiction, il choisit la voie qui lui semble le moins favoriser l'expansion du problème. Il peut alors arguer que les addicts ne sont ni plus ni moins responsables que qui que ce soit vis-à-vis de la loi. D'abord parce qu'il le pense, en raison de ce qu'il pense en général de la responsabilité et parce que cela lui semble utile. Reconnaître une perte particulière de responsabilité vis-à-vis des drogues, de l'alcool, serait favoriser une attitude d'abandon. Selon le même phénomène que ce qu'il reproche au modèle maladie, ce serait favoriser une self-deception concernant ce que chacun peut ou doit. Même si notre part est peu claire, il nous semble bien quand même que nos actes ne sont pas uniquement le fruit du hasard que

> nos actions, rendent compte en gros de qui nous sommes et de l'état dans lequel nous nous trouvons [155]

Il ne faudrait pas abandonner ce petit quelque chose pour de mauvaises raisons : c'est de là que vient le caractère nécessaire de la lucidité.

L'intérêt de l'approche de Fingarette c'est que, dans le cadre d'une philosophie complexe et originale, elle propose un mode de vie et de réflexion sur le monde ; c'est une approche globale, qui ne peut se concevoir qu'en acceptant une vision de l'homme et du monde différente de notre approche traditionnelle. On peut concevoir que pour des individus en butte

[155] Fingarette 2004, «Responsibility and indeterminism» dans *Mapping Responsibility*, p.112.

à des difficultés sociales, tenter une approche qui offre un point de vue autre puisse avoir un intérêt[156]. Mais, même au-delà de cet intérêt pratique, Fingarette invite à une réflexion sur nos a priori culturels et ce sans verser dans un relativisme égalisateur. Il ne propose pas non plus un système, il reste une part considérable de mystère, qui appelle à l'humilité. Il y a, comme pendant du mystère qu'il ne fait que mettre à jour, une manière de remettre nos prétentions à leur place. Nous renvoyant au fait concret que, en plusieurs millénaires, des pensées différentes se sont construites pour tenter de répondre à des questions identiques, que ces pensées ont su soutenir des civilisations efficientes, subtiles, complexes et qu'aucune ne peut cependant se targuer d'avoir épuisé les questions. Il nous invite à prendre de la distance avec nos certitudes héritées.

Mais sa conception heurte aussi. Elle ne protège pas. *Dura lex, sed lex*, une loi absurde à laquelle il faut se soumettre pour ne pas ajouter de l'absurdité à l'absurde. Il n'y a pas d'échappatoire pour l'addict car ce serait l'exclure des rapports sociaux et lui faire perdre son humanité, chacun doit jouer la partie avec les cartes qu'il a en main. L'addict doit être un *patient* et comme tout un chacun assumer ce rôle, avec ses spécificités et leurs conséquences. Dans son éloge de la passivité, il soutient l'importance de *souffrir* au sens d'admettre, subir, consentir. Il relève la dimension douloureuse que ce verbe a acquise au contact de notre inquiétude occidentale à propos de notre autonomie. De fait, dans notre contexte social, et s'il s'agit de celui qui doit jouer la partie avec une main d'addict, *souffrir* ne va pas sans douleur. Ce qui marque l'humanité pour Fingarette est alors, pour qui fait la part belle à l'individu, au moi autonome, non seulement incompréhensible, mais surtout proprement inacceptable.

[156] Les propositions de type développement personnel qui s'appuient sur des visions plus ou moins orthodoxes de pensées exotiques en proposent un exemple, et leur succès semble le gage d'une recherche de cet *autre chose*.

Chapitre II. Critiques de l'idéal de rationalité forte au cœur du BDMA

Les auteurs que nous avons vus sont des opposants au modèle maladie pré-BDMA, ils visent les AA, et une certaine mainmise de la psychiatrie scientifique au détriment des approches de sens, holistes, qui prennent en charge le patient comme personne dans son entièreté, et notamment son inscription dans le réseau complexe des relations sociales. Ils ont l'intérêt de présenter un corpus de critiques que l'on retrouve aujourd'hui encore à propos du BDMA lui-même.

Celle qui consiste à remarquer que les faits présentés diffèrent de la réalité épidémiologique du phénomène n'a fait que prendre de l'ampleur avec le temps ; l'addict du BDMA est issu d'une petite catégorie d'individus, à la situation extrême et ne représente ni la totalité ni même et de loin la totalité des addicts.

Celle concernant les résultats qui ne semblent pas à la hauteur des attentes et des promesses.

Celle qui s'attaque au versant sociologique de l'addiction maladie, les intérêts conjoints de différents acteurs du champs à défendre un point de vue particulier pour des raison autres que scientifiques.

Ces trois critiques sont toujours à l'œuvre quand il s'agit de s'attaquer au BDMA, nous allons en voir les détails plus avant. Mais derrière les critiques factuelles comme on peut les trouver chez Peele, il existe un fond idéologique parfois peu explicite sur lequel se fonde l'interprétation des faits. Pourquoi donc à partir d'une épidémiologie bien connue, les défenseurs de l'addiction maladie et ses opposants en arrivent-ils à des conclusions diamétralement opposées ? Il apparaît clairement, quand on

s'intéresse aux AA, qui sont à l'origine de ce mouvement de pathologisation de la consommation de substances, quels sont les enjeux idéologiques et le fond de croyances sur lesquels ce mouvement s'est construit. C'est plus compliqué chez les spécialistes du champs comme Peele, où ces enjeux sont cachés, non explicites et semblent faire partie de la part privée de l'homme plus que de la part qu'il donne à voir au public, son travail. Chez Fingarette, ces enjeux sont clairement mis au jour.

L'intérêt majeur de ces positions tient selon nous à la description fine du phénomène et des tensions morales à l'œuvre chez l'addict et chez ceux qui tentent de comprendre ce qu'ils font. Elles rendent compte avec une grande précision de la complexité du phénomène et de sa diversité et nous pensons avec Fingarette que la raison pour laquelle le modèle maladie propose une description tronquée de l'addiction tient, pour les AA comme pour le BDMA à des présupposés normatifs plus que factuels.

Ces auteurs rationalisent l'addiction en remettant en avant les raisons des addicts motivées par le contexte social. Ce faisant, ils réactivent l'idée de la possibilité d'un jugement moral de l'addict qui fait courir le risque d'un retour à ce traitement moral de l'addiction volontaire. Leurs explications, fondamentalement sociales, placent dans le champ social la prise en charge, champ qui est aussi celui du jugement, et leur principale faiblesse est selon nous le peu d'intérêt que ces auteurs portent à la biologie. Nous proposons qu'il est possible de prendre en compte les raisons de l'addict et la diversité des formes d'addiction tout en restant compatibles avec les explications biologiques que ces auteurs rejettent, qu'il existe des modèles utilitaristes hédoniques du choix qui proposent une autre vision de la rationalité, une rationalité limité, qui repose bien sur l'expression d'un type de préférences dans le choix qui renvoie à la conception que nous nous faisons de notre intérêt. Que nos intérêts sont parfois incompatibles et sont en conflits. Des conflits dans lesquels la dimension temporelle est fondamentale. Nous

proposons aussi que ces approches sont compatibles avec la biologie et un projet réductionniste. D'autres part, elles permettent de rendre justice à l'influence du social, un social qui est aussi l'expression de nos comportements individuels. Il n'y a pas de Fingarette pour porter ouvertement une parole qui lie position sur l'addiction et anthropologie explicite. Pour développer plus avant nous allons d'abord voir en détail la proposition récente de Gene Heyman, qui reprend dans un contexte compatibiliste et utilitariste les critiques et les considérations sur l'addiction des auteurs précédents puis nous remonterons aux origines de cette pensée, issue du behaviorisme et de l'économie. Aux origines communes qu'elle entretient avec le BDMA et aux points de ruptures théoriques qui forment le fond du débat contemporain.

Nous allons donc nous intéresser maintenant à l'explication de l'addiction dans les termes des théories du choix. Ces théories sont d'inspiration utilitariste mais relèvent d'a priori théoriques divergents dont les oppositions traversent l'histoire de l'élucidation des processus du choix. Elles divergent quant à leurs conceptions de ce qu'est un choix et de la rationalité qui le sous-tend. Nous verrons chez Heyman, un exposé des critiques du modèle maladie qui le met en difficulté. Heyman reprend les critiques des auteurs précédents et redonne droit de citer aux raisons des agents. Il reprend aussi l'importance du social mais dans une optique individualiste. Son interprétation de l'addiction trouve sa source dans la psychologie behavioriste, héritière de Skinner et de son successeur, Herrnstein qui a rénové le behaviorisme. Il s'est opposé à l'approche du choix tel que conçu par l'économie dans sa forme néoclassique qui a aussi abordé l'addiction sous l'égide de la théorie du choix rationnel. Cette dernière est un modèle utilitariste influencé par la révolution marginaliste du XIXe siècle en économie et ses prolongements du XXe siècle qui ont

fondé le néoclassicisme libéral. Elle fait de la maximisation de l'utilité une loi à partir de laquelle on peut déterminer tous les comportements humains. Elle procède selon notre hypothèse d'une approche idéaliste dans laquelle la rationalité est une maximisation de l'utilité exprimée dans tous nos choix. Nous verrons l'approche économique de l'addiction de cette tradition. Nous proposons que le BDMA repose sur des présupposés qui relèvent de la théorie du choix rationnel, tout en s'opposant aux conceptions de l'addict rationnel des économistes comme Gary Becker et que les deux conceptions apparaissent comme deux interprétations possibles de l'addiction dans le cadre de la rationalité forte de la théorie du choix rationnel. Notre hypothèse est que Le BDMA fonde son explication sur une description du phénomène qui relève d'une déduction à partir des conceptions de cette théorie, et c'est selon nous, comme le met en évidence Heyman, à l'origine de ses difficultés. Nous proposerons que le cadre de la rationalité limité permet de mieux rendre compte de l'addiction, de mieux la décrire, en cohérence avec les données de l'épidémiologie.

1) Gene Heyman, l'addiction comme un trouble de la décision

Dans *Addiction, a Disorder of Choice,* publié en 2009, le chercheur en psychologie américain Gene Heyman[157] reprend l'histoire de la notion d'addiction et relève les incohérences classiques dans les choix d'interdits. Il démontre que l'addiction est un phénomène fortement influencé par le

[157]Heyman, *Addiction : A Disorder of Choice.* 2009.

milieu, les normes en vigueur, et l'entourage. Ce type de retour historique est typique des oppositions au modèle maladie qui se situe lui hors des considérations historiques et sociales pour se centrer sur un substrat biologique commun, universel et égalisateur, au risque de passer à côté des modalités concrètes d'expression du phénomène, en dehors des conditions de laboratoire. Le simple fait d'avoir, à notre tour, commencé ce travail par des considérations de ce type nous rangerait alors dans ce camp. Or, si cela a d'abord été l'apanage des opposants stricts, d'obédience psycho-sociale, pour cataloguer un peu rapidement, des sceptiques précédemment évoqués, le travail de Heyman exemplifie une autre forme de contestation. Il s'appuie sur les résultats des sciences fondamentales pour remettre en cause leur position hégémonique et montrer que leur prétention à l'objectivité universelle s'inscrit de fait dans un courant historique et social. Elles sont aussi porteuses de valeurs non dites à partir desquelles les faits sont organisés en théories. Heyman ne nie pas que le biologique compte, il en réduit l'importance par rapport au modèle maladie. Ce modèle maladie donne selon lui une mauvaise description du phénomène et donc propose une formalisation faussée qui ne peut être efficace, ni d'un point de vue explicatif, ni thérapeutique. Ensuite, il repose sur des présupposés pour qualifier un comportement d'involontaire au moins discutables et cette qualification n'en fait, de toute façon, pas forcément une maladie.

Heyman est un disciple de Herrnstein, sous la direction de qui il soutint son doctorat. Ce dernier, héritier de Skinner, ayant repris le célèbre *Pigeons lab* a modernisé le behaviorisme et s'est attaqué à la question du choix et de la rationalité de ce choix. Il est à l'origine de la *matching law* qualifiée de loi fondamentale du comportement et ses travaux ont influencé à la fois les neurosciences, le courant du *reward learning* si important pour le BDMA et une forme de contestation à ce modèle dont l'ouvrage de Heyman

est exemplaire. Nous présentons ici le travail de Heyman sur l'addiction, pour illustrer ces propositions contemporaines, qui sont parfois associées à la démarche de Peele ou de Fingarette mais dont l'origine et le contexte intellectuel sont tout à fait différents. Là où un Peele s'inscrit dans le cadre de la psychologie sociale, très influencée par la philosophie continentale, définissant un individu sujet autonome libre de ses choix, Heyman est un behavioriste, le milieu influence le choix, au-delà de toute idée de libre arbitre, et sa position est loin d'être indéterministe comme celle de Fingarette. La critique du BDMA par Heyman nous paraît rendre compte brillamment des problèmes qui minent le BDMA et mettre en avant le rôle prépondérant qu'y tient le type de rationalité à l'œuvre dans nos choix sous-tendue par cette approche, une rationalité forte, issue de la théorie du choix rationnelle de l'économie.

a) Un phénomène soumis au contexte

Après son introduction historique, il utilise des données expérimentales et notamment épidémiologiques[158] pour montrer que des cohortes, c'est-à-dire des groupes dont les membres ont un paramètre en commun, ici l'année de naissance, ont des comportements d'usage différents. Il reprend les résultats montrant que le taux d'addiction aux opiacés était deux fois supérieur au Viêt Nam, pendant la guerre, qu'aux

[158] Il utilise les notamment les données des études de la Substance Abuse and Mental Health Services Administration SAMHSA de 2003 qui a recruté environ 67000 sujets dans le cadre des questionnaires du National Survey on Drug use and Health et de la National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions, NESARC, 43000 sujets, une étude en deux étapes, d'abord 2001-2002 puis 2004-2005. Une troisième vague a été rendue disponible en 2020 et est régulièrement mise à jour, les données génétiques ont été dévoilées en 2021. Heyman ne possédait pas ces dernières données et s'est limité au 2 premières vagues. Voir Chen C. M., et al. 2006, 2010. Et Grant et al. 2004.
Heyman utilise particulièrement Conway et al. 2006, Hasin et al. 2007 et Stinson et al. 2005.

USA pour une même génération d'individus. On peut en tirer la conclusion que l'environnement social et culturel (le fait que la drogue soit facilement disponible, que le jugement des pairs soit moins négatif, etc.) joue un rôle dans l'étiologie de l'addiction.

Or, si l'environnement joue le rôle supposé, on doit pouvoir le voir par l'analyse des résultats des grandes enquêtes épidémiologiques, en comparant des cohortes différentes. L'idée étant qu'une fois le paramètre âge contrôlé, les différences viennent du milieu, environnemental et culturel. Heyman montre alors que ces études indiquent que le risque d'addiction chez les consommateurs, ainsi que le type de consommation, varient considérablement. Un consommateur de la *Génération X* (20 ans en 1990) ayant par exemple 20 fois plus de chance qu'un consommateur Pré-Boomer (20 ans en 1960) de devenir addict. Pour lui, l'émergence de la *youth culture* et son rapport aux drogues est responsable de cette différence. De plus, cet effet cohorte est bien plus fort pour l'addiction que pour les autres troubles psychiatriques. C'est-à-dire que l'addiction n'est pas uniquement soumise à des facteurs sociaux et culturels, elle est, parmi les troubles psychiatriques ou apparentés, celui sur lequel ces facteurs ont le plus d'influence. On peut objecter que les populations plus récentes ont été confrontées à des substances plus addictogènes, comme l'héroïne, mais Heyman souligne que la consommation d'héroïne est faible par rapport à la totalité des drogues concernées par les enquêtes et qu'il est peu probable qu'elle suffise à faire varier les statistiques dans les proportions observées. D'autre part, il s'agit de relevés par interviews, on pourrait aussi supposer une certaine mauvaise foi des intervenants ou simplement des oublis. Les cohortes les plus âgées ayant une tendance à la sous-estimation de l'importance des troubles. Mais cela toucherait aussi les autres pathologies mentales, ce qui n'est pas le cas. Enfin, point qu'il ne relève pas, il est aussi possible que les addicts de ces cohortes plus anciennes soient décédés, mais

là encore, si effectivement l'espérance de vie est réduite par ces pratiques, une étude plus poussée des données serait nécessaire pour trancher et l'hypothèse que cela explique de telles différences reste peu vraisemblable.

Le premier point que soulève Heyman est que l'on peut supposer que si les facteurs culturels et sociaux ont de l'influence sur l'étiologie de l'addiction, ils pourraient en avoir sur son traitement. De fait, il serait logique qu'ils en aient sur la prévention. Cependant notons que la connexion avec le traitement n'a rien d'automatique, la fréquentation de personnes porteuses de la grippe est un élément déterminant pour attraper la grippe, le fait de ne plus les fréquenter ne joue en rien sur la guérison. Sa définition de l'étiologie inclut le contexte environnemental, c'est une approche qui ne se limite pas aux causes biologiques. Dans l'exemple précédent, on peut considérer que l'étiologie de la grippe commence avec l'infection virale de mes cellules, ou par le contexte dans lequel le virus m'a été transmis. Dans ce cas, la fréquentation d'autrui devient élément de l'étiologie. Pour montrer que les facteurs sociaux ont une importance étiologique, Heyman retient une définition de l'étiologie qui s'étend aux facteurs sociaux. Ceci étant dit, cette première phase de son raisonnement va lui permettre de construire son approche et de donner crédit à sa thèse.

Heyman ne rejette pas la biologie et intègre la dimension sociale dans le contexte des travaux des neurosciences modernes. Son ouvrage date d'après la *Décennie du cerveau,* il ne fait pas l'impasse sur les neurosciences. Mais sa prise en compte du social repose sur une approche comportementaliste. Heyman descend en droite ligne des grands noms du behaviorisme. Après avoir présenté son travail nous reviendrons sur l'origine de sa réflexion, le contexte théorique de cette thèse qui reçoit un accueil favorable chez les opposants traditionnels aux modèles biologiques. En effet, elle s'inscrit dans une forme d'opposition au BDMA qui ne relève

pas des théories sceptiques ni psychosociales, mais de ce que l'on peut nommer les *théories du choix*. Leur origine remonte à l'utilitarisme anglais, elles appartiennent à un corps de doctrines qui s'est organisé conjointement, puis en réaction à l'élaboration des théories économiques du comportement humain, elles aussi utilitaristes mais moins benthamienne[159]. D'abord sœurs, économie et psychologie se sont affrontées autour du concept de rationalité. La première prenant le partie d'un humain rationnel dans ses choix et conduites, la seconde, proposant d'accepter notre irrationalité pour rendre compte de nos comportements. Heyman, appartient à cette dernière tendance dont la mise au jour fera l'objet de la suite de notre exposé. Mais, d'abord, revenons à Heyman qui propose une explication non pas comme maladie mais comme un désordre du choix.

Le problème que pose l'influence du milieu sur l'addiction est que les idées, valeurs et attitudes ne sont pas des agents biologiques, alors que les drogues le sont.

> Plus généralement, la question est : comment les phénomènes psychologiques influencent-ils les phénomènes biologiques[160]

D'abord, le système nerveux central,

[159] Voir Schumpeter 1954, p.128-130 où il traite du «cas Bentham». Stiegler 1950a passe du temps sur Bentham mais l'utilité benthamienne est une lointaine ancêtre de ce dont il veut traiter, l'utilité de *l'économie scientifique*. L'économie scientifique en mathématisant l'utilité l'a idéalisée, elle est devenue une norme avec la révolution marginaliste du XIX. Deux courants ont alors émergé, les néoclassiques inspirés par Walras, idéalistes, prônant une économie pure, mathématisée qui décrit ce qui doit être et les viennois, héritiers de Menger qui partent de la primauté de l'action humaine et des raisons de l'agent. Les viennois sont en cela plus benthamiens. Voir Kauder 1965 : Crimmins, 2014.
Il est intéressant de remarquer qu'un courant qui vise à réintégrer bentham dans la tradition de l'économie se situe dans le cadre de l'économie comportementale (voir Quinn 2016), une forme d'économie qui veut réconcilier science économique et réalité factuelle en recréant un lien avec la psychologie notamment comportementale, behavioriste. Elle inclut une frange franchement hostile à la théorie du choix rationnel. La psychologie de l'agent est centrale dans la détermination de l'utilité chez Bentham.
[160] Heyman, 2009, p.39.

> médiatise les pensées, les affects et les actions. Il est impliqué dans tout ce que nous appelons «psychologique»[161]

Il est constitué de neurones interconnectés et ces connexions, d'abord programmées par les gènes et l'hérédité, dépendent ensuite des expériences vécues. Il relève trois caractéristiques essentielles des neurones :

> Ils peuvent maintenir une charge électrique différente de celle de leur environnement immédiat, ils communiquent par voie biochimique et ils sont transformés par l'expérience.[162]

Il indique ensuite que ces neurones communiquent entre eux par neurotransmetteurs et que les drogues agissent sur les récepteurs de ces neurotransmetteurs. Enfin les neurones sont *plastiques*. La population des récepteurs membranaires change selon les activations, l'expérience modifie, à l'usage, les neurones, et donc,

> Comme nos pensées sont médiatisées par le SNC et que le SNC est plastique, nos pensées peuvent modifier le SNC et ainsi modifier notre fonctionnement psychologique futur.[163]

Pour Heyman, les drogues agissent sur le cerveau. Cette action n'est pas à remettre en cause et n'a rien d'anecdotique. Ces substances chimiques agissent en lieu et place des substances chimiques endogènes. Mais, leur action est spécifique. Elles agissent par le biais de certains récepteurs présents dans certaines structures. Or ces récepteurs ne sont pas ubiquitaires et ces structures, localisées, ne représentent pas l'ensemble du cerveau. En

[161] Heyman, 2009, p.40.
[162] Heyman, 2009, p.40.
[163] Heyman, 2009, p.41.

fait, il note que l'action biochimique des drogues concerne une petite partie du cerveau par rapport à l'ensemble. Cela explique que l'effet psychologique d'une drogue dépend du contexte. En effet :

> étant donné la simplicité du neurone, les phénomènes psychologiques impliquent l'activité de millions de neurones.[164]

Parmi ces neurones, lors d'une expérience liée à une prise de drogue, un petite partie seulement sera spécifiquement la cible de la substance, tout le reste, les milliards d'autres neurones,

> reflètent la variation des paramètres et les variations individuelles. Ainsi, la réaction au médicament dépend des neurones non liés autant que des neurones liés. [165]

Ces neurones non liés rendent compte du contexte immédiat mais aussi de l'histoire de l'individu, ses souvenirs, ses expériences passées ainsi que ses croyances, valeurs etc.

Heyman explique ainsi par les neurosciences l'influence et l'importance majeure de cette influence, du milieu qu'il relève dans la littérature. Il propose une piste séduisante pour en rendre compte. Les «effets» des substances, leurs gratifications immédiates comme les effets médiés par les adaptations neurales dues à la plasticité, qui sont pour le modèle maladie la marque et la cause de la *dépendance*[166], entrent en compétition avec les désirs, croyances, volitions, médiées par le *reste* des neurones, non impactés. La force de la modification cérébrale induite par l'usage des substances est pour Heyman un moteur de la perpétuation de

[164] Heyman, 2009, p.42.
[165]Heyman, 2009, p.42.
[166] Au sens vernaculaire.

l'activité et, en même temps, une chance ; le mécanisme de plasticité cérébrale ouvre aussi la perspective du changement. Le cerveau change et s'adapte, rien n'est donc définitivement joué. L'opportunité qu'offre la plasticité cérébrale est selon lui visible dans le cas des troubles obsessionnels compulsifs (TOC ou OCD).[167] Les personnes atteintes de TOC sont soumises à des pensées envahissantes obsessionnelles qui les poussent à effectuer des rituels compulsifs pour soulager la tension induite par ces pensées. Les thérapies comportementales dans lesquelles elles apprennent à ignorer leurs pensées envahissantes montrent une certaine efficacité et cette efficacité se traduit par des modifications dans leur activité cérébrale. Les zones impliquées se comportent comme chez les individus témoins alors qu'elles présentaient des perturbations dans leur activité avant l'entraînement comportemental[168]. Il se trouve que les patients, souffrant de TOC, comme d'addiction, *veulent* s'en débarrasser, ils sont *motivés* à guérir. Hayman résume cette interaction entre cerveau et comportement par l'aphorisme, inspiré de Schwartz, 1998 : «Change the incentives, change your behaviour, change your brain.»[169]

Pour résumer, le contexte propose des possibilités d'actions qui ont une force de récompense et l'individu, dans une approche behavioriste particulière que nous détaillerons, choisit en fonction de son *interprétation* des valeurs, l'action qui lui semble sur le moment la plus intéressante. En changeant le contexte on change la distribution des récompenses, de même en changeant les croyances et les centres d'intérêt de l'individu. L'addiction qui peut proposer dans un certain contexte de croyances et de possibilités offertes par l'environnement une solution prépondérante en termes

[167] C'est l'acronyme de obsessive-compulsive disorder, le terme anglais, le français est TOC mais l'utilisation d'OCD est la norme dans la littérature internationale.
[168] Voir Schwartz, 1998, Seligman et al. 2001 et Baxter et al. 1992 pour des résultats comparables sur l'activité cérébrale mais suivant l'usage de médicaments.
[169] Heyman, 2009, p.97.

d'évaluation de la gratification attendue peut perdre de son attrait dans un contexte différent. E, changeant les motivations (*incentives*), on oriente différemment le comportement (*behavior)*, et le substrat neurobiologique s'adapte à cette nouvelle donne par la plasticité en apprenant de nouveaux patterns comportementaux ; on change le cerveau (*brain)*, qui même malgré l'effet des drogues (sur une petite partie des circuits) fait ce qu'il sait faire, évaluer, choisir, apprendre et s'adapter. De même un milieu dans lequel l'addiction se voit être une possibilité de gratification majeure, elle se voit favorisée. Dans le cas des soldats américains au Viêt Nam, l'héroïne procure détente, plaisir, oubli, est socialement valorisée car son usage est répandu et peu ou pas critiqué par les pairs, elle a aussi l'attrait d'une forme de rébellion contre l'autorité et permet de faire corps avec ses pairs, elle intègre et sociabilise. D'autre part, l'évaluation de ses effets négatifs est impactée par le faible poids pris par ses dommages à long terme dans un contexte où la survie à court terme est impactée par le contexte de la guerre. Tout cela concourt à lui donner un attrait qu'elle peut perdre quand, une fois rentré aux USA, il est plus difficile de s'en procurer, son image est dégradée, sa consommation fait courir des risques sociaux importants et la question de la survie à long terme redevient un paramètre pertinent. Enfin, elle entre en concurrence avec les activités sociales et familiales retrouvées et futures qui redeviennent envisageables et porteuses de leur propre gratification. Elle se voit aussi associée à l'expérience négative du Viêt Nam, de la guerre. Dans ce nouveau contexte, l'évaluation de l'intérêt de sa consommation contre celui des perspectives nouvelles qui s'offrent se fait dans le cadre d'une structure des récompenses disponibles totalement modifiée et qui peut s'avérer défavorable à la consommation.

Heyman montre la possibilité d'impliquer les éléments contextuels dans l'étiologie de l'addiction, il affirme la possibilité de cette implication au

niveau du traitement de l'information par le système nerveux central, puis, utilise les propriétés des neurones, dont la plasticité, pour insister sur la possibilité d'intervenir sur l'addiction en agissant sur la motivation à agir, en affirmant la possibilité du choix. Or, la définition de l'addiction sur laquelle repose le modèle maladie affirme l'irréversibilité de cette pathologie ; le pronostic est plus que pessimiste. Si on la suit, les faits qu'elle présente démentent tout espoir de changement. Heyman veut prouver que cette description est erronée et que les faits, au contraire, valident sa théorie d'une addiction qui laisserait une marge de manœuvre à l'addict pour agir contre elle, pour choisir.

b) Epidémiologie et description du phénomène

Heyman s'attaque d'abord au pronostic et à la description qui est faite du phénomène par le BDMA. La présentation d'une addiction maladie chronique, irrévocable, nécessitant un traitement à vie, comme l'asthme, le diabète, l'hypertension, la schizophrénie, Alzheimer[170] s'appuie sur des données qu'il ne remet pas en cause en tant que telles. Elles sont nombreuses et solides[171]. Mais, il constate que ces données, offrent une image qui diffère de celle que les récits en première personne offrent de l'addiction, dans lesquels l'arrêt de la prise de substance fait partie intégrante du phénomène. L'addict arrête, parfois rechute, arrête encore, et, souvent, au moment du récit autobiographique, l'addiction est considérée

[170] Voir Leshner 1997, McLellan 2000.
[171] Il s'appuie sur des revues, anciennes comme Brecher, 1972, et modernes, comme McLellan & al. 2005, ainsi que sur des ouvrages de psychiatrie comme Ott & al. 1997. Toutes ces sources montrent une addiction récidivante, chronique, insistent sur la faiblesse des traitements et la quasi certitude des rechutes. On peut ajouter à cette liste le Big Book des AA, et les publications grand public du NIMH ou de l'INSERM qui présentent l'addiction comme une maladie du cerveau chronique et récidivante.

comme faisant partie du passé[172]. Heyman extrait de quelques témoignages l'idée que

> Lorsque les addicts parlent d'eux-mêmes, l'abandon de la drogue fait partie de l'histoire de leur addiction. [...] Cela suggère que l'affirmation selon laquelle l'addiction est une maladie chronique n'est peut-être pas vraie. En effet, les autobiographies suggèrent que la plupart des addicts seront d'ex-addicts à l'âge de 30 ans.[173]

Il tire ces conclusions à partir d'un petit nombre de témoignages qui ne sont pas sans rappeler les vignettes fictives de Peele. Mais, il faut aussi reconnaître que ces témoignages sont monnaie courante. La stratégie de Heyman est alors de s'appuyer sur de grandes enquêtes épidémiologiques qui montrent selon lui que les témoignages en première personne donnent une image plus conforme à la réalité du phénomène que les données cliniques sur lesquelles s'appuie le modèle maladie. Quant à la raison du décalage entre témoignages et données cliniques, Heyman l'attribue à un biais d'échantillonnage ; les addicts de ces études sont recrutés dans les systèmes de soin, ce sont les cas les plus graves et, conformément à l'effet Berkson[174], ce type de patients a plus de chance de présenter aussi, en plus d'une gravité supérieure (ils sont en traitement), des comorbidités psychiatriques qui impactent encore la gravité des cas et du pronostic. Les études en population générale sont de meilleurs outils pour définir un phénomène comme l'addiction, et la description qui en ressort ne correspond pas à celle du BDMA.

Les études convoquées par Heyman sont The Epidemiologic

[172] Voir le chapitre 2 qui présente une poignée de témoignages.
[173] Heyman, 2009 p.64.
[174] Le biais de Berkson, voir Berkson, 1946 et Maric et al. 2004. Les patients recrutés en traitement ont plus de chance de présenter des troubles indépendants du trouble pour lesquels ils sont traités et ont été recrutés .

Catchment Area Study (ECA), menée entre 1980 et 1984 à l'initiative du NIMH, dont une des particularités revendiquées est de ne pas se satisfaire du recrutement de sujets en traitement[175]. Elle a recruté dans 5 zones urbaines avec des équipes indépendantes, il s'agissait de tester la fiabilité inter-observateurs des catégories révisées du récent DSM. Les sujets, 19000 environs sur les quatre ans, ont été sélectionnés afin de rendre au mieux compte de la situation psychiatrique des USA, d'être les plus représentatifs possible avec une surreprésentation des prisonniers, population à risque, pour faire ressortir les pathologies rares. Le suivi d'un traitement n'étant pas un critère d'intégration. Enfin, elle insiste sur l'incidence des troubles plus que sur la prévalence. La prévalence prend un instantané du nombre de cas établis en population générale alors que l'incidence s'intéresse aux nouveaux cas. Les deux sont intéressantes mais la prévalence tend à baisser quand la pathologie est létale (si la mortalité progresse plus vite que l'incidence) ou à augmenter si, au contraire, les malades vivent avec leur pathologie. On pense aux maladies chroniques comme le diabète ou le VIH aujourd'hui, pour lesquelles l'incidence donne une meilleure indication de la manière dont la maladie est prise en charge par la société, que la prévalence.

La deuxième étude est le National Comorbidity Survey (NCS) s'étendant entre 1990 et 1992, portant sur environ 8000 sujets[176], et la troisième est sa réplique de 2001 à 2002, portant sur un peu plus de 9000 sujets[177]. Les NCS ont étendu le recrutement à des zones non urbaines et se basent sur le DSM IV[178].

[175] Voir Eaton et al. 1981, Pour plus de détails sur la conception de cette étude.
[176] Warner et al. 1995.
[177] Kessler et al. 2005a et b.
[178]On trouve ici https://www.hcp.med.harvard.edu/ncs/publications.php#date2017 la totalité des publications liées au NCS jusqu'en 2017. La cible s'est depuis étendue. Le DSM V est pris en compte et le national est devenu mondial avec le World Mental Health Surveys de

La quatrième est la National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC), du NIAAA. Portant sur 43000 sujets, là encore sans requérir qu'ils soient en traitement pour être intégrés (seul 25% des individus ayant rempli les critère de dépendance à l'alcool dans l'année précédent l'étude sont en traitement[179]).

Ces quatre études montrent selon Heyman que les taux de rémission, entendus comme la proportion d'individus ayant été diagnostiqués addicts mais ne remplissant plus les critères au moment et dans les mois précédents l'enquête sont élevés. Les chiffres et les méthodologies varient mais le phénomène est à chaque fois repéré dans des proportions semblables.

Heyman a une utilisation libérale des données, il va par exemple considérer que près de 80% des personnes remplissant les conditions de dépendance à l'alcool dans les 12 mois précédents l'enquête NESARC sont en rémission, alors que les données établissent une classification plus mesurée[180], mais cette même enquête reconnaît effectivement que les taux de rémission sont élevés. La présentation avantageuse des résultats par Heyman ne remet pas en cause le fond de son propos ; les enquêtes en population «générale» n'offrent pas le même tableau que celles effectuées chez les individus en traitement et coïncident plus avec ce qui est rapporté par les témoignages en première personne des addicts. Et,

> La plupart des personnes qui répondaient aux critères d'addiction à vie n'étaient plus dépendantes au moment de l'enquête. Compte tenu de l'âge médian des populations de sujets et des données présentées [...], il est fort probable que la plupart aient cessé de consommer des drogues à des niveaux cliniquement

l'OMS. Les publications en lien avec ce dernier qui courrent depuis 2002 jusqu'à aujourd'hui sont disponibles ici https://www.hcp.med.harvard.edu/wmh/publications.php

[179] Dawson D., A., et al. 2005.

[180] Les NESARC sont accessibles sur les sites internet du NIH et du NIAAA.

> significatifs à la fin de la vingtaine ou au début de la trentaine. **Les taux de rémission élevés sont une caractéristique stable de l'addiction** (nous soulignons).[181]

Heyman remarque que ces résultats sont confirmés par un autre type d'études reposant sur une approche différente. Les quatre grandes études reposent sur des interviews anonymes uniques, ce qui introduit des biais, comme un doute sur l'honnêteté des réponses, même si elles s'en prémunissent en offrant la possibilité de détecter les résultats aberrants par comparaison des différents groupes autonomes. Heyman convoque alors deux travaux de Robbins, une première étude menée à St Louis[182] dans les années soixante sur un petit nombre d'héroïnomanes (22 sujets) et l'autre sur plus de 400 soldats de retour du Viêt-Nam ; la célèbre enquête abondamment citée[183].

Lee Robins a été mandaté pour mener cette étude par l'administration Nixon, apeurée par la possibilité qu'une vague criminelle ne touche les USA. La consommation d'héroïne était, dans les esprits, associée aux comportements criminels et le retour de soldats dont il avait été montré qu'ils consommaient pour un nombre conséquent d'entre eux de grandes quantités de cette drogue apparut comme une menace à ne pas négliger. Robbins fut choisi pour mener un travail sur cette population en raison de son investissement dans le domaine. Plus de 400 vétérans ont été intégrés à ces travaux. Les critères de sélection étant :

d'être diagnostiqué addict
d'avoir des symptômes de sevrage en cas d'abstinence
de consommer beaucoup et régulièrement et,
de se revendiquer comme tel.

[181] Heyman 2009, p.73.
[182] Robbins & Murphy, 1967.
[183]Robbins et al., 1975, 2010. Voir aussi Robbins 1993 et pour un résumé des travaux de Robbins et de ses collaborateurs voir Hall 2017.

La tolérance au produit était aussi établie (la plupart sniffait ou fumait le produit mais la proportion d'injecteurs augmentait en proportion du temps resté au Viêt-Nam) et ils consommaient de manière quotidienne tout en sachant qu'un test serait effectué et que les traces de drogue risquaient de retarder leur retour au pays. Ils continuaient donc en dépit de conséquences néfastes dont ils avaient connaissance.

Seuls 12% d'entre eux continuèrent de consommer de l'héroïne dans des quantités et à une fréquence équivalentes à leur consommation antérieure une fois de retour chez eux. Des tests biologiques furent effectués sur la moitié des participants au Viêt Nam et sur tous les participants aux USA. Ces tests confirmèrent les déclarations des sujets concernant leur consommation, et donc le taux élevé de rémission. Toutes ces études vont dans le sens d'une addiction qui tend à disparaître entre 60 et 85 % des cas. L'étude au taux le plus bas, l'ECA a une définition du phénomène plus large, elle inclut les cas de ce qui était alors considéré comme consommation abusive, abus qui tend à perdurer plus que la dépendance au sens strict[184]. Il note aussi que les NCS, avec des taux de rémission autour de 75% arrivent à une valeur équivalente à celle de l'ECA quand on recalcule ce taux en utilisant les mêmes critères que l'ECA. Il semble que la grande majorité, des deux-tiers au trois-quarts des addicts cessent d'eux-mêmes vers l'âge de trente ans.

Comment expliquer alors les différences entre les données utilisées par le BDMA, les études sur des addicts en traitement et ces résultats. Comment, de plus, expliquer que ces dernières ne soient pas prises en compte ? Heyman va utiliser cette différence flagrante pour en tirer des conclusions sur la population des addicts en traitement, applicables à

[184] Voir Vaillant 1995 et Heyman 2009 p.73.

l'addiction et à sa gravité[185]. Il ne répond pas directement à la deuxième question, mais la suite de son analyse ne laisse que peu de doute sur ce qu'il en pense. Les tenants du modèle maladie ont une vision biaisée du phénomène, une vision qui repose sur des a priori sur ce que peut être un comportement volontaire et ces a priori les empêchent de considérer ces données à leur juste valeur.

c) Le pathologique et l'involontaire

Heyman montre que le modèle maladie qualifie l'addiction de maladie en raison de sa nature supposée involontaire. Elle est supposée involontaire du fait de l'implication de la biologie dans le phénomène, de la génétique et des modifications neurales. Or, Heyman va montrer que l'implication du biologique ne suffit pas pour déduire la nature involontaire de l'addiction. Il défend l'idée que le modèle maladie est fondé sur une erreur d'interprétation. Le préjugé selon lequel tout comportement autodestructeur ou jugé comme tel est forcément involontaire ; un préjugé que l'on peut qualifier de moral.

Une fois convenue la dimension involontaire, on ne voit pas bien comment l'addict pourrait, de lui-même, se débarrasser de son addiction, à moins d'envisager que d'autres comportements involontaires ne viennent en compétition avec l'addiction et remportent une bataille dans laquelle, l'addict est l'enjeu et le spectateur. Nous ne serions pas loin de ce que pourrait exprimer Fingarette, mais Heyman ne s'attarde pas sur cette possibilité d'un humain soumis aux aléas, plus *patient* qu'*auteur* de sa vie,

[185] Les addicts en traitements sont plus touchés, de manière plus grave et sont aussi plus souvent mono consommateurs, ce qui pourrait être un facteur aggravant.

c'est bien l'individu au moi autonome décrié par Fingarette, souverain dans ses choix, qui est le fond commun de la réflexion entre les tenants du BDMA et Heyman. Pour les premiers l'addiction ne peut être qu'une perte de cette souveraineté, car nous choisissons toujours rationnellement le meilleur bien. Un comportement autodestructeur est par définition irrationnel, il ne peut faire l'objet d'un choix libre et éclairé. Deux angles d'attaque sont explorés, d'abord le lien entre substrat biologique-comportement involontaire-maladie, puis la supposée rationalité de nos comportements et la possibilité de *choisir volontairement* d'effectuer un comportement vu comme irrationnel. L'argument de l'addiction maladie est résumé par Heyman.

> L'idée est que si les gènes influencent une activité, alors elle ne peut pas être volontaire.[186]

et

> (1) L'addiction a une base biologique ; (2) les drogues addictives ont la capacité de transformer un usager volontaire en usager involontaire et ; (3) l'interprétation de la maladie conduit à un meilleur traitement pour les addicts[187]

Heyman reconnaît la pertinence des études montrant l'implication d'une dimension génétique dans l'addiction[188], mais l'influence des facteurs génétiques ne se manifeste pas comme un effet *tout ou rien*. Les études sur les jumeaux comme sur la descendance de pères alcooliques (qui semble

[186] Heyman 2009 p89
[187] Heyman 2009 p91
[188] Nous ne nous étendons pas sur le sujet car de nombreux gènes sont impliqués mais aucun n'est ni nécessaire ni suffisant. Les études montrent une influence de la génétique mais selon des modalités qui restent inconnues. L'immense littérature sur le sujet a la particularité d'être assez consensuelle ; nous n'avons aucun modèle simple de génétique mendélienne à proposer pour expliquer l'addiction, la multiplicité des gènes impliqués et l'influence patente de *l'épigénétique* n'ont pas été intégré dans un modèle unique à ce jour. Le compte rendu de ces données n'aurait que peu d'intérêt explicatif et ressemblerait à une revue de la littérature sous forme de liste. La génétique ne nous donne rien de plus que des facteurs de risque.

être un facteur particulièrement déterminant) montrent que le facteur génétique est au plus un facteur de risque, faisant dire à Heyman que l'on hérite de gènes, pas de comportements et que l'action des gènes est indirecte, un facteur parmi d'autre, dont les facteurs environnementaux et sociaux. La génétique n'apporte pas de donnée qui permettrait de déterminer la *carrière* addictive d'un individu. Cet argument classique ne conduit pas Heyman à rejeter toute influence génétique, à la différence de ce que l'on peut lire chez Peele, mais, une dimension, que l'on nommerait aujourd'hui épigénétique à au moins autant d'importance, et, on y trouve, les interactions de l'individu dans son milieu ; ce qu'il fait, vit, choisit…

L'autre argument consiste, une fois reconnue l'importance, même relative, de la génétique, à montrer que les gènes n'interviennent pas uniquement dans les comportements involontaires. Heyman prend l'exemple du rôle des gènes dans les croyances religieuses, montrant que de vrais jumeaux séparés à la naissance ont plus de chance d'avoir des croyances identiques que de faux jumeaux séparés à la naissance, sous-tendant une influence génétique, tout en montrant que la génétique ne détermine pas strictement la croyance en question chez les vrais jumeaux. De plus, une grande part des personnes, élevées dans une croyance donnée, la remettent en question à l'adolescence, semblant montrer que la croyance religieuse dépend de choix individuels. Pour Heyman, ces données ainsi que d'autres études sur l'héritabilité des attitudes et croyances montrent l'influence mêlée de facteur génétiques et environnementaux ; la génétique peut être un facteur d'influence sur des conduites où le choix est à l'œuvre[189] . Si l'équation pour le BDMA est :

1) l'addiction a une dimension génétique,
2) ce qui est génétique est hors de notre contrôle,

[189] Voir Heyman 2009, p94.

3) donc l'addiction est une maladie,

Heyman semble avoir réfuté le deuxième terme qui fait le lien entre génétique et involontaire.

Heyman déconstruit ensuite la relation entre modification du cerveau et maladie. Leshner dans son article de *Science* établit ainsi le lien :

> C'est que l'addiction est liée à des changements dans la structure et la fonction du cerveau qui en fait, fondamentalement, une maladie.[190]

L'argument est régulièrement repris, faisant de l'addiction une maladie en raison de l'effet physiologique des drogues sur le cerveau et donnant, en creux, une définition de la maladie qui rappelle celle qu'utilisait Szasz pour rejeter la psychiatrie dans son ensemble.[191] Heyman rappelle simplement que la plasticité synaptique est un phénomène adaptatif *normal* et que les modifications cérébrales interviennent aussi dans des situations non pathologiques (la mémoire…) et pour des comportements volontaires, et même que : «La neuroplasticité est ce qui rend possibles les comportements volontaires»[192]. Il prend en exemple les travaux sur l'OCD déjà évoqués précédemment.

---

[190] Leshner 1997.

[191] Szasz évoque l'absence de lésion cérébrale pour refuser le terme de maladie mentale, arguant qu'en cas de lésion, la pathologie relèverait de la neurologie et plus de la psychiatrie, qui n'a donc aucune raison d'exister ; soit elle ne s'intéresse à *rien*, selon l'argument pas de lésion pas de maladie, soit elle relève de la neurologie et n'a pas d'existence propre.

[192] Heyman 2009, p.96. C'est une question récurrente que celle de la distinction entre une modification cérébrale plastique et une altération cérébrale pathologique, le neurobiologiste Marc Lewis considère que le changement cérébral dans l'addiction est de l'ordre de la plasticité, que, comme le disait Hebb dans les années 1940, *What fires together, wires together.* Pour Lewis, les modifications plastiques sont dues à la répétition d'une expérience, ce ne sont pas les substances qui en sont responsables. Elles ont des conséquences mais ne sont pas lésionnelles, et peuvent aussi être défaites par d'autres expériences. Voir Lewis, 2015. Heyman partage ces idées.

Heyman ne montre pas que l'addiction *n'est pas* une maladie, mais que la simple existence de modifications physiologiques ne suffit pas pour la qualifier ainsi. En prenant une définition de maladie comme variation par rapport à une norme statistique, ou une définition lésionnelle, on pourrait envisager que, dans le futur, soit montré chez les addicts un taux de modification du substrat cérébral que l'on pourrait considérer comme lésionnel par rapport à la normale. Mais le BDMA ne donne pas de définition de maladie, de critère permettant de qualifier l'addiction ainsi en dehors de l'association entre *modification* du cerveau et comportement involontaire. Il semble donc qu'il y ait maladie parce qu'un comportement volontaire devient, sous l'influence de modifications du cerveau, involontaire. Il faut donc d'une part montrer que le cas du passage du volontaire à l'involontaire est possible sous ces conditions et, avant tout, montrer que le comportement est bien involontaire. Or, le caractère involontaire est établi par l'intervention du biologique, sans preuve suffisante selon Hayman. En fait, l'équation est plutôt comportement *nuisible* donc involontaire.

L'addiction comme comportement involontaire préexiste aux données biologiques. Historiquement, elle est qualifiée d'involontaire depuis plusieurs siècles. En effet, on ne juge pas de la dimension volontaire d'un acte en regardant l'implication du biologique mais en observant le comportement. Or, l'addiction s'inscrit dans la tradition de l'explication des comportements nuisibles à soi-même, et particulièrement des comportements que l'on sait être nuisibles mais que l'on effectue quand même, et en négatif du choix rationnel. Le BDMA s'appuie sur une tradition de pensée ancienne selon laquelle nous choisissons le meilleur bien, et tout choix d'une option qui nous serait nuisible, qui ne serait pas la meilleure, tout choix du mal, est logiquement (et moralement) suspect.

L'addiction pose la question de la responsabilité individuelle et du libre arbitre. La question de l'addiction est la question du choix. Comment faisons-nous nos choix ? Et, nos choix jugés irrationnels sont-ils forcément pathologiques ? Il relève que dans les articles comme celui de Leshner[193], des mots comme *compulsif* et *involontaire* sont employés sans qu'aucune définition n'en soit donnée. Il relève aussi que la notion qui est sous-tendue par cet usage est que personne ne s'engage volontairement dans un comportement qui peut lui nuire s'il sait qu'il peut lui nuire. Or ce type de comportement n'est pas en contradiction avec les récentes avancées de la théorie de la motivation. Pour Heyman l'addiction est un comportement opérant, volontaire et autodestructeur. L'addict surévalue les gratifications apportées par les comportements en lien avec son addiction au détriment de celles attendues, plus tard, en cas d'abstinence. La valeur de récompense agrégée d'une future vie sans drogue, de la fin de ses problèmes relationnels, sociaux, familiaux, financiers, personnels, liés à sa consommation, est vue comme inférieure à celle de la consommation immédiate au moment de la consommation. L'addict se caractérise par une suite de choix ordinaires guidés par cette dévaluation du bien futur, il choisit bien, *volontairement*, mais le choix va dans le sens d'un comportement autodestructeur car la mécanique du choix est impactée.

Pour Heyman, il n'y a pas forcément d'involontaire dans un *mauvais* choix, mais des variations dynamiques des préférences en fonction du contexte, prenant la forme d'une sorte de myopie constitutive qui nous fait, souvent, préférer une récompense immédiate plus faible, ou avec des conséquences néfastes à long terme, par rapport à un meilleur bien, plus tard. Il s'appuie sur le modèle de choix de Herrnstein et Prelec[194] pour

[193] Leshner 1997, voir aussi O'Brien 1996.
[194] Herrnstein & Prelec, 1992. Nous reviendrons en détail sur ce modèle de choix en nous attardant sur sa version la plus complète, celle de George Ainslie. Herrnstein fut le directeur de thèse de Heyman lors de sa thèse de psychologie à Harvard.

montrer qu'il existe des préférences locales parfois en désaccord avec des préférences à long terme, ce qui peut expliquer des comportements qui paraissent irrationnels. Nous allons nous intéresser en détails à ce modèle de choix dans la prochaine partie. Ce qu'il faut retenir c'est que ce modèle affirme que nous sommes, souvent, irrationnels dans nos choix, irrationnels signifiant que nous ne maximisons pas les récompenses obtenues, irrationnels au sens *économique* du terme, et qu'un choix suboptimal n'a pas besoin d'être *involontaire*, *forcé*, qu'il peut tout à fait être un choix. Heyman lie la *melioration*, tirée des travaux de Herrnstein et qui explique la non maximisation *locale* des choix individuels, c'est le mécanisme fondamental du choix mis en évidence par Herrnstein dont il est le disciple, et la difficulté à faire preuve de *self-control*, c'est-à-dire de résister aux tentations ponctuelles pour poursuivre ses objectifs à long terme, comme le définit Rachlin, lui aussi issu du laboratoire de Herrnstein mais qui propose un behaviorisme différent de ce dernier. Nous reviendrons en détail sur tout cela. Ce qu'il faut retenir, c'est que cet exemple typique de désordre du choix, qui s'oppose au BDMA est d'origine behavioriste et que cette origine fonde son opposition au BDMA.

Pour revenir à Heyman, il propose un argument d'ordre pratique, fondé sur l'efficacité, relative, des différentes thérapies. Les thérapies pharmacologiques (méthadone par exemple) semblent parfois fonctionner, cependant elles n'interfèrent qu'avec la fonction de gratification du produit, pas sur son utilité biochimique. Elles changent l'expérience existentielle, la valeur, que l'addict va attribuer au produit pour effectuer un choix, d'où leur efficacité. D'une autre façon, les groupes de parole comme les AA, donnent aussi de nouvelles valeurs, un cadre, qui rendent moins désirable la consommation. Il n'est pas question de faire un groupe de parole sur l'asthme ou le diabète pour en diminuer les effets, et pourtant ces maladies

sont comparées à l'addiction comme maladies chroniques[195]. Enfin, les récits en première personne montrent des addicts qui cessent d'eux-mêmes à partir du moment où ils ont trouvé une raison suffisante, c'est-à-dire qui acquiert une valeur de récompense suffisante, pour surpasser celle de la continuation de la pratique addictive. Il n'est pas étonnant alors que les changements de vie qui interviennent entre vingt et trente ans (fonder une famille, s'installer dans une routine quotidienne avec un emploi, une certaine stabilité) offrent des perspectives qui entrent dans un mécanisme de type *renforcement alternatif*.[196] Heyman reprend ici un autre thème mis en avant par les héritiers de Herrnstein, comme Rachlin, celui du choix reposant sur notre faculté à donner de la valeur aux choses. En changeant la distribution des valeurs, on peut orienter le choix. Heyman semble s'être converti à la maximisation. Herrnstein défend l'idée que le plus souvent nous ne maximisons pas, au sens où l'*Homme Economique* maximise toujours, choisissant la meilleure option. Ne pas maximiser est considéré comme irrationnel par la théorie (économique) du choix rationnel à laquelle il s'oppose. Rachlin, son élève, sauve la maximisation en affirmant qu'il faut la considérer comme une forme vide, qu'il y a bien toujours quelque chose de maximisé dans le choix, qu'il faut se demander ce que c'est. C'est cette réflexion qui est à l'origine des recherches en *reward learning* qui montre comment nous apprenons à donner de la valeur aux choses. Heyman et son mentor Herrnstein ont lutté contre cette idée de sauver la maximisation proposée par Rachlin, mais ce que Heyman avance dans cet ouvrage semble montrer qu'il s'en est rapproché[197].

---

[195] Leshner, 1997.

[196] Selon l'expression de Kurti & Dallery, 2012. Nombre de pratiques visant à libérer les addicts de leur addiction reposent sur cette idée, dans le cadre des TCC notamment et dans celui du *contingency management* ou l'addit peut obtenir des récompenses comme de petits bons d'achats si ses test de prise de drogue sont négatifs. On renforce ainsi l'abstinence par de petites motivations dans l'esprit de la théorie des *nudges* issus de l'économie comportementale.

[197] Tout cela est abordé en détail plus avant.

Le grand intérêt de cette position c'est qu'elle pose la question de comment fonctionne l'addiction. Elle remet aussi au centre le patient et son histoire et présente un système dans lequel la biologie est influencée par le contexte. La grande question de la plasticité (cérébrale, synaptique...) est traitée par les neurosciences dans le cadre de micro-relations, à l'échelle cellulaire ou moléculaire et est utilisée pour expliquer les modifications du cerveau causées par l'usage des drogues. Cela fournit la matière à parler de modifications biologiques somatiques et fonctionnelles mais il est souvent oublié que ce mécanisme est aussi et surtout ce qui nous permet de nous adapter au milieu et que cette plasticité est un élément essentiel du fonctionnement normal du cerveau soumis aux contraintes de l'environnement.

L'efficacité de certaines thérapies basées sur la relation, la discussion, la mise en place de règles (avec rétribution par exemple) semble effectivement un argument fort contre le modèle maladie chronique, irréversible. Cependant, un «*disorder of choice*», dans le cadre de la psychiatrie moderne, a aussi tout à fait sa place dans la pathologie. La question est de savoir si le substrat neurobiologique ne fournit qu'une sensibilité, une vulnérabilité, un terrain d'expression et si ses modifications sont celles inhérentes à toute expérience ou si ces changements peuvent être considérés comme lésionnels. Quoi qu'il en soit, si le choix s'avère être impacté, orienté, la fonction de choix perturbée, on a là un désordre fonctionnel qui pourrait suffire à parler de maladie. Il est nécessaire de définir la fonction de choix et donc la modalité de la prise de décision dont l'addiction donne une version tout au moins particulière. Avant de classer en maladie/non maladie, il faut savoir de quel phénomène on parle. La dimension biologique ne garantit pas, pour Heyman, la nature involontaire. Mais, il ne suppose pas non plus que l’addict ait toujours la possibilité de choisir. Pour Heyman, dire que

l'addiction n'est pas *involontaire* ne signifie pas que l'addict conserve son *libre arbitre*. Il faut en passer par définir ce que l'on entend par volontaire, par choix et par rationnel.

Heyman appartient à un courant de pensée qui ramène l'explication de toute action humaine à une explication par des paramètres attachés à l'individu concerné au sein d'un milieu qui lui fournit des stimuli pour ses choix et des réponses à ses actions. Cet individualisme méthodologique a une histoire et des développements intimement liés à ceux des sciences du choix et du comportement que sont l'économie d'une part et une certaine forme de psychologie considérées comme des filles de l'utilitarisme formulé par Bentham au XVIIIe siècle.

Heyman est, répétons-le, un héritier de Richard Herrnstein, un psychologue, qui dirigea le Harvard Pigeon Lab, laboratoire de recherche créé par Skinner, après celui-ci, entre 1961 et 1994[198]. Ses travaux se sont notamment concentrés sur la manière dont nous effectuons des choix entre des alternatives dans un environnement relativement simple et comment la théorie de l'utilité classique, défendue notamment par les économistes néoclassiques, ne rend pas compte des violations fréquentes de son postulat selon lequel nous maximisons une valeur dite *utilité*. Ses travaux reposent sur ce concept, l'*utilité*, concept qui depuis la fin du XVIIIe siècle a prospéré et fini par devenir incontournable pour toute discipline visant à rendre compte du comportement, comme la psychologie, mais aussi les sciences sociales, l'économie, et la philosophie morale et politique. Or, depuis son apparition, la notion d'utilité est problématique, dans sa définition mais surtout dès qu'il s'agit de la quantifier. Ensuite, son application au

[198] Herrnstein forma un nombre impressionnant de chercheurs de renom comme Gene Heyman, Howard Rachlin et George Ainslie dont il ne fut pas le superviseur direct mais que ce dernier considère comme «ce qui pourrait se rapprocher le plus d'un mentor» dans l'introduction de *Anatomie de la Volonté.* Ainslie, 2018.
Pour l'histoire des années Herrnstein du Pigeon lab, qui ferma en 1998 peu de temps après sa mort, voir Baum 2002.

comportement a soulevé des problèmes majeurs à propos de cas limites, qui semblaient vouloir résister à l'application d'un principe simple comme celui de la maximisation de cette utilité, qui semble affirmer simplement que nous préférons le bonheur au malheur et que plus de bonheur est mieux que moins et que ce qui est rationnel se définit par la fidélité à ce principe. Des cas limites pas si particuliers, pas si rares voir étonnement fréquents, comme l'addiction, et qui, pour le versant économique, ont parfois été simplement mis de côté et ignorés. Les différentes théories économiques du choix n'ont pas forcément traité de ces cas difficiles. Une certaine attitude à leur encontre a consisté à les considérer comme soit «hors du champ», comme en quelque sorte relevant de l'anormal, du pathologique pourrait-on-dire, soit comme relevant du choix rationnel mais reposant sur des raisons et des motifs d'ordre personnel, que l'économie n'a pas à traiter, une sorte de «question de goût» qui peut les rendre difficile à appréhender. Comme s'ils pouvaient être la conséquence de définitions de l'utilité complètement subjectives au point d'en devenir incompréhensibles pour qui ne partage pas le même univers mental, les mêmes inclinaisons. On peut, comme nous le verrons, au moins reconnaître à Gary Becker, le fait d'avoir refusé de contourner ces difficultés et de s'y être frontalement attaqué, dans une démarche résolument déductive qui vise avant tout à affirmer la prééminence, ou, selon une autre interprétation à tenter de sauver, la théorie du choix rationnel, théorie économique en position hégémonique à partir, au moins, du dernier quart du XXe siècle.

L'ouvrage de Heyman est un exemple typique de théorie alternative au BDMA reposant sur une tradition dont le BDMA lui-même est à la fois l'héritier lointain, et l'expression formelle de thèses totalement opposées. Heyman est un behavioriste moderne disciple de Herrnstein et Herrnstein peint l'économie et la psychologie comme deux filles de l'utilitarisme ayant

divergé dans leurs points de vue et leurs méthodes, jusqu'à ne plus pouvoir cohabiter et donner des images de l'homme non seulement différentes mais incompatibles[199]. Or, elles doivent toutes deux reposer sur une théorie du comportement humain et leurs divergences semblent mettre en évidence des points de doctrine où l'une des deux doit fondamentalement être dans l'erreur, ce qui rend particulièrement pertinent de s'intéresser à ces points de divergence. Avant de revenir sur Herrnstein et, surtout, ses héritiers, directs et assumés, ou indirects, dans le champ de l'addiction, il nous faut revenir sur la notion d'utilité, son origine, son application et particulièrement, à la théorie dite aujourd'hui classique du choix rationnel. A partir de son élaboration dans le champ de la philosophie morale, elle s'est trouvée mêlée à une science nouvelle, l'économie. Or, les économistes auxquels s'oppose Herrnstein en tant que *psychologue* sont *des* héritiers de cette histoire, héritiers dominants, de l'époque de Herrnstein à nos jours, mais héritiers parmi d'autres d'un domaine intellectuel bien plus complexe que le simple tableau d'une économie unie sous l'égide de l'école néoclassique, néolibérale[200].

Les débats qui ont agité ces sciences du comportement se retrouvent aujourd'hui dans les conflits théoriques de l'addiction, le BDMA et l'école néoclassique en économie sont compatibles, ils partagent des orientations idéologiques et méthodologique, les modèles adverses reposent eux sur des

[199] Herrnstein 1990.

[200] Le vocable employé n'a pas vocation à être polémique ou péjoratif, il est celui de l'école de Chicago, le bastion néoclassique (qui a repris cette appellation comme seul héritier du courant néoclassique en économie, nous verrons que ce n'est pas le cas, d'où une certaine confusion dans termes), dont une des force a été en plus de son influence planétaire de donner lieu à une sorte de *finisme* comme développé pour la politique et les relations internationales par Fukuyama dans *La Fin de L'Histoire*. La réalité des débats économiques est plus complexe et, malgré l'immense influence de ce courant de pensée, il existe des alternatives multiples et vivantes, même libérales, non marxistes et revendiquant parfois, avec autant de légitimité, l'héritage des néoclassiques historiques.

orientations différentes, notamment en ce qui concerne la rationalité. Ce sera l'objet de la suite.

Quand Heyman reproche à Leshner de ne pas définir les termes fondamentaux qu'il emploie, comme involontaire, irrationnel ou rationnel, cela ne met pas en lumière l'oubli ou la légèreté d'un homme, Leshner est par ailleurs un chercheur remarquable, dont la carrière ne laisse planer aucun doute sur les compétences, et on pourrait tout autant appliquer ces mêmes remarques à Koob ou Volkow. Il se trouve que ces concepts fondamentaux sont des a priori, des axiomes, dont la validité n'a pas à être discutée, ils font partie des impensés du champ. Typiquement, les cours de neurosciences à l'université partent de leur validité et la question de leur origine n'est jamais à l'ordre du jour. Or cette origine est à trouver dans d'autres champs de la connaissance, ce sont des concepts importés dont l'élucidation nécessite de s'intéresser à d'autres domaines de la connaissance avec leur histoire, leurs a priori, leurs enjeux et leurs langages propres. Ce faisant on découvre alors leur histoire mais aussi que les théories qui les utilisent ne sont pas seulement controversées, mais, pour une bonne part, réfutées, pour survivre, elles ont la particularité de demander à leur défenseur des contorsions théoriques qui nécessitent de tordre le réel et sa description pour le faire entrer dans le cadre de leur théorie. C'est exactement ce que l'on peut d'emblée reprocher au BDMA, sa tendance à ne conserver du point du vue descriptif que ce qui lui permet de s'accorder avec la logique de ces concepts importés. Les mêmes causes semblent avoir les mêmes effets et vu sous cet angle, le BDMA commence à ressembler à un modèle issu d'une opération déductive à partir d'axiomes non discutés, d'a priori normatifs. Il organise les connaissances issues de la biologie selon ces a priori et on voit alors comment il est tout à fait possible de critiquer le BDMA sans relever de l'anti-science. On voit aussi comment, en raison de

son hégémonie, il est difficile de le critiquer au sein de la science, ce qui est de loin son principal défaut.

2) Addiction et choix : les théories économiques idéalistes de la rationalité

a) La théorie du choix rationnel ; une théorie idéaliste

Les théories du comportement rationnel forment un ensemble de théories qui ont en commun d'être individualistes. Le comportement collectif s'explique par le comportement individuel des agents. Le comportement individuel doit permettre d'expliquer les comportements collectifs ; ce qui intéresse l'économie. La question est posée selon les termes de la *psychologie du sens commun,* suivants ;

- agir rationnellement c'est agir selon des désirs, qui visent des buts et
- c'est mettre en œuvre les meilleurs moyens, en accord avec ses croyances, pour atteindre ces buts.

On distingue les conditions de l'action extérieures à l'agent, le contexte, à propos duquel ce dernier a des croyances, et les désirs, internes, de l'agent. Agir *rationnellement,* consiste à ordonner *d'une certaine façon*, selon un certain critère, ces paramètres. La définition rigoureuse de ce critère est

l'objet des théories de la rationalité et l'utilitarisme fournit un candidat, la maximisation de l'utilité. Les agents sont rationnels en ce qu'ils recherchent le maximum de profit. Ces théories supposent donc des agents *rationnels* et la définition exacte de ce terme détermine les sous-catégories dans l'ensemble des théories du comportement rationnel. Il existe des degrés de rationalité supposée.

La théorie classique du choix rationnel suppose des individus parfaitement informés sur les opportunités à disposition. De plus, les agents ne sont pas limités dans le calcul de l'utilité de leurs alternatives. Ils calculent et choisissent l'option avec la meilleure utilité espérée. Enfin, les préférences des agents sont déterminées, par leur comportement, c'est le principe de préférence révélée[201].

Les préférences sont aussi d'origine exogène : elles ont une valeur d'utilité qui les définit, valeur qui est calculée par l'agent, non pas imposée, déterminée, par l'agent. Surtout, elles sont *stables*. Sans modification du contexte, sans nouvelle information les préférences ne sont pas réorganisées. Si on préfère A à B, on préfère toujours A à B dans des

[201] Paul Samuelson propose la notion de préférence révélée, une idée fondamentalement, behavioriste ; c'est en observant leurs choix actuels que l'on peut déterminer les préférences des agents économiques. C'est ce que l'on voit qu'il faut prendre en compte comme données et qu'il faut expliquer. La boîte noire behavioriste libère les économistes de la question de la nature de l'utilité, l'agent qui choisit le fait en fonction de son utilité, sa qualification ou sa détermination est affaire de philosophie morale, éventuellement de psychologie, pas d'économie. Cependant, concernant l'utilité, Samuelson est ordinaliste, il ne pense pas que l'on puisse la calculer ni opérer de comparaison interpersonnelle, on peut seulement classer les préférences d'un individu les unes par rapport aux autres. Il change d'avis en conversant avec Friedman et surtout Leonard Savage à propos de Von Neumann et Morgenstern et de leurs travaux sur la théorie des jeux. L'histoire de l'évolution de la pensée de Samuelson sur la question de l'utilité cardinale montre un penseur capable de changer d'avis et de se ranger aux arguments des chercheurs avec qui il converse. Cette correspondance notamment avec Léonard Savage et celles qui l'entoure, notamment avec Friedman, est un témoignage fascinant de l'évolution de la pensée d'un intellectuel d'une rare finesse et montre en détail comment il passe du rejet à l'acceptation des thèses défendues par Von Neumann et Morgenstern. Cette histoire, se déroulant dans les années 1950 fait notamment intervenir les participants à la célèbre conférence de Paris qui opposa Maurice Allais et les néoclassiques autour de la rationalité des comportements économiques. Voir pour la bibliographie détaillée et un compte rendu exhaustif Moscati, 2016.

conditions identiques. Enfin si un agent choisit A entre A, B, et C, il montre par ce choix qu'il *préfère* A. Le concept de *préférence révélée* présente pour les économistes plusieurs avantages. D'abord, les préférences apparaissent le plus souvent irrationnelles et leur explication n'est pas du ressort de la science économique mais de la psychologie. Déterminer les préférences des agents par leurs actions est un moyen commode de faire abstraction d'un sujet complexe qui ne peut qu'obscurcir encore un sujet qui l'est déjà. Ensuite, le concept même de préférence est mal défini. Il est identifié parfois aux désirs de l'agent, parfois aux valeurs qu'il fait siennes ou, comme ici, à ses choix. Or ces derniers ont l'avantage d'être observables et une approche descriptive du concept évite d'avoir, encore, à frayer avec la difficile question de la nature des choses. D'autant que ce qui compte reste leur classement et que, quelle que soit leur nature, celui-ci n'est pour la plupart des économistes pas influencé par celle-là. La question de savoir si les préférences sont ainsi exogènes ou endogènes fait l'objet d'un débat tout au long du vingtième siècle, mais pour ce qui nous intéresse, il faut faire remarquer que l'exogénéité s'accompagne de leur stabilité. Le néolibéralisme, ou ce qui se trouve aujourd'hui être nommé *néoclassicisme*[202] repose à l'origine sur la stabilité des préférences, le concept de préférence révélée, le tout garanti par la nature exogène de ces préférences.

Dans les années 1950, l'économiste Milton Friedman, chef de file de l'école de Chicago, est convaincu par une part des travaux de Von Neumann et Morgenstern[203]. Celle qui concerne la possibilité de mathématisation et

[202] On dit aussi nouvelle économie classique, c'est son vrai nom. Elle s'appuie sur deux des *néoclassiques* du XIXe (Walras, Jevons, moins Menger) et s'oppose à la *synthèse néoclassique* de Samuelson et Hicks (qui associe néoclassiques et keynes. Face à elle, on trouve les tenants de la *nouvelle économie keynésienne*. On l'appelle donc aujourd'hui néolibérale ou… néoclassique.

[203] John Von Neumann, Janos (ou Jancsi) von Neumann de son vrai nom, est un mathématicien et un physicien d'origine hongroise. Il s'installe aux USA, et est connu du grand public pour sa participation à la mise au point de l'arme nucléaire, montrant

de calcul cardinal (et non pas seulement ordinal) de l'utilité[204]. Mais Friedman est, aussi, un idéologue. Il veut démontrer la supériorité du libéralisme économique sur les autres systèmes et d'autre part, les théories sont pour lui instrumentales. Il n'a aucun problème avec leur décalage par rapport aux faits tant qu'elles s'avèrent utiles dans leur dimension prédictive. Le virage de la nouvelle économie classique sous l'impulsion de Lucas[205] renforce encore cet idéalisme.

---

notamment que l'efficacité destructrice de la bombe est à son maximum si elle explose à une certaine altitude plutôt qu'au sol. Il meurt d'un cancer probablement des suites de son exposition aux radiations lors de sa participation au projet Manhattan. Sa personnalité est controversée, outre qu'il a toujours assumé avoir travaillé à rendre l'arme la plus létale possible, il revendique un anticommunisme radical et sa conduite est considérée comme «inappropriée» selon les normes américaines avec ses collègues et dans sa vie de tous les jours. Il n'est pas possible de lister la totalité des domaines dans lesquels sa contribution a été essentielle, allant de la logique à la mécanique quantique en passant par l'informatique.

Oskar Morgenstern présente un profil plus policé, mais son empreinte sur les mathématiques, les statistiques et l'économie n'en reste pas moins exceptionnelle. Il est, pour sa part, un pur produit de l'université viennoise. Il y entre pour poursuivre des études en sciences politiques mais avec la possibilité de se former à l'économie. Ses mentors y furent des disciples directs de Menger le découvreur autrichien de *l'utilité marginale*, dont Mises. Mayer semble avoir joué un rôle important dans sa formation, notamment par sa critique de l'usage des mathématiques en économie, son traitement particulier de l'utilité marginale et son insistance sur l'importance du *temps* comme paramètre essentiel en économie, et l'incapacité constitutive des théories marginalistes pour le prendre en compte. Cela dépasse de beaucoup le cadre de notre travail, mais pour dire quelques mots, de Mayer si ses travaux semblent d'intérêt et essentiels pour comprendre le parcours de Morgenstern, il a disparu des écrits économiques. Schumpeter n'en parle pas dans son *Histoire* or, les deux hommes se sont fréquentés. Cet effacement volontaire est à rapporter au fait que Mayer s'est lourdement compromis avec le régime nazi.

[204] L'idée de l'utilité remonte traditionnellement à Bentham, mais dès sa création le concept pose deux problèmes, ce qu'est l'utilité et comment la calculer. Bentham anticipe un calcul objectif de l'utilité, un calcul dit cardinal. Mais, après lui, seul un calcul ordinal de l'utilité (on peut classer pour un individu ce qu'il préfère mais pas donner de valeur objective permettant une comparaison entre individus) semble cependant possible, l'utilité cardinale attendra le milieu du XXe siècle et les travaux de Von Neumann et Morgenstern, malgré les espoirs de Bentham et des économistes du XIX. voir Kauder 1953, 1965 ; Pareto 1909 ; Stigler 1950a & b.

[205] Si Friedman est bien plus connu, de part ses interventions régulières dans la presse, sa chronique de Newsweek et son rôle de conseiller des présidents, Lucas est plus discret, il est resté selon ses dires un monétariste, malgré tout, et Friedman a été influencé par ses travaux, ce faisant Lucas, pour le grand public est resté dans l'ombre de Friedman, mais il s'avère être, plus que ce dernier, la figure tutélaire de ce courant de pensée quand Fridman ferait figure de grand-père. Lucas développe une idée de Friedman. Selon la doctrine originelle du monétarisme (Friedman 1968), les agents économiques anticipent les effets des politiques économiques en s'adaptant à l'état présent. De fait Friedman montre que les agents peuvent donc être trompés : une politique mauvaise peut dans un premier temps

D'abord, Friedman et son école ne se sentent pas tenus de suivre les mises en garde de Von Neumann et Morgenstern[206] et leur appel à une économie empirique, ils n'y voient pas d'intérêt, d'autant que la formalisation mathématique ainsi effectuée permet en considérant les décisions comme guidées par un principe unique, explicite, d'optimisation, de se limiter à l'exploitation des quelques solutions qui présentent les qualités recherchées (maximisation d'une part et prédictivité par exemple). Il n'est, contrairement à ce qui est explicitement demandé par Von Neumann et Morgenstern, pas nécessaire de se confronter au réel. D'autre part, selon Lucas, le réel ne nous donne que des données déjà dépassées et les modèles construits ainsi ne fonctionnent que si rien ne change. Les

donner de bons résultats parce que les agents sont leurrés, s'y adaptent, puis, à long terme se rendent compte des vraies conséquences et la politique finit par ne plus fonctionner. Pour Lucas, les agents calculent non pas sur l'état présent mais dans l'absolu ; ils sont parfaitement rationnels, leurs anticipations ne sont pas adaptatives comme chez Friedman, mais parfaites ; c'est la théorie des adaptations rationnelles des agents économiques.

Lucas est par ailleurs plus idéaliste encore que Friedman, il est le plus walrassien des deux, son adaptation de la courbe de Phillips est typique. Phillips est un économiste néo-zélandais qui met en lien inflation et baisse du chômage, sa courbe, empirique, a été constituée par l'analyse entre inflation et chômage en Angleterre sur une période de 96 ans et montre une relation négative entre les deux phénomènes, voir Phillips, 1958. Lucas la modifie (Lucas 1969) pour la faire correspondre à ses théories. Il développe cette idée des agents rationnels, reprenant l'idée de (Muth 1961), dans un article célèbre (Lucas,1974) qui marque la création de la nouvelle (macro)économie classique que l'on nomme, encore une fois, par abus de langage sans doute, néoclassicisme ou ultra libéralisme néoclassique pour sa tendance à rejeter tout interventionnisme.

[206] Leur ouvrage, *Theory of Games and Economic Behavior* de 1944 renouvelle complètement l'approche mathématique de l'économie. Ils proposent de nouveaux outils qui sont adoptés et développés et une mise en garde méthodologique très viennoise, concernant leur usage, qui sera totalement ignorée. La dimension technique de l'ouvrage a fasciné plus que son mode d'emploi. Les auteurs en appellent constamment à un retour au réel, l'influence du Cercle de Vienne est patente et le rejet de toute solution a priori, purement idéaliste au sens d'une construction issue de l'esprit sans rapport à la réalité factuelle, encore une fois, mise en avant comme fondamentale et première, ne peut peut être plus claire. Par exemple le paragraphe 1.2.4 p4-5 qui ouvre l'ouvrage.

En six cents pages, ils révolutionnent l'économie, établissent la théorie des jeux et un nouveau modèle de rationalité. En ce qui concerne l'économie, Von Neumann et Morgenstern ont deux versants : la défense de l'usage des mathématiques, une réforme de l'utilité, sous la forme de l'utilité espérée, et une mise au jour de ses axiomes qui conduisent à la possibilité de son calcul objectif, cardinal. Ils posent aussi les bases d'une redéfinition de la rationalité qui mène à l'avènement de la théorie du choix rationnel.

seules choses qui restent constantes, ce sont les fondamentaux idéaux de l'économie, les préférences, les règles de rationalité, les équilibres[207].

C'est un point important de cette doctrine économique, le rapport au réel est secondaire à l'efficacité prédictive des théories prônées. On peut citer les phrases couramment répétées, souvent par leurs opposants, de Friedman ou Stigler, ce dernier ayant déclaré, après la démonstration dont les néoclassiques firent les frais de leur propre irrationalité par Allais[208] «ce n'est pas la science économique qui est fausse, c'est la réalité» ou sa préférence, quand on fait remarquer la nécessité de complexifier lourdement la théorie pour coller aux données pour une théorie compliquée vis-à-vis de pas de théorie du tout[209].

Cependant c'est cette économie qui domine. Samuelson, le père de la synthèse entre néoclassiques et Keynes, s'est rallié au calcul cardinal de l'utilité espérée, le keynésianisme est en difficulté après la période de stagflation des années 1970 et, surtout, structurellement, l'école de Chicago est forte, représentée, et bien implantée[210]. Ses membres conseillent nombre

[207] Lucas postule un état d'équilibre parfait, ses agents sont parfaitement rationnels etc. Il reproche aux modèles keynésiens de s'appuyer sur des données du passé qui selon lui ne sont valables que si rien ne change. Il pense donc qu'il faut créer des modèles à partir des fondamentaux de l'économie, c'est-à-dire des idéalisations théoriques qui ne reposent pas sur des faits empiriques forcément dépassés. Lucas aura une grande influence dans le monde universitaire et sur la façon d'envisager l'économie et ses agents. Par contre, les institutions continueront d'utiliser les vieux modèles prédictifs qu'il jugeait insuffisants, ses propres modèles idéaux, purs donnant de moins bons résultats quand il n'était pas totalement aberrants. Il fut récompensé en 1995 du prix de la Banque de Suède en l'honneur d'Alfred Nobel pour ses travaux sur l'anticipation rationnelle.

[208] Nous reviendrons sur le paradoxe de Allais et la critique de Simon de la théorie du choix rationnel et plus généralement de la rationalité forte. C'est cette rationalité limitée qui forme le socle des critiques du BDMA contemporaines.

[209] Cette phrase renvoie à l'absence de théorie concurrente, ce qui est un jeu de langage. Nous verrons justement que malgré l'hégémonie culturelle de l'école de Chicago, il existe bien, au sein du capitalisme libéral, des solutions différentes qui ne relèvent pas du keynésianisme orthodoxe. En effet, certains «axiomes» comme l'escompte exponentiel sont réfutés par les sciences expérimentales et d'autres théories s'appuient sur ces travaux pour proposer une autre approche du comportement humain. Mais la domination culturelle de cette forme de néoclassicisme économique reste patente, malgré tout.

[210] Les années 1970 connurent une période dite de stagflation, c'est-à-dire l'association d'une croissance faible et d'une inflation élevée qui eut pour conséquence un rejet du Keynésianisme. Ce dernier troquait hausse de l'inflation contre baisse du chômage, or, à

d'états et de structures financières internationales, leur influence est massive au plan du savoir et de la recherche en économie et au plan politique, l'application concrète au niveau des états, leur garantit, pour leurs recherches et la diffusion de leur doctrine, les financements nécessaires, les réseaux de communication et donc, une situation d'hégémonie. L'école de Chicago a su mêler microéconomie, c'est-à-dire l'économie classique, psychologique, qui considère les échanges au niveau des individus et macroéconomie, qui s'intéresse aux grandes structures, aux états, à la politique monétaire, à l'origine d'inspiration keynésienne, au point que Lucas niera qu'il existe une quelconque différence entre macro et micro économie[211]. C'est tout naturellement vers ce courant anti-keynésien, vigoureux, influent, et porteur d'une économie écrite en langage mathématique qui *fait science,* que vont se tourner les décideurs pour envisager une nouvelle politique économique, *rationnelle*, et leur politique tout court, comme celle de la *War on Drugs.*

C'est alors une révolution culturelle qui prend forme. Les thèmes néoclassiques diffusent dans la société et, «être rationnel» devient «avoir un rapport à la rationalité entendue comme la maximisation par un agent indépendant, calculateur parfait et parfaitement informé, de sa satisfaction,

---

cette période, les politiques inflationnistes inspirées de Keynes ne semblent plus fonctionner. La frange la plus libérale, c'est-à-dire néoclassique, la plus imprégnée des notions d'équilibre, celle de l'école de Chicago et de Milton Friedman s'impose. Elle est dite monétariste car elle se préoccupe de la monnaie et particulièrement de limiter la création de cette dernière. Limitant l'offre de monnaie, ils veulent garantir une inflation faible, c'est une de leurs théories principales.

Les Chicago boys conseillent les dirigeants politiques et économiques dans le monde entier. Retrouvant la grande tradition de l'économie politique, comme science de la direction des hommes. Paul Samuelson, qui conseilla les présidents démocrates du milieu du XXe siècle, se vit proposer un poste par l'université de Chicago. L'idée étant de réunir en un même lieu Friedman et Samuelson, les deux têtes pensantes opposées de l'économie. Il refusa, craignant que cela ne tourne à une éternelle polémique avec Milton Friedman. Si le nez de Cléopâtre…

[211] La diffusion de la mathématisation, outil typique de la microéconomie, des théorie de la valeur et des équilibres de type walrasien, permise paradoxalement par les travaux de Von Neumann et Morgenstern finit par effacer les lignes entre les différents types d'économie,

ou de son utilité. Ce n'est plus le comportement des humains qui détermine, de manière empirique ce qu'est la rationalité, mais l'économie, ayant acquis le statut de science, garanti par l'usage du langage scientifique par excellence que sont les mathématiques, qui dit ce qu'il en est.

Le reproche qui a toujours été fait aux systèmes idéalisant l'économie est la rupture d'avec le réel, la non-conformité aux faits observés (notons l'analogie avec les critiques du BDMA). La rationalité est devenue pour l'économie un axiome, elle n'est donc plus soumise à une quelconque évaluation empirique et est à prendre *comme cela*[212]. Cette doctrine marque la prééminence d'une version idéalisée et idéaliste du comportement contre l'approche empirique. Nous allons nous intéresser pour illustrer cet idéalisme à celui qui l'a probablement poussé le plus loin, qui a tenté de montrer comment la microéconomie néoclassique peut rendre compte de la grande variété des comportements humains, comment les actes concrets se conforment à la doctrine ; Gary Becker.

b) Becker et son approche économique du comportement humain

Gary Becker a consciencieusement appliqué aux faits la théorie néoclassique de l'économie. Son œuvre est celle d'une interprétation selon une doctrine économique *a priori* de cas concrets, de la vie de tous les jours. Il confronte l'axiome de la rationalité (qui n'a de par sa qualité d'axiome pas à être discuté ni remis en cause par les faits empiriques) aux données qui semblent le mettre à mal afin de fournir des modèles permettant de rendre compte de ces fait dans le cadre du respect de cet axiome. Les phrases sur le fait de préférer des théories compliquées à pas de théorie du tout et sur la

[212] Voir pour une histoire plus détaillée de de la rationalité forte Grantham, 2004.

fausseté du réel s'il s'oppose à la théorie trouvent ici leur parfaite illustration.

Becker s'attaque à la rationalité économique du mariage, du racisme, de la ségrégation[213] et veut rendre compte des sujets qui mettent à mal la doxa *rationnelle,* comme l'addiction et les comportements criminels[214] Sa réponse au problème posé par ces comportements est de montrer qu'ils ne dérogent pas à la règle du comportement rationnel de l'homme économique. Il s'agit à la fois de rendre compte de ces phénomènes dans le cadre théorique de la théorie du choix rationnel et, en retour, de renforcer la pertinence de la théorie en montrant qu'elle s'applique aussi à ces phénomènes qui semblent y échapper[215]. Becker veut répondre aux critiques qui s'élèvent contre les dogmes du choix rationnel, de l'exogénéité et de la stabilité des préférences. En effet, confronté à des faits qui semblent montrer que les individus ne font pas des choix rationnels au sens de la maximisation de l'utilité, comme dans le cadre de l'addiction, un courant de pensée très inspiré des sciences humaines et sociales et qui compte inscrire l'économie dans ce cadre plus que dans celui des sciences *dures* et des mathématiques fonde sa réflexion sur une forme de *rationalité limitée*. Nous sommes capables de choisir rationnellement, au sens classique, mais il s'agit de l'exception plus que de la règle, cela nous demande un effort et nous avons tendance à changer d'avis donc de préférences. Non seulement nous

[213] Dans sa thèse il montre l'infériorité des systèmes racistes et ségrégationnistes en termes économiques expliquant que les discriminations diminuent les perspectives de gains des discriminés mais aussi des discriminateurs.

[214] Il rapporte dans son discour pour le prix de la Banque de Suède en l'honneur d'Alfred Nobel, en 1992, qu'il eut l'idée de la rationalité des comportements criminels en cherchant une place pour se garer alors qu'il risquait d'être en retard pour faire passer un examen oral à l'université. Il calcula l'intérêt de se garer sur un emplacement pratique mais interdit et le risque de prendre une contravention. Il choisit le crime. Il en déduisit que les comportements criminels alors plutôt traités sous l'angle de la folie dans les années 1970 sous l'influence de la psychologie sociale notamment, devait eux aussi, comme tous les comportements devoir être rangés sous l'égide de la TCR. (Becker, 1992).

[215] Becker revendique le terme d'impérialisme économique. Il veut rendre compte de tous les comportements, particulièrement ceux qui semblent échapper au marché en termes économiques et faire de l'économie la science sociale.

ne sommes ni naturellement, ni le plus souvent, rationnels, mais les cas d'irrationalité sont légion. De plus nos préférences, loin d'être imposées par le milieu extérieur, comme de simples stimuli auxquels nous n'avons qu'à ajuster notre comportement pour apporter une réponse adaptée, sont, par nous-mêmes, forgées, au gré des situations, de nos relations et de nos expériences. Enfin, notre comportement ne montre pas forcément nos préférences réelles, personnelles, nous choisissons parfois, *en dépit* de ce que nous préférons. Ce courant de pensée, dont l'acte de naissance publique peut être considéré comme la démonstration par Allais de son paradoxe[216], va mener à l'économie comportementale. Une économie qui veut retrouver la proximité avec la psychologie et rendre compte de nos choix réels plus que de l'image d'Epinal donnée par le choix rationnel, tout en dénonçant la dimension normative qui s'y cache. Becker voit dans la rationalité limitée une sorte de paresse intellectuelle qui consiste à prendre acte des difficultés posées par certains comportements sans chercher à aller plus avant, en les expliquant simplement par des théories *ad hoc*, comme l'irrationalité. Il retourne les arguments de la conformité au réel et surtout de l'utilisation de constructions théoriques qu'il qualifie d'inutilement compliquées et veut montrer que la franche simplicité de la théorie du choix rationnel suffit à rendre compte de tous les phénomènes si tant est que l'on se donne la peine d'y réfléchir. C'est dans ce contexte qu'il s'applique à construire des modèles mathématiques qui prouvent, selon lui, que ce qui nous paraît échapper à la rationalité classique entre parfaitement dans le cadre.

Pour Becker, le choix est rationnel, les préférences stables, et s'il semble se ranger *in fine* vers la nature endogène des préférences, après avoir

[216] Allais montre devant un parterre des plus grands économistes de son temps, dont Stigler, Friedman… qu'ils sont incapable de faire un choix rationnel entre deux lotteries différentes. Nous en reparlerons.

défendu l'exogénéité[217], la différence est essentiellement de l'ordre de la sémantique et les modèles mathématiques de l'une et l'autre des approches reviennent au même (c'est-à-dire à la constitution de préférences stables). En d'autres termes :

> Les exemples abondent dans la littérature économique de changements de préférences commodément introduits ad hoc pour expliquer des comportements déroutants.[218]

Et de même les concepts de la psychologie et des sciences sociales

> sont des outils tentants, tout comme les concepts de la littérature économique, pour des explications ad hoc et inutiles des comportements.[219]

Becker pense que l'économie peut rendre compte de tous les comportements. Même s'il se défend, un peu mollement, de dénier tout intérêt aux autres sciences sociales, il ne réside que dans le cadre de l'analyse qu'elles peuvent donner des concepts économiques dans une pleine compatibilité avec ses axiomes. Elles peuvent, par exemple, analyser les préférences, ce que font très bien d'après lui la sociobiologie, la psychologie et la sociologie. Les préférences données et stables[220] qui sont à l'origine des prédictions économiques. Pour Becker,

> l'approche économique fournit un cadre unifié précieux pour comprendre *tous* les comportements humains[221]

---

[217] Voir le célèbre article *De gustibus…* écrit avec Stigler, (Stigler et Becker 1977). Voir aussi Becker, 1976 le chapitre 12 «A Theory of Social Interaction» dans *The Economic Approach to Human Behavior* p253.
[218]Becker, 1976*, The Economic Approach to Human Behavior*, p.12.
[219] Becker 1976, p.13.
[220] «Les préférences sont données et stables pour l'approche économique, et cela détermine les prédictions de cette approche» Becker 1976, p15.
[221] Becker 1976, p.15.

Les comportements humains sont stables ils ne sont pas selon ses propres termes, compartimentés,

> parfois basées sur la maximisation, parfois non, parfois motivées par des préférences stables, parfois volatiles, aboutissant parfois à une accumulation optimale d'informations, parfois non.[222]

Pour être clair,

> Tout comportement humain peut être considéré comme impliquant des participants qui maximisent leur utilité à partir d'un ensemble stable de préférences et accumulent une quantité optimale d'informations et d'autres entrées dans une variété de marchés.[223]

Son modèle d'addiction est en cela assez typique. C'est un comportement apparemment inexplicable en termes de choix rationnel, il en propose une modélisation mathématique qui en rend compte. L'article qu'il co-signe avec Kevin Murphy en 1988, *A Theory of Rational Addiction*[224], s'ouvre par ces lignes :

> Les consommateurs rationnels maximisent l'utilité à partir de préférences stables en essayant d'anticiper les conséquences futures de leurs choix. Les addictions semblent être l'antithèse d'un comportement rationnel. Un consommateur d'alcool ou d'héroïne maximise-t-il ou pèse-t-il l'avenir ? Ses préférences changent-elles rapidement au fil du temps à mesure que son humeur change ? Pourtant, comme l'indique le titre de notre article, nous affirmons que les addictions, même fortes, sont généralement rationnelles dans le sens où elles impliquent une maximisation prospective avec des préférences stables.

[222] Becker 1976, p.15.
[223] Becker 1976, p.15.
[224] Becker et Murphy, 1988.

L'addiction pose en effet un problème à la théorie de l'action rationnelle ; les addicts, le plus souvent, déclarent vouloir cesser leur conduite addictive mais ne pas y arriver. Ils semblent agir contre leur préférence déclarée, et donc, si on leur accorde crédit sur le fait de déclarer ce qu'ils pensent réellement, l'addiction consiste en la répétition d'actes irrationnels.

Becker, et Murphy, commencent par restreindre le type d'addicts traité. Ils ne s'encombrent pas de subtilité comme la question de savoir si l'addict veut ou non se départir de son addiction, s'il a la connaissance ou non des conséquences. Leur addict est d'abord parfaitement informé[225].

Leur modèle s'appuie sur une réflexion économique, notamment focalisée sur les produits comme le tabac. Des consommations qui semblent devoir échapper aux règles de la maximisation de l'utilité. En effet, si le consommateur de tabac augmente cette consommation quand les prix du bien baissent, il ne la diminue pas quand les prix augmentent. Ces biens répondent de manière asymétrique aux variations de prix. La demande n'est pas *élastique*, elle ne varie pas exactement en fonction du prix. La solution proposée pour sortir du problème posé par ces biens consiste à

[225] Nous verrons cependant qu'il est informé dans un cadre contextuel donné. Des événements de vie peuvent influencer le type d'évaluation, comme un divorce, ou des difficultés existentielles. De plus, il peut ignorer certains paramètres. Le «parfaitement informé» semble s'entendre comme parfaitement selon le type d'information qu'il *peut* posséder. La notion est très théorique, très *as...if*, dans la lignée de Friedman et semble ne pas devoir signifier qu'il est effectivement parfaitement informé. Ce type de jeu sémantique est fréquent dans ce courant de pensée et particulièrement chez Becker, voir à ce propos le revirement entre externalisme et internalisme où la position beckerienne externaliste revient *in fine* au même que les positions internalistes qu'il combat. Voir aussi sa charge contre la War on Drugs au début des années 2000, quand celle-ci semble devoir être lentement abandonnée dans les faits face à son échec patent, dont Becker s'empresse de montrer le mécanisme… a posteriori. Voir Becker, Murphy, Grossman, 2004 ; Becker, Grossman, Murphy, 2006.

impliquer les consommations passées dans l'utilité des consommations présentes, et la consommation présente dans l'utilité des consommations futures. La consommation ne diminue pas quand les prix augmentent car le niveau de consommation atteint lors de la période de bas prix influe sur le calcul de l'utilité de la consommation future, et donc, l'augmentation du prix ne permet pas à lui seul de prévoir une baisse de la consommation. Le rapport entre utilité attendue et coût est modifié par l'usage de ces biens. Cela revient à considérer que l'écoute maintenant d'une musique savante et complexe va provoquer plus d'écoute plus tard de cette même musique car le plaisir augmente à mesure que l'on *apprend* à en tirer profit.

L'origine de ces approches se retrouvent dans des analyses datant des années 1940-50[226], où des théoriciens envisagent l'existence de biens, comme le tabac, capables de générer des habitudes de consommation. Cela ouvre la voie à une approche exogène des préférences où celles-ci se trouvent sous l'influence des actes passés, pour certains biens au moins, et dans les années 1970, certains auteurs relient actes de consommations passés et *goûts*. Ces derniers sont influencés par les expériences passées (comme l'exemple de la musique) et les préférences dépendent de ces paramètres internes que sont les goûts, non plus uniquement de déterminants exogènes comme les prix. Becker, avec Stigler dans un célèbre article, *De gustibus non est disputandum*[227], réaffirme la vieille tradition des préférences stables et exogènes mais les traite comme définissant un cadre, un ensemble de règles supérieures, à partir desquels le consommateur dérive ses choix et l'expression de ses préférences *actuelles*. Il génère lui-même sa satisfaction.

[226]Marshall dans *Principles of economics* évoque les conséquences de la formation d'habitudes. Quand elles se forment pendant que le prix est bas, l'augmentation du prix ne fait pas reculer la consommation des biens visés. Une certaine résurgence de ce type d'approche à été vue au cours des décennies suivantes, avec par exemple une asymétrie due à un coût de sevrage lui-même asymétrique. Voir plus avant pour la notion d'asymétrie. Voir pour plus de détails Pollak, 1970 ; von Weizsäcker, 1971 ; Schmidt, 2014 ; Massin, 2011.
[227] Stigler & Becker, 1977.

En effet, un bien ne génère pas une récompense, il agit comme une entrée dans le calcul de la satisfaction finale que le consommateur génère selon sa propre fonction de satisfaction. Si les préférences, ou *meta préférences* sont exogènes et stables, l'expression de la satisfaction finale dépend, elle, en partie de l'expérience du consommateur. De fait, il a été reproché à ces travaux de ne proposer qu'une différence d'appellation avec les modèles endogènes et instables précédents[228] et Becker lui-même semble s'être résolu à se rallier à une forme d'internalisme instable dans son ouvrage de 1996, *Accounting for Tastes*[229]. Quoi qu'il en soit, l'approche de Becker et Murphy de l'addiction repose d'une part sur une forme d'asymétrie, il existe une influence des consommations passées sur l'utilité de la consommation présente, et d'autre part sur la participation du consommateur à la production de sa satisfaction dans l'acte de consommation. Mais ils comptent aussi montrer que les prix gardent leur influence sur la consommation de ces biens malgré la *pensée populaire* (selon leurs termes) qui les exonère de cette influence[230]. Cela a alors des conséquences majeures en termes de politique à mener pour lutter contre l'addiction.

1) L'addiction rationnelle de Becker et Murphy

La solution apportée à l'addiction par Becker et Murphy pose un consommateur calculateur parfait et parfaitement informé, qui pèse ses opportunités pour en tirer un maximum de bénéfices, d'utilité. Ce consommateur, en cela rationnel, se retrouve dans le cas de l'addiction, confronté à un type de bien particulier qui possède deux caractéristiques

[228] Les expressions mathématiques sont les mêmes.
[229] Becker, *Accounting for Tastes,* 1996.
[230] Le problème est évoqué comme une conséquence de leur modèle dans Becker et Murphy, 1988 fait l'objet de l'article de Becker, Grossman et Murphy de 1991.

censées rendre compte de la *tolérance* et de la *sensibilisation*. La première explique l'augmentation des doses et la diminution du plaisir associé à une dose unique. La seconde le fait qu'une dose unique supplémentaire génère relativement plus de plaisir chez le consommateur habitué que chez le consommateur naïf. A dose égale le plaisir retiré peut être plus faible chez le consommateur habitué, c'est la tolérance, mais l'augmentation de la dose produit, relativement, un plus grand effet chez le consommateur habitué, ce qui le pousse à multiplier les occasions de consommer.

Cette différence entre consommateur naïf (abstinent) et habituel ou habitué est caractérisée par une valeur qu'ils nomment *capital de consommation* et qui représente l'ensemble des consommations passées du consommateur pour cette substance donnée. La consommation passée influe donc sur l'effet de la consommation présente. C'est une solution ancienne au problème de l'asymétrie déjà évoqué mais Becker et Murphy rendent compte de la carrière du consommateur par le biais de cette valeur. L'utilité espérée d'une consommation donnée dépend de la valeur de capital de consommation et une consommation peut modifier, ou non, la valeur de capital qui décroît elle-même naturellement sur le long terme.

Si on réduit le problème, non pas à une valeur *continue* de capital de consommation mais, pour simplifier, à des valeurs discrètes, un point avant et un point présent[231], au moment présent, quel que soit le choix passé, consommer ce type de bien apporte plus d'utilité que s'abstenir de le consommer. Il faut bien que ces biens aient un intérêt. Mais consommer se paye. Celui qui a précédemment consommé dégage, en valeur absolue,

[231] On trouve chez Skog, O.J. *Rationality, irrationality and addiction - Notes On Becker and Murphy's Theory of Addiction* un explication simplifiée, discrète, similaire. Il l'utilise pour montrer la possibilité théorique de l'addict rationnel. Nous suivrons un raisonnement comparable.

moins d'utilité quel que soit son choix présent. Cela est lié à la première propriété de ces biens, la *tolérance*. Cependant, la différence entre consommer et s'abstenir est plus importante, le gain d'utilité est en faveur de la consommation, chez celui qui a précédemment consommé que chez celui qui s'est abstenu. C'est la seconde propriété, la *sensibilisation*.

La plus grande utilité est ponctuellement dégagée par celui qui consomme pour la première fois. Mais s'abstenir ensuite est associé à une très faible utilité et consommer ensuite, même si cela s'avère présenter un fort gain par rapport à l'abstinence, ne permet pas de retrouver l'utilité d'une première consommation.

Tout va ensuite dépendre de la valeur d'utilité totale relative d'une *carrière* de consommateur ou d'abstinent. C'est-à-dire de l'évaluation de l'utilité attendue par une succession de choix. Un individu entièrement dans le présent, qui ne prend pas en compte les conséquences de ses actes, c'est-à-dire la baisse de l'utilité attendue absolue pour tous les choix possibles qui suivent une consommation donnée, un individu *myope*, consomme le bien, il y a *intérêt*. Cette deuxième hypothèse, de la préférence pour le présent, vient compléter celle de la complémentarité adjacente. S'il n'est pas myope, il choisira la carrière qui apporte en général le plus de bien-être. Or, on sait que l'abstinence chez un individu naïf apporte moins que la découverte du bien et que l'abstinence est très faiblement récompensée chez le consommateur. On sait aussi que si la consommation apporte beaucoup à un individu naïf, et *relativement* beaucoup plus que l'abstinence chez un individu consommateur, elle apporte, en valeur absolue moins que l'abstinence chez un abstinent. Il y a donc un calcul savant à faire qui prend en compte le gain associé à la consommation immédiate et les pertes futures de bien-être accessible pour choisir la

«carrière» adéquat. C'est ce calcul qui va déterminer l'utilité attendue et donc le choix rationnel. Or, il dépend de la manière dont nous prenons en compte l'utilité future, à distance. S'il vaut mieux, dans l'absolu être totalement abstinent sur le long terme, il vaut aussi mieux *maintenant* consommer. L'individu myope, dévalue son bien-être futur, il évalue à courte vue, et le bien-être immédiat est préféré, à valeur égale, au bien-être futur, voir même préféré à des valeurs de bien-être futur bien supérieures.

Pour prendre en compte toutes les valeurs d'utilité d'une carrière donnée, le consommateur applique un coefficient qui minore les utilités les plus éloignées ; nous préférons 20€ maintenant à 20€ demain, ce sont pourtant toujours 20€. Ce mécanisme est appelé *l'escompte du futur*. Selon cette valeur d'escompte, on peut déterminer plusieurs catégories d'individus, trois selon Skog, qui renvoient à trois types d'addicts identifiés dans la population.

Ceux qui dévaluent fortement le futur qui commenceront à consommer et ne pourront pas s'arrêter. Le prix à payer pour la consommation diminue leur bien-être absolu possible mais fait de la consommation le meilleur choix à court terme. Il n'y a qu'une succession d'abstinences qui permet de revenir à des valeurs de bien-être supérieures et ils sont incapables de prendre en compte ce gain d'utilité qu'ils dévaluent car il est trop lointain.

Une deuxième catégorie avec un faible escompte du futur peut à la fois consommer ponctuellement et bénéficier du gain de bien-être de cette consommation et cesser de consommer pour ne pas se faire piéger comme les premiers cités. Ces deux catégories extrêmes en ce qui concerne leur facteur d'escompte sont en accord avec leur choix. Ceux qui consomment le font parce que cela constitue leur meilleure opportunité selon leurs évaluations. Skog parle d'addicts *non dissonants* pour la première catégorie, ils *veulent* consommer et vouloir est équivalent à l'évaluation de l'utilité.

La catégorie intermédiaire est plus intéressante, elle possède un taux d'escompte moyen et donc ne devrait pas commencer à consommer (ils peuvent envisager le futur) mais sont en grande difficulté s'il s'agit d'arrêter au cas où ils céderaient, dans un moment de faiblesse par exemple. Ce sont les addicts *dissonants,* ceux qui peuvent vouloir cesser mais ne pas y arriver concrètement.

La question du début de la consommation peut s'expliquer par différents mécanismes, comme par exemple, justement, un moment de faiblesse, ou un mauvais calcul dans lequel l'individu ne voit pas vraiment les conséquences futures de son acte, par manque d'information ou d'expérience. Il va alors consommer puis devoir reconsidérer son évaluation devant le coût réel de sa pratique. On se retrouve alors devant une situation qui va encore dépendre de son degré d'escompte, avec les trois mêmes catégories renouvelées, sur une échelle de valeur réduite[232]. Ce type d'explication peut paraître artificielle et un peu forcée. Elle l'est sans doute. Mais le modèle simplifié, discret est lui-même très schématique. Il n'a d'intérêt que pour comprendre les grandes lignes du modèle de Becker et Murphy et tirer quelques conclusions.

D'abord, on ne peut que reconnaître la possibilité au moins théorique de l'addict rationnel qui n'arrive pas à s'arrêter tout en souhaitant arrêter, c'est-à-dire en reconnaissant que tout bien considéré il n'est pas aligné sur la carrière la plus favorable dans l'absolu mais doit cependant faire avec sa situation actuelle et les choix concrets qui s'offrent à lui en termes de bien-être. Un individu piégé qui, s'il le pouvait, ferait d'autres choix. Il reste néanmoins que cet individu, bien que *rationnel* a fait des choix qu'il regrette,

[232] Voir Skog, 1999.

des choix stupides, et on ne voit pas bien comment un homme économique et rationnel et parfaitement informé peut se trouver dans cette situation.

Ensuite, le modèle de Becker et Murphy est plus complexe car il s'appuie sur des valeurs continues, il s'agit de prendre en compte, avec le capital de consommation, *l'ensemble* des choix passés. Becker et Murphy partent du principe que l'utilité *u* d'un individu dépend à tout moment *t* de la consommation de deux biens *c* et *y* et de la consommation passée du bien *c* mais pas du bien *y*. Cette consommation passée de *c* est le *capital de consommation* «Stock consumption» *S*.

$$u(t) = U\,[\,y(t), c(t), S(t)]$$[233]

Plus la consommation totale fut importante, plus le capital S est élevé et les propriétés de tolérance et de sensibilisation sont exprimées en fonction de ce capital et la valeur de capital influe directement sur l'utilité espérée d'une consommation présente. La courbe de capital définit l'utilité retirée d'une certaine consommation donnée à un instant *t*. Elle prend une sorte de forme en cloche (la fonction est selon les auteurs extrêmement concave). Skog en donne une représentation graphique plus complète que celle de Becker et Murphy[234], qui s'arrête quand elle atteint son maximum. Elle est non symétrique et l'utilité augmente jusqu'à un maximum pour une

[233] L'utilité u au temps t est fonction de la consommation des biens y et de c et des consommation passée de c représentée par S, le capital de consommation de c.

[234] Becker et Murphy donnent les équations des courbes mais ne les montrent pas, on trouve chez Skog leurs représentations. Il les extrapole au-delà de ce que les auteurs font mais son article critique a été revu et relu par Becker lui-même. Il est de fait plus évident à lire que les articles de Becker qui s'appuient pour l'essentiel sur des démonstrations, mathématiques sans représentation graphique. Cet article de Skog qui explique et critique Becker est publié dans un ouvrage qu'il codirige avec Jon Elster. Becker est cité en remerciement pour sa relecture et ses conseils. Elster, critique de la théorie du choix rationnel et défenseur de la rationalité limitée a collaboré avec Becker et leurs relations de travail ont été assez proches. On peut dès lors donner crédit à la présentation de Skog qui est à conseiller pour quiconque veut comprendre la théorie de Becker et Murphy et serait rebuté par les formules mathématiques moins évidentes de prime abord que leurs représentations graphiques.

dose optimale puis diminue. En effet, trop d'un même bien est néfaste, on peut voir cela dans les effets de l'alcool par exemple, il existe une dose au-delà de laquelle le plaisir ressenti diminue voir se mue en déplaisir. Cette diminution est plus lente que la phase de croissance, moins pentue, même si cela doit, en pratique, dépendre du bien en question.

La première propriété se manifeste par le fait que les courbes de *capital* sont toujours plus élevées en termes d'utilité pour une dose donnée avec un capital faible que pour un capital élevé. Les courbes de capital élevées sont en dessous des courbes de capital modérées ou faibles. Cela représente le prix à payer pour ces consommations.

La *tolérance* est exprimée ainsi : $\partial u/\partial S = u_S < 0$. La consommation passée diminue l'utilité présente et donc une grande consommation maintenant, en augmentant S, diminue l'utilité future de la consommation.
La seconde propriété se manifeste par une pente supérieure au moins dans la phase ascensionnelle pour les capitaux élevés et un maximum d'utilité, certes inférieur aux capitaux faibles, mais atteint pour une dose plus forte.
La *sensibilisation* ou *renforcement* est exprimée ainsi : $\partial c/\partial S > 0$. Plus le capital de consommation est important plus l'effet relatif d'une dose supplémentaire est important. Cela revient à dire que le capital de consommation influe sur l'utilité marginale du bien.

Becker et Murphy font une hypothèse, celle de la *complémentarité adjacente*. Elle se manifeste par la propension qu'a une consommation passée à augmenter l'utilité attendue d'une consommation présente ou future. Par le phénomène de tolérance on voit qu'il s'agit de l'augmentation de l'utilité marginale, c'est-à-dire d'une unité supplémentaire de consommation, qui est ici impliquée. L'effet de la complémentarité

adjacente qui augmente l'utilité marginale à mesure que la consommation passée augmente est pour Becker et Murphy une condition nécessaire de l'addiction.

Le *capital de consommation* définit donc une dose pour laquelle l'utilité est maximale à un instant donné. Ce maximum et la dose qui permet de l'obtenir dépendent de la carrière du consommateur. L'utilité maximale attendue est plus faible à mesure que le capital augmente et pour une dose plus élevée. Le consommateur est donc amené à augmenter sa consommation pour obtenir le maximum d'utilité, à mesure que son capital augmente, tout en obtenant moins d'utilité. D'autre part, l'utilité marginale du bien augmente à mesure que le capital augmente lui aussi.

L'évaluation de l'utilité dépend, elle, de l'escompte appliqué au bien-être futur. C'est la seconde hypothèse celle de l'importance donnée au présent au détriment du futur qui est *escompté*, dévalué selon la distance qui nous en sépare. Becker et Murphy font l'hypothèse d'un escompte régulier, d'un facteur d'escompte σ, appliqué au cours du temps à l'utilité d'un bien distant. L'escompte de l'utilité en fonction du temps prend la forme d'une courbe exponentielle. De la même manière que les assureurs dévaluent la valeur d'une voiture en appliquant un pourcentage régulier au cours du temps, ils supposent que nous escomptons en utilisant un facteur qui reste le même au cours du temps. Ce paramètre dépend du consommateur, il lui est personnel. C'est cet escompte qui permet de maintenir l'hypothèse d'un consommateur informé mais qui peut choisir de consommer tout en restant *rationnel*. Il prend bien en compte les conséquences du choix mais dévalue l'utilité des événements futurs. Il choisit bien selon l'utilité envisagée et maximise bien cette utilité au sens où il décide en fonction de l'utilité maximale par lui évaluée.

Enfin, les consommations impactent le capital. Certaines consommations l'augmentent, alors que d'autres entraînent sa diminution. En effet, il tend à diminuer naturellement avec le temps. Il existe donc aussi des zones d'équilibre où la consommation se stabilise. En effet, dans ce contexte, elle est soumise à l'effet du capital mais ne le fait pas évoluer. Ces points d'équilibres s'établissent pour des niveaux de consommations donnés qui peuvent être stables ou instables, menant à des augmentations rapides ou, au contraire des arrêts brutaux, qu'ils nomment *cold turkey*. Cela rend compte des situations réelles d'arrêt brutaux qui mènent à des sevrages durables ou au contraire à des alternances de phases de consommation effrénée et d'abstinence, le tout sans passer par des stratégies de diminution. Il faut noter l'application qu'ont les auteurs à coller aux cas réels, à ce que leur système mathématique *décrive* le réel et, en cela, à ce qu'un état de base définit puisse évoluer, en fonction des valeurs donnée aux paramètres (d'escompte du futur par exemple) vers des états qui miment le réel, c'est-à-dire, le prédisent.

Becker et Murphy montrent alors que les optimums de consommation se définissent en fonction des valeurs de capital de consommation et que ces courbes d'optimums en fonction du capital ont la forme de S. Elles présentent une première phase basse pour les faibles capitaux avec des faibles optimums à progression lente, une zone intermédiaire pentue, puis une phase haute à pente là encore faible. De plus, les consommations qui ne modifient pas le capital forment une droite passant par l'origine (si pas de consommation et pas de capital, il n'y a pas d'augmentation ni de diminution de capital). Cette droite coupe la courbe en S en trois points, dans sa partie basse et sa partie haute peu pentues et dans sa partie médiane très pentue. Toute consommation optimale (de la courbe en S) au-dessus de cette droite augmente le capital, toute

consommation optimale en dessous le diminue. La partie centrale, celle des capitaux médians, très pentue est donc très instable. Les partie hautes et basses établissent des zones de stabilité autour des points de rencontre entre la droite et la courbe en S. Ce sont ces deux points d'équilibre qui tendent à attirer les consommateurs. Or le niveau auquel s'établit la courbe en S en termes de consommation immédiate dépend de l'évaluation de l'utilité attendue par cette consommation et donc de son évaluation de l'utilité globale attendue de cette consommation et de ses conséquences, c'est-à-dire de l'escompte du futur. Les individus aux escomptes faibles, qui dévaluent peu leur futur bien-être par rapport au bien-être immédiat auront des courbe en S plus basses, plus plates, des niveaux de consommations immédiates plus faibles que les individus myopes qui accordent une plus grande utilité à la consommation immédiate et ont donc tendance à consommer plus. La droite d'équilibre, elle, ne bouge pas. Les consommateurs myope auront une courbe en S au-dessus de cette droite et donc tendance à augmenter leur capital de consommation plus vite et atteindre des consommations optimales en termes d'utilité attendue élevées. Les escompteurs, ceux qui donnent de l'importance à leur bien-être futur auront à l'inverse des optimums plus bas en termes de consommation et donc un capital qui progresse moins et la possibilité de rester autour du point d'équilibre bas[235].

Chaque individu par rapport à certains biens peut donc avoir un certain nombre de points d'équilibres, plus ou moins instables. Le point central peut expliquer comment une consommation élevée peut rapidement tendre vers une abstinence brutale, *cold turkey*. L'état d'équilibre bas montre que certains individus peuvent rester abstinents ou se contenter

[235] Quand il peut ne pas même exister chez un consommateur myope dont la courbe en S est très au-dessus de la droite d'équilibre

de consommations *normales*. Le point élevé peut être atteint par le biais du point central avec une augmentation rapide qui tend vers les consommations fortes et une forte *addiction*. Ces états d'équilibres instables sont nécessaires pour expliquer ce qu'ils nomment les *addictions pathologiques rationnelles*. En effet Becker et Murphy considèrent d'abord que de nombreux biens et activités peuvent présenter les propriétés décrites. Les *drogues* classiques bien sûr, mais aussi la musique, les comportements religieux, et à peu près toutes les conduites et donc tous les biens. Il est important de remarquer que leur modèle implique la rencontre entre un bien et ses propriétés et un individu, défini particulièrement par son type d'escompte, par le genre de préférence temporelle qu'il exprime. En effet l'escompte agit sur le prix du bien. Un escompteur qui dévalue le futur envisage sa consommation actuelle comme ayant peu de conséquences, un faible *coût*. Le coût du bien consommé étant représenté par les effets néfastes présents et à venir. On voit qu'un *myope* verra sa consommation passée impacter le coût de sa consommation présente de façon moins importante. Il n'est pas nécessaire d'être myope pour succomber à une addiction mais c'est un des facteurs de risque important. D'autre part, il existe des addictions bénéfiques et néfastes[236], la différence vient de l'effet positif ou négatif du capital de consommation sur l'utilité ; leur modèle mathématique fonctionne avec les deux, il s'agit toujours de biens dont la consommation passée influe sur l'utilité de la consommation présente. Pour eux, les addictions néfastes présentent une forme de tolérance, à la différence des addictions bénéfiques.

Pour en revenir aux états d'équilibres instables, une augmentation de la complémentarité adjacente, c'est-à-dire de l'utilité marginale sous l'effet de la consommation passée, va avoir tendance à faire augmenter la

[236] Voir Stigler & Becker, 1977.

consommation, qui à son tour augmentera le capital… et donc à provoquer l'instabilité de cet équilibre et voir la consommation quitter cette zone. Cela leur permet d'expliquer les addictions pathologiques, ou comme les appelle Skog, les addicts dissonants. Bien qu'ils soient conscients des dégâts éventuels futurs, l'utilité marginale de la consommation augmente de telle façon que le choix local rationnel est de consommer.

Du point de vue des préférences, elles restent stables, à la différence de ce que proposent les tenants de la rationalité limitée et les modèles comme celui de Ainslie que nous aborderons plus loin. Le consommateur ne change pas d'avis. Il préfère toujours ne pas consommer dans l'absolu, mais localement voit son intérêt dans sa consommation immédiate. Cela se rapproche de la faiblesse de la volonté comme expliquée par Davidson, l'addict veut *ça* en général et *son contraire*, immédiatement, en même temps. Il est localement rationnel au sens où il agit pour des raisons et que ses raisons sont logiquement déterminables par un calcul de son intérêt au moment où il choisit.

2) Stabilité et universalité des goûts mais inversion des préférences

Les comportements qui nuisent à leur auteur semblent nécessiter, pour sauver la rationalité de la maximisation, d'envisager un changement de préférence, à moins d'envisager les addicts comme fondamentalement attitrés et de tous temps par l'objet de leur addiction. Dans l'addiction rationnelle, Becker consent bien à expliquer le mécanisme qui se met en branle quand l'addiction se développe, il théorise l'effet des consommations passées sur l'utilité marginale attendue présente, sur le capital de consommation etc. Mécanismes qui permettent bien un changement dans

les préférences car ils permettent à une option de passer devant une autre en termes d'utilité marginale espérée. Or Becker défend la stabilité des goûts et leur universalité comme un axiome fondamental. Il est d'ailleurs essentiel pour toute approche utilitariste que les agents préfèrent tous et tout le temps le plaisir à la peine, mais il a été aussi très tôt envisagé que les goûts puissent se cultiver. On trouve cette idée chez Mill, comme chez Becker. Ce dernier théorise même les mécanismes explicatifs de changement de préférence dans l'addiction.

D'abord, cette idée est, comme souvent chez Becker, un point de méthode. Il faut partir du principe que les goûts sont stables, pour ne pas multiplier les explications *ad hoc* selon lui mais déduire des règles ainsi posées ce qu'il en est (et multiplier les constructions théoriques pour faire entrer les phénomènes dans le cadre des axiomes). Il faut donc entendre que les goûts, *les aspirations fondamentales*, sont stables et universels, mais les *préférences instrumentales* pour atteindre les objectifs définis par les goûts, eux, changent. Il existe donc les préférences fondamentales, les *goûts* du *De gustibus* qui sont les fins immuables et les préférences dérivées, instrumentales, qui sont les moyens pour arriver aux fins. Or ces préférences instrumentales sont dérivées des préférences finales. Pour Becker, tout changement de comportement résulte de l'adaptation aux modifications des attentes concernant les buts fondamentaux, aux changements dans l'évaluation de ses perspectives en termes de gain d'utilité relatif à ses goûts fondamentaux. L'addict poursuit sa conduite parce qu'elle lui permet d'atteindre ses buts premiers, ses fins, elle lui permet de maximiser l'utilité, elle est un instrument dans la poursuite de ce qu'il préfère fondamentalement.

Il y a donc changement de préférences en un certain sens et *sous certaines conditions*, celles que l'on retrouve dans cette catégorie de comportements et qui caractérise la situation de l'addict. Mais Becker est

très large quand il s'agit de définir quels comportements, quels biens ou activités sont concernés. Les *drogues* d'abus évidemment mais aussi le travail, les relations amoureuses et, en fait, à peu près tout ce qui peut finir par être consommé ou pratiqué *en dépit de l'intérêt objectif*, donc jugé comme tel en troisième personne, de celui qui s'y adonne.

Becker n'envisage cependant pas que *toutes* les préférences puissent changer et surtout pas uniquement sous l'effet du temps. C'est-à-dire que si je préfère A à B maintenant, je préfère A à B si j'envisage, maintenant, ce choix à distance et, surtout, je préfère A plus tard à B maintenant. Si A est «ma santé» et B «le plaisir lié à une drogue», drogue qui altère à long terme ma santé, le changement de préférence doit faire partie du phénomène spécifique, qui se manifeste dans les addictions, et dont Becker rend compte par certaines propriétés des objets et de la relation aux objets, pas uniquement par le fait que je compare un bien immédiatement disponible (le plaisir) et un bien à long terme (la santé). Il y a une variation de l'utilité attendue en fonction du temps, nous considérons les opportunités futures avec un certain degré d'escompte, et cet escompte suit une courbe exponentielle selon Becker et Murphy. Cette forme confère à l'escompte certaines caractéristiques, particulièrement la persistance des préférences. Si je préfère maintenant A à B, sauf cas particulier, je dois aussi imaginer que je préférerai aussi A à B dans 1 an. Bien sûr, j'envisage aujourd'hui l'utilité de A maintenant comme plus importante que A dans un an. J'applique un taux d'escompte, une réduction régulière de l'utilité en fonction du temps, comme la décote que les compagnies d'assurances appliquent aux voitures. Cela donne une courbe d'escompte exponentielle. Or dans ce cas, je préférerai toujours A à B et toujours A plus tard à B maintenant. Les courbes d'escompte ne se croisent pas. Je dois préférer 100€ à 10€ si je dois choisir maintenant, si j'envisage ce choix à trois mois de distance, mais je dois aussi

préférer 100€ dans trois mois à 10€ maintenant[237]. Or, dans l'addiction, il semble que nous choisissons la plus faible récompense proche contre une meilleure plus lointaine ; 10€ maintenant plutôt que 100€ plus tard. Dans cet exemple, il faudrait supposer un désintérêt pour le futur, un escompte suffisamment fort pour rendre nulle l'utilité attendue du choix lointain, une forte *myopie*.

Becker explique le changement de préférences par des mécanismes liés aux propriétés des objets et à la relation à ces objets, qui changent l'évaluation de l'utilité, mais le temps à lui seul ne suffit pas. En effet les fins sont toujours à long terme, pour être immuables il faut les protéger de l'effet qui nous ferait préférer un bien immédiatement disponible à un bien plus tardif uniquement parce qu'il est immédiatement disponible. Il n'y a pas chez Becker de changement de préférence spontanée. On sait ce que l'on veut et nous ne cédons pas à la tentation sans une autre raison que la proximité. Nous devons donc toujours être capables en théorie de justifier raisonnablement tous nos choix.

Becker envisage un changement dans la structure des préférences qui fait que l'addict préfère son objet d'addiction à sa santé parce que cela lui permet d'atteindre un objectif fondamental qui lui n'a pas changé (le bonheur, le bien-être etc…). Il est conscient de cette préférence et ses choix sont donc rationnels au sens où il choisit ce qu'il préfère *absolument*. Dans ce modèle, le renversement des préférences est inscrit dans l'évaluation globale de l'utilité des biens dont l'utilité varie avec l'histoire de leur consommation, mais les individus suivent toujours le cours de l'optimisation maximale et ne changent pas de *goûts*, qui restent universels et immuables, ils changent de moyens pour atteindre les objectifs de leurs goûts fondamentaux, ils

[237] Ce qui ne semble pas aller de soi quand on tente l'expérience dans une classe.

changent de préférence instrumentales. Le goût au sens des préférences fondamentales n'est jamais altéré.

3) Critiques de l'addiction rationnelle

Si on peut accorder à Becker et Murphy, avec Skog, que la possibilité théorique d'un addict rationnel soit envisageable, il semble plus délicat d'en trouver la manifestation de sa réalité effective.

D'abord ce qu'ils entendent par rationnel est en soi problématique. Pris dans son acception la plus faible, rationnel signifie simplement qu'il existe quelque chose qui s'appelle utilité et qui rentre en compte dans nos décisions. Etre rationnel consiste à chercher à maximiser cette utilité, qui reste très mystérieuse dans sa nature. Il n'est pas question de calcul conscient, L'addict peut, ou non, activement participer à cette évaluation, il n'en reste pas moins qu'à la fin, il maximise cette étrange valeur qu'est l'utilité. Cette définition est somme toute assez loin de ce que l'on entend habituellement par rationnel, mais elle est celle de Becker et Murphy, et de toute l'école de Chicago.

Les modèles mathématiques doivent prendre en compte la maximisation d'une valeur, l'utilité et pouvoir représenter des comportements réels, faire, *comme si* suffit tant que le modèle, qui doit maximiser l'utilité, semble se conformer à, semble illustrer, décrire, un phénomène réel. Une des conséquences en est que le modèle n'explique pas l'addiction au sens où il ne montre pas *comment* l'addiction fonctionne. Il n'a aucune valeur explicative, à moins de considérer que le terme *rationnel* signifie que l'addict à de bonnes raisons, qu'il reconnaît et qu'il fait siennes, d'agir ainsi. Auquel cas, l'explication est simple, il aime faire ce qu'il fait et ses dénégations n'ont pas à être prises au sérieux. C'est cette conception

erronée de la définition de rationnel qui est à l'origine des critiques justifiées quand il est question de l'usage social de la théorie de l'addiction rationnelle. En effet, la principale utilité du modèle est de proposer des solutions au problème de l'addiction, ou plutôt, un guide pour l'action politique et sociale.

Dans une optique marginaliste, le modèle de Becker et Murphy rend compte des comportements addictifs et les décrit comme rationnels. Une des conséquences est donc que le coût du bien addictogène est déterminant dans le calcul qui mène à sa consommation ; c'est-à-dire son *prix*. Son prix d'achat, en argent, et son prix à payer en *conséquences* néfastes, sur la santé évidemment, mais aussi socialement. Si on ne peut agir sur les effets directs sur la vie de tous les jours d'une intoxication régulière à une substance, sur l'assiduité au travail, par exemple, et donc, sur son revenu, sur ses relations interpersonnelles et l'utilité qui en découle etc., on peut mettre en place des mesures qui augmentent indirectement le coût de ces effets. Faire de la simple consommation un motif de licenciement légitime associé à des *drug tests*, alourdir les peines de prison et les amendes encourues, stigmatiser le consommateur afin d'augmenter le coût social d'une attitude réprouvée... L'article de 1991 pose d'ailleurs la question des effets d'une légalisation des drogues qui verrait s'effondrer les prix sous l'effet de la concurrence. Le traitement économique de l'addiction ouvre la voie à un certain type de traitement social et de décisions politiques dans le champs des addictions, des décisions qui peuvent alors se prendre à partir du modèle mathématique, assez déshumanisant s'il en est, et pouvant se passer en partie des avis fondés sur les approches médico-sociales, voire, simplement scientifiques, en dehors de la seule science économique.

Becker montre donc que l'addict est sensible aux prix ; c'est une conséquence du modèle, et suivant Friedman, les modèles doivent être

capables de prédire, c'est d'ailleurs ce qu'on leur demande, quitte à ne pas vraiment décrire ce qu'ils sont sensés mimer. Or, du point de vue prédictif, il a des faiblesses flagrantes, et du point de vue descriptif, il est très discutable.

Dans ce modèle, un agent avec une vision claire de l'avenir ne finira jamais dans les hautes consommations à moins de faire intervenir des «événements de vie», des crises, ou la prise d'un risque calculé par rapport à son risque de devenir addict. C'est d'ailleurs la réponse des auteurs pour expliquer tous les moments de transition. Les événements de vie modifient le calcul de l'utilité et permettent d'*expliquer* les transitions entre des situations qui semblent stables. Pourquoi un addict devrait-il chercher à cesser une consommation qui optimise son gain d'utilité ? Comment un individu qui contrôle sa consommation se retrouve-t-il à des niveaux *pathologiques ?* En raison de «crises» que l'on peut qualifier d'existentielles. Cependant cette explication ne fait que permettre la modification des paramètres de l'équation qui entraîne le calcul de l'utilité et le changement de comportement.

De plus, il n'y a pas d'inversion, de renversement des préférences, entre une récompense «bientôt» qui serait inférieure à une récompense «plus tard». Le sujet choisit rationnellement la récompense la plus proche à cause du discount mais préfère, tout au long, à un instant donné, cette récompense alors que les valeurs dans le futur doivent lui faire préférer la seconde. Même si, dans l'absolu, en faisant abstraction du temps, X>>Y évaluées comme si elles arrivaient ensemble, l'agent préférera toujours la récompense la plus proche, même si c'est Y. L'évaluation, la projection dans le futur n'a en fait aucun poids. Cela pose le problème du dissonant addict, celui qui ne veut pas consommer car il *préfère* ou *dit préférer*, avant la prise de drogue, arrêter. Dans ce modèle, l'addict doit toujours dire «dans l'absolu je veux arrêter mais je veux toujours consommer» et ne vit jamais de

moment où l'envie d'arrêter est plus forte que l'envie de continuer. A tout instant, il préfère consommer. En fait, dans cette vision dite de «rational addict» l'agent n'a en fait aucune raison de vouloir, ni d'exprimer vouloir, arrêter. A tout moment de sa vie, il préfère consommer. Même si on peut supposer que sous l'effet de la pression sociale, l'addict puisse mentir sur ses motivations réelles, affirmant une volonté de cesser son comportement pour adoucir un verdict pénal par exemple, tout en pensant le contraire, certaines attitudes montrent que ce type de cas n'est pas généralisable. Quel est l'intérêt pour un addict de prendre des décisions coercitives pour motiver sa résistance à son addiction comme l'utilisation, volontaire, de substances incompatibles avec la prise d'un toxique, ou choisir de soi-même l'enfermement ou d'autres stratégies garde-fou ? Ce modèle semble rendre compte de ce qui se passe au moment de la consommation, mais résiste à une application à tout instant de la vie d'un addict selon ce qui est rapporté par la clinique et les témoignages.

Ensuite, leur modèle décrit des situations très générales et très différentes. Becker considère que les addictions pathologiques appartiennent à un type de comportements comme les habitudes ou les engagements personnels, ce qui implique que ces activités prennent une place prépondérante dans la vie de l'individu (on semble y retrouver les activités centrales de Fingarette). Cette dimension, si elle semble devoir poser moins de problèmes dans les définitions plus contemporaines de l'addiction, peine cependant à différencier l'amateur de musique et l'héroïnomane, ce qui ne fait pas avancer le débat sur l'addiction, voire tend à nier son existence. Les addictions comportementales sont un argument classique des sceptiques. L'addiction n'est alors qu'une habitude trop envahissante dont les conséquences s'avèrent néfastes, sans *expliquer* le passage du normal à l'éventuel pathologique. Là encore, le modèle possède une valeur descriptive, le phénomène est traduit en langage mathématique

mais il ne décrit pas *que* l'addiction. Il ne décrit d'ailleurs pas l'ensemble du phénomène cliniquement exposé.

Becker et Murphy partent de deux présupposés, la véracité de la théorie du choix rationnel et une vision de l'addiction. Du point de vue de l'addiction, leur modèle repose sur les définitions qui leur sont contemporaines, très pharmacologiques, avec une prépondérance du phénomène de renforcement, et de la tolérance. Or de nombreuses substances addictogènes n'entraînent pas de tolérance et ce dernier point est aujourd'hui plutôt mis de côté quand il s'agit de déterminer si une substance ou un comportement risque de générer une addiction. C'est évidemment une propriété des opiacés, mais elle n'est pas généralisable, comme nous l'avons vu. On peut difficilement reprocher à ces auteurs de ne pas s'être affranchis des connaissances de leur temps et de n'avoir pas su voir l'avenir, cependant, une des faiblesses aujourd'hui de leur modèle réside aussi dans sa proximité avec une approche datée du phénomène qu'ils décrivent.

Ensuite, le modèle part du principe selon lequel l'utilité dépend à tout moment t de la consommation de deux biens c et y et de la consommation passée du bien c, mais pas du bien y. Avec la consommation passée de c comme capital de consommation S. Or, la particularité des biens addictifs semble aussi tenir à leur capacité à envahir la vie de leur consommateur. Becker et Murphy ne montrent pas cet envahissement qui conduirait à une importance particulière donnée à c. L'équation permet un c très supérieur à y, mais la clinique tend à nous faire penser que c ne doit pas seulement augmenter mais que la consommation de c influe sur l'utilité de y, donc de *tous les autres biens*, en la minorant. En quelque sorte, le capital de consommation doit non seulement être en interaction avec c mais aussi, avec y. L'attrait pour y doit décroître et il est compliqué de l'envisager sans en arriver à une inversion des préférences relatives pour certains biens de c

par rapport à *y*, voire une perte d'intérêt pour *y*. Le modèle ne peut qu'envisager une modification des rapports entre les utilités de *y* et *c* sans donner de moyen pour rendre compte de l'interaction. Là où les sceptiques comme Peele et Fingarette insistent sur cette dimension qui paraît centrale, celle de l'envahissement, là où les modèles comme ceux de l'école française issus de Fouquet mettent en évidence cet envahissement, Becker et Murphy peinent à en rendre compte. Si on peut reconnaître qu'il s'agit bien d'un modèle qui met en avant la relation particulière entre un bien et un individu, il ne rend pas compte des effets de cette relation sur l'ensemble de la vie et du panel de choix de l'individu. De fait, il n'y a pas de particularité qui émerge ni du point de vue de l'individu ni du type de choix et des opportunités auxquels il est confronté. Il en ressort que tout semble relever d'une question de goût. Ouvrant la porte à un traitement de l'addiction du type de celui que l'on pourrait opposer aux mauvaises habitudes. Il s'agit d'en changer et de mettre en œuvre les conditions du changement, sans prendre en compte une quelconque dimension particulière qui ferait de cette situation autre chose que la conséquence de mauvaises décisions. Si Becker ne semble pas vouloir juger, il ressort tout de même que cette idée de goûts ressemble aussi à quelque chose qui pourrait renvoyer à la faillite morale, au *fond* mauvais qu'il s'agirait de rééduquer, ou de ne pas laisser s'exprimer, c'est en tout cas tout à fait compatible.

En montrant que les biens addictifs sont sensibles au prix, qu'il existe bien une élasticité des préférences, c'est-à-dire en revenant sur la particularité historique de ces biens, ils ouvrent des possibilités d'interventions sociales et politiques qui visent à augmenter le coût de ces comportements, sans prendre en compte une éventuelle résistance du phénomène à cette hausse du prix à payer. Or l'addiction semble, justement se caractériser, au moins en partie, par une sorte d'insensibilité aux coûts qu'elle engendre. Et d'ailleurs, une des raisons évoquées dans Becker,

Murphy, Grossman, 2004 et Becker, Grossman & Murphy 2006 de l'échec de la *War on Drugs* est… l'inélasticité ! Les addicts continuent de consommer en dépit des sanctions et alors que la guerre fait augmenter les prix des produits[238]. Les stratégies d'action qui visent à hausser les coûts liés à ces comportements ont été appliquées lors de la *War on Drugs*, avec des effets qui vont à l'encontre des prévisions du modèle. Il se dit avec un certain mauvais esprit à propos des investissements gigantesques de cette politique que la guerre en question a un vainqueur et que c'est la drogue qui a gagné [239]. Le problème de ces stratégies punitives qui visent à rendre moins intéressant un comportement pourrait provenir du fait qu'elles ne rendent pas pour autant plus intéressant un autre comportement.

Se pose donc la question délicate du pouvoir prédictif qui est au cœur de toutes les justifications des modèles mathématiques de la théorie du choix rationnel. D'ailleurs, l'addiction rationnelle subit les mêmes critiques que la plus générale théorie du choix rationnel, particulièrement celles visant la stabilité des préférences et sa définition de la rationalité. Si le facteur d'escompte à l'avantage de mettre en avant la prépondérance de l'utilité proche par rapport à l'utilité attendue, éloignée, la forme de cet escompte, exponentiel, garantit une stabilité des préférences qui est aujourd'hui remise en cause, notamment par les données de la psychologie

[238] Cette hausse a enrichi les mafias qui sont devenues tellement riches qu'elles peuvent déstabiliser les états où elles sont installées.

[239] Il semble que la politique de hausse des coûts de la War on Drugs n'a pas eu plus d'effets positifs que la prohibition du début du XXe aux USA qui aurait pu servir d'exemple ou au moins de mise en garde. Elle est de manière quasi unanime considérée comme un échec au plan international comme national aux USA. Voir par exemple le rapport de la Human Right Foundation The Cost and Consequences od the War on Drugs. Voir aussi le rapport de la commission mondiale pour la politique des drogues qui s'ouvre ainsi : «*La guerre mondiale contre la drogue a échoué. Avec des conséquences dévastatrices pour les hommes et pour les sociétés du monde entier. Cinquante ans après la création de la Convention unique sur les stupéfiants des Nations Unies, quarante ans après le lancement de la guerre contre la drogue par le gouvernement américain du président Nixon, il est urgent de réformer les politiques antidrogues à l'échelle nationale et internationale.*» Rapport de la Commission Mondiale pour la Politique des Drogues.

expérimentale qui fournit un modèle d'escompte hyperbolique, montrant clairement la possibilité de l'inversion des préférences[240]. Cette inversion que Becker ne considère que comme une forme de paresse intellectuelle qui conduit à proposer des solution *ad hoc* et multiplier les hypothèses sur mesure au lieu de faire l'effort de reconnaître la stabilité et de s'efforcer de trouver les moyens de la modéliser semble aujourd'hui établie tant du côté des données expérimentales que des modèles mathématiques. Contre la théorie du choix rationnel, les approches dites de la rationalité limitée ont, pour ce qui concerne l'addiction, proposé des avancées qui tendent à remettre en cause l'école de pensée défendue par Becker. Nous y reviendrons bientôt, mais il faut dire encore un mot du versant prédictif et de ses conséquences sociales et politiques.

La théorie du choix rationnel a été conceptualisée comme appartenant à un courant dit positif de l'économie. C'est-à-dire qui vise à montrer ce qu'il en est des comportements réels. Mais, plus important que la justesse descriptive, la capacité à prédire de ces modèles est mise en avant. La théorie dit comment cela doit se passer. Il en découle qu'ils ont une dimension normative, qui doit théoriquement émerger de cette approche positive. En effet, comme tous les comportements sont censés être rationnels on peut, comme le fait Becker déterminer la mécanique de chacun. On trouve donc, ensuite comment intervenir pour les influencer. Le lien avec l'économie normative n'est pas rompu. Ces théories sont de puissants outils d'intervention, et ont été utilisées comme tels. Si on prend au mot Becker et Murphy, ce qui différencie les addicts des autres individus tient à leur type de fonction d'utilité. Chaque individu possède la sienne et maximise l'utilité selon cette courbe qui sert de référent au calcul. Il n'est pas possible d'agir sur la fonction mais on peut envisager d'agir sur les

[240] Voir Ainslie, 2018 que nous traiterons en détail plus tard.

paramètres du calcul, en augmentant le coût de la conduite que l'on cherche à empêcher, par des mesures sociales, comme déjà évoqué. La théorie Beckerienne pense les individus comme possédant chacun une fonction d'utilité qui lui permet d'interagir avec un environnement qui pose des contraintes sur les choix en proposant des alternatives qui possèdent chacune une utilité déterminée par la fonction et un coût essentiellement déterminé par le contexte. La fonction d'utilité est un élément interne et personnel, comme le substrat neurobiologique. Il est possible de qualifier certains addicts de *malade* mais cela repose sur une définition sociale, cela dépend des conventions en vigueur, sont malades ceux dont la fonction d'utilité induit certains comportements, certaines préférences. C'est donc une affaire de goûts, acceptables ou non par le corps social. On peut aussi envisager la qualification de malade comme une stratégie pour influencer le calcul de l'utilité.

Becker se range dans la tradition économique de l'approche du comportement humain, une tradition qui s'oppose à celle de la psychologie quand celle-ci s'intéresse aux processus. Becker rend compte d'un phénomène en proposant un modèle qui montre comment on peut décrire ce qui se produit dans l'individu, dans le cadre du paradigme de la théorie du choix rationnel, quand se manifeste un certain phénomène, qui, de prime abord, ne trouve pas sa place dans ce paradigme. Ce qui est rationnel c'est le fait qu'il existe une fonction d'utilité qui est maximisée quand se produit ce phénomène. Ces fonctions varient d'un individu à l'autre, ce qui explique la variation des réponses observées, et le fait que pour certain le choix des autres, observés à l'aune de leur propre fonction d'utilité semblent irrationnel, c'est-à-dire que ce choix-là ne maximise pas *leur* fonction d'utilité. Or, Becker montre que tout choix maximise la fonction d'utilité de celui qui le fait, c'est ce qui rend le choix rationnel. En cela, les addicts ne sont rationnels que parce qu'ils maximisent, eux aussi, leur propre fonction

d'utilité. Mais il n'y a aucun moyen de déterminer si une fonction d'utilité est plus rationnelle que l'autre. Si les goûts ne se discutent pas, au plan personnel, chaque société a cependant *ses* préférences, et, si on suit les conséquence de la TCR, des moyens de les imposer ou, au moins, d'essayer de contrarier les comportements qui s'en écartent, en agissant sur les coûts de la conduite.

On peut donc porter un jugement de valeur sur ces préférences et il ressort que la théorie beckerienne peut s'entendre comme une essentialisation des addicts. La forme de nos courbes d'utilité déterminant notre nature profonde ou servant d'équivalent au plan divin de la prédestination des AA. Si le BDMA est accusé, en ancrant l'addiction dans le substrat biologique des addicts, de les essentialiser, la théorie de l'addict rationnel peut souffrir la même critique. Elle n'a pas de plus l'excuse de protéger l'addict du jugement moral en le taxant de malade. Becker ne semble pas intéressé par cette dimension, mais son addiction est en fait tout à fait compatible avec le BDMA, sur les principes, moins évidemment sur la finesse de description et d'explication, mais il existe un air de famille conceptuel entre les deux. Le point central en est cette idée de rationalité qu'ils partagent. La notion même a été capturée par l'économie. Le sens qu'a le mot rationalité dans le langage courant est celui de la rationalité de l'économie et ce concept si important pour justifier que l'addiction soit une maladie, pour justifier la perte de contrôle dans le BDMA est directement emprunté à ce champ disciplinaire. Le BDMA et la théorie de l'addiction rationnelle ont aussi en commun une évidente tendance hégémonique et une certaine indifférence aux faits s'ils contredisent la théorie tout en ayant du mal à, justement, coller aux faits empiriques, particulièrement épidémiologiques.

Le BDMA apparaît comme l'expression des thèses néoclassiques au sens moderne concernant le comportement humain, adaptée à la révolution des neurosciences. Becker apparaît quant à lui l'archétype de la volonté hégémonique de l'économie sur la question du comportement contre la psychologie et les sciences sociales. Le BDMA a lui préempté la psychologie qui se veut scientifique. Les deux actualisent l'anthropologie de la nouvelle économie classique. Pour Robert Nelson[241], Becker, loin de décrire le comportement humain et les phénomènes sociaux, ne fait que développer le projet normatif du néolibéralisme de Chicago. Si le BDMA ne crée pas la norme, il s'y inscrit.

c) L'addiction rationnelle et le BDMA ont une même origine ; la TCR

Si la théorie du choix rationnel semble s'opposer au BDMA, ils sont bien issus des mêmes prérequis anthropologiques et soumis aux mêmes critiques (dont la non-conformité au réel, définit comme la clinique et les données sociologiques concernant les addicts). Selon notre hypothèse, la définition de l'homme économique à l'œuvre chez Becker, celle des néoclassiques, est la définition qui a irrigué tout le corps social et le champ intellectuel, elle est le paradigme d'où est issue le BDMA qui l'a actualisée à la lumière de la révolution neuroscientifique. Le BDMA est un modèle néoclassique, mais qui représente le versant compassionnel de la lutte contre la drogue quand la *War on Drugs* consiste à insister sur le versant punitif.

[241]Nelson, 2002 et dans la même veine de critique, à notre avis justifiée voir Rogeberg, 2004.

1) L'addict du BDMA est lui aussi un maximisateur

Quand Becker sauve la rationalité en montrant que l'addict est rationnel, qu'il maximise son utilité espérée, la neurobiologie fournit une échappatoire à la critique de la rationalité par l'exemple de l'addiction. La modification du substrat biologique empêche de suivre la règle de rationalité. Tous nos choix sont biens rationnels et si l'addict semble irrationnel ce n'est pas parce que la théorie du choix rationnel est fausse, c'est parce qu'il existe des personnes dont le substrat neurobiologique qui actualise cette règle dysfonctionne. L'addiction n'est plus une menace pour la théorie mais une sorte d'exception qui confirme la règle.

D'abord l'addict du BDMA ne fait pas n'importe quoi. Nous proposons que le BDMA en fait bien un agent maximisateur mais qui «maximise» en relation à son objet d'addiction. En effet, dans le BDMA, soit ce qui est défaillant est *ce que vise* sa fonction d'utilité, ce qu'il maximise et pourquoi il le surévalue, soit *le processus* de choix est contourné. Il y a une cohérence et une répétition du choix délétère, si *le cerveau* de l'addict ne fait pas passer avant le reste ce qui est en lien avec son addiction, il n'y a pas de raison que le phénomène se répète. On peut concevoir que l'évaluation soit court circuitée, que le *hijacking* de Hyman[242] contourne l'évaluation mais les structures cérébrales impliquées sont celles du choix, de l'évaluation. La levée de l'inhibition corticale pourrait être un facteur du contournement de l'évaluation, auquel cas il ne maximiserait plus, il n'évaluerait même pas, donnant la priorité, un coupe file, à l'addiction. Le comportement révélerait non pas une préférence mais une priorité indue. Cependant, le BDMA semble aller dans le sens d'un poids artificiellement important de l'option addiction plus que dans celle d'un contournement de l'évaluation. Il intègre

[242] Hyman, 2005, 2007.

des théories qui montrent l'importance du poids, comme *l'Incentive salience* [243]. Le système d'évaluation est détourné, sensibilisé aux indices en lien avec l'addiction, il n'est pas contourné. Il y a donc bien maximisation, il choisit l'option la meilleure en termes de valeur d'utilité, mais une valeur faussement amplifiée. Là où l'addict est *irrationnel*, et donc *malade*, anormal par rapport au reste des humains qui sont rationnels, c'est quand on regarde *ce* qu'il maximise, ses goûts exprimés par son choix. Le diagnostic d'addiction s'effectue en termes cliniques. D'autre part, il a souvent cette tendance à exprimer un désaccord par rapport à sa propre attitude, ce qui semble indiquer un décalage entre ce qu'il dit évaluer et ce que son choix montre, mais un décalage qui exprime une difficulté à mettre en accord ce qu'il pense à distance et ce qu'il fait sur le moment l'addict est irrationnel car il passe au-dessus des options qu'il préfère ou devrait préférer *à froid*.

La TCR en proposant un processus de choix par la comparaison de valeur et le choix de la plus forte offre un schéma que l'on peut conceptualiser sous la forme d'un mécanisme biologique de comparaisons d'entrées pondérées. Nous verrons que l'approche behavioriste de Herrnstein, en rendant le choix unitaire non dépendant d'une maximisation à chaque occurrence pose le problème de la façon dont on peut envisager un mécanisme pour en rendre compte. Nous verrons alors qu'on peut sauver la maximisation en posant la maximisation de quelque chose en termes subjectifs. Ainsi, le calcul est envisageable comme une maximisation mais l'utilité perd sa dimension idéale, objective, pour retrouver un caractère subjectif, faisant appel, comme chez Bentham, à des considérations personnelles, psychologiques. L'utilité devient la conséquence du fait que nous accordons de la valeur aux choses et de la

[243] Le BDMA intègre l'influence du *reward learning* nous aborderons ceci plus loin car il nécessite que nous voyions d'abord les théorie qui remettent en cause la rationalité de la TCR, de la maximisation, puis la réintégration du concept de maximisation avec une séparation nette entre récompense et utilité. L'idée d'une maximisation *de quelque chose* en lien avec les raisons de l'addict et son apprentissage des récompenses.

façon dont nous apprenons à leur en accorder. Il n'est pas nécessaire d'envisager que nous suivons des normes rationnelles objectives idéales dans chacun de nos choix ; ils peuvent s'en écarter sans être pathologiques. Ils sont bien cependant des transgressions, par la personne de ces normes objectives. Ces normes sont celles que *doivent* suivre le choix dans le BDMA et la TCR, elles sont des idéaux éventuellement atteignables dans la rationalité limitée, quand ce que nous maximisons dans nos choix se trouvent correspondre à ces normes.

2) L'irrationalité de l'addict du BDMA est un dysfonctionnement

La règle qui est bafouée par l'addict est celle, générale, et collective du maintien de l'homéostasie, de la fitness, plus généralement du «bien vivre», qui reste peu définie si ce n'est qu'il *vaut* mieux rester en bonne santé longtemps que prendre un plaisir limité à court terme et souffrir plus tard voire mourir. Il est donc rationnel de vouloir vivre en bonne santé longtemps, la santé constituant un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité, selon la définition de l'OMS. Dans le BDMA, ce qui est irrationnel et qui justifie le terme de maladie c'est de ne pas se comporter selon une règle commune aux êtres vivants, une loi de la biologie de maintien de son homéostasie, de son intégrité physiologique : il n'est pas normal de ne se comporter de manière à ne pas *être en bonne santé.* Il ne peut exister de courbe d'utilité qui puisse justifier de ne pas vouloir survivre longtemps en bonne santé. Il existe des moyens différents d'être bien, mais la biologie pose des contraintes sur ce que cela signifie pour un organisme, cadre les possibles pour l'expression des *goûts*. Le BDMA n'accepte pas les

maximes de type «vivre vite mourir jeune, faire un beau cadavre»[244] ou «It's better to burn out than fade away»[245], il n'est pas normal de choisir un plaisir ou un bien-être intense maintenant au prix d'une diminution de l'espérance de vie. Sans entrer dans le débat, moral, autour de cette question particulière, on peut constater que le BDMA fait des choix, sans qu'ils soient d'ailleurs explicites ; ses orientation éthiques et morales sont présentées comme la normalité scientifique commune à l'espèce et la variation comme un motif de qualification de pathologie. Or ce ne sont pas des données biologiques qui marquent le diagnostic d'addiction, mais bien de considérations sociales, les difficultés de vie, relationnelles, judiciaires. Le préjudice est à la fois évalué en première personne et en troisième personne, selon des normes.

La TCR qualifie de rationnel le fait de maximiser son utilité selon sa propre fonction d'utilité et son propre mécanisme interne, ce qui compte c'est de voir ce qui est effectué et de trouver *en quoi* l'action est rationnelle pour l'individu. Le BDMA tente aussi de rationaliser le fonctionnement de l'addict, d'en donner des raisons, mais il porte un jugement normatif, en troisième personne, qui intègre les difficultés de fonctionnement par rapport à une norme de santé et ses diverses expressions sociales. On voit bien dans les dernières versions du DSM que la définition de cette norme repose sur des critères individuels et collectifs, le BDMA prend en compte le regard collectif sur l'individu et son intégration dans ce collectif mais cette dimension est à la fois celle des valeurs sociales et celle de valeurs naturelles non clairement définies qui les sous-tendent.

Becker est un digne représentant de l'approche égoïste de la maximisation par l'agent, pour l'agent, d'un bien-être qui est bien-être pour

[244]La maxime de James Dean est associée à *La Fureur de Vivre*, (*Rebel Without a Cause),* 1955 film de Nicholas Ray sur la jeunesse des année 1950 aux thèmes universels. La citation vient en fait d'un roman *Knock on Any Door* (1947) de Willard Motley qui sert de base au deuxième film de Ray avec Bogart et que James Dean à sans doute vu.
[245] Phrase extraite de *Hey Hey My My* de Neil Young

cet agent et selon cet agent. Le BDMA réintègre l'agent dans son environnement avec un soubassement commun naturel qui cadre ce qui est acceptable dans les limites de l'espèce. L'individu du BDMA est, selon ce qu'expriment ses choix, comme chez Becker, un individu maximisateur, mais le BDMA se donne le droit de qualifier ses goûts et d'inférer que le processus du choix est détourné. Cela revient à imaginer une expression automatique du comportement liée à l'addiction dès qu'il se présente en compétition avec un autre, au détriment de cet autre. Il a un passe-droit, un coupe file. L'agent exprime par ses choix une priorité donnée par son substrat biologique en désaccord avec ses goûts véritables. Son choix est rationnel, au sens de la maximisation, irrationnel au sens de la formation des préférences, de son apprentissage des récompenses.

Becker propose un addict rationnel et, en quelque sorte libre de ses choix, au sens où il est libre de choisir ce qui rationnellement lui apparaît le plus intéressant pour lui eut égard à ses préférences et au contexte du choix, mais s'il ne reste pas grande place à un quelconque organe décisionnel, à quelque chose comme une *volonté*, s'il suffit de suivre le résultat objectif d'un calcul, l'addict est au moins aussi responsable de ses actes que les autres. Il suit la raison, quand l'addict du BDMA suit par automatisme corporel, ce qui lui est imposé, en dépit de ce qui fait qu'un être humain peut être considéré comme *normal*. Quand l'addict rationnel suit des préférences qui sont siennes, et que *les goûts ne se discutent pas*, l'addict du BDMA, est considéré selon une échelle de valeur des goûts selon laquelle il est justifié de considérer certains de ces derniers comme contraire à ce qui caractérise les individus membre de l'espèce. L'addict du BDMA n'est pas assez rationnel pour avoir les bonnes priorités qui fixent ce qu'est la maximisation de *l'utilité*, il maximise irrationnellement, en visant un mauvais but, la preuve, il en souffre, vit une mauvaise vie et en meurt. Comme un ordinateur qui valorise l'un de ses fous au détriment de son roi, il ne peut

être tenu pour responsable ; c'est en quelque sorte son rapport au réel qui est impacté, ce qui retient de faire de l'addiction une psychose c'est que l'addict semble s'en rendre compte malgré tout. Il comprend, ressent, mais n'implémente pas. L'addict du BDMA est bien irrationnel mais en raison d'un dysfonctionnement, la norme de rationalité de la TCR est sauve à partir du moment où l'addict devient un cas pathologique.

3) Le BDMA est l'application compassionnelle de la TCR

Quand dans l'optique de la nouvelle économie classique s'il est question d'agir contre ce type de comportements, et il n'est pas sûr que pour Becker il faille faire quoi que ce soit, étant donné son aversion pour toute intervention du collectif sur les affaires individuelles, il faut le faire en agissant sur le coût (financier, social, pénal…). Le BDMA propose, grâce à son modèle biologique un nouveau levier d'action ; la perspective d'une prise en charge médicale, la possibilité d'agir sur ce qui chez nous calcule l'utilité, non plus simplement sur les paramètres extérieurs du choix, d'avoir à portée de main une solution rapide, efficace et scientifique, dit en termes Beckeriens, la possibilité de changer les courbe d'utilité des individus. La neurobiologie vise à montrer comment fonctionne le calcul de l'utilité, sur quel substrat biologique il se base, son mécanisme. Il permet alors d'envisager des possibilités d'intervention.

Pour comprendre le passage de l'approche économique à l'approche médicale du problème il faut revenir sur les conséquences pratiques de la première approche, historiquement, l'approche économique et son application dans la *War on Drugs*. Si les préférences sont stables, endogènes ou non, il suffit pour agir sur les comportements d'intervenir sur le calcul de

l'utilité. Cela ouvre alors une possibilité d'intervention politique sur le problème qui repose sur l'augmentation du coût induit par le comportement, ou le bénéfice associé à l'option adverse.

Les options de la TCR ont participé dès les années 1970, sous Richard Nixon à la mise en place de politiques punitives, rendant la consommation de substances moins bénéfique, soumise à des sanctions judiciaires, sociales, qui augmentent leur coût. Le néolibéralisme a nourri les politiques répressives de la *War on Drugs*. Ces politiques entretiennent une ambiguïté ; sont-elles punitives au sens de la justice rétributive, c'est-à-dire que l'addict a ce qu'il mérite. Il fait ce qu'on lui interdit de faire et est responsable de ses actes, ou sont-elles punitives au sens où il s'agit d'augmenter le coût de l'acte pour protéger la société, et l'addict lui-même de l'attrait de ces pratiques, comme semble le promouvoir la TCR ? De fait, les deux points se sont retrouvés alliés, l'aspect rétributif répondant à un orientation particulière de l'Amérique puritaine, l'autre, pratique, au pragmatisme politique et à l'imaginaire libéral porté par la nouvelle économie. Le versant puritain qui voit dans l'addiction une faillite morale et des arrières pensées politiques, ont orienté la réponse institutionnelle dans le sens de la hausse des coûts plus que de celle des bénéfices des options adverses ; la *War on Drugs* est une croisade[246].

[246] L'essayiste et journaliste Dan Baum a publié dans le Harper d'avril 2016 une citation de John Ehrlichman, proche conseiller de Nixon, selon qui la politique de *War on drugs* visait avant tout à lutter contre la gauche pacifiste, les hippies, et les noirs. Il avait recueilli ce commentaire en 1996 mais ne l'avait pas rendu public. La citation est récusée par les enfants de Ehrlichman, mort en 1999, mais a fait grand bruit car elle exprime quelque chose de la croyance populaire.

Vous voulez savoir ce qu'était vraiment cette [guerre contre la drogue] ? La campagne de Nixon en 1968, et la Maison Blanche de Nixon par la suite, avaient deux ennemis : la gauche anti-guerre et les Noirs. Vous comprenez ce que je dis? Nous savions que nous ne pouvions pas rendre illégal le fait d'être soit contre la guerre, soit noir, mais en amenant le public à associer les hippies à la marijuana et les noirs à l'héroïne, puis en criminalisant les deux fortement, nous pourrions perturber ces communautés. Nous pourrions arrêter leurs dirigeants, faire des descentes dans leurs maisons, interrompre leurs réunions et les vilipender nuit après nuit aux informations du soir. Savions-nous que nous mentions à propos de la drogue ? Bien sûr.»

John Ehrlichman, Assistant to the President for Domestic Affairs under President Richard Nixon in Baum, 2016.

Becker en libéral accompli[247] s'est aussi opposé, tardivement, à la War on Drugs, au début des années 2000. Il donne même une analyse du pourquoi la War on Drugs a été un échec[248]. Mais dans l'optique des gouvernements américains qui appliquent les théories libérales néoclassiques, la guerre vise à augmenter le coût, selon bien sûr leurs conséquences, leurs effets globaux, autre que sur la population d'addicts. Pour prendre un exemple extrême, une stratégie d'élimination physique, qui pourrait avoir les faveurs de la frange la plus radicale, aurait, sur la confiance dans les institutions, des effets négatifs, c'est pour cela qu'elle n'est pas souhaitable. De même, risquant leur vie, les addicts n'hésiteraient pas à faire usage de la violence face aux forces de police, avec un coût humain important. Or c'est exactement ce qui s'est passé avec la *loi des trois coups*[249], quand la prise en charge de l'addiction était moins médicalisée et relevait,

---

Les tensions communautaires sont une constante de la lutte contre la drogue aux USA. Le cannabis par exemple, est un enjeu au moment de la crise de 1929, les grandes exploitations agricoles emploient de la main d'œuvre mexicaine bon marché. Les ouvriers mexicains consomment la plante pour se détendre et la prohibition devient une façon de lutter contre cette concurrence sur le marché de l'emploi. Dès le début des mouvements de tempérance, et des actions contre les drogues, l'idée que celles-ci impactent l'efficacité des travailleurs est une des motivations de l'interdiction. Il s'agit donc d'une lutte contre un type d'individu plus que de faire en sorte que ces individus se sortent de leur situation. Voir McAllister, 2000 ; Murphy, 1990 ; Smith, 2018 ; Solomon 2020.

[247] Il est un vrai partisan du laisser faire et pense aussi que la meilleur des contraintes à imposer sur l'utilité d'un bien ou d'un comportement est une punition financière. Il a proposé une légalisation de certaines substances et parlé d'une défaite dans la War on Drugs.

[248] Becker, Murphy, Grossman, 2004 ; Becker, Grossman, Murphy, 2006.

[249] La *loi des trois prises* ou *three strikes law* est une disposition judiciaire présente dans plusieurs états des USA et qui permet ou oblige le juge à recourir à des peines de prison à perpétuité ou extrêmement lourdes pour tout prévenu à sa troisième condamnation, quel que soit le crime ou le délit. La loi d'origine est New Yorkaise et date de 1926 mais elles se sont répandues à partir de 1974. L'idée n'est pas tant de limiter la récidive que de se débarrasser des criminels. Ces lois ont évidemment touché particulièrement les addicts, les condamnations pour possession de drogue ayant tendance à se répéter. Pour ce qui nous intéresse, Edward Bunker, ayant lui-même eu une carrière criminelle avant de devenir auteur, montre dans son roman *Les Hommes de Proie,* comment cela conduit à des affrontements violents, souvent mortels. Les criminels, n'ayant rien à perdre, préférant affronter la police plutôt que de se laisser prendre. De fait ces lois d'inspiration à la fois néolibérale (au sens économique) et puritaine (au sens protestant religieux) si elles augmentent le *coût* de la récidive, ont aussi un coût humain important car elles rendent préférable la résistance violente même la plus désespérée.

pour certains milieux sociaux, entièrement de la justice, et c'est un des points qui a marqué l'échec de la politique de hausse des coûts de la War on Drugs.

Dans les années 1990, alors que le président Bush père avait amplifié les efforts de la guerre, l'arrivée de Clinton ne marque pas d'infléchissement majeur mais, la *Décennie du cerveau*, lancée en 1990 offre des perspectives pour envisager une prise en charge différente. La fin de la première décennie des années 2000 laisse entrevoir que la guerre semble irrémédiablement perdue[250]. Les progrès des neurosciences et les promesses du BDMA ont permis de sortir de cette impasse dans laquelle s'était trouvée la War on Drugs en proposant de nouvelles perspectives de prise en charge du phénomène sans avoir à renier les fondamentaux de l'imaginaire collectif de la nouvelle économie classique.

Le BDMA adopte, dans un cadre théorique identique, une approche plus humaniste, compassionnelle. Nora Volkow est par exemple à la fois présentée comme un général de la War on Drugs[251] et insiste sur le fait qu'il ne faut pas stigmatiser les addicts, qu'ils ne sont pas l'ennemi mais des victimes[252]. L'idée de protéger les addicts de la stigmatisation est très présente chez les promoteurs du BDMA, les effets ravageurs sanitaires de la War on Drugs ont considérablement marqué le champ. En France, par

[250] Le débat est féroce aujourd'hui. La War on Drugs est non seulement un outil pour l'interventionnisme américain mais elle est considérée comme une politique raciste d'Etat. Les récents aménagements de la loi sur la consommation du cannabis dans de nombreux états n'empêche pas que nombreux sont ceux qui considèrent que la guerre n'est malheureusement pas terminée. Voir par exemple le rapport de la Human Right Foundation THE COST AND CONSEQUENCES OF THE WAR ON DRUGS.
Voir aussi le rapport de la commission mondiale pour la politique des drogues qui s'ouvre ainsi : «La guerre mondiale contre la drogue a échoué. Avec des conséquences dévastatrices pour les hommes et pour les sociétés du monde entier. Cinquante ans après la création de la Convention unique sur les stupéfiants des Nations unies, quarante ans après le lancement de la guerre contre la drogue par le gouvernement américain du président Nixon, il est urgent de réformer les politiques antidrogues à l'échelle nationale et internationale.»
Rapport de la commission mondiale pour la politique des drogues

[251] Voir l'article de Zuger du 13 juin 2011 dans le New York Times sur Nora Volkow, *A General in the Drug War.*

[252] Voir Volkow 2020.

exemple, la politique de répression des drogues s'est un peu assouplie en raison de l'épidémie de SIDA. Comme aux USA, la pénalisation, la difficulté à se procurer du matériel d'injection et la paupérisation des addicts qui pouvaient les marginaliser au point de favoriser la prostitution ont été des facteurs aggravant de la diffusion de la maladie. Les arguments qui consistent à attaquer le BDMA sur le plan moral, l'accusant d'être déshumanisant ne prennent pas en compte les objectifs pratiques d'une meilleure protection des addicts contre la stigmatisation. Cette stigmatisation issue de jugements moraux d'origine religieuse a été à la fois l'origine de l'orientation punitive de l'interprétation de la TCR qui a donné la War on Drugs et s'est vue amplifiée par son application. Il faut, nous pensons, prendre au mot les revendications d'humanité des tenants du BDMA. Ce modèle a une approche médicale et conçoit l'addict comme un patient. Le BDMA assume un point de vue normatif sur ce que doit être l'utilité mais excuse ceux qui s'en éloignent. Le BDMA délivre l'addict de sa responsabilité mais, comme il s'inscrit dans la cadre de la théorie de l'action rationnelle, il le fait au prix de la pathologisation du phénomène, seul moyen de l'extraire de son champ d'application. Il part de l'idée qu'il est possible de réformer les addicts, c'est la grande idée de la psychiatrie quand elle prend en main les comportements moraux, elle vise à les expliquer mais aussi à les modifier, à réussir avec l'aide de la science là où la foi et la morale semblent échouer. Les neurosciences offrent ici un nouvel outil scientifique. Le BDMA semble en cela manifester une plus grande confiance dans la capacité de changement et de réforme, une plus grande confiance dans l'individu, dans la lignée des réformateurs libéraux et humanistes du XIXe siècle. Comme on l'a vu, la faute morale entre dans le champ de la pathologie et l'addict perd en responsabilité ce qu'il gagne en protection. On peut donc reconnaître au BDMA une différence fondamentale dans la prise en charge de l'addiction par rapport aux conséquences sur cette prise en

charge de l'analyse économique des comportements humains des néoclassiques. Quand, pour certains de ces derniers, les addicts le sont en raison de ce qu'ils sont, de leurs goûts et préférences, et qu'il s'agit de les contraindre en modifiant la distribution des coûts et avantages, le BDMA apporte une réponse médicale.

En appliquant les idées de la TCR, associée à une vision moralisatrice, on peut retrouver l'idée selon laquelle il y a de mauvaises gens et que la punition peut les dissuader de donner libre cours à leurs tendances naturelles. Dans le BDMA, l'addiction dépend bien de ce que sont les addict mais pas en tant que personnes, en tant qu'individus biologiques. La neurobiologisation porte l'espoir d'une intervention afin de guérir les addicts. Sous l'égide de la TCR, on peut envisager une modification des préférences par un traitement judiciaire, légal et moral. En acquérant des valeurs morales qui viendrait contrarier leurs dispositions, qui les rendraient coûteuses, de la manière dont peut être coûteuse la peur de la damnation éternelle, l'addict n'est pas transfiguré mais il peut s'amender. Cela ressemble au traitement moral des perversions et travers humains de notre tendance aux péchés, véniels comme mortels. Le BDMA partant d'une logique et de fondamentaux identiques propose une approche plus dépassionnée, moins morale, ce n'est pas l'âme, le goût ou la courbe d'escompte qui en rend compte qui doivent voir leur expression contrôlée par la modification des facteurs d'évaluation de coût, mais la machinerie. La chair est peut être faible mais cette faiblesse n'implique pas forcément de faillite morale, si l'addict accepte de renoncer à sa responsabilité, s'il accepte d'*être agi* par son propre corps, et s'il accepte de tout faire pour se soigner.

Le BDMA est profondément optimiste il vise à donner, dans le futur des solutions techniques à ce simple problème de câblage du substrat biologique, comme on intervient sur certaines malformations congénitales

ou des atteintes corporelles acquises qui seraient sinon irrémédiables. Il est l'héritier de la psychiatrie charitable. Mais son analyse du problème, la description qu'il utilise pour le cerner, la définition qu'il en donne repose sur les mêmes fondamentaux que le traitement en termes de coût de la TCR et d'une de ses applications, la War on Drugs.

Alors que Clausewitz[253] fait de la guerre la continuation de la politique par d'autres moyens et que Foucault renverse la relation, la politique étant la continuation de la guerre[254], dans le cas qui nous occupe, le BDMA est la continuation de la lutte contre la drogue, la continuation médicale de la stratégie guerrière, punitive, de hausse des coûts, suite à l'échec de cette dernière, mais toujours selon la théorie du choix rationnel et l'approche de la nouvelle économie classique des comportements humains. Le BDMA existe par des institutions qui croient en la TCR, dont le logiciel de pensée est la TCR et d'où elles émergent. Le BDMA est l'expression de structures comme le NIH, le NIDA dont l'origine, les financements, viennent des budgets de la War on Drugs et interprètent les faits de sciences toujours en relation avec ses axiomes, comme celui de la rationalité forte. Le décalage d'avec les faits, l'épidémiologie et sa dimension descriptive imparfaite au bénéfice de concepts axiomatiques idéalisés, marqueurs de cette origine lui causent aussi les difficultés qu'il rencontre. Les données des sciences sont ce qu'elles sont, mais sa modélisation est inadaptée à cause de ses engagements théoriques, ou, au moins, il est possible d'en proposer une autre, à partir du moment où ses engagements sont identifiés, comme nous venons de le faire, et sur la bases d'autres engagements théoriques, comme nous allons voir.

[253] Clausewitz, 1832.
[254]«Le pouvoir, c'est la guerre, c'est la guerre continuée par d'autres moyens. Et à ce moment-là, on retournerait la proposition de Clausewitz et on dirait que la politique, c'est la guerre continuée par d'autres moyens.» Foucault, 1997, p. 15-16.

Il faut reconnaître au BDMA qu'il protège théoriquement l'addict des politiques répressives et que c'est l'un de ses objectifs assumés. Il le fait en s'éloignant d'une certaine tradition des sciences humaines qui rend compte des comportements par leur rationalité. La psychiatrie a une familiarité avec l'irrationalité et le BDMA met l'addiction dans le champ des phénomènes atypiques de la psychiatrie, phénomènes qui en relèvent de par leur anormalité, leur irrationalité, la difficulté qu'ils nous posent pour en extraire la rationalité. La rationalité peut être totale dans le normal, elle est absente dans le pathologique. Cela heurte évidemment les approches qui défendent une forme de rationalité et d'explication des phénomènes sociaux par leur sens. Les critiques adressées au BDMA comme à l'approche rationnelle de l'économie s'appuient très largement sur leur attitude hégémonique et leur anthropologie, comme nous l'avons vu chez les très différents Heyman, Peele et Fingarette.

4) Un individualisme particulier

La TCR et le BDMA partagent une origine commune dans leur approche anthropologique, issue d'une même forme de l'individualisme méthodologique. Au moment de la révolution marginaliste du XIXe siècle, ceux qui suivent Walras (qui deviennent les néoclassiques) feront leurs deux des trois préceptes de l'individualisme méthodologique, le principe de Popper-Agassi[255], qui affirme que les individus et eux seuls, pas les corps constitués d'individus, ont des intérêts et poursuivent des buts, et le fait que les sociétés évoluent par l'action des individus qui en sont les constituants. Ce sont des points fondamentaux qui les distinguent notamment des marxistes, plus holistes, historicistes. Mais, l'école autrichienne, qui suit

[255] Joseph Agassi est un élève de Karl Popper, voir Agassi 1987.

Menger, suit aussi le troisième principe de l'individualisme, celui qui renvoie les explications de tous les phénomènes sociaux à des explications faites en termes qui se rapportent à l'individu, particulièrement ses *raisons*[256] , Cette pensée, l'*individualisme méthodologique*[257] et sa méthode, la *praxéologie* sont absolument fondamentale pour comprendre les oppositions à *l'homo economicus* néoclassique, notamment le refus d'un modèle unique de comportement, et l'absence de liberté individuelle qui lui est liée.

Les néoclassiques ne suivent pas ce dernier principe. L'action humaine suit des lois généralisables exprimables en termes mathématiques. Le réel est assimilé aux modèles idéaux mathématiques. La seule loi étant que chaque individu fait ses choix selon la loi de la maximisation de l'utilité. L'intériorité est mécanisée chez Becker, elle prend la forme des fonctions d'utilité qui suivent une norme de maximisation qui est ubiquitaire, qui n'a pas son origine dans l'individu. Dans le BDMA, le garant de ce suivi est un système biologique qui implémente cette norme. Le BDMA a bien intégré des pans de la psychologie, particulièrement la psychologie cognitive des sciences cognitives, il existe donc bien un rapport aux raisons, mais ces

[256] C'est le rapport fondamental à l'action humaine que l'on retrouve chez Mises, le renvoi premier au choix volontaire d'un individu. Ludwig von Mises, élève de Menger, dans Human Action : A Treatise on Economics, en 1949, traité qui résume bien la pensée viennoise, et malgré de vraies différences, celle de Menger et de ses successeurs directs,part de la primauté de l'action et de l'impossibilité logique de nier que l'homme agit car cette négation est en soit une action. Puis, de là, montre comment se constitue toute la théorie économique. L'action sous-entend des fins, des moyens pour y arriver, la causalité, l'incertitude quant à ses débouchés, la notion de préférence temporelle, le risque, les coûts etc. Pour Mises l'économie est la science de l'action humaine et n'a de sens que si elle tend à observer et déduire les lois économiques qui, comme tout fait économique, ont comme origine causale, une action humaine, un choix volontaire.

[257] L'appellation est de Schumpeter, un économiste que Mises a fréquenté lors de son exil américain et avec lequel il fut le plus souvent en désaccord malgré leur proximité idéologique. Schumpeter emploie cette expression pour distinguer individualisme méthodologique et politique, sous l'influence de Max Weber. L'idée que les sociétés soient constituées d'individus et ne soient des entités qu'au sens nominaliste du terme est ancienne. On la trouve chez Mill notamment. Mais Menger, qui parle d' *atomisme*, formalise la méthodologie. L'individualisme méthodologique est donc avant tout une notion d'économiste qui caractérise l'école autrichienne. Il est partagé, en partie par d'autres courants mais sous des formes différentes.

raisons sont d'une part rapportées au substrat biologique qui en est responsable fonctionnellement, elles lui sont réduites, c'en est au moins le projet et d'autres part ces raisons sont supposée rationnelles si elles suivent certaines normes présentées comme objectives, idéales, comme la santé. On ne juge pas de la rationalité d'une action selon les raisons de l'addict mais selon les raisons qu'il devrait avoir, implémentées en lui mais qui ne lui sont pas personnelles. C'est pour cela que son individualisme méthodologique s'apparente in fine à cet individualisme incomplet en opposition à l'individualisme des viennois par exemple, les raison perdent le contenu personnel de la raison, qui revient à un supposé mécanisme générique qui est le même dans tous les individus de l'espèce qui doivent suivre des normes dont ils ne sont pas directement à l'origine

Cela ouvre la perspective d'une critique du BDMA et de la TCR qui se revendique aussi de l'individualisme méthodologique, mais sous sa forme complète. Quand Fingarette se place sur le plan moral, s'appuie sur une anthropologie philosophique complexe, explicite et anti individualiste. Peele défend parfois l'approche plus holiste d'un certain type de sciences sociales[258]. Mais dans la tradition des sciences humaines, dans le cadre d'une réflexion individualiste, il existe aussi une opposition entre les tenants de la rationalité stricte, à la Becker et ceux qui défendent une rationalité *limitée*. Ces derniers admettent les comportements qui s'éloignent de la norme de rationalité, et proposent alors des modèles d'addiction où cette dernière est vue comme un désordre du choix. Le choix à l'œuvre dans le phénomène ne suit pas la règle de maximisation de l'utilité. La critique du BDMA par Heyman, et son explication de l'addiction comme choix suboptimal en lien avec un contexte environnemental particulier qui présente une structure de

[258] Comme on l'a déjà vu avec Fingarette, Peele intègre à sa pensée des auteurs qui semblent, quand ils sont observés en détail, plutôt incompatibles avec ce qu'il revendique. Il intègre d'ailleurs la question du coût pour modifier les comportements dits addictifs, et d'autres notions que Becker ne renierait pas. Il semble défendre un point de vue individualiste par moment mais s'inscrire dans une tradition holiste.

choix qui entraîne l'addict vers une solution *dans l'absolu* peu efficiente sont directement liées au champ de la rationalité limitée, et reposent sur des recherches de psychologie à visée scientifique qui s'opposent frontalement à Becker et à la théorie du choix rationnel[259]. Elles relèvent d'une tradition qui remonte à la psychologie behavioriste, particulièrement à son héritier moderne le plus influent, Richard Herrnstein, qui dénie à l'économie d'avoir su expliquer le comportement humain et qui pose le problème dans les termes d'une psychologie qui se revendique scientifique. Tout en étant aussi individualistes, à la différence de Peele et Fingarette, elles relèvent il nous semble d'un autre individualisme que Becker et le BDMA et actualise la différence entre approche psychologique et approche économique impérialiste (au sens non péjoratif que revendique Becker) du comportement humain.

d) Economie, psychologie et comportement

Historiquement, l'émergence du néoclassicisme économique et l'addict de la théorie du choix rationnel forment le contexte d'émergence du BDMA, qui perpétue l'anthropologie néoclassique dans son expression neurobiologique, à la lumière de la révolution technique et scientifique de la fin du XXe siècle. Il existe cependant une tradition opposée à la théorie du choix rationnel, notamment dans la continuité d'une prise au sérieux des mise en garde de Von Neumann et Morgenstern et plus généralement d'une approche moins idéaliste que celle de l'économie qui se revendique descendre de la théorie des équilibre de Walras. Elle fournit le socle dont se nourrit la critique du BDMA tout en constituant, à certains égards, une

[259] Même s'il existe un courant de de ce type de psychologie qui renouvelle l'idée de la rationalité des choix sous une autre forme que la théorie du choix rationnel.

influence notable des travaux des neurosciences sur lesquels il se fonde et que le BDMA organise et interprète dans le cadre d'une anthropologie qui vient de la nouvelle économie classique. Il faut alors ici bien distinguer les travaux scientifiques issus des neurosciences sur l'addiction et leur interprétation dans le cadre du BDMA. Pour traiter de cette tradition opposée à la théorie du choix rationnel, il est nécessaire de revenir sur un point important que nous avons évoqué concernant cette théorie et Gary Becker. Ce dernier se revendique comme défendant l'impérialisme économique, la prise de pouvoir totale de l'économie sur tout ce qui a trait au comportement humain et aux faits sociaux. Cela renvoie aux relations difficiles entre psychologie et économie, deux disciplines qui ont pour vocation de traiter des comportements et dont les relations complexes forment le cadre des oppositions conceptuelles et théoriques qui nous intéressent.

On trouve donc, après Becker, des approches qui revendiquent leur proximité avec la théorie du choix rationnel et des approches qui la rejettent, celles-ci se trouvent dans le giron de la théorie dite de la rationalité limitée. La première des différences que l'on peut constater entre ces deux familles est leur rapport à la psychologie. La théorie du choix rationnel refuse de frayer avec cette dernière, qu'elle pense pouvoir réduire à ses propres concepts, elle entend rendre compte de tout le spectre des comportements humains et donc représenter par elle-même tout le champ des sciences humaines, psychologie incluse. On peut voir tout de même une grande proximité entre les théories du réflexe[260] et ces théories rationnelles. Elles se situent certes aux deux pôles évoqués par Descartes, celui de

[260] Les théories du comportements dites du réflexes sont à la fois celles de type Pavlov, qui portent sur un réflexe en tant que réponse automatique à un stimulus et celles du comportement opérant de Skinner qui traitent, selon ses termes des comportements "contrôlés par leurs conséquences».

l'automatisme corporel et celui de la raison, mais il n'est nulle part question de choix. Que la réponse rationnelle soit assise sur un substrat biologique et que cela revienne à une forme de réflexe qui ferait appel à un calcul plus ou moins automatique effectué par les fonctions cognitives est une possibilité que Becker et ses continuateurs n'infirment ni ne confirment *a priori*, tant que la réponse *est* rationnelle. Rendre compte du mécanisme qui actualise la réponse rationnelle peut-être laissée à la biologie, mais le mécanisme est le moyen par lequel s'exprime la rationalité qui est première pour rendre compte du comportement. La TCR qui explique le comportement par la maximisation s'oppose en de nombreux points aux théories du renforcement, du conditionnement opérant de Skinner, l'environnement n'ayant qu'un rôle accessoire. Il sert de contexte au calcul, ce qui est premier c'est la maximisation de la fonction ; c'est cela qui est appelé «suivre la raison», la maximisation.

Les théories faisant appel au renforcement sont d'un autre genre. L'effet renforçant de l'environnement est premier, la maximisation est avant tout la maximisation *du renforcement*. Le contact avec l'environnement renforce ou au contraire affaiblit le comportement exprimé, il forge la réponse comportementale des individus qui, cependant, cherchent bien à maximiser les plaisirs et minimiser les peines ; le behaviorisme reste bien utilitariste, benthamien, mais la définition de l'utilité est différente. Ces théories du comportement opérant, renforcé par ses conséquences, que l'on doit à Skinner, descendent des théories du réflexe pavlovien. Elles se situent, du côté de l'automatisme corporel du pôle cartésien. Leurs ancêtres, qui proposaient un schéma stimulus/réponse, comme chez Pavlov ou Watson, faisaient du comportement une réponse à un stimulus immédiat. Skinner le voit comme une anticipation de la récompense ou de la punition qui est envisagée comme découlant d'une situation immédiate. Le renforcement est téléologique, la cause du comportement est finale, il vise la récompense

attendue et la maximisation de l'utilité est entendue comme maximisation de la récompense[261]. Néanmoins, malgré leurs différences, que la cause soit finale ou efficiente comme dans le réflexe où le stimulus cause la réponse comportementale, il s'agit de modèles causaux, où le comportement dépend de facteurs extérieurs, et d'un calcul des peines et des plaisirs. De fait, l'utilité de la théorie du choix rationnel est, selon Herrnstein aujourd'hui équivalente au concept de renforcement de la psychologie comportementale[262].

Les théories de l'addiction qui ont une proximité avec ces modèles se retrouvent dans le cadre du BDMA, qui tente d'intégrer l'automatisme corporel quel qu'il soit. La notion de renforcement est largement utilisée dans le BDMA. Dans une certaine mesure, les approches qui insistent sur la force de l'environnement dans la détermination des comportements des addicts font de même. La primauté donnée au substrat biologique ou au contexte social dans l'origine causale du déterminisme qu'elles expriment constitue le point fondamental de leurs divergences mais leur proximité avec les théories du comportement réflexe ou renforcé les rapproche. Les modèles causaux purement sociologiques ont un fort air de famille avec les théories du renforcement et d'un point de vue purement mécaniste, seul le niveau de lecture semble les différencier, malgré la forte opposition qui se manifeste et la franche hostilité qui s'exprime contre l'hégémonie des modèles biologiques, il faut remarquer tout de même que le déterminisme strict que partagent ces théories ne varient que du point de vue du cadre d'interprétation et, surtout, par rapport à la primauté de l'individu sur le social. D'autre part, le BDMA et les théories économiques, celle du choix rationnel comme de la rationalité limitée, partagent une approche

[261] C'est un raccourci, mais les rapport entre récompense, plaisir, utilité et leurs définitions sont complexes voir confus, au sein même de ces disciplines. Cette approximation suffira pour notre introduction.
[262] Herrstein *The Matching Law* 1997, p226.

individualiste (avec des différences notables). Les théories sociohistoriques peuvent s'en écarter et prôner une forme de holisme.

Enfin, l'économie de la TCR est fondamentalement déductive, la théorie est première. Le BDMA, plus influencé par les sciences fondamentales et une certaine psychologie, est naturellement plus inductif dans sa démarche. Pour le BDMA, il existe des comportements qui ne paraissent pas rationnels, il faut en rendre compte, il n'y a pas de résistance *a priori* à cette irrationalité. Mais, il conserve, dans son interprétation, la validité de cette idée de normalité des comportements rationnels dont il partage la définition avec l'économie, il doit donc créer une catégorie à part pour ces comportements irrationnels. La pathologie semble alors une solution logique et commode pour d'une part sauver la norme rationnelle, et prendre en charge l'anormalité irrationnelle, la pathologie est la traduction médicale de l'anormalité.

Cependant, il existe une autre façon d'envisager les choses, déjà vu chez Heyman par exemple, qui consiste à nier que cette rationalité-là soit la norme. C'est ce que l'on va voir en nous intéressant d'une part à la psychologie behavioriste moderne et à la rationalité limitée. Ces approches sont elles aussi utilitaristes mais plus viennoises que walrasiennes, la formalisation mathématique s'appuie sur une base empirique qui décrit les phénomènes, suivant en cela les conseils de Von Neumann et Morgenstern, la psychologie des agents revient au centre des questionnements sur le choix.

Chapitre III. Le type de choix qu'est l'addiction.

Nous allons maintenant aborder les bases théoriques d'une conceptualisation de l'addiction comme un choix qui propose une alternative à l'addiction rationnelle et au BDMA compatible avec la biologie. Une alternative moniste, matérialiste et individualiste qui postule la possibilité d'un réductionnisme prudent, au sens où il est un projet, à valeur heuristique, et ne prétend pas (encore) avoir réellement réduit quoi que ce soit au point de pouvoir se passer des autres niveaux explicatifs, au moins comme base de travail. Les théories sur lesquelles nous allons nous fonder sont des théories du choix, d'origine behavioristes.

Les behavioristes héritiers de Herrnstein sont associés au courant de la rationalité limitée qui associe psychologues et économistes non conventionnels, au sens où ils s'opposent à l'idée de l'*Homo Economicus* et à la rationalité forte qui lui est associée. Herrnstein a posé les conditions de la compréhension de l'addiction comme un choix distribué, succession de choix unitaire, qui s'éloigne de la norme de maximisation de l'utilité telle que défendue par la théorie économique du choix rationnel. L'addiction apparaît alors comme un choix intertemporel, entre des options étendues dans le temps.

Cependant, nous ferons l'hypothèse que s'il s'avère que la récompense n'est pas maximisée dans nos choix, il nous faut sauver une maximisation de *quelque chose*, comme l'entend Rachlin. La TCR en proposant une maximisation peut s'accorder avec des processus du choix dans lesquels il s'agit de comparer deux options selon une valeur. En réintroduisant une maximisation *pour l'agent*, il devient possible d'envisager un processus

biologique pour cette comparaison, comme le fait le BDMA. Il nous faut alors rendre compte de ce *quelque chose*, et c'est chez Ainslie que nous trouverons une formalisation qui selon nous rend justice à une description de l'addiction comme d'un choix contre nos intérêts, La rapprochant de l'akrasie, qui donne un mécanisme pour l'attribution de la valeur qui est maximisée tout en étant compatible avec la biologie.

1) Processus du choix

Ces théories commencent par faire équivaloir récompense et utilité et remettent en cause l'idée de la maximisation rationnelle systématique. Herrnstein propose avec sa *matching law* un loi fondamentale du comportement humain qu'il nous semble nécessaire de prendre en compte. Il montre que les animaux, nous compris, ne maximisent pas forcément la récompense dans les choix. A sa suite, l'idée de maximisation a été réintroduite, en séparant récompense et utilité, on maximise bien quelque chose dans nos choix, mais ce quelque chose dépend de ce que l'on y met, de la valeur que l'on accorde aux choses. Nous verrons comment cette idée a été reprise par un courant des neurosciences, le *reward learning* qui montre que ces propositions sont compatibles avec la biologie. Enfin, nous verrons que ces théorie permettent de rendre compte de cette impression d'avoir deux systèmes, l'un cognitif qui semble être notre raison et l'autre viscéral qui exprime nos passions, nous nous intéresserons à une formalisation à deux systèmes, celle de Kahneman et Tversky qui va nous servir de base pour définir ce qui se trame dans l'addiction. Cependant leur théorie reste attachée à une forme de rationalité qui est la rationalité classique en

économie, elle entre en tension avec certains prérequis du *reward learning* et est dualiste quand les données les plus récentes laisse entendre qu'il n'existe qu'un système du choix. Mais certaines de leurs propositions nous paraissent pertinentes et pouvoir être intégrées dans un modèle à une seule monnaie pour l'utilité[263] et continuiste au sens où, à la différence de Kahneman et Tversky, nous ne considérons pas l'être humain comme en dehors du règne animal. Cependant, elle permet de voir comment nous pouvons planifier à long terme en nous référant aux normes de rationalité collectives, de la raison raisonnante, de la logique, et comment nous pouvons aussi céder à des intérêts immédiats qui contreviennent à cet idéal de rationalité. C'est avec Ainslie que nous trouverons les ressources pour concilier ces deux *modes* dans un seul *système*, à une seule monnaie.

a) Richard Herrnstein l'addiction comme choix distribué

1) Qu'est-ce qu'un choix ?

L'introduction de l'ouvrage présentant les travaux de Herrnstein sur la *matching law*[264], ou «loi de correspondance», s'ouvre sur ces mots :

> La *Matching Law* de Herrnstein est une théorie du choix ; elle considère la vie en termes de choix. Selon la *Matching Law*, cependant, un choix n'est ni une décision interne ni un résultat isolé d'un processus de décision interne ; un choix est plutôt un taux d'événements manifestes étalés dans le temps.[265]

[263] L'expression de *monnaie unique* vient de Montague & Berns 2002, suites aux expériences qui montrent que l'on retrouve chez l'homme les résultats avancés par Schultz chez le singe pour différents types de récompenses (Delgado et al. 2000).
[264] Herrnstein, *The Matching Law* 1997. Richard Herrnstein avait entamé la rédaction de cet ouvrage puis, en 1994, se sachant condamné il s'adjoint les services de Howard Rachlin et David Laibson pour achever sa conception. Le livre est basé sur ses articles.
[265] Herrnstein, *The Matching Law* p.1.

Herrnstein fut l'élève de Skinner et il reprit la direction du célèbre *Pigeon's lab* de ce dernier à Harvard. Il rompit avec la théorie du renforcement skinnerien qu'il associe aux théories du réflexe[266], à la *réflexologie*, initiée par Descartes et, ensuite, avec le concept de comportement rationnel basé sur la maximisation. Herrnstein ne situe l'explication du comportement ni du côté du réflexe, ni de celui de la *raison*.

Son approche du comportement est dite *molaire,* à la différence de Skinner qui aurait une approche plus moléculaire, c'est-à-dire portée sur les comportements pris un par un avec l'idée d'une nécessaire continuité temporelle, une contiguïté, entre le comportement et le renforcement. L'approche *molaire* repose sur les corrélations trouvées au sein de regroupements, des *patterns* formés par les stimuli, les comportements et les renforçateurs observés sur des périodes étendues dans le temps, où ces éléments ne sont pas forcément dans des relations de proximité temporelle [267]. Il s'intéresse à l'ensemble des occurrences de choix sur un certain laps de temps, à plus grande échelle. Pour lui, les choix individuels ne sont pas optimaux et le renforcement associé aux options d'un choix, est directement observable quand le choix est répété. C'est l'idée de la *matching law* qui va nous fournir un autre contexte théorique pour rendre compte de l'addiction.

[266] Herrnstein est un pur héritier de Skinner mais en fut un critique convaincu. Il reproche à Skinner son attirance pour l'accumulation de cas individuels au détriment d'un travail plus général sur les moyennes de ces cas et, plus généralement, pour sa méfiance pour la théorie et les lois. Herrnstein est convaincu qu'il existe des lois invariantes qui guident les traits et les comportements humains, que l'on peut ouvrir la boîte noire et en exprimer le contenu sous forme de lois. Il exprime ce point de vue avec une grande clarté dans *The Bell Curve*, livre polémique sur l'intelligence (qui fut son sujet de prédilection pendant de nombreuses années) écrit avec Charles Murray et qui sera publié après sa mort. Le livre fit scandale, et reste aujourd'hui sulfureux, accusé de défendre l'existence de différences notamment inter-raciales au niveau de l'intelligence ; d'être profondément raciste.
[267] Rachlin, H. «Teleological Behaviorism», *The Behavior Analyst,* 36, 2013, p.209-222.

Herrnstein observe que le taux de récompense attendu pour un comportement donné est directement corrélé au nombre d'occurrence de ce comportement. A l'inverse, le taux d'occurrence du comportement dépend du taux de récompense associé. La matching law stipule que, si sur un laps de temps donné il est possible de choisir plusieurs comportements, l'animal se comportera de telle manière que chaque activité sera choisie en proportion exacte de la valeur d'utilité, de récompense[268], que l'animal tire de ce choix.

Il est impossible de déterminer sur la base du caractère renforçant de chacune des options en concurrence laquelle va être choisie ponctuellement, par contre, sur une période de temps donnée, le rapport des choix individuels pour chaque option en présence est exactement le rapport de leur pouvoir renforçant. Si une option amène deux fois plus de récompense que l'option adverse, elle sera choisie deux fois plus souvent. On ne peut pas savoir comment un joueur de football va tirer un pénalty mais, sur le long terme, on peut déterminer la proportion relative à chaque type de tirs en fonction de leur renforcement (par le but) respectif.

Le comportement suit bien le renforcement mais sur le long terme ; comportement et renforcement *matchent*. Chez le pigeon, le rat, le singe, l'homme[269]… en faisant varier le taux de renforcement d'une option (le

[268] Herrnstein utilise ces termes comme synonymes. Nous verrons que l'identification de l'utilité à la récompense ne va pas sans problème.

[269] Staddon remarque que les données sur l'animal sont très nombreuses mais que celles sur l'homme sont plus rares et d'un autre ordre. Quand les animaux sont soumis à des renforcements qui sont représentés par des quantités de nourriture alors qu'ils sont affamés, une récompense importante en ce qu'elle représente la possibilité d'obtenir leur ration de nourriture nécessaire, les humains sont eux soumis à des protocoles mettant en jeux de faibles sommes d'argent pour des sessions courtes de l'ordre de la demi heure. Même si Staddon est assez critique vis-à-vis de Herrnstein, il est en effet plus proche de Hull que de la tradition skinnerienne, il remarque cependant qu'il s'agit là d'un exemple dans lequel les modèles animaux permettent d'obtenir des informations extrapolables à l'humain dans des des conditions impossibles à reproduire, pour des raisons éthiques notamment, chez l'homme. Voir Staddon, 1992. Staddon fait partie de ces psychologues qui défendent la rationalité du choix au sens où il existe bien une maximisation, ce que réfute Herrnstein. Ce courant en psychologie à émergé à partir des travaux de Herrnstein, autour de chercheurs comme Rachlin, qui est un des étudiants de Herrnstein, et éditeur du recueil

nombre de pressions sur un levier ou une touche qu'il faut pour obtenir de la nourriture, le nombre de morceaux de nourriture obtenus par pression, la quantité d'argent etc.) et en mettant en concurrence des options aux taux de renforcement différents, Herrnstein a constaté que le taux relatif de sélection de chaque option dans le choix (c'est-à-dire, par exemple, le nombre de fois que chaque levier ou touche est pressé) est égal au taux relatif de renforcement obtenu par le sujet conséquemment au choix de ces options ; ces taux relatifs correspondent, ils *matchent*.

Herrnstein a d'abord élaboré cette loi à partir de choix à deux options, dites symétriques (deux leviers donnant de la nourriture à des taux différents) en faisant varier au laboratoire les taux de renforcement. Puis il l'a vérifiée pour les choix dits asymétriques (un levier seulement). Le temps passé à presser le levier *matche* avec le taux de renforcement[270].

Herrnstein a ensuite sorti sa *matching law* du laboratoire en s'intéressant à des comportements en milieu naturel, puis aux choix humains et donc aux comportements étudiés par l'économie.

En général l'hypothèse de la maximisation et celle de la matching law coïncident, mais il existe des cas spécifiques où elles divergent. Ce sont ces situations qui posent problème à la théorie du choix rationnel qui n'arrive plus à prédire les comportements observés, qui paraissent alors *irrationnels*. Les comportements ou les agents vont par exemple ponctuellement contre ce qu'ils considèrent être le meilleur choix dans l'absolu. La *matching law* arrive à en rendre compte sans nécessiter d'adaptation théorique comme les

d'articles précédemment cité. La controverse qui les a opposés n'enlève rien à l'influence de Herrnstein sur cette mouvance et sur la psychologie en général.

[270]La relation entre le choix asymétrique et symétrique à longtemps été un problème en biologie comportementale, on n'arrivait pas à expliquer l'un par l'extension de l'autre : le choix entre deux opportunités n'est pas l'extension d'un choix unique «fois deux». Herrnstein unifie les différentes situations de choix sous une seule loi, en faisant, une fois étendue à l'humain, selon les termes de Rachlin, «une loi empirique générale de la psychologie». Typiquement le genre d'objet intellectuel rejeté par Skinner.

constructions auxquelles fait appel la théorie du choix rationnel. L'addiction est justement l'une de ces situations et elle permet de plus à Herrnstein de poser la question du *self-control*. Elle n'est alors certainement pas un choix *in fine* rationnel mais la conséquence d'une perturbation du choix qui conduit à une moins bonne efficacité en termes d'utilité acquise, à un choix suboptimal. Nous sommes donc des êtres possiblement rationnels mais nous prouvons, souvent, que notre aptitude à la rationalité est limitée. La *matching law* et la *mélioration* qui en est le mécanisme *moléculaire*, celui qui entre en jeu dans les choix individuels, rendent compte de cette tendance aux choix suboptimaux observée dans l'espèce humaine, mais aussi chez de nombreux autres animaux. Nous allons voir plus en détail la *matching law* et la *mélioration*, puis nous présenterons la théorie du *Primrose path* qu'il a développée avec Prelec, pour rendre compte de l'addiction.

Les héritiers de Herrnstein, malgré l'échec à effectivement rendre compte de l'addiction du *Primrose path*, ont cependant su tirer profit de la *matching law*. Aujourd'hui elle s'est imposée comme une étape historique incontournable du développement des théories de la rationalité limitée et une des lois fondamentales du comportement qu'il nous faut prendre en compte pour comprendre l'addiction.

i) La *Matching law*

La *matching law* s'exprime ainsi :

$$Rx/(Rx + Ry) = Rfx/(Rfx + Rfy)$$

Avec Rx et Ry les taux de réponse de procédures ayant des taux de renforcement respectifs Rfx et Rfy[271].

[271] Ou : Bx/By= Rx/Ry : le ratio des fréquences de deux comportements est égal au ratio des renforcements qu'ils procurent ; voir Herrnstein 1982 repris au chapitre 4 de *The Matching Law*.

Herrnstein la met en évidence dans le cadre de procédures de renforcement qui se définissent comme étant des procédures durant lesquelles un renforçateur, une récompense au sens large, est délivré à un animal selon des règles strictement établies qui définissent le comportement récompensé, le type et la quantité de récompense. Skinner et ses étudiants ont déterminé plusieurs types de procédures de renforcement, qui varient selon différents paramètres. Par exemple, il existe des programmes de renforcement où la récompense est délivrée après un certain événement. Si le temps qui sépare la possibilité d'un nouvel événement récompensant et récompense précédente ne varie pas, ces procédures sont dites à intervalle fixe, s'il varie, elles sont dites à intervalle variable. D'autre part, le nombre de réponses émises par l'animal peut varier. Ensuite, on peut ajouter des délais variables entre les récompenses, ou la nécessité d'effectuer le comportement un certain nombre de fois sans qu'il soit récompensé, entre deux comportements suivis d'une récompense, etc. Les procédures ont ainsi été complexifiées mais le comportement opérant doit être, selon Skinner[272], un comportement relativement simple et répétable. Ainsi, la fréquence de répétition de ce comportement est considérée comme un indice de la force du conditionnement et est un paramètre essentiel.

Herrnstein propose pour la première fois l'équation de la matching law en 1961[273]. Il lui faudra 15 ans, ensuite, pour l'étendre à d'autres espèces,

[272] Voir Skinner, 1938, 1966a et b, 1986 ; Killeen & Hall 2001 ; Staddon & Cerutti 2003.
[273] Herrnstein a d'abord montré (Herrnstein, 1958) que la fréquence relative de sélection de chaque touche est une «proche approximation» du nombre minimum de sélection de chaque touche requis pour obtenir la nourriture. Il a repris un protocole mis en place par Skinner & Ferster, 1957. Les pigeons ont accès à deux touches (des cercles de plastiques) et reçoivent de la nourriture quand ils ont picoré une touche un certain nombre de fois, défini à l'avance. Il met donc en concurrence pour le pigeon deux touches susceptibles de lui offrir de la nourriture mais nécessitant un nombre différent de réitérations d'un comportement. Pour Herrnstein, cette étude n'apporte des informations que sur ce qui se

dont l'espèce humaine et d'autres situations en s'appuyant sur plus d'une quarantaine d'expérimentations extrêmement variées. La *matching law* est alors étendue à différents types de choix, de deux à *n* alternatives concurrentes, à commencer par les situations où il s'agit de faire, ou non, quelque chose, non plus de choisir entre deux ou plus alternatives.

Avec De Villiers[274], Herrnstein pose alors le principe selon lequel tout comportement est un choix, entre faire ou ne pas faire quelque chose. Les situations de choix symétriques (*a* ou *b* ou *c* ou ...) et asymétriques (*a* ou ¬*a*) sont ramenées à un même principe. Faire *a* et ne pas faire *a* sont tous deux considérés comme potentiellement renforcés. faire *a* est renforcé par ses conséquences et celles de ne pas faire tout le reste. Ne pas faire *a* est renforcé par les conséquences de tout ce qui est fait à la place comme jouer, rêver chez un humain, ou battre des ailes pour un pigeon, et cela *dé-renforce a*. On comprend d'où vient l'idée de Heyman sur les activités qui se mettent en place à un certain âge et qui expliquent l'arrêt naturel des consommations de drogues et nous reprendrons cette idée que l'addiction est mieux conceptualisée comme choix entre *a* vs ¬*a* que comme un choix entre une option *a* et une autre option *b*. Que la manque de définition de *b* est un obstacle pour résister à l'addiction qui reste centrale tant que toute les options sont rapportées à cette dernière (¬*a* s'exprime en termes de *a*)

Pour Herrnstein, comme pour Pavlov et Skinner avant lui, tout comportement est explicable par une loi. Celle du conditionnement pour le premier, du conditionnement opérant pour le second. Mais, à la différence de ses prédécesseurs, de ce qu'il nomme les théories du réflexe[275],

passe quand on met en compétition des renforcements différents. Il va ensuite se poser la question de la force de la réponse induite par le programme de renforcement.
[274] de Villiers & Herrnstein ,1976.
[275] Herrnstein 1969.

Herrnstein montre que chaque acte peut être modifié par les conséquences d'autres actes. Le choix de *a* est guidé par le pouvoir renforçant de *a* et par exemple, par la baisse du pouvoir renforçant de *b* si *b* est un choix concurrent et que les deux sont exclusifs, à l'inverse, la hausse du pouvoir renforçant de *b* impacte négativement *a*. Il théorise la manipulation du comportement par l'intervention sur le renforcement des choix concurrents [276] et nous donne un mécanisme pour expliquer l'envahissement de la vie des addicts par l'addiction. L'élaboration de la *matching law* est avant tout la mise en évidence de cet effet indirect sur un comportement qu'il est possible d'observer en agissant sur des comportements différents, non pas uniquement sur ce comportement précisément. C'est en cela qu'il s'oppose aux théories du réflexe,

> Si vous pouviez manipuler un acte en en renforçant un autre, aucun des deux ne pourrait être un réflexe.[277]

Il a d'abord observé la *correspondance*[278] dans un protocole à intervalle variable[279]. Un pigeon relativement affamé[280] reçoit de la nourriture quand il tape du bec sur une touche (un cercle de plastique). Mais pas à chaque fois. Toutes les réponses ne sont pas *renforcées,* c'est-à-dire récompensées. Le programme de renforcement du protocole à intervalles variables établit

[276] Si Skinner y voyait une chaîne de conditionnements opérants qui finissait par lier le choix a et le choix b, Herrnstein montre que le lien est trop diffus et impossible à établir.
[277] *The Matching Law,* p8.
[278] *Matching law* est traduit par *loi de correspondance*, le mot correspondance prend ici un sous-texte particulier lié à cette traduction et renvoie à cette loi.
[279] Herrnstein, 1961
[280] Une bonne règle des études de comportement animal est que des animaux en mauvais état, en souffrance, répondent mal. Un animal qui a faim conviendra, un animal positivement affamé, non. Il faut donc entendre affamé ainsi. De même, les chocs aversifs sont, en général, dans les protocoles, plus désagréables que douloureux. La préhistoire du comportement animal a certes vu des protocoles moins attentifs au bien-être de ses animaux mais, l'expérience aidant, les expérimentateurs se sont vite rendus compte qu'un animal malmené joue moins le jeu. Le bien-être animal n'est pas qu'un enjeu éthique dans le cas de la biologie du comportement, il est, en général, garant d'un protocole qui fonctionne.

qu'après une réponse récompensée, un certain intervalle de temps doit s'écouler avant une autre récompense. En attendant, les réponses, les coups de bec sur la touche, ne sont pas renforcées durant ce laps de temps. L'animal, ici le pigeon, va donc tester l'état du monde. Il piquera du bec la touche pour savoir si le laps de temps est écoulé. Mais l'intervalle est une moyenne. Par exemple, un intervalle de 30s signifie que, en moyenne, sur l'ensemble du protocole le temps d'attente est de 30s. Un intervalle de 90s signifie que la moyenne est de 90s. Mais les deux auront des temps d'attente plus courts et plus longs pour, en moyenne, la durée annoncée.

Herrnstein soumet des pigeons à une adaptation de ce protocole. Ici, deux touches sont activables, avec chacune un programme de renforcement, c'est-à-dire un temps de latence, différent. Les deux programmes sont indépendants, en dehors d'une adaptation du protocole par Herrnstein qui empêche d'alterner systématiquement entre les deux touches[281], ils n'ont pas d'influence l'un sur l'autre. Herrnstein fait varier l'intervalle moyen de chacune des options en conservant constant l'interval moyen de renforcement pour les deux options prises ensembles :

$$1/x + 1/y = 1/c.$$[282]

Herrnstein met en évidence le lien entre la fréquence de réponse relative de chaque touche et le taux de renforcement. Le comportement est dépendant du taux de renforcement et donc le choix *a* dépend aussi du renforcement du choix exclusif concurrent *b*. On peut modifier l'un des comportements en agissant sur l'autre ; indirectement.

[281] Herrnstein ajoute aussi un dispositif qui pénalise les changements de touche répétés. Le choix d'une touche ajoute un bref délai durant lequel l'autre touche n'est plus récompensée si elle est choisie. Il s'agit simplement d'éviter l'alternance systématique et obliger le pigeon à insister sur une des touches. Pour avoir une récompense il faut au moins deux coup successifs sur la même touche.

[282] Les intervalles dans l'article de 1961 sont les paires (3;3) ; (2,25;4,5) ; (1,8;9) ; (1,5;∞). donc c = 1,5 mn.

Pour Herrnstein, économie et psychologie ont suivi deux voies divergentes quant à l'explication du comportement humain, à partir d'une origine commune, l'utilitarisme de Bentham[283]. Quand l'économie s'avère déductive et vise, à partir de l'hypothèse de la maximisation de l'utilité à rendre compte des comportements en montrant qu'ils en suivent la loi, et que tant qu'il n'est pas montré *comment* un comportement suit cette loi, ce comportement n'est pas convenablement expliqué (à l'image des travaux de Becker), la psychologie telle que la conçoit Herrnstein, s'appuie sur l'observation des comportements pour déterminer les lois du comportement, elle est inductive par nature. Pour Herrnstein, l'observation montre que le comportement est le plus souvent suboptimal et ne se conforme à la loi de maximisation qu'exceptionnellement. Quand l'économie part du principe d'un équilibre défini par la maximisation, et fonde ses caractérisations mathématiques sur cet équilibre sans s'intéresser aux processus qui fondent les comportements des individus, la psychologie s'intéresse, elle, aux processus sous-jacents. La *matching law*, à partir d'observations nombreuses et précises, sans présumer que le comportement tend vers la maximisation de l'utilité, montre que le comportement tend bien vers un équilibre dans lequel l'allocation du comportement entre les alternatives disponible se fait en fonction des récompenses engendrées par ces alternatives. Il y a une égalité entre les ratios des comportements et les ratios de leur renforcement à l'équilibre. Or toute modification dans les taux de renforcement entraîne une adaptation dans l'allocation du comportement pour revenir à une situation d'équilibre :

[283] Herrnstein 1990.

> Tout écart systématique par rapport à l'égalité de renforcement par unité de comportement investie est déstabilisant, conduisant le comportement vers un équilibre dans lequel l'écart est absent.[284]

La *matching law* est une théorie dite molaire parce qu'elle s'intéresse au comportement dans son extension temporelle, pas au comportement individuel, unitaire. Le processus d'adaptation dynamique est expliqué par une théorie *moléculaire*[285], du choix unitaire. Ce processus est nommé *mélioration*. Elle implique la *matching law*. Elle en est le mécanisme[286].

ii) Melioration

L'évolution du taux de renforcement d'un comportement entraîne une évolution de l'allocation du comportement et le taux d'allocation suit le taux de renforcement. L'organisme réorganise la manière dont il alloue son temps pour tel et tel type de comportement de façon à *améliorer* son retour en récompense. Quand il y a une modification du renforcement, il s'adapte à la nouvelle situation, tout comme le prévoit d'ailleurs la maximisation, mais selon d'autres modalités. Alors que le maximiseur est supposé pouvoir tenir un compte parfait de la totalité de l'utilité générée par la totalité des comportements, à chaque instant, pour choisir le taux le plus élevé, Herrnstein propose que l'individu ne tient compte que du retour moyen en renforcement sur une période donnée. Quand l'utilité marginale de chaque alternative possible est supposée estimée comme l'utilité supplémentaire générée par le comportement en fonction d'une unité de temps allouée à ce comportement, l'utilité moyenne, le taux moyen de renforcement est le simple ratio de l'utilité totale donnée par ce comportement divisée par le

[284] Herrnstein, 1990, p218-219.
[285] Voir Herrnstein, 1979, repris dans *The Matching Law,* p.68-70.
[286] Pour la *melioration* voir Herrnstein, 1982, 1990 ; Herrnstein & Prelec, 1991 ; Herrnstein & Vaughan, 1980 ; Prelec, 1982. et l'analyse tirant les implications de la *matching law* de Herrnstein, 1979 repris dans *The Matching Law* p.68-70.

temps alloué à ce comportement pour un pattern d'allocation donné. Autrement dit, Herrnstein considère que nous basons notre calcul de l'utilité à partir d'une moyenne sur un temps donné alors que la maximisation suppose que nous relevions l'utilité marginale *à chaque moment*. Cela signifie que ce que nous considérons comme notre meilleur jugement, dans l'absolu, est susceptible de ne pas être suivi dans *tous* nos choix unitaires, l'akrasie trouve une possibilité d'existence qui n'en fait plus une violation de la normalité. En effet, ces deux méthodes donnent parfois des résultats proches voire identiques, ou liés par une relation simple, de proportionnalité par exemple, elles donnent alors les mêmes prédictions. Ce sont les situations où nous nous comportons effectivement comme des maximisateurs. Si l'on nous donne le choix entre 1€ et 3€ de manière répétée nous choisirons toujours l'alternative la plus rémunératrice. C'est-à-dire que notre comportement maximisera l'utilité et suivra la *matching law.* En effet, nous choisirons 3€ dans 100% des cas, ce qui *matchera* avec le ratio de renforcement (on aura toujours 3€)[287]. Mais souvent, ces deux méthodes de calcul diffèrent dans leurs résultats. En se basant, encore, sur des observations, des relevés empiriques nombreux, Herrnstein élabore une théorie du changement de comportement qui décrit comment l'organisme s'adapte concrètement.

Il s'agit de trouver un équivalent du concept de maximisation, un processus dynamique, qui peut soutenir la *matching law* pour qu'il ne subsiste aucune ambiguïté sur son statut de loi fondamentale du comportement. Il s'agit de montrer que la maximisation ne gouverne pas le comportement et que cela ne tient pas à la limitation naturelle des ressources de calcul, reproche souvent opposé la TCR, mais au fait que les cas de maximisation relèvent d'une sous-catégorie et sont englobés, pris en

[287] Voir *The Matching Law* p.13 pour d'autres exemples triviaux de ce genre ou les deux théories sont d'accord.

compte, par une loi plus fondamentale. L'article de 1980[288] dans lequel la *mélioration* est proposée est d'ailleurs un chapitre d'un ouvrage qui traite de l'allocation de leurs ressources par les êtres vivants (des plantes à l'homme) [289]. Herrnstein et Vaughan y passent en revue les résultats qu'ils ont obtenus dans quatre dispositifs expérimentaux dans lesquels des pigeons doivent effectuer des choix (le programme de renforcement de chaque expérience est différent et possède des éléments variables à l'intérieur de chaque programme[290]). Parmi ces quatre dispositifs, seul un[291] pourrait laisser penser que les pigeons maximisent, les autres plaident en faveur de la *matching law* et permettent aux auteurs de mettre en évidence la *mélioration.*

Le processus de *mélioration* consiste en une comparaison des taux locaux de renforcement et un glissement progressif vers le choix le plus intéressant. C'est la différence entre ces taux locaux qui est la variable pertinente. Pour deux alternatives avec des quantités de renforcement R_1 et R_2 et des temps passés à chaque alternative t_1 et t_2 on a une différence R_D telle que :

$$R_D = (R_1/t_1) - (R_2/t_2)$$

Le signe de R_D indique vers quelle alternative l'organisme va réorienter son comportement. Quand il est nul, on obtient

[288] Herrnstein, & Vaughan, 1980.
[289]Staddon, 1980.
[290]Ils montrent des résultats dans des dispositifs de choix concurrents à intervalles variables, à ratio variables, à ratio variables vs intervalles variables et une procédure de programmes concurrents interdépendants où une des touches modifie le programme de renforcement de la seconde de façon aléatoire et où une diapositive est projetée sur cette touche associée au programme sélectionné (la touche de changement est inactive tant que l'autre touche n'a pas été testée au moins une fois).
[291] La concurrence entre alternatives à ratios variables.

$$R_1/t_1 = R_2/t_2$$

C'est la situation d'équilibre, qui exprime la *matching law*.

Ils intègrent ensuite l'effet rétroactif négatif qui reprend l'idée de la diminution du renforcement à mesure que le temps passé à effectuer ce comportement augmente. L'ouvrage dans lequel est publié cet article insiste dans son introduction sur l'importance de la diminution de l'utilité (de la récompense, de la fitness, quelle que soit la valeur concernée…) à mesure que se répète son obtention. Cela renvoie, en économie, aux notions allant de la diminution de l'utilité des biens à mesure que leur quantité augmente, jusqu'aux courbes d'indifférence, vues dans le cadre des théories se fondant sur l'utilité marginale. Cette modification du renforcement par la répétition est un paramètre crucial pour comprendre la nature extrêmement changeante de l'environnement, eu égard à la distribution de l'utilité, et la grande diversité des comportements. Pour Herrnstein, des facteurs externes comme internes expliquent la variation du renforcement obtenu[292]. Les auteurs montrent alors comment, dans les quatre types d'expériences, on peut extraire des équations de la *mélioration* en situation d'équilibre, la *matching law*. Ils proposent donc que le comportement s'oriente vers les plus hauts taux de renforcement locaux ;

> Ce processus, appelé *mélioration*, diffère du processus de maximisation en exigeant que l'organisme ne réponde qu'à la différence entre les taux de renforcement locaux des comportements individuels. La maximisation, en

[292] L'alternative consistant à aller ramasser des fraises sera conditionné par le nombre de fraises et leur qualité sur le site en question, c'est un facteur externe. Le choix d'une pizza au déjeuner dépendra du nombre de pizzas déjà consommées lors de ce déjeuner et de la lassitude provoquée par de trop nombreuses occurrences de pizzas lors de déjeuners récents, C'est un facteur interne.

> revanche, nécessite la sélection de la plus grande agrégation de renforcement à travers les comportements.[293]

Certaines structures de choix tendent à provoquer des situations d'équilibre qui reviennent à une maximisation mais, souvent, ce n'est pas le cas et la *mélioration* s'avère, en termes de récompense, suboptimale.

iii) Implications

La *mélioration* a des conséquences sur la définition même de ce qu'est un choix. Dans les théories économiques classiques, ce qui est objet de choix reste vague. Il existe différentes définitions, les plus spécifiques faisant appel à la notion de biens de consommation (ou *commodities*) mais le plus souvent il s'agit de *paniers de biens.* Des ensembles regroupant divers biens groupés entre eux en *bundles*. Herrnstein et Prelec[294] reprochent à ces théories de ne pas faire de distinction entre choix relevant d'une décision précise et ponctuelle et choix agrégeant une multiplicité de petites décisions s'étendant dans le temps. Pour eux, la *mélioration* montre que ce second type de choix est fondamental et que ces choix sont, le plus souvent, suboptimaux quand on les rapporte aux préférences de l'individu. Cela signifie que c'est la notion même de préférence révélée qui est remise en cause. Les préférences telles qu'elles apparaissent dans les actes des consommateurs ne reflètent pas les préférences réelles qui sous-tendent les décisions. L'idée étant que les choix sont le plus souvent des choix *distribués.* Cesser ou continuer de fumer, faire ou non du sport, économiser, parier, jouer aux jeux d'argent, boire, s'engager dans une relation amoureuse… tous ces choix au sujet desquels nous exprimons parfois un certain mécontentement par rapport à notre comportement effectif, leur semblent

[293] *The Matching Law* p.75-76.
[294] Herrnstein & Prelec, 1991.

relever de choix distribués. Des choix qui ne reposent pas sur une seule occurrence mais sur une série de petites décisions, où la structure des décisions passées influence le poids relatif des options en présence pour la décision présente et les décisions futures[295].

L'exemple typique est celui d'un choix de repas. Un individu a le choix entre pizza et sandwich à chaque repas le midi. Or, répéter un même choix plusieurs fois de suite, a tendance à diminuer l'utilité du repas choisi (en général). On peut aimer les pizzas plus que les sandwichs, au bout de quatre jours de pizzas, la lassitude guette. Autrement dit, l'utilité espérée est modifiée par la structure des choix passés, et par les perspectives futures.

En imaginant une fenêtre temporelle sur laquelle calculer l'utilité en fonction des choix passés (par exemple sur 10 jours) on peut déterminer la variation d'utilité pour le choix sandwich ou pizza en fonction de la fraction de repas ayant eu pour objet chacun des deux plats : à 100% de pizza sur les 10 derniers jours, le sandwich sera nettement préféré et inversement.

Les deux plats n'étant pas appréciés de la même manière, il existe un ratio pour lequel le maximum d'utilité est attendu. Dans une optique de maximisation, on peut déterminer l'utilité espérée relative de chaque alternative relativement aux ratios de leurs consommations récentes. La courbe obtenue présente un maximum qui devrait donner le choix optimal, par exemple 60% de pizza et 40% de sandwichs sur 10 jours.

Or, il existe plusieurs façon de calculer l'option la plus favorable :

1) calculer la variation d'utilité pour chaque alternative pour le choix donné. Cela revient à comparer des valeurs incrémentielles qui sont chacune la résultante de la différence

[295] On retrouve l'idée de l'influence des choix passés sur le choix présent dans les analyses des biens provoquant des relations asymétriques.

d'utilité obtenue par la consommation elle-même et l'effet de cette consommation sur les gains d'utilité suivants. Or ce calcul semble difficile à, ne serait-ce, qu'envisager.

2) Comparer l'utilité des différentes séquences de choix sur le long terme. Cela pose la question de notre capacité à comparer l'utilité obtenue par des séquences différentes (60% pizza/40% sandwich Vs 50%/50% vs 40%/60% Vs…). Là encore cela semble illusoire.

3) déterminer la maximum de la fonction d'utilité espérée, ce qui demande de tracer la fonction d'utilité, de calculer des moyennes pondérées pour différents patterns de consommation etc.

Herrnstein et Prelec supposent alors qu'aucune de ces méthodes n'est pratiquée et que les individus ont deux règles de calcul.

1) Ils entretiennent une *comptabilité de la valeur*, ils enregistrent la satisfaction obtenue pour chaque unité de temps, de choix, d'argent, investi dans chaque alternative

et,

2) ils *méliorent*. Ils ajustent leur comportement en tendant vers l'opportunité qui rapporte le plus par unité investie selon leur comptabilité.

Ils arrivent alors soit à une distribution équilibrée ; les valeurs de satisfaction obtenue par unité investie pour chacune des options sont, sur le long terme égales, soit une option élimine l'autre, si elle est vraiment

meilleure. D'une part, le point d'équilibre n'est pas forcément le point maximum de la courbe d'utilité. Le premier se trouve à l'intersection des courbes d'utilité pour chaque bien, le second est le maximum de la courbe d'utilité formée par les moyennes pondérées de l'utilité de chaque bien.

Ce qui nous intéresse ici, c'est surtout que la *mélioration* implique une manière particulière de prendre en compte l'information concernant notre satisfaction :

> Exprimé en langage courant, le modèle suppose que les gens sont principalement capables d'évaluer à quel point ils aiment des activités ou des objets spécifiques : s'ils aiment un bon livre plus que la télévision, le sport plus que la musique classique, la cuisine chinoise ou italienne, etc. Ce qui leur pose problème, cependant, c'est d'évaluer la position relative de distributions entières d'activités - si un mélange 20-80 de lecture et de télévision est préféré à un mélange 50-50.[296]

Nous savons ce que nous aimons, parfois savons dire ce que nous aimons plus qu'autre chose mais il nous est difficile d'évaluer des ratios proches d'activités. Si les objets concrets du choix sont disponibles et comparables, les distributions ne le sont pas. D'autant que le choix présent va modifier la structure des choix futurs, ouvrant ou fermant la perspective, et modifiant la distribution, d'autres opportunités pour des choix sans rapports évidents avec celui en cours. La *mélioration* montre donc que nous ne sommes pas des optimisateurs efficients, rendant compte des observations relevées depuis toujours et qui posent tant de problèmes à l'approche rationnelle. Plus que cela, elle permet d'éclairer d'un jour nouveau certaines *Pathologies du choix*, comme l'addiction en effet, comme le choix est distribué, l'option addictive sera essayée, au moins

[296] Herrnstein & Prelec 1991 in *The Martching Law.* p279-280

ponctuellement, or, nos choix ont une influence sur la structure des choix future, et l'addiction apparaît alors comme reposant sur un type particulier d'objets ayant des effets qui enferment l'addict dans un type de choix. Herrnstein et Prelec proposent un modèle dans lequel je peux :

- maintenant préférer les pizzas aux sandwichs *et*
- dans l'absolu préférer les pizzas aux sandwichs *et*
- me projeter à une distance de quelques mois et envisager le choix d'une pizza contre celui d'un sandwich *et*
- cependant, parfois, prendre un sandwich.

Mais ce choix permet, en fait, plus de pizzas plus tard. Le choix du sandwich maintenant réactive mon intérêt pour la pizza. Il garantit, en quelque sorte, mon plaisir futur. Herrnstein et Prelec proposent certes un modèle dans lequel l'ensemble des choix ne va pas forcément suivre la meilleure des distribution, mais ce qu'il faut maintenant montrer, pour les phénomènes comme l'addiction, où il s'agit de choisir maintenant quelque chose qui va impacter mon meilleur choix futur négativement, c'est que ce même modèle peut rendre compte des moments où, même si je préfère dans l'absolu *a* à *b*, je vais choisir *b* maintenant *contre a* plus tard.

Le choix n'est alors pas seulement suboptimal, il est délétère. La différence entre les situations normales et problématiques tient aux types de situations d'équilibre obtenues. Dans le premier cas, l'équilibre atteint s'approche de la maximisation, son caractère suboptimal n'est pas trop marqué. La stratégie est *assez efficace*. Dans les secondes, l'équilibre atteint est très en deçà du maximum, très sous-optimal.

iv) Les pathologies du choix

Herrnstein et Prelec relèvent, quand ils abordent à la fin de leur article, ce qu'ils nomment les choix pathologiques, une seconde manière de

rendre compte de l'addiction qui repose sur la formation d'habitudes. Elle remonte à Marshall et dans les années 1970 a connu un regain d'intérêt.[297] Dans ce cas, le changement de préférence n'est pas forcément reconnu par l'agent. Il se comporte comme s'il était myope, incapable de voir les effets à long terme d'une consommation qui gagne en intérêt en fonction des occurrences précédentes, qui forment l'habitude. Comme chez le fumeur qui, une fois son habitude prise, est moins sensible que le sujet naïf ou non encore habitué aux variations de prix du paquet de cigarettes, dans une certaine mesure. On voir deux types de relation à l'objet, la première consiste en la formation de l'habitude ou l'agent ajuste sa consommation pour maximiser son utilité, puis une fois habitué, une seconde phase où il ne maximise plus, rendu peu sensibles aux coûts, ou plutôt, où ses préférences semblent avoir changée en faveur de la consommation par rapport au reste. Herrnstein et Prelec remarquent qu'on ne voit pas bien ce qui différencie alors ce changement de préférence de ce qui se passe quand on se lasse d'avoir consommer un même type de repas trois jours durant, et que le processus de l'addiction semble peu différent du désintérêt pour les pizzas au bénéfice des sandwichs[298]. Or, la mélioration permet de rendre compte de choix suboptimaux quand les goûts sont influencés par les consommations précédentes, mais pour eux, les situations pathologiques se caractérisent par le fait que l'équilibre atteint est, à la différences des adaptations fréquentes mais bénignes, très suboptimal en termes de maximisation de l'utilité ; c'est le caractère fondamental de ces situations dont il faut rendre compte. Cette idée est développée, encore avec Prélec, dans leur théorie du *Primrose Path*.

[297] Marshall 1890, Pollak, 1970 ; von Weizsäcker, 1971 ; Schmidt, 2014 ; Massin, 2011.
[298] Ils comparent à un homme qui aurait mangé du poisson plusieurs jours d'affilée mais nous préférons filer l'image des pizza et sandwich déjà utilisée.

2) L'addiction comme Primrose Path de Herrnstein et Prelec

i) Présentation générale

Pour l'addiction, Herrnstein propose, avec Prelec un modèle qu'ils nomment le *Primrose path*, un chemin de petites décisions anecdotiques qui entraînent inexorablement vers une situation d'addiction. Il s'agit d'une suite de choix qui voient leur utilité locale augmenter au détriment de l'utilité à long terme. Comme la *mélioration* consiste à favoriser l'utilité locale, certaines structures de choix finissent par piéger les consommateurs. Par exemple celles qui s'accompagnent d'une *courte vue*, comme la perte de perspective à long terme qui touchait les soldats américains au Viêt Nam. L'absence de vision à long terme, de perspective claire d'une vie épanouie en raison du danger immédiat, rendait la consommation d'héroïne particulièrement intéressante. Leur théorie du *Primrose Path* est explicitement exposée dans un article de 1992, *A Theory of Addiction*[299], d'abord publié dans un ouvrage dirigé par George Loewenstein et Jon Elster [300]. Cet ouvrage pose la question du choix et particulièrement de ce que Herrnstein appelle les choix distribués, l'approche est multidisciplinaire et Herrnstein et Prelec commencent leur article par un point rapide sur la multitude des approches disciplinaires ayant pris en charge le problème de l'addiction (biochimie, génétique, science politique, sociologie etc.) et ils insistent sur la nécessité de proposer une théorie de l'addiction capable d'unir la dimension autodestructrice, objectivement sous-optimale du comportement addictif et la dimension économique de l'activité humaine entendue comme consistant en la poursuite rationnelle de buts associés à

[299] Herrnstein, & Prelec, 1992 «A theory of Addiction» repris dans T*he Matching Law*, chpt 9, p160-187.
[300] Loewenstein & Elster, 1992.

son intérêt propre. L'idée immédiatement évoquée est que l'impossible réconciliation doit peser sur la réévaluation de nos théories économiques, dites rationnelles, du choix. Cette réévaluation doit se faire à la lumière de deux paradoxes mis en avant à propos des préférences révélées de l'addict :

ii) elles sont en désaccord avec le point de vue collectif qui considère l'addiction comme nuisible et associée à une perte de statut social.
iii) Elles sont en désaccord avec les préférences évoquées par les addicts eux-mêmes qui sont tout à fait informés des risques qu'ils courent au plan social et personnel et qui prétendent vouloir mettre fin à leur conduite.

Herrnstein et Prelec listent ensuite quatre approches de l'addiction qu'ils critiquent.

L'addiction maladie, qui ne nécessite pas d'être explicable par une quelconque théorie du choix, l'addiction rationnelle, où l'addiction est un choix lucide qui relève de l'automédication. Les addicts trouvent, dans l'addiction, une solution optimale à leurs problèmes. Cette approche pâtit pour Herrnstein de la tendance largement retrouvée qu'ont les addicts à effectivement essayer de se débarrasser de leur addiction et du fait que l'on trouve plus de jeunes personnes que de vieilles personnes dans cette catégorie. En effet, les jeunes ayant plus de risques de conséquences graves à long terme, ils devraient être moins représentés que les plus âgés qui ont, de fait, moins à perdre. L'addiction rationnelle est leur cible privilégiée. Ils veulent montrer que la seule solution pour voir dans l'addiction une conduite, consiste à accepter qu'elle remet en cause la théorie du choix rationnel. Il ne suffit pas de tordre le phénomène pour le faire entrer artificiellement dans la théorie, comme le fait Becker, mais à admettre

l'incompatibilité entre les faits et la théorie, et donc revoir la théorie et reconnaître l'irrationalité fréquente de nos comportements.

Les deux suivantes, *Primrose path* et *moi divisé* trouvent grâce aux yeux de Herrnstein et Prelec. Les théories du *Primrose path*[301] font de l'addiction un piège dans lequel tombent, par une succession de choix malheureux, les addicts. Pris individuellement, chaque pas semble inoffensif, mais la répétition entraîne l'addict dans une situation inextricable. L'addiction repose bien sur des choix, mais des choix suboptimaux. L'addiction arrive quand certaines circonstances, certains objets par exemple, se présentent face auxquels nos règles qui président à notre comportement sont inadaptées. Selon eux, le comportement semble rationnel quand ce qui préside à nos choix est adapté aux circonstances. Dans le cas contraire, l'apparente rationalité cède la place à des comportements non optimaux. De nombreuses habitudes se développent, des attachements particuliers à certains objets, l'addiction n'en est qu'une forme particulièrement malheureuse. Il n'y a pas dans cette optique, selon Herrnstein et Prelec, de différence entre le développement d'une passion pour le golf (parfois envahissante) et une addiction à l'héroïne en ce qui concerne la dynamique du choix. Leur propre théorie de l'addiction est une théorie de type *primrose path* et c'est la *mélioration* qui en est le mécanisme fondamental.

Le quatrième type de théorie fait appel à un moi divisé. Chaque moi est une assemblée de moi unitaires, rationnels, en compétition les uns avec les autres. Nous avons en effet des préférences différentes à des moments différents. Ces préférences manifestent des moi différents. Il y a le moi qui prend la décision le soir au coucher de cesser de fumer et celui qui le matin s'arrête tout de même au tabac. L'ignorance, le manque d'information ne

[301] Ophélie dans *Hamlet* compare le chemin du péché à un sentier fleuri et attirant qui conduit, l'air de rien, à la ruine. Celui de la droiture, bien que plus ardu et peu amène, doit lui être préféré et elle enjoint son frère à se méfier des séductions et de la facilité du premier et à suivre le second. L'expression semble ensuite être passée dans le langage courant.

peut rendre compte de ce changement de préférence, car il se répète, parfois régulièrement pendant des années. L'idée est que les intérêts étant incompatibles, il s'agit, pour chaque préférence, de développer des stratégies pour prendre le dessus sur les autres. Chaque moi entre alors en compétition pour l'expression de l'intérêt qu'il défend et je suis l'ensemble de l'expression de ces divisions du moi. Chaque moi est un agent rationnel mais leur combinaison, qui s'exprime dans *mon* comportement, ne l'est pas. Cette approche s'intéresse particulièrement aux stratégies de contrôle, tant personnelles (entre les divisions du moi) que collectives. Herrnstein et Prelec pensent que leur approche de l'addiction comme *Primrose path* est compatible avec l'idée du moi divisé.

ii) L'addiction rationnelle est mise à mal par l'addiction

Pour Herrnstein et Prelec, quatre caractéristiques définissent le phénomène addictif, caractéristiques relevées par Becker mais qui paradoxalement posent toutes problème à l'addiction rationnelle. D'abord l'addiction s'inscrit dans ce type de comportements particuliers sur lesquels fut fondée la *mélioration*. Elle est la résultante d'une série de choix successifs, il ne s'agit pas d'un choix unique. Elle est une *habitude,* et la théorie du choix rationnel ne prend pas convenablement en charge ce type de choix. L'agent rationnel choisit une fois pour toute un taux de consommation pour chaque bien, le plus efficace en termes d'utilité. La question n'a pas à se reposer car une fois la décision prise elle est valable une fois pour toute, c'est la meilleure option, qu'y a-t-il à en dire d'autre ou pourquoi se poser la question de la réitération du choix si le contexte ne change pas ? Si le contexte change, la décision est encore une fois soumise à l'évaluation et la meilleure décision est prise.

Ensuite, des conséquences néfastes, des coûts, associés à la conduite se manifestent, non pas directement en rapport avec les conduites liées à l'addiction elle-même mais touchent d'autres activités qui peuvent n'avoir de prime abord que peu de relation avec l'addiction. Le bénéfice principal concerne le bien-être psychique immédiat lié à la consommation, alors que les conséquences néfastes se diffusent dans la vie de l'addict et impactent un grand nombre d'autres moments de l'existence. C'est un des points importants de la pensée de Herrnstein ; cette façon dont l'utilité liée à une activité impacte d'autres activités sans qu'il soit nécessaire, à l'inverse de ce que pensait Skinner, de former un lien direct entre ces activités.

Cela sous-tend aussi que certaines conduites peuvent ne pas être renforçantes en elles-mêmes mais avoir des effets qui sont, eux, renforçants. Ces dernières peuvent transmettre au comportement d'origine leur dimension renforçante et en faire des activités addictogènes. Les conduites qui visent à faire perdre du poids ne sont pas forcément plaisantes mais les gains ressentis par celui qui retrouve la ligne et se trouve et est trouvé séduisant, peuvent rendre la conduite visant à perdre du poids (activité physique ou régime par exemple) addictive et faire qu'elle soit pratiquée au détriment d'autres activités. C'est d'ailleurs quand ces effets négatifs sur les autres activités se manifestent que ces conduites peuvent être qualifiées d'addictives. Pour la théorie du choix rationnel, l'idée qu'une activité influence l'utilité des autres activités n'a pas d'importance car à chaque décision c'est l'ensemble du comportement qui est évalué.

Troisièmement, les comportements addictifs tendent à être immédiatement récompensés et dans un deuxième temps seulement punis. Les exemples de la perte de poids ne rentrent pas forcément dans ce cas mais la consommation d'alcool et en général des substances récréatives s'inscrivent pleinement dans ce cadre. Ce critère permet de distinguer certaines habitudes des addictions. Becker est très libéral concernant les

objets d'addiction et il existe pour lui des addictions positives, à certaines conduites qui n'entraînent pas de conséquence franchement néfaste mais peuvent envahir l'activité du sujet. C'est le cas des passions comme la musique. Or, ces activités, comme la pratique d'un instrument, commencent par ne pas être immédiatement plaisantes. Le plaisir que l'on en retire augmente avec la pratique, l'apprentissage en est parfois laborieux. Cette dynamique des plaisirs et des peines pourrait permettre de discriminer entre ces conduites et l'addiction que le système de Becker rend presque indiscernables sans faire appel à une l'évaluation personnelle ou sociale, normative. Quoi qu'il en soit, il faut surtout insister sur le décalage temporel entre bénéfices et coûts dans les conduites relevant de l'addiction, décalage qui est au cœur de la *matching law* et de la *mélioration*.

Enfin, ces conduites semblent toutes impliquer un renversement de préférences. L'addict est caractérisé dans les théories économiques, dont celle de Becker, par son goût pour l'objet de son addiction. Il aime des objets que n'aiment pas les non-addicts (lui-même inclus quand il n'était pas encore soumis à l'addiction). Mais les goûts instrumentaux varient de personnes à personnes et rien ne semble devoir caractériser spécifiquement *ces* goûts. Là où chez Becker l'addict présente une type de courbe d'utilité qui repose sur certains goûts, Herrnstein et Prelec insistent sur une qualité particulière de ces goûts rencontrés dans l'addiction ; ils ne sont pas voulus, l'addict préférerait en changer, ils semblent s'imposer et particulièrement quand la disponibilité ou la perspective de consommer l'objet de l'addiction se rapproche.

Les questions de renversement des préférences et de répartition temporelle en jeu dans l'addiction pourraient être intégrées dans le cadre de l'addiction rationnelle mais elles supposent que la courbe d'escompte qui entre en jeu dans l'évaluation des récompenses éloignées soit pentue au

point de rendre l'agent imperméable aux conséquences de ses actes[302]. En effet, Herrnstein et Prelec considèrent les courbes d'escomptes prévues par les théories du choix rationnel comme incapables de rendre compte de l'addict qui attend avec fébrilité la prochaine occasion de consommer, et qui, souhaitant y résister, s'y adonne tout de même et regrette ensuite. Il faudrait, selon eux, des pentes d'escomptes qui rendent impossible d'évaluer les conséquences de ses actes ou tout au moins qui réduisent tant leur poids qu'il serait quasi-nul quand les évaluations s'étendent sur une durée de plus de quelques jours. Or nous tenons tout de même compte des conséquences futures de nos actes.

iii) Mécanismes du Primrose Path

Le modèle d'addiction proposé par Herrnstein et Prelec consiste à confronter ce que l'on sait du phénomène à la théorie de la *mélioration*. Il s'agit de montrer comment certaines courbes d'utilité, pour certains biens addictifs, peuvent rendre compte du choix particulièrement suboptimal qui caractérise l'addiction.

Sont opposés dans une série de choix récurrents le fait de consommer l'objet et le fait de ne pas consommer l'objet. Sont alors comparées la courbe d'utilité de l'objet contre la courbe d'utilité globale de tout le reste. En faisant varier l'influence de la consommation de l'objet addictif sur l'utilité de cette même consommation *et* sur l'utilité de l'autre option, ils distinguent plusieurs types de relations qui rendent compte de différents types d'addictions. Ces courbes montrent différents points d'équilibre à l'utilité inférieure au maximum possible (représenté par la courbe des moyennes pondérées des utilités à chaque instant). Ce sont ces points d'équilibre qui correspondent aux situations d'addiction où la consommation se stabilise et

[302] Nous reviendrons sur cette question des courbes d'escompte exponentielles qui empêchent l'inversion naturelle des préférences.

où l'utilité retirée est inférieure à l'utilité maximale possible. L'addiction consiste en ce que l'agent se laisse petit à petit entraîner dans une dynamique de consommation qui finit par le piéger dans une situation d'équilibre délétère, sans qu'il l'ait vu venir.

Les auteurs partent d'une situation simple dans laquelle deux fonctions d'utilité, représentant la consommation d'un bien addictif et la non consommation de ce bien («tout le reste») sont complémentaires ; l'agent fait soit l'un soit l'autre. L'utilité des deux fonctions diminue à mesure que le choix de la consommation est fait. Plus le bien est consommé, moins il est source d'utilité et moins les autres activités le sont. Il s'agit donc d'un modèle de choix distribués complémentaires à ressource constante (les prix modifient les consommations, on les suppose fixes) dans lequel l'attrait pour l'une et l'autre des alternatives varie négativement en fonction du taux de consommation du bien addictif.

La *mélioration* indique que chaque choix dépend de la valeur relative du retour en utilité de chaque option au moment du choix, non pas du tableau global des retours. D'autre part, chaque choix du bien addictif tend à faire diminuer les retours futurs en utilité des deux options et, à l'inverse, le choix de l'autre option les fait augmenter. Mais, le rapport entre l'utilité attendue de l'option «non consommation» et celle du bien addictif baisse aussi avec la consommation du bien. Relativement, plus le bien addictif est consommé plus le rapport des utilités Non-consommation/consommation diminue. Même si les utilités décroissent, le bien addictif devient de plus en plus intéressant relativement à l'autre et son ratio de consommation tend donc à augmenter ; c'est l'entrée du Primrose path.

Les courbes finissent par se croiser, à un point d'équilibre du ratio de choix ou l'utilité obtenue par chaque option est équivalente à l'autre. Elle est aussi équivalente à la moyenne pondérée des utilités. Ce point d'équilibre

est atteint alors que l'utilité est inférieure au point d'utilité maximal (le point d'équilibre théorique de la théorie du choix rationnel).

iv) Des biens aux courbes d'utilité particulières

Herrnstein et Prelec proposent ensuite d'introduire des courbes d'utilité différentes pour des types de biens addictifs différents. Ces courbes d'utilité aux formes particulières rendent compte de certaines caractéristiques des «carrières» addictives. Le point central ici est que ces courbes d'utilité ont une influence sur le choix : il existe certains types de biens avec certaines propriétés. Mais les courbes d'utilité dépendent aussi des personnes. Elles représentent l'utilité d'un type de bien pour un individu. Alors, ce sont ces personnes soumises à ces alternatives qui seront susceptibles de tomber dans l'addiction.

C'est là encore, une différence fondamentale avec la théorie du choix rationnel ; ce n'est pas le comportement *dans son ensemble* qui est pris en compte mais bien chaque comportement spécifique. L'addiction concerne des consommations spécifiques à l'intérieur du comportement global. Il faut extraire du comportement les situations de choix où la *mélioration* fait que la distribution des choix ne suit pas le modèle simplifié de la maximisation. Les raisons de ces variations individuelles sont à trouver dans l'agent, sa génétique, ses susceptibilités biologiques à certaines substances, ou les effets sur son organisme de certaines substances qui créent ces susceptibilités, mais aussi dans ses *motivations*.

On retrouve l'idée de la propagation de l'utilité d'un comportement à un autre même éloigné, cette rupture avec l'idée de continuité skinnerienne. Une conduite addictive peut être motivée par la nécessité de résoudre un problème ; l'alcool dissout la timidité, le joueur peut tenter de résoudre un véritable problème d'argent, etc. Une des conséquences en est que pour

certaines personnes dans certaines situations, la conduite addictive peut d'abord se montrer efficace, bénéfique. La courbe d'utilité doit donc d'abord, pour elle, être croissante. Cela conduit les auteurs à proposer d'autres exemples de courbes d'utilité.

D'autre part, les auteurs rendent compte du phénomène de sensibilisation croisée, du fait que les addicts sont en général consommateurs de, voire addicts à, plusieurs objets.

v) Une affaire de goût

Pour Herrnstein et Prelec, le changement dans le rapport des utilités des options est une affaire de goût. Les goûts évoluent avec la consommation, mais lentement. Chaque point d'allocation, chaque situation, est un état dans lequel les goûts sont censés être stables. Ils évoluent lentement au cours des consommations, sous l'influence des retours sociaux concernant ces pratiques, de nos apprentissages etc. Phénomènes que Herrnstein pense eux-mêmes sous l'influence de choix distribués. L'addiction a alors une autre caractéristique, celle de reposer sur des changements de goûts, sur des transitions entre les états de consommation, plus rapides qu'à l'ordinaire. Le sevrage par exemple induit des fluctuations rapides, non apparentes sur les courbes d'utilité à long terme, il diminue l'utilité des autres activités et crée un effet renforçant nouveau et puissant en faveur du bien addictif, en ligne avec l'évitement du sevrage. On retrouve alors ce que Salomon et Corbit ont mis en évidence dans leur théorie de l'*opponent process*, la régulation homéostatique d'un effet induit l'effet inverse, mais plus lentement. Ainsi, une substance qui rend joyeux entraînera une réponse opposée de l'organisme en vue de maintenir un certain équilibre. La répétition entraîne une diminution de l'effet initial et une tendance générale à être dans l'état opposé. Pour Herrnstein, il y a un

phénomène «de ce type» qui explique la plupart des addictions ou des habitudes, des propriétés spécifiques des objets visés, comme la brûlure du piment, d'abord désagréable puis l'habitude aidant, plaisante, ou l'héroïne, au fort sevrage soulagé par sa surconsommation, des substances qui créent un renforcement nouveau par le soulagement que leur consommation apporte des conséquences des consommations antérieures.

b) Le behaviorisme selon Herrnstein

Herrnstein est un héritier des premiers behavioristes comme Pavlov et Thorndike (il doit beaucoup à la *law of effect*), mais surtout des néo behavioristes comme Hull[303] et, bien sûr, au sens littéral, de Skinner. Mais un héritier rebelle et indépendant. Il propose un dépassement des lois du comportement qui l'ont précédé. La nécessaire contiguïté entre l'action et sa conséquence est ce qui, selon lui, a amené Skinner dans une impasse, à devoir proposer des chaînes de renforcements locales pour lier deux options différentes et éloignées afin d'expliquer les effets indirects observés. Ces chaînes devant, pour assurer leur cohérence, pour expliquer les liens, incorporer des éléments internes à l'organisme, des considérations relevant de l'individu confronté à ces complexes de situations, des appréciations qui forment la matière même de ces liens. Cela revient à une approche que d'aucuns qualifient de *mentaliste.*[304] Herrnstein n'est pas opposé à l'existence de faits mentaux, il soulève même l'importance de ces faits internes, qui renvoient aux changements de préférences si problématiques pour les

[303]Clark Leonard Hull a développé une théorie du comportement centrée sur l'apprentissage. Il a importé la méthode hypothético-déductive en psychologie. Il faut partir d'observation, poser des hypothèses, les vérifier expérimentalement. Herrenstein partage avec ce dernier un sens de la formalisation et une volonté de donner à la théorisation une importance que Skinner tend à lui dénier. L'avis de Herrnstein sur ce qu'est le behaviorisme de Skinner et ses limites est contesté par ce dernier (Skinner 1977).
[304] Rachlin, 2013.

économistes. Mais ces faits mentaux se manifestent *dans* les comportements et il n'est pas nécessaire d'inférer l'existence de faits privés indémontrables. Il n'est surtout pas nécessaire de supposer ces faits internes comme relevant d'une idiosyncrasie qui interdirait dès lors de proposer toute généralisation du comportement sous forme de lois. Chaque individu ayant en quelque sorte son mot à dire de par sa spécificité. Herrnstein croit aux moyennes, aux regroupements statistiques, à la différence de Skinner qui met en garde contre ce qui dépasse le simple recueil des faits individuels.

Herrnstein est un théoricien, il propose des lois du comportement. Il est en cela plus proche de Thorndike que de Skinner. Tout au long de son œuvre il ne cesse de revendiquer sa recherche de paramètres internes et des relations qu'ils entretiennent pour expliquer les comportements. Il s'agit d'ailleurs plus de formaliser ces rapports, sous forme d'équations, que de chercher à identifier la nature des paramètres en jeu.

Herrnstein abandonne l'idée de la maximisation. Le comportement est observé, dans une approche descriptive, mais là où la rationalisation est supposée, selon une approche, elle, normative, pour expliquer ce qui est observé et guider sa formalisation sous forme de courbes d'utilité, Herrnstein substitue à la normativité, une explication des comportements en fonction des paramètres du contexte dans lequel le choix est effectué. La *mélioration*, dans l'esprit de la *law of effect* de Thorndike, est une explication de la mécanique qui lie le choix et des paramètres proches du choix qui jouent le rôle de causes. C'est une dynamique du choix local, moléculaire, qui rend compte, des comportements observés à une échelle de temps plus grande, définis, eux, dans sa théorie molaire ; la *matching law*. La rationalité du comportement n'a plus de force normative, ce qui compte, pour expliquer, c'est la relation dynamique entre le choix et ses causes locales, la rationalité s'observe parfois, et parfois non.

Il y a chez Herrnstein une certaine libéralité concernant les termes employés. Dans *On the Law of Effect*, il revient sur le vocabulaire du renforcement hérité de Skinner et joue sur les mots *reinforcement* et *strengthening ;* ce qui renforce un comportement est ce qui donne de la force au lien entre un objet et l'action qui mène à l'obtention de l'objet. Ce qui peut renforcer, le *renforçateur*, est une récompense, et ce que l'on recherche est une potentialisation de la récompense. Or nous potentialisons sans forcément être capables de maximiser, nous faisons *au mieux* à défaut *du mieux.* La situation de choix répété, dans un contexte global est un obstacle à la maximisation, le contexte est trop complexe à analyser, nos capacités ne sont pas suffisantes pour prendre en compte tous les paramètres et nous n'avons pas connaissance de toutes les informations. Il faut d'abord tester les opportunités avant de tirer les conséquences en termes de renforcement ou plutôt être soumis à ces conséquences. En cela, l'animal qui explore les possibles est en quelque sorte rationnel, mais cette exploration ne mène pas à la maximisation, juste à une égalisation entre rendement de récompense et taux de comportement au niveau local. Le maximisateur serait une sorte de démon de Laplace, il lui faudrait des capacités et une connaissance qui dépassent le possible. On retrouve cette idée chez les économistes à l'origine de la théorie de la rationalité limitée comme Herbert Simon, qui qualifie la théorie du choix rationnel de *Olympian theory* ayant toute sa place dans le monde idéal de Platon[305], mais n'a que peu de rapport avec les choix effectifs des agents dans le monde réel. Les travaux de Herrnstein, en rencontrant les travaux des économistes qui s'opposent, dès le départ à la théorie du choix rationnel, comme Maurice Allais, vont ouvrir la voie à ce qui se nomme aujourd'hui neuroéconomie ou économie comportementale.

[305] Simon, 1983, p19.

Il faut distinguer dans le rapprochement entre psychologie et économie deux mouvements. Celui des psychologues, comme Herrnstein, qui, venant de la psychologie, s'intéressent aux conséquences économiques des modèles psychologique du choix et le mouvement inverse, des économistes qui intègrent à leurs recherches les résultats de la psychologie [306]. Herrnstein voit ses travaux comme une critique de la théorie du choix rationnel et ils vont avoir une grande influence sur les économistes du courant dit de la rationalité limitée. Mais chez les psychologues, une réflexion autour de la question du rapport entre récompense et utilité, initiée par les travaux de Herrnstein sur l'escompte temporel hyperbolique, va amener au contraire à défendre l'idée que les choix sont bien, fondamentalement, rationnels au sens où chaque choix maximise bien quelque chose. C'est important pour nous car nous supposons que chaque choix est l'issue d'une comparaison de valeur par notre système de récompense. Seulement, ce qui est maximisé n'est pas la récompense, comme une quantité de nourriture, mais un avis sur la récompense.

2) Choisir c'est maximiser quelque chose

a) L'héritage herrnsteinien

En 1967 Chung et Herrnstein proposent une variation du protocole de choix qui les pousse à une remise en cause des courbes d'escompte qui sont

[306] Voir à ce propos Vallois 2017.

censées rendre compte de l'évolution de l'utilité espérée d'un bien en fonction du délai[307]. Cet article pose les bases du retour de la rationalité.

Selon l'orthodoxie économique, nous dévaluons les biens futurs à la manière dont les compagnies d'assurances dévaluent la valeur des voitures, en appliquant un facteur de diminution de la valeur qui est constant sur le temps. Un bien qui aurait pour valeur de récompense ou d'utilité 100 maintenant perd, quand il est envisagé au futur, à nos yeux, 10% par unité de temps qui nous en sépare. Ces 10% sont ce que l'on appelle l'escompte du futur. Cela forme des courbes d'escompte où la valeur du bien décroît en fonction du temps de façon exponentielle. Ces courbes ont certaines propriétés qui semblent protéger des changements de préférence. Or, ce calcul de l'escompte, implique que si je me pose en avance la question, de boire dans une semaine contre éviter les conséquences à une semaine plus un jour, et que je préfère éviter la gueule de bois, alors le calcul donnera le même résultat quel que soit le temps qui me sépare du choix effectif ; boire dans un an, une semaine ou maintenant sera toujours moins intéressant que d'éviter la conséquence de la boisson un jour plus tard. La différence entre les deux options diminue avec la distance temporelle, mais il n'y a jamais d'inversion. Si je pense qu'il vaut en général toujours mieux éviter la gueule de bois que boire, j'envisage le choix de la même manière qu'il doive se produire dans dix ans, un an ou maintenant. Jamais boire ne peut me paraître valoir le coup, même avec un verre sous le nez. Ces fonctions rendent compte de la constance dont nous savons faire preuve dans nos décisions, mais elles n'expliquent pas les actes impulsifs qui vont contre nos propres évaluations. Aucun agent ayant des courbes d'escomptes exponentielles ne peut succomber à la tentation. Le choix ne se fait pas sur un coup de tête, à environnement constant, il exprime une préférence absolue. Or, Chung et Herrnstein et montrent que d'une part le temps

[307] Chung et Herrnstein 1967, repris dans *The Matching Law.* Chpt 5.

d'attente entre en jeu dans le renforcement et qu'il existe un lien entre taux de choix et délai, comme il existe un lien entre taux de choix et taux de récompense[308], mais que la fonction exponentielle pourrait ne pas être la plus à même d'en rendre compte.

Ils y voient l'expression de la *matching law*. Dans sa théorie du choix distribué, les agents n'ont aucun moyen d'évaluer strictement la quantité de récompense ou d'utilité maximale, ils se contentent de distribuer leurs choix de manière à équilibrer les ratios des options à leur rendement respectif qu'ils découvrent au fur et à mesure qu'ils sont confrontés à ces alternatives et qu'ils les expérimentent. Dans le cas des choix impliquant des délais, le taux d'escompte ne semble pas constant mais évolue, à taux décroissant, avec le temps. En 1975, George Ainslie montre que, comme anticipé par Herrnstein, les courbes d'escompte sont en fait hyperboliques [309], et dans cette hypothèse les courbes d'escomptes des options A et B peuvent se croiser ; quand A est proche, il peut m'apparaître comme «meilleur» que B, malgré ce que je peux en penser quand je me pose l'alternative à froid, à distance, ce qui explique les changements de préférences. La proximité d'une récompense dans l'absolue plus faible qu'une autre plus tardive fait pencher la balance vers le passage à l'acte immédiat. Il est difficile de résister à la tentation et cela explique les comportements dits irrationnels, c'est-à-dire le choix de la plus mauvaise option dans l'absolu car elle m'apparaît, de par sa proximité, meilleure. Dans l'optique de Herrnstein, ces comportements sont légions et quand ces situations se présentent, la théorie du choix rationnel est toujours prise en défaut ; d'où sa théorie alternative du choix répété. L'escompte

[308] Le taux de récompense quantifie l'utilité du choix, plus il y en a mieux c'est, de même le délai d'attente est un facteur qui semble modifier la dynamique du choix, plus la récompense arrive vite, mieux c'est ; il n'y a qu'à voir le montant supplémentaire que nous sommes capables de payer pour nous faire livrer rapidement un bien acheté en ligne.
[309] Ainslie, 1975.

hyperbolique explique aussi que l'agent soit incapable dans les faits de maximiser.

L'étude de 1967 sur les délais, qui précède la mise en évidence formelle des courbes hyperboliques, met en avant des résultats étonnants à partir desquels, dans le cadre de la discussion, et tout en prenant les précautions d'usage, les auteurs vont largement extrapoler. L'article ne *montre* pas que la matching law rend mieux compte de l'effet du délai que les courbes exponentielles issues des travaux plus anciens de Hull[310] notamment, mais il semble bien que ce soit le cas. Cet article ouvre un champ de recherche et de ce champ de recherche émerge une nouvelle forme de behaviorisme qui finit par dépasser et contredire Herrnstein.

On peut, en effet, envisager que l'animal optimise bien *quelque chose*. De fait, si les courbes d'utilité se croisent, le choix porte bien sur l'option préférée, d'*un certain point de vue*. Un groupe de psychologues behavioristes soulève ce problème et remet au cœur des théories du choix la maximisation de *quelque chose*, la fitness, la richesse, le taux de renforcement exprimé de différentes manières etc. Ils proposent parfois qu'un facteur caché explique les résultats obtenus dans des expériences qui sont issues de l'article de 1967 mais qui complexifient la situation[311]. En effet, dans le contexte de choix entre un levier qui propose des rétributions à intervalle variable et un levier à ratio variable, les pigeons semblent incapables de

[310] Voir particulièrement le chapitre 10 de Hull, 1943 *Principles of Behavior: An Introduction to Behavior Theory*. Hull reprend toute l'histoire des relations entre force du renforcement et délai entre stimuli et récompense, de Thorndike qui en a posé les bases théoriques aux expérimentateurs qui tentent de vérifier ses hypothèses, avec des résultats contradictoires. Il explique les variations en fonction des protocoles utilisés et formalise la relation délai/renforcement. Cette relation prend la forme d'une courbe exponentielle.
[311]Mackintosh, 1974 ; Baum, 1973 ; Lea, 1978 ; Rachlin, Green, Kagel, & Battalio, 1976 ; Rapport, 1977 : Shimp, 1975.

maximiser l'obtention de nourriture[312]. Dans le premier cas, la nourriture est distribuée selon des intervalles de temps qui ne dépendent pas de l'activité du pigeon, dans le ratio variable, le pigeon déclenche un minuteur qui contrôle la libération de nourriture, et il intervient par son activité sur le ratio. Or, cela revient à opposer un travail *à la pièce* et un travail payé au temps[313]. Le levier à ratio variable rétribue le *travail* du pigeon, le levier à intervalle paye lui toujours au bout d'un certain temps, temps qui s'écoule même quand le pigeon est occupé à «travailler» sur l'autre levier.

Un maximisateur devrait se concentrer sur le levier à ratio variable et prélever de temps en temps la récompense qui l'attend du côté du levier à intervalle variable. Or, les pigeons délaissent le levier à ratio variable. Herrnstein et Heyman y voient l'expression de la matching law et une réfutation des théories de l'optimisation. Mais Rachlin[314] avec notamment Kagel et Battalio[315] proposent que le désintérêt pour le levier à ratio variable soit dû à l'intégration par le pigeon du *délai* d'attente de la récompense ; celle-ci est diminuée par le facteur d'escompte. En ce cas, l'animal maximise bien, il intègre juste une diminution à la valeur de la récompense, il la perçoit comme décalée dans le temps. Subjectivement, le pigeon attribue une valeur et il potentialise selon ses attributions subjectives de la valeur. Cette redéfinition fonctionnelle de la notion de rationalité, qui, d'une certaine façon, se rapproche des idées des marginalistes de la fin du XIXe, ouvre un nouveau champ de réflexion autour de ce que l'on va nommer l'apprentissage de la récompense, le *reward learning*, que l'on nomme aujourd'hui *intelligence artificielle.* Elle remet aussi la question des raisons de l'individu au centre du jeu. En effet, il attribue lui-même une valeur aux options, il a donc des raisons subjectives de faire ce type de choix.

[312]Herrnstein, & Heyman 1979.
[313] Rachlin, Green, Tormey, 1988.
[314] Elève de Herrnstein et superviseur de Ainslie.
[315] Battalio, Green, Kagel, 1981 ; Rachlin , Kagel, Battalio, 1982 (l'article est l'occasion de réponses dont celle de Herrnstein).

Après Herrnstein, trois approches se distinguent ; l'une, psychologique, behavioriste, sauve la rationalité. C'est l'idée centrale du behaviorisme téléologique de Rachlin[316] qui postule que nous maximisons toujours quelque chose. A l'inverse, Herrnstein défend que l'expérience contredit toujours la théorie économique du choix rationnel. Enfin, les modèles économiques comme celui de Kahneman et Tversky défendent une forme de dualisme ; deux systèmes et deux approches, une rationalité normative qui donne le modèle idéal du choix théorique et la réalité descriptive qui s'en éloigne en raison de paramètres liés aux capacités du sujet et à la complexité du monde.

b) Rachlin et le retour de la maximisation : l'importance du self-control.

Rachlin, psychologue et élève de Herrnstein ramène les raisons de l'addict au cœur de l'explication de son comportement. Nous maximisons bien toujours quelque chose, mais ce quelque chose est subjectif, il devient donc pertinent de s'y intéresser pour agir sur le choix, car modifier la structure des récompenses passe par l'élucidation de ces raisons. D'autre part, être rationnel en ce sens consiste à s'en tenir à une certaine cohérence dans ses actions, les comportement comme l'addiction sont irrationnels parce qu'ils rompent une cohérence dans le flot des actes que j'effectue en vue de l'objectif lointain de bien-être, l'addiction est une question d'impulsivité, de choix à court terme contre mes plans à long terme. Il y a

[316] Ainslie parle de Rachlin comme d'un «behavioriste radical», ce dernier fait de son côté une distinction entre trois types de behaviorisme, dont radical et téléologique et s'inscrit lui-même dans ce dernier.

chez Rachlin l'idée que l'addiction est avant tout une question de manque de contrôle, que nous reprendrons à notre compte.

L'idée fondamentale de Rachlin est que nos comportements sont causés par les buts qu'ils visent. Son behaviorisme est téléologique au sens où tout est question de causes finales. Pour Rachlin,

> Un acte (X ou Y) est défini comme un comportement relativement bref, et un *pattern* (A ou B) est un comportement relativement étendu et répété. [...] La différence entre le concept d'opérant et le concept de pattern (tel qu'il est utilisé ici) est qu'un opérant est défini par ses conséquences extrinsèques (Skinner, 1938), alors qu'un pattern est défini par ses conséquences intrinsèques[317].

1) Concepts

i) La rationalité comme forme vide

Rachlin propose de voir l'idée de la rationalité comme une *forme vide*. C'est-à-dire un concept explicatif. Il ne s'agit pas de réfuter les propositions des modèles du choix des économistes mais, au contraire de partir du principe que le choix est toujours l'expression d'une maximisation. Il reste cependant à déterminer de quoi il s'agit et selon quelles modalités. En cela il rejoint la vieille définition de l'utilité déjà proposée à l'aube du marginalisme ; quelque chose est maximisé et ce quelque chose est l'utilité. Cependant, l'utilité ne se limite pas aux bienfaits immédiats de la consommation du bien. Il faut distinguer clairement récompense, entendue en termes de plaisir, *fitness*, ou quelle qu'en soit la définition et utilité qui n'est justement que *ce qui est maximisé* lors d'un choix. Une forme vide, sans définition claire, un outil à valeur heuristique. Rachlin choisit de considérer

[317] Rachlin 1995a et b.

la question de la rationalité sous l'angle de sa relativité. Une action est rationnelle *par rapport* à un pattern d'actions, elle n'est pas rationnelle absolument. Nous maximisons bien quelque chose, reste à savoir quoi et comment, et l'action s'inscrit rationnellement dans un pattern d'actions. La question n'est pas si un acte est en lui-même rationnel mais s'il s'intègre à une suite d'actes. Selon Rachlin la rationalité est l'équivalent du *self-control* et l'irrationalité de l'impulsivité ; un acte est rationnel s'il ne rompt pas avec les objectifs d'une séquence en cours pour poursuivre un intérêt différent et qui va à l'encontre de l'intérêt poursuivi par cette séquence. Il est rationnel dans le cadre de la poursuite d'un régime de ne pas céder à la tentation devant l'étal du marchand de glaces, de se contrôler. Il serait tout aussi rationnel de céder à la tentation dans l'optique de la recherche du plaisir gustatif. Cette impulsivité serait cependant coupable, irrationnelle dans l'optique du premier objectif, de l'enchaînement dans le temps des comportements qui, jusque-là, m'ont permis de poursuivre l'objectif de la perte de poids.

ii) Se protéger de l'impulsivité ; l'importance du self-control

Rachlin propose alors l'idée du *bundling*, ou *empaquetage*, *regroupement,* qui consiste en un regroupement des conséquences du choix pour le calcul. c'est-à-dire que chaque décision ne porte pas sur la conséquence immédiate du choix proposé mais inclut l'ensemble des conséquences que ce choix aura sur les choix futurs. Chaque décision est prise en fonction de son rapport aux décisions initiales, qu'il confirme ou infirme. Quand il s'agit d'une situation ou une récompense immédiate ou proche s'oppose à une autre plus tardive, on observe que l'escompte hyperbolique, diminuant la perception de la valeur de la récompense tardive, provoque une inversion des préférences. S'il est dans l'absolu préférable pour moi de perdre du poids pour obtenir à long terme une récompense liée à cette perte de poids,

et que cette perspective est plus intéressante que le plaisir retiré de la consommation d'une glace, cette même glace peut m'apparaître plus intéressante alors qu'elle est à ma portée immédiatement alors que l'effet du régime est à long terme. Il s'agit alors de savoir si je vais céder à l'impulsion de consommation immédiate ou m'en tenir à la perspective future pour laquelle j'ai déjà pris des engagements précédemment.

La lutte pour le self-control passe alors par le *bundling*. Je n'envisage pas l'action immédiate pour ce qu'elle est mais dans le contexte de l'ensemble des choix futurs. Un passage à l'acte maintenant est prédictif d'un passage à l'acte plus tard (il crée un précédent auquel je pourrais me rapporter pour céder de nouveau) et il va contre ma décision initiale, à visée plus lointaine. Pour protéger les biens futurs de l'impulsivité, de l'effet de l'escompte, il me faut envisager la totalité de la séquence des choix. Céder à la tentation immédiatement est maximisateur au sens où l'utilité immédiate de l'acte de consommation est supérieure à l'utilité immédiatement envisagée de la perspective lointaine. Mais ce choix va à l'encontre de ce que je devrais choisir dans une optique maximisatrice si je prenais ma décision sans subir l'influence immédiate de la tentation disponible. *A froid*, en imaginant la situation, sans avoir réellement la glace à disposition, j'envisage, dans une logique de la poursuite d'un objectif donné, de m'abstenir. C'est quand il y a opposition entre maximisation immédiate et à long terme que se pose le problème dans le cadre de ces choix dit intertemporels, entre quelque chose maintenant et quelque chose plus tard, entre consommer immédiatement une substance à laquelle je m'adonne et qui m'est disponible et la perspective de ne plus m'en sentir esclave. Cette prédominance des récompenses à court terme est une conséquence immédiate de la forme hyperbolique des courbes d'escompte qui induit une inversion des préférences entre les termes de choix intertemporels.

Rachlin propose donc une solution pour expliquer la possible protection des intérêts à long terme. En effet, si l'impulsivité qui résulte des courbes hyperboliques d'escompte peut avoir un intérêt, elle a aussi des conséquences délétères. D'une part elle permet une certaine souplesse, elle permet de ne pas passer à côté d'une occasion de récompense immédiate qui se présente, mais d'autre part elle empêche toute planification à long terme[318]. Quoi qu'il en soit, pour Rachlin, est rationnel ce qui s'inscrit dans une logique globale, et donc des stratégies maximisatrices peuvent, le cas échéant s'avérer rationnelles ou non. Ce qui est rationnel c'est le self-control, la protection des intérêts à long terme.

Il y a bien maximisation dans les choix, reste à savoir de quoi. En effet, les animaux ne maximisent effectivement pas la quantité et la fréquence de nourriture obtenue dans les protocoles mis en place par Herrnstein. En fait, les animaux ne maximisent pas ce qui a été rendu équivalent à l'utilité dans les travaux des behavioristes, c'est-à-dire des *récompenses* ayant la forme de quantité de nourriture. Or si on envisage que l'*utilité* n'est pas forcément la *récompense* ainsi entendue mais une appréciation de la récompense, on peut alors sauver la maximisation. L'utilité est bien maximisée à chaque fois mais elle n'est pas la *récompense*.

[318] Pour reprendre un exemple tiré de Ainslie, un homme qui aurait des courbes d'escompte «rationnelles», c'est-à-dire sans changement de préférence dans les choix intertemporels aurait un avantage certain sur l'escompteur hyperbolique. Il lui achèterait à bas prix son manteau chaud au printemps et lui revendrait plus cher en hiver. En effet, l'escompteur exponentiel pourrait envisager l'utilité future du manteau en regard de la dépense immédiate, alors que l'hyperbolique favoriserait le gain d'argent immédiat et lui rachèterait au prix de son utilité immédiate face au froid. Nous reviendrons sur les avantages et les inconvénients des courbes d'escomptes hyperboliques et les stratégies employées, comme le bundling, pour protéger les intérêts à long terme qui consistent à les rendre plus exponentielles.

iii) La récompense n'est pas l'utilité

La rationalité n'est pas à envisager comme la maximisation de la *récompense*, mais comme le fait de s'en tenir à la maximisation de l'*utilité* sur des plans à long terme en dépit des tentations et des choix alternatifs qui possèdent leur propre logique d'*utilité*. Il faut une monnaie commune qui convertit les récompenses en utilité pour que le calcul puisse être effectué entre les opportunités. Si on envisage cette monnaie, et le bien-être et la survie comme mètre étalon de l'utilité, alors on voit que l'on peut poursuivre un objectif de *fitness* à long terme mais constamment devoir lutter contre des récompenses envisagées dans l'immédiat plus intéressantes du point de vue du bien-être ponctuel. Il y a alors une compétition entre ce que l'on considère être le bien-être, sa perception immédiate et envisagée sur le long terme, une constante question de choix intertemporels qui reposent sur la maximisation d'une *utilité* dont l'évaluation varie.

C'est au plan de la conversion des récompenses dans la monnaie de l'*utilité* que se pose alors le problème. C'est Ainslie qui proposera de considérer la récompense non pas d'un point de vue objectif, comme une quantité ou une fréquence de nourriture, mais d'un point de vue subjectif. Est reconnu comme une récompense ce que l'individu considère, *selon sa propre théorie de ce qu'est une récompense*, comme telle. Ce n'est pas une substance donnée qui est une récompense en soi mais le rapport qu'entretient l'individu avec cette substance. On ne peut donc mesurer la récompense en prenant, comme c'est le cas dans les expériences, de simples quantités objectives, mais en rendant compte de ce qu'elles représentent pour celui qui les consomme. On doit alors découpler la maximisation de la récompense entendue comme ce que l'individu conçoit comme étant une récompense et utilité entendue comme bien-être, fitness, plaisir qu'il ressent

à la consommation. Il s'agit de comprendre ce qui donne leur valeur aux objets pour comprendre ce qui est maximisé.

Dans *The Science of self-control*, Rachlin expose, sous l'égide de Ainslie, Becker et Herrnstein, sa théorie appliquée aux comportements comme l'addiction. Il prend l'exemple d'un écureuil qui entasse des noisettes dans un trou d'arbre. Ce dernier ne se pose pas la question, simplement, un matin, il trouve que cette action a de la valeur. Il maximise donc cette valeur en entreposant ses noisettes. Même si on enlève les noisettes au fur et à mesure, il continuera de ramener des noisettes, sans se poser la question de l'intérêt à long terme. Rachlin exprime cela en disant que l'écureuil suit son intérêt à court terme et la Nature s'occupe du long terme (par la génétique et l'éveil de l'instinct). En d'autres termes, un écureuil n'a jamais besoin de faire preuve de self-control. L'humain, lui, développe, avec l'expérience, un certain nombre de règles auxquelles il pense devoir obéir mais s'il s'imagine, à long terme, qu'il s'y soumettra, le problème se pose quand elles entrent en conflit avec certains de ses désirs présents. Il se trame alors un conflit entre deux options incompatibles, toutes deux souhaitées, désirées, mais un conflit qui se joue à travers le temps, intertemporel. Il se trouve que même si nous souhaitons réellement suivre les règles quand nous imaginons l'avenir, au moment où la tentation se présente nous préférons les enfreindre pour une récompense immédiate. Mais,

> Si, comme l'écureuil, nous faisions toujours ce que nous préférons momentanément, Mère Nature ne prendrait pas soin de nous. Au lieu de cela, notre comportement commencerait à obéir à une autre règle, à suivre un autre modèle, une règle ou un modèle que nous n'avons jamais choisi. L'alcoolique ne choisit pas d'être alcoolique. Au lieu de cela, il choisit de boire maintenant, et maintenant, et maintenant, et maintenant. Le schéma de l'alcoolisme émerge dans son

comportement (comme l'épargne émerge dans le comportement de l'écureuil) sans jamais avoir été choisi.[319]

2) La Relative Addiction

Pour Rachlin, le self-control est le garant de notre bonheur, et la psychologie[320] a pour fonction de permettre aux humains d'accéder au bonheur par la formation d'habitudes qui permettent d'exercer ce self-control. Ce concept d'*habit* est repris à William James[321], il rend compte de comment nous pouvons créer des patterns de comportements et nous y soumettre. Des patterns constitués d'occurrences de choix individuels qui, au moment du choix, consistent à ne pas suivre notre inclinaison. Nous sommes capables de suivre des règles pour sauvegarder nos intérêts à long terme par la formation de ces habitudes. Au cours de cet ouvrage, il développe une théorie de l'addiction, la *Relative Addiction* qui repose à la fois sur Herrnstein et le *Primrose Path*, et donc au plan fonctionnel sur la *mélioration*, et y intègre des éléments Beckériens, en affirmant la maximisation de *quelque chose* à chaque choix. Contre la mélioration, Rachlin défend l'idée d'une maximisation locale de l'utilité. Chaque choix, suit la maximisation d'une utilité locale, c'est-à-dire, relativement à un horizon temporel défini. On retrouve comme dans la *mélioration* l'abandon de l'horizon infini du choix éclairé des économistes. Il reprend les effets des consommations présentes sur les consommation future, en s'appuyant sur Becker, et les principes du Primrose Path.

---

[319] Rachlin, *The Science of self-control*, 2000. p.4.
[320] «while psychology itself is the science of the mind, the human function of psychology is to achieve human happiness in the most direct possible way—by forming our behavior into harmonious patterns—that is, by developing good habits.» p.8.
[321] Rachlin cite James, «Habit is . . . the enormous flywheel of society, its most precious conservative agent. It alone is what keeps us all within the bounds of ordinance», Dans *Principles of Psychology.*

Pour Rachlin les activités addictives et sociales sont substituables, quand Herrnstein met face-à-face dans l'alternative *boire* vs *tout le reste*, Rachlin pense qu'il faut remplacer ce *tout le reste* vague et inconsistant, par ce qui est réellement incompatible avec *boire*, les *activités sociales* ou plutôt, l'*activité sociale*. C'est donc la sociabilité qui est la véritable alternative à l'addiction. Les comportements addictifs et l'activité sociale ont une relation réciproque, mais il existe d'autres choses dans le monde que ces deux alternatives. De plus, deux options réciproques s'avèrent être économiquement substituables : on peut boire du Coca *ou* du Pepsi, les deux options sont réciproques, mais on peut aussi faire du vélo, il existe un monde en dehors de ces options réciproques. Quand le prix de l'une augmente ou quand la disponibilité fait défaut, on peut remplacer l'une par l'autre, les deux options sont substituables. Alors,

> Une hypothèse centrale de la *relative addiction theory* est que les activités addictives et les activités sociales sont jumelées de cette manière - elles sont au moins modérément substituables les unes aux autres mais pas à toute autre activité. Selon la *relative addiction theory*, lorsque le prix extrinsèque de l'activité sociale augmente (par exemple, par le décès d'un conjoint ou d'un ami proche), l'activité addictive peut se substituer dans une certaine mesure à une activité sociale réduite. Autrement dit, lorsque les gens socialisent moins, ils sont plus susceptibles de devenir addicts et vice versa.[322]

Or, quand des réciproques sont substituables entre elles mais pas avec d'autres options, on parle, selon Becker, de *separability*, elles ont alors tendance, en raison de cet isolement, à varier inversement l'une par rapport à l'autre. Rachlin intègre alors ces modifications dans le cadre du Primrose Path et à partir de ce modèle modifié, rend compte des diverses formes et manifestations de l'addiction. Il décrit une relation de causalité fondée sur

[322] p.89

les propriétés de la réciprocité, de la substituabilité et de la séparabilité de la relation du couple activité sociale/addiction. A la différence des AA, qui voient les manifestations sociales comme reposant sur des manifestations de causes plus profondes, à chercher dans la physiologie, la cognition ou la spiritualité, Rachlin affirme la primauté de la dimension sociale. Il agit ici en véritable behavioriste, quand la psychologie cognitive infère des processus mentaux qui prennent en charge les stimuli environnementaux, les traitent, offrent une réponses, et intègrent le feedback, le tout *en interne*[323], quand la neurobiologie fait de même en remplaçant les processus cognitifs supposés par des processus physiologiques internes, Rachlin regarde les manifestations dans le monde des stimuli, de la réponse et du feedback. Ces manifestations ont une réalité concrète qui ne peut être, selon lui, remise en cause. Une réalité qui leur donne un avantage sur les suppositions théoriques d'un monde de processus cachés, invisibles. L'addiction est une manifestation concrète, comme tout le reste, et son explication doit se situer au niveau de l'expression concrète des comportements. Il rejoint ici l'approche économique du comportement, mais, quand il s'agit d'action, à choisir entre les politiques d'augmentation du coût et celle de soutien social aux addicts, tout en relevant que les deux doivent, selon le *Primrose Path,* permettre de revenir à des situations d'équilibre hors de l'addiction[324], Rachlin prend l'option humaniste, pour des raisons économiques. Selon lui, l'augmentation du coût nécessaire est trop importante et le résultat est plus facile à atteindre en favorisant l'activité sociale au détriment de l'addiction. Les deux stratégies peuvent cependant cohabiter.

On trouve dans ce modèle d'addiction et ces propositions de stratégies d'intervention une importance donnée à la remise *en contexte* de l'addiction.

[323] Les stimuli externes sont réduits à être de l'information pour le système cognitif, nous verrons plus loin des approches de ce type.
[324] Herrnstein et Prelec l'évoquent à la fin de l'article sur le Primrose Path de 1992.

Le social n'est pas un simple cadre mais le niveau de lecture fondamental, le seul qui nous dispense d'inférer des entités invisibles selon cette forme de behaviorisme. Rachlin est probablement celui de ce courant de pensée qui va le plus loin dans la démarche qui consiste à faire de l'addiction un fait social et donc à dépendre des sciences sociales. On trouve ici une approche sociale du problème qui n'est pas l'approche holiste d'une certaine forme de psychologie sociale, Rachlin reste pleinement un behavioriste individualiste, et tout en s'inscrivant dans cette psychologie défendue par Herrnstein, il rejoint dans son discours, dans la forme même de son modèle, et dans ses influences, le discour de l'économie traditionnelle. Rachlin présente son behaviorisme comme une tentative de réconciliation entre psychologie et économie, là où Herrnstein prend acte de divergences telles qu'une des deux sciences doit forcément être dans l'erreur et céder à l'autre la prérogative de l'étude du comportement[325].

c) L'héritage behavioriste

1) Quel moi ?

Entendue comme elle l'est chez les économistes, l'action raisonnable, maximisatrice, découle naturellement de ce qui ressemble fort à une loi de la physique. Chaque individu a sa fonction d'utilité et son comportement découle automatiquement de cette fonction. Il n'y a pas plus de degré de liberté pour l'organisme dans une théorie du réflexe que dans le choix rationnel ainsi entendu. Du côté des behavioristes, pour Herrnstein par

[325] Les sources citées par Rachlin sont assez éclectiques, le behaviorisme et l'économie néoclassique sont des domaines dans lesquels il puise comme nous l'avons vu mais c'est un auteur qui aime à faire appel aux philosophes, James mais aussi Platon, Aristote, Augustin...

exemple, le choix est un comportement dans le contexte d'autres comportements. Il n'y a pas d'imprédictibilité constitutive qui laisserait une quelconque place au libre arbitre mais les comportements restent cependant en pratique imprévisibles. Trop de facteurs entrent en compte, les paramètres individuels n'ont pas forcément de valeur connue etc. La maximisation n'est qu'un cas particulier, et on ne peut compter sur l'hypothèse de la rationalité des agents pour prédire leurs comportements. D'autre part, si la matching law semble, en théorie, permettre d'expliquer certains des comportements qui échappent à la maximisation, son application, en pratique, n'apporte pas de certitude. On peut expliquer, a posteriori, mais la prédiction reste aléatoire. Cependant, l'individu autonome, le moi souverain, au sens de cause première de chaque acte, est une fiction. L'origine de nos comportements se trouve dans l'environnement et dans des facteurs internes à l'organisme, à l'agent, qui peuvent en droit être exprimés sous forme de paramètres dans des équations qui rendent compte des interactions entre l'individu et son environnement. Les équations et leurs paramètres nous sont communs mais la valeur des variables est spécifique à chacun. En cela une explication complète d'un comportement repose bien à la fin sur l'individu et ses données internes. L'individualisme du behaviorisme peut, selon ce que l'on entend par facteurs internes à l'individu, relever de sa version complète, viennoise ou être plus proche de celle des néoclassiques.

L'attribution de la valeur aux choses, la dimension téléologique, qui peut être traduite en termes d'intentionnalité, et l'anticipation des effets de l'action renvoient, sous une autre forme, aux raisons de l'individu. L'expression de ces raisons, en termes mentalistes ou de la psychologie du sens commun est peut être rejetée, mais pour être remplacée par une expression de ces raisons traduites en un autre langage supposé plus juste, précis et efficace, qui peut faire l'impasse sur ce qui se passe dans l'individu

non pas parce qu'il ne s'y passe rien mais parce que l'on peut l'exprimer autrement. En effet, on ne voit pas le choix lui-même, seules ses conséquences sont manifestes. Le choix lui-même, la décision, reste cachée, sa nature mystérieuse. Herrnstein, comme Becker, donnent un mécanisme calculatoire qui permet de lier entrées et sorties, de rendre compte de ce qui se passe sans montrer clairement de quoi il s'agit. Mais quand chez Becker tout découle de la loi, chez Herrnstein, l'explication renvoie à un processus qui lie l'environnement qui initie, modèle, accueille et renforce l'action et l'agent sur lequel il agit.

Herrnstein reconnaît aussi l'existence de règles internes au sujet qui guident le comportement et modèrent les effets décrits par sa matching law. Des règles au sens de décisions normatives, imposées par l'individu lui-même ou par le contexte social, qui permettent de définir des formes de comportements destinés à lutter contre les dérives. Elles sont des lois, au sens légaliste, on peut les rapprocher des habits de William James repris par Rachlin. Herrnstein intègre donc dans sa psychologie comportementale les lois et règles personnelles, et ouvre la porte à un rapprochement avec certains éléments des approches plus kantiennes. La décision par calcul de Herrnstein intègre dans son giron la décision selon des principes et ces derniers ont un rôle pour corriger les biais du calcul. Il existe donc une place pour les concepts mentalistes, en tant qu'ils rendent compte de ces principes. Mais ils sont des auxiliaires du phénomène calculatoire de prise de décision.

Pour Herrnstein et ses successeurs, toute tentative pour échapper, par exemple, aux effets délétères de la mélioration, toute velléité de résister à l'attrait d'une récompense immédiate au profit d'une récompense plus tardive, pose la question du self-control. Toute occurrence de contrôle de

soi implique une compétition entre des intérêts divergents, des options incompatibles. Chaque choix est un renoncement, et chaque option porte en elle, dans ses conséquences et son attrait, un exemplaire du moi. Le moi qui désire ici et maintenant n'est et ne sera pas le même que celui qui souhaite s'abstenir en vue d'autre chose, plus tard. Herrnstein associe au primrose path un type d'explication qui envisage une compétition entre différents moi au sein d'un même individu à chaque fois que se pose ce type de dilemme, le primrose path lui semble pouvoir soutenir ces théories du moi divisé. C'est en ces termes que la notion même de moi autonome et souverain est suspecte. D'abord, l'action n'a pas pour origine une décision ex nihilo, un fiat, mais est guidée par des lois du comportement, observables et exprimables en équations, mettant en jeu des paramètres identifiables même si difficilement quantifiables pour chaque individu et que l'on peut aussi exprimer en langage intentionnel, en les faisant reposer sur leurs conséquences attendues, parce que le moteur du choix reste ses conséquences, ce sur quoi repose le renforcement. Ces explications béhavioristes peuvent alors être perçues comme fondamentalement téléologiques, et l'agent qui prend ces décisions les prend selon un processus calculatoire qui ne nécessite pas l'intervention d'un moi souverain, moralement et causalement responsable. De fait, chaque intérêt est en compétition pour influencer l'organisme et si l'on trouve, dans la décision, la marque de l'individu, c'est plus dans ce que le choix révèle de lui, c'est-à-dire de la valeur de ses paramètres, que dans son influence originelle.

La métaphore du marché dans lequel des intérêts entrent en compétition pour présider à l'action, un marché dans lequel des moi futurs se battent pour advenir, est ce qui se rapproche le plus d'une description de ce qu'est un choix selon l'optique behavioriste. Elle permet de réintégrer, à la marge, les concepts mentalistes de croyances, de désirs, et d'une certaine manière, de volonté, de tenir compte de la nature calculatoire de la décision

tout en faisant une place aux principes, aux règles de conduites, à l'approche légaliste, kantienne. Mais si elle peut se passer de l'homoncule, cette image continue de heurter les approches reposant sur un moi unitaire, voire souverain, libre et décisionnaire, celles d'une certaine psychologie cognitive et d'une bonne part de la philosophie.

2) Le dépassement du behaviorisme

Le retour de la rationalité initiée par Rachlin reprend une bonne part de ces éléments dans l'idée qu'il faut justement se demander ce qui est maximisé dans l'action pour comprendre ce qui peut être envisagé comme rationnel selon une certaine explication. Son approche qui consiste à y voir une rationalité relative reprend le thème des intérêts divergents. Dans le cadre d'un certain pattern, telle action peut s'envisager comme rationnelle et irrationnelle dans un autre quand elle s'apparente à de l'impulsivité. Ce que fait Jekyll est pitoyable pour Hyde, ce que fait Hyde odieux pour Jekyll. On retrouve l'idée centrale de self-control. Les divergences entre théorie rationnelle instrumentale, forme vide, et irrationalité tiennent alors à une question de sémantique : est-ce que la récompense absolue, c'est-à-dire rapportée à une quantité de nourriture, équivaut à utilité ? Si oui, il n'y a effectivement pas de maximisation la plupart du temps. Mais si on envisage que les deux termes ne sont pas équivalents, alors on peut supposer que quelque chose est bien maximisé, quelque chose qui donne un sens à l'action. Quand les économistes néoclassiques idéalisent la maximisation en faisant de la maximisation rationnelle, devant son absence de congruence quand on la confronte au réel, une notion à envisager comme *as if*, pour son intérêt heuristique, Rachlin propose de trouver un sens à ce qui se déroule, une intention. C'est en cela que son behaviorisme est téléologique, ce qui

cause une action c'est ce qu'elle vise, et comme elle se manifeste uniquement en tant qu'action, dans le monde, elle doit s'expliquer en termes de fait publics.

Bien que sauvant la rationalité du choix, Rachlin aura peu d'écho du côté des économistes, alors que Herrnstein reste abondamment cité tant par ceux qui défendent la théorie du choix rationnel que par ceux qui proposent de construire sur l'irrationalité des comportements. Rachlin se place entre les tenants d'une approche rationnelle à tout prix, qui intègrent des biens psychologiques (comme la reconnaissance par le groupe, les sentiments comme la culpabilité ou la fierté et le fait de leur échapper ou de les ressentir etc.) dans le calcul de l'utilité, comme Becker, à qui il reproche le manque de réalisme des fonctions d'utilité des individus qu'ils infèrent, car ils se basent sur des approches macroéconomiques, mais avec qui il partage en tant que défenseur d'une théorie qui part du principe qu'il y a maximisation l'idée qu'il faut intégrer tous les comportements dans la théorie économique, et ceux qui admettent des comportements irrationnels mais qu'il s'agit de mettre de côté, à part, comme cela est théorisé dans le cadre de l'économie comportementale chez Thaler, Kahneman et Tversky, dont les théories mêlent économie orthodoxe et psychologie cognitive. Rachlin reste, lui, un behavioriste et ses travaux font appel aux méthodes d'expérimentation animales traditionnelles. Les théoriciens de l'économie comportementale, qu'ils soient plutôt psychologues comme Kahneman ou économistes comme Thaler, ne s'appuient guère sur ces méthodes.

L'économie expérimentale qui devient, au début des années 1980, sous l'impulsion de Kahneman, Tversky et Thaler l'économie comportementale est effectivement plus inductive que la tradition plus économique classique, elle cherche à confronter la théorie aux faits empiriques. En cela elle descend en droite ligne de la théorie des jeux. Les successeurs de Von Neumann et Morgenstern comme Nash et Savage

proposent des expérimentations et à leur suite se développe un courant expérimental[326] mais ils restent des économistes. L'influence du behaviorisme est réelle mais leur économie comportementale rejette les modèles animaux, et tend à considérer que les psychologues qui essaient de s'approcher de l'économie le font avec un certain manque de rigueur dans l'emploi des concepts économiques. Le flou qui entoure la notion de récompense (behavioriste) qui se trouve associée à celle d'utilité (économique) leur semble problématique, et ils rejettent celle de récompense. D'autres part, s'ils mettent en avant les problèmes de la théorie du choix rationnel et de la maximisation sur des bases empiriques, ils cherchent à adapter les fonctions d'utilité à l'aide de nouveaux paramètres pour in fine sauver la théorie. Il ne s'agit pas de reconnaître l'échec de la théorie mais de la réparer. C'est sans doute une des raisons pour laquelle Rachlin a relativement peu d'écho dans le champ, sa psychologie, qui reste behavioriste, n'est pas exactement celle dont les économistes ont besoin, ils préfèrent la psychologie cognitive. Quand Herrnstein fondamentalement behavioriste, très critique de l'économie et de sa capacité à expliquer les comportement humain apparaît tout de même comme une source inévitable parce qu'il met au jour les difficulté de la théorie, propose des lois du comportement dont il faut trouver le pendant théorique dans leur discipline et fournit un modèle de science expérimentale, Rachlin s'est sans doute trop rapproché de leur discipline, il est un psychologue qui essaye de faire de l'économie quand Herrnstein est un étranger qu'il est sans doute plus facile d'importer selon ses propres conditions.

De leur côté, la plupart des psychologues se rallient dans les années 1990 à la conception instrumentale de la maximisation, à cette forme vide. Il y a toujours quelque chose de maximisé dans le choix et ce quelque chose dépend de la détermination subjective de ce qu'est une récompense, d'une

[326] Deux en fait, l'un qui traite des marchés l'autre de microéconomie, du choix individuel.

théorie de la valeur. Suite à Rachlin, on voit la récompense être séparée de l'utilité. Chun et Herrnstein ont directement associé utilité et récompense sous la forme de quantités de nourriture, or, l'approche instrumentale induit qu'une récompense n'est pas récompense en soi. L'organisme détermine ce qu'il considère être une récompense. On peut maximiser la récompense (manger tout le gâteau au chocolat) sans maximiser l'utilité (le gâteau au chocolat risque d'impacter mon bien-être). La notion même de récompense est donc subjective et dépend d'un apprentissage. Cette question de l'apprentissage de ce qu'est une récompense va devenir fondamentale dans le champ du *reward learning*.

On voit donc apparaître des courants différents à partir du behaviorisme et de la prise en compte des questions du choix et de la décision. D'une part des économistes qui prennent en compte la psychologie, cela donne la psychologie comportementale qui reste cependant plus ou moins dans le cadre de l'orthodoxie. Il s'agit d'adapter le concept de rationalité et les courbes d'utilité aux faits empiriques. D'autre part des psychologues qui prennent en charge les thèmes économiques du comportement humain. Cela conduit au reward learning. Mais toujours avec l'idée que quelque chose est maximisé. Les deux courants ont en commun l'idée qu'une solution aux difficultés rencontrées par la maximisation pourrait se trouver dans la subjectivation d'une valeur alors considérée comme objective, l'utilité, ou la récompense et un rejet au moins formel de la théorie du choix rationnel classique. Qu'il faille l'abandonner ou la modifier en profondeur, elle ne peut être considérée comme valable[327].

[327] Cette critique de la rationalité qui leur est commune a été énoncée par Maurice Allais à propos de la résolution du paradoxe de St Petersburg par Bernoulli et de l'usage qui en fut fait par Von Neumann et Morgenstern. Ou plutôt, de l'usage de leur formalisation mathématique, sur cette base, de l'utilité attendue, par les fondateurs de l'orthodoxie néolibérale, de la théorie du choix rationnel, comme Savage et Friedman. Allais insiste sur la nécessité de lier théorie économique de la décision, du choix, la microéconomie et la psychologie Le behaviorisme pur de Herrnstein, bien que cité et reconnu comme une

3) Réforme de la rationalité : la compatibilité avec la biologie

a) Reward learning

Dans les années 1990, les approches de la psychologie sont intégrées dans un champ de recherche qui lie neuroscience, robotique et informatique ; c'est le cadre générale des sciences cognitives, qui s'opposent au béhaviorisme sur de nombreux points, particulièrement sur la pertinence de l'intérêt porté aux événements mentaux traduits dans le langage courant par des termes comme désirs, volonté, croyances etc. Cependant, la mathématisation du comportement sur la base d'observations effectuées par Herrnstein et ses disciples suit aussi la trajectoire initiée par Von Neumann et Morgenstern et alors que l'économie s'est emparée des modèles mathématiques mais sans trop s'attarder sur la description précise des phénomènes, oubliant la mise en garde explicite de l'introduction de l'ouvrage sur la théorie des jeux, les travaux des behavioristes semblent ouvrir de nouvelles perspectives. Associés d'une part, aux avancées des neurosciences, dont la place au sein des sciences cognitive se situe à la marge, de par leur réductionnisme et leur intérêt centré sur les processus physiologiques de bas niveau plus que sur les événements mentaux décrits par la psychologie du sens commun, et d'autre part, l'existence d'une autre

influence, se trouve dans ces évolutions que sont le reward learning et l'économie comportemental dans la situation d'un ancêtre commun mais considéré comme dépassé par ses descendants.

pensée économique qui se méfie de la notion de choix rationnel, ils vont permettre le développement de conserve de théories économiques du choix dites de la rationalité limitée et une exploration des processus psychobiologiques de la prise de décision. Les travaux de Schultz, confirmés par ceux de Glimcher mettent en évidence un substrat neurobiologique à la prise de décision. Un choix est alors une question de valeur, le modèle est celui de l'apprentissage sur des séquences répétées d'événements, il reprend les techniques développées par les modèles informatiques et la robotique. On trouve chez Montague[328], un collaborateur de Schultz, un parfait résumé de ces approches neurobiologiques et chez Kahneman[329] (dont l'ouvrage résume les travaux communs entrepris avec Tversky) son pendant économique.

b) Montague et le cerveau quasi parfait

Montague pose clairement l'idée que ce que nous nommons choix consiste en une comparaison de valeur. Il s'agit donc de déterminer la valeur des choses, de choses aussi différentes qu'un verre d'eau et la vie de ses enfants, les choses comme objets du monde extérieur, mais aussi les idées. Nous donnons une valeur et c'est sur cette valeur que repose le choix. Le mot clé est alors computation. Nous effectuons un calcul sur ces valeurs. Il faut donc d'une part modéliser le calcul, à la manière de ce que propose Herrnstein et la façon dont nous attribuons leur valeur aux choses. Le cerveau peut être modélisé comme un ordinateur, avec une différence, nous poursuivons des buts. Nos choix sont guidés par l'importance que nous donnons aux choses, par les objectifs que nous poursuivons.

[328] Montague, *Your Brain is (Almost) Perfect.* 2007.
[329] Kahneman, *Thinking Fast and Slow*. 2012.

Montague introduit l'idée de *efficient computation*, computation efficace. Ce qui est nécessaire pour cette efficacité c'est l'existence d'objectifs. Certaines choses nous importent, c'est ce qui nous différencie des ordinateurs, et si cela nous importe, c'est parce que nous leur accordons de la valeur. Si cette idée semble contraire à la doxa behavioriste classique et s'inscrire dans le cadre des sciences cognitives, il n'est pas question d'une valeur éthérée, métaphysique mais bien d'une valeur inscrite dans notre biologie même, dans les structures mêmes de notre cerveau. La question de ce qui est entendu par les termes décrivant les événements mentaux est secondaire par rapport aux mécanismes de traitement de l'information. Ces structures et leur fonctionnement sont décrits dans les modèles proposés par Schultz, Glimcher, et les travaux de recherches déjà exposés dans la partie traitant de la biologie. Il s'agit donc de montrer les mécanismes du choix. On peut modéliser les choix et il existe un substrat dont on peut modéliser le fonctionnement qui rend compte de ce choix. La notion de computation efficiente est alors ce qui fait le lien entre mécanisme biologique et dimension psychologique.

Les humains possèdent en outre une caractéristique par rapport aux autres organismes, celle d'accorder de la valeur à des objets quelconques, notamment des *idées* et des comportements. Il est donc possible de comparer ces objets et ces actes arbitraires par rapport aux objets *naturels* associés à la survie des êtres vivants. Nous pouvons même leur accorder une plus grande valeur et sacrifier nos vies pour des idées ou des activités. Nous assignons une signification à des suites à priori sans signification propre de symboles. C'est là que se trouve le côté sombre de notre mode de fonctionnement. Certaines situations existent parce que ces propriétés peuvent conduire, dans des cas extrêmes, à non seulement des choix peu efficaces mais nuisibles. Ces situations, comme l'addiction, la maladie de Parkinson (dont le principal symptôme est la diminution de la performation

des comportements orientés vers un but) trouvent leurs explications dans ce cadre théorique. C'est-à-dire que la description des phénomènes en termes psychologiques va trouver une résolution en termes physiologiques. Nous assignons une valeur au choses par un mécanisme distinct de ces choses, cela permet de comparer des objets en tous points différents grâce à cette valeur commune mais comme l'attribution de la valeur se fait sans lien directe avec la nature des choses, on peut envisager que l'attribution de cette valeur dysfonctionne, ou que l'application de cette valeur produise des effets délétères. Rien n'a donc en soi de valeur, pas plus ma survie qu'une partie de jeu vidéo, en dehors de celle que l'organisme attribue, attribution qui doit suivre des règles, qui peuvent en théorie s'avérer arbitraires ou déficientes. C'est l'application de ces règles, leurs effets dans le monde, qui disent leur validité.

Montague assume l'héritage de Darwin et de Turing. Darwin parce qu'il a établi que la diversité trouvée dans la nature était le produit de la sélection :

> La variation permet aux systèmes biologiques d'explorer des solutions alternatives, la sélection fournit la rétroaction et le stockage permet au système (le monde naturel) de conserver les solutions qui ont fonctionné.[330]

Et Turing parce que partant de l'idée que tout processus est une computation, c'est-à-dire un traitement d'*information*, fait de l'évolution un algorithme qui compute des *organismes*. Cette idée, pour Montague, unifie le vivant. L'algorithme sélectionne des formes de vies, leurs capacités, comme celle d'être équipée d'une conscience, sur la base de leur efficacité. Dans l'esprit de Montague, le choix s'effectue donc en fonction de la valeur que nous donnons aux événements, l'addiction est une question de valeur et

[330] Montague, *Your Brain is (Almost) Perfect.* 2007. p.219.

nous choisissons, nous voulons, désirons, au sens de l'*Incentive salience* de Robinson et Berridge, ce qui a la plus grande valeur. Nous maximisons, Montague fournit une approche computationnelle et un substrat biologique aux idées de Rachlin.

Selon le modèle de Redish[331] sur lequel il s'appuie, les drogues renvoient constamment un signal mélioratif. La prise de cocaïne s'associe à une stimulation dopaminergique qui code *comme s'il y avait plus d'intérêt que prévu*. Le signal dopaminergique comme effecteur du système d'erreur de prédiction, vu à la manière de Schultz, dans le contexte du TD learning, est amplifié par l'effet direct des drogues, donnant, à chaque prise, le signal selon lequel la récompense est plus grande qu'attendue. Les indices associés à la prise de drogue, indices environnementaux comme internes, les pensées associées, se voient alors systématiquement transmettre une valeur de plus en plus forte comme éléments prédictifs d'une récompense qui dépasse à chaque fois ce que l'on attend du contexte. Le processus de choix, le désir qui guide le choix, n'est pas en cause car c'est bien en fonction de la valeur la plus forte en comparaison des autres alternatives que l'acte est déterminé. Il est, selon ses termes, *rationnel*.

Par ailleurs, Montague emploie bien le terme pathologique mais c'est l'application de la valeur qui est pathologique, pas le processus du choix. Il faut bien comprendre ce que cela signifie. Montague compare la situation de l'addict avec ses valeurs pathologiques à l'ordinateur Deep Blue auquel on aurait assigné, dans son programme d'échecs, un tableau de valeurs qui lui commande de protéger son fou noir à tout prix. Ce dernier jouerait alors mal aux échecs, mais les processus de calculs seraient toujours aussi efficaces en eux-mêmes. En cela, on peut y voir une inadaptation qui conduirait à des stratégies, dans le monde, inadaptées. Il n'y aurait pas de

[331] Reddish, 2004.

dysfonctionnement des processus mais, dans le cas de l'addict, un dysfonctionnement dans l'établissement de la valeur. Un dysfonctionnement préjudiciable à l'organisme dans son environnement.

On a donc d'une part un choix rationnel au sens de maximisateur mais d'autre part un choix irrationnel au sens où tout bien considéré il est destructeur, inadapté. Prendre la drogue vaut mieux pour mon système d'évaluation ponctuel sur une échelle de temps donnée mais une vie sans drogue vaut mieux qu'une vie avec dans l'absolu. Dans le premier cas, on voit un choix à l'intérêt à court terme, dans l'autre un engagement à long terme. Le premier peut être qualifié d'impulsif au sens de Rachlin, il contrecarre un plan à long terme. Comment alors s'effectue la balance entre ce rationnel calculatoire, à court terme, impulsif, lié au plaisir personnel immédiat, au désir, *passionnel* et cet autre rationnel dans lequel des valeurs liées au social et à la morale, à des valeurs collectives et à une projection à long terme, ce rationnel *raisonnable* ? On voit bien dans le BDMA comment la dimension cognitive, à long terme, est contrecarrée par l'impulsivité. C'est alors au, sens de Rachlin, une addiction irrationnelle, non pas au sens de l'absence de maximisation en soi, car il y a bien maximisation, mais de ce qui est maximisé, de quelles valeurs et sur quelle échelle de temps. Ce sont les valeurs qui sont irrationnelles. L'addiction modifie l'attribution des valeurs contre ce que le sens commun préconise. L'irrationalité tient non pas au mécanisme, au fonctionnement du choix, mais à ce que l'addict *pense*. L'addiction repose donc sur un jugement de valeurs et l'existence de valeurs objectives, comme la survie, la fitness mais aussi, sous un autre regard, le bien-être dans tout ce qu'il comporte de dimensions sociales et culturellement centrées. On voit émerger le terrain de la discorde entre défenseurs des valeurs naturelles, objectives, essentielles, et tenants du relativisme culturel. Nous défendons pour notre part à la fois l'attribution

de leur valeur aux choses, qui est un élément fondamental dans l'addiction, et l'existence de valeurs objectives, qui sont légitimes car elles procèdent, pour certaines, de nos évaluations collectives sur un temps long. Enfin, les données de ces travaux du *reward learning* sont intégrés au BDMA, en cohérence avec l'idée de maximisation, compatible avec la TCR. Or il apparaît selon nous qu'ils sont tout à fait compatibles aussi avec la *matching law* et la *mélioration*. Ils nécessitent une maximisation pour expliquer le processus calculatoire du choix par le système physique, mais cette maximisation peut être entendue selon les termes de Rachlin. C'est bien selon nous la *matching law* qui est à l'œuvre et la *mélioration* repose sur une maximisation d'une valeur subjective que nous attribuons aux options dans le cadre des choix distribués et intertemporels. On peut donc se débarrasser de la TCR et intégrer les données des neurosciences pour expliquer l'addiction, revoir le BDMA sous l'égide d'une autre approche de la rationalité de nos choix qui rend mieux justice aux données empiriques sur l'addiction.

Ces travaux qui affirment selon nous la compatibilité de la biologie et des théories du choix proposent une formalisation qui reste assez éloignée d'une dimension existentielle centrale dans l'addiction notamment. Celle de l'impression que nous avons d'être capables d'évaluer nos options en les pesant, mes analysant, en faisant preuve d'intelligence et de raison et celle de parfois céder à une impulsion passionnée. Ces deux expériences très différentes soulèvent l'existence de deux évaluations. La question étant existe-t-il deux système séparés d'évaluation, avec deux utilités différentes ou y-a-t-il divers modes d'évaluation qui convertissent leurs résultats dans la même monnaie ? Peut-on avec Bacon affirmer que la raison triomphe en faisant s'opposer les passions ? L'économie comportementale propose une théorie dualiste, qui s'oppose à notre monisme sur le sujet. Cependant elle exprime parfaitement l'existence de deux expériences d'évaluations, l'une

qui rend compte de ce qui nous arrive quand nous raisonnons et planifions, et l'autre quand nous cédons à nos pulsions, deux expériences antinomiques et cependant partagées par tous du conflit entre passion et raison.

c) Rationalité limité et économie comportementale

Du côté des économistes, le développement des théories de la rationalité limitée va, avec Kahneman et Tversky opérer un rapprochement avec les neurosciences. Leur particularité est de proposer une approche à deux systèmes ; un système archaïque impulsif et un système évolué, cognitif et planificateur.

L'économie comportementale est un courant de l'économie qui se développe avec les travaux de Kahneman et Tversky[332], dans les années 1980. Elle consiste en un rapprochement entre une certaine psychologie expérimentale et les théories économiques. L'apport de Herrnstein est là encore manifeste, notamment sur la question du renversement des préférences, en tant qu'il effectue ce même rapprochement dans le cadre de la psychologie quand Kahneman, et Tversky s'inscrivent eux dans le domaine économique et dans le contexte de la théorie dite orthodoxe, c'est-à-dire du choix rationnel, dont leur théorie se veut un dépassement et une continuation.

Le lien entre expérimentation et économie est ancien. Des travaux pionniers dans les années 1930 et l'immédiat après-guerre montrent déjà une volonté d'associer les méthodes de la psychologie expérimentale et la recherche en économie[333]. Mais Kahneman et Tversky ouvrent un champ qui offre une alternative à la théorie du choix rationnel dont l'influence

[332]Kahneman, Slovic & Tversky, 1982 ; Kahneman & Tversky 1979, 1984.
[333] Serra, 2012.

dépasse celle des travaux précédents. L'apport de Herrnstein et de sa *matching law* et son approche économique du problème, ainsi, plus généralement de l'intérêt des behavioristes depuis Skinner pour les comportements relevant de l'économie, fournissent des modèles aux économistes, qui, s'ils diffèrent sur de nombreux point de doctrine et de concepts des doctrines et concepts mobilisés en économie[334], créent un pont entre ces disciplines et donnent aux économistes des années 1980 un support pour leurs recherches et le développement de leurs approches expérimentales. Leur origine en est l'idée de défendre un agent économique à la rationalité limitée. L'acte fondateur est sans doute l'expérience de pensée proposée par Allais au congrès de Paris de Mai 1952.

1) Le paradoxe d'Allais

Les théories de la décision reposant sur l'utilité espérée, ayant émergées des travaux de Von Neumann et Morgenstern sur la théorie des jeux, dès la publication de ces travaux au milieux des années 1940, ont développé l'idée selon laquelle la décision prise dans les cas de choix en incertitude, de paris, repose sur l'évaluation de l'utilité espérée entendue comme la moyenne pondérée par leur probabilité de l'utilité attendue des issues possibles. Les agents sont rationnels car ils maximisent l'utilité attendue et ce, en étant capables de se comporter en bon statisticiens. Les agents rationnels sont bayésiens. Lors d'un congrès tenu entre le 12 et le 17 Mai 1952 à Paris, les participants comme Savage, Friedmann, Arrow, vont se voir confrontés à un fameux contre-exemple qui vise à miner l'ensemble de

[334]L'usage libéral fait par les psychologues comme Herrnstein des termes récompenses et utilité est par exemple une différence majeure. Les deux sont quasiment synonymes, employés alternativement par Herrnstein, là où l'économie comportementale de Kahneman et Tversky rejette récompense pour utilité, et fait une nette distinction entre les deux.

leurs réflexions sur l'utilité espérée et leur idée de la rationalité. Maurice Allais[335], propose une expérience de pensée dans laquelle des individus qu'il qualifie de prudents, doivent effectuer deux choix successifs, qui consistent chacun à choisir à quelle *loterie*[336] participer parmi deux ; (p1 vs q1)[337] puis (p2 vs q2)[338]. Seuls les couples (p1 ; p2) et (q1 ; q2) suivent les prédictions du choix rationnel fondé sur l'utilité espérée. Allais montre cependant que ces individus prudents[339] sont tentés par (p1 ; q2). ce qui se traduit alors en termes de préférence par deux inégalités incompatibles, qui se contredisent [340]. Allais développe sa critique, la suite technique dépasse le cadre de ce travail[341], mais le point qui nous importe est que ce contre-exemple a été l'objet de vérifications empiriques. Il est alors devenu, pour certains, une réfutation empirique de l'hypothèse de l'utilité espérée.

Il fallut donc attendre les années 1970[342] pour voir publiées des études expérimentales sur le sujet[343], œuvres de psychologues et d'économistes

---

[335] Pour une biographie rapide de ce chercheur atypique voir Sterdyniak, 2011. Pour ce qui nous intéresse ici : Allais, 1952, 1953a, 1953b.

[336] C'est le terme pour ce type de choix, on parle aussi de paris. Ce sont des choix incertains, chaque alternative possède une probabilité.

[337] Il faut choisir de participer soit à la loterie p1 : 100 avec une probabilité de 1 (on est sûr de gagner 100) soit à la loterie q1 : 500 avec une probabilité de 0,1 ou 100 avec une probabilité de 0,89 ou 0 avec une probabilité de 0,01

[338] p2 : 100 avec une probabilité de 0,11 ou 0 avec une probabilité de 0,89 ou la loterie q2 : 500 avec une probabilité de 0,1 ou 0 avec une probabilité de 0,9.

[339] Et les participants du congrès comme Savage et Friedman.

[340] Si p1 est préféré à q1 soit : u(100) > 0,1u(500) + 0,89u(100) + 0,01u(0) et q2 est préféré à p2 soit : 0,1u(500) + 0,9u(0) > 0,11u(100) + 0,89u(0); alors cela revient à 0,11u(100) > 0,1u(500) + 0,01u(0) pour la première et 0,1u(500) + 0,01u(0) > 0,11u(100) pour la seconde !

[341] Sur le sujet voir l'article accessible et extrêmement pédagogique de Mongin, 2014. et évidemment les minutes du congrès de 1952 *Econométrie Paris 12-17 Mai 1952*. Editions CNRS, 1953.

[342] Allais passa de l'expérience de pensée à l'expérimentation (Allais 1970), mais si son questionnaire fut utilisé dès les années 1950, l'ensemble des résultats ne furent rendus publics, dans le détail, qu'à la fin des années 1970.

[343] Dans l'entre-deux, les psychologues semblent avoir ignoré la question économique et les économistes s'être essentiellement attelés à améliorer les hypothèses de l'utilité espérée, à en fonder la théorie. Preuve en est, ce contre-exemple absolument destructeur pour la théorie finit par être qualifié de paradoxe par les participants à ce même congrès, qui, mis en face de leur propre incapacité à se conduire selon la rationalité qu'ils défendaient, n'y virent qu'un aléas, une difficulté, un simple paradoxe à élucider. Une sorte d'étrangeté au sein d'une hypothèse devenant théorie. La théorie du choix rationnel est en fait sortie

s'intéressant à la décision, fondant de fait le versant comportemental, behavioriste, de l'économie. Ces critiques nourrirent les réflexions qui finirent par réfuter l'idée même d'agent rationnel[344] défendue par ce que Allais nomme l'école américaine[345].

Allais est surtout en désaccord avec ce que *doit* être un homme rationnel. Selon l'école américaine, l'être humain réel n'est peut-être pas rationnel tout le temps mais s'il veut (et il le doit) l'être c'est ce modèle qu'il doit suivre, c'est l'idée de rationalité *as if*. Comme elle est essentielle à la théorie et qu'elle est souhaitable, il faut dans les hypothèses faire *comme si*. Allais considère que cette définition de la rationalité est indéfendable. Pour Allais les hommes sont rationnels à partir du moment où leurs actes sont en accord avec leurs plans, leurs désirs et leurs raisons et que les moyens qu'ils mettent à disposition de leurs fins sont en cohérence avec ces dernières. On retrouve ici Rachlin. C'est une définition qu'il reprend aux sciences sociales, seules aptes à en donner une selon lui. On voit encore la proximité avec l'école autrichienne (et de fait avec Morgenstern[346]). Il faut regarder ce qu'ils

renforcée du colloque de 1952. L'hypothèse était encore fragile et le colloque a servi à la stabiliser.

[344] Voir la revue de Camerer 1998.

[345] Allais veut remettre la psychologie au centre de la réflexion sur l'agent économique. Il défend l'idée de seuil minimal pour la détection de l'utilité (qui en théorie n'en a pas) et se base sur la loi psychologique par excellence, celle de Weber-Fechner. Allais et Herrnstein ont énormément en commun. Il insiste sur la différence entre l'utilité entendue en tant que valeur monétaire et sa valeur subjective. Tout au long du colloque et dans l'article en annexe, Allais ne cesse de rappeler l'importance de la signification de la valeur pour l'agent et le fait que des particularités de sa personne et de sa situation jouent un rôle important. Selon que l'on est pauvre ou riche, selon ce que représente pour nous le gain ou la perte, selon son caractère etc. les décisions porteront sur l'une ou l'autre des alternatives proposées et il est possible d'y voir, à chaque fois, une rationalité, une raison.

De même, pour le calcul des probabilités, il y a une nette différence entre les probabilités objectives, et subjectives, celles qui sont effectivement calculées et prises en compte. Nous n'évaluons pas le risque de la même manière selon les circonstances. Ces thèmes autour de la subjectivité seront repris par les théoriciens de l'économie comportementale comme Kahneman et Thaler avec notamment la notion de biais subjectifs qui viennent impacter nos évaluations statistiques.

[346] La critique de Allais est une critique de l'axiomatique de Von Neumann et Morgenstern, mais il les rejoint sur un certain nombre de points. La mise en garde contre la mathématisation sans base empirique en est un.

font pour définir la rationalité selon leurs actes réels. Les conditions qu'il donne sont selon lui moins restrictives que celles prises en compte par l'école américaine, et il se trouve que des actes tout à fait rationnels ne peuvent donc pas être pris en compte par leur approche. Les définitions de la rationalité des théories de *l'homme économique rationnel* sont au mieux restrictives, au pire, totalement erronées. On retrouve ce thème de l'image tout à fait artificielle de l'homme rationnel dans une anecdote racontée par Kahneman[347]. Amos Tversky, dans les années 1970, lui donne à lire une monographie d'un économiste suisse qui traite des présupposés psychologiques de l'économie : l'homme est rationnel, égoïste et ses goûts sont fixes. En tant que psychologue de formation, pour qui la rationalité des choix humains est toute relative, qui sait l'altruisme dont est capable un individu et l'instabilité de ses préférences, le portrait qui est fait de l'agent économique semble indiquer que le sujet de cette science est d'une tout autre espèce que l'individu étudié par la psychologie. Thaler, un économiste de l'économie comportementale nommera ces deux espèces Econ et Human. D'après Kahneman, peu de temps après lui avoir donné à lire ce texte, Tversky lui proposa de travailler sur la décision, sujet dont Amos Tversky est un spécialiste. L'axe de travail consiste en l'étude des choix en incertitude, entre paris, et entre un pari et un choix certain, comme l'ont fixé Von Neumann et Morgenstern. Cadre auquel Allais a porté un coup qui, loin d'être fatal, s'est tout de même avéré agir comme un poison lent. En effet, l'anecdote ouvre la partie traitant des choix de l'ouvrage de

[347] Kahneman, *Thinking Fast and Slow*. 2012. Ce livre retrace l'histoire de sa collaboration avec Amos Tversky. Il résume leurs thèses et reprend les articles qui ont rendus publics leur approche de l'économie comportementale.

Kahneman. Ce premier chapitre se nomme *Bernoulli's error*[348] et les pages suivantes traitent du paradoxe d'Allais.

2) Kahneman et Tversky deux systèmes de prise de décision

Le modèle de Kahneman et Tversky est dualiste. Il existe pour eux deux systèmes, deux modes de jugement et de choix. Le premier, automatique, dont les opérations sont le plus souvent inconscientes, entre en jeu dans ce que l'on nomme l'intuition. Il semble ne nécessiter aucun effort ni concentration. Le second, réflexif, dont les opérations sont sous le contrôle de la cognition, nécessite de conserver une attention soutenue pour effectuer des opérations complexes et coûte donc cher en ressources (attentionnelles, de calcul, énergétiques…). C'est ce dernier que l'on tend à associer à notre sens de l'agentivité, de la volonté, que nous utilisons pour choisir en toute conscience.

Le premier système nous vient de notre héritage biologique, nous en partageons les caractéristiques avec d'autres animaux. Il nous permet de nous orienter dans le monde, de porter notre attention sur des éléments pertinents avant de nous rendre compte qu'ils sont effectivement pertinents, comme de potentielles récompenses ou dangers. Nous avons aussi appris à associer d'autres idées avec ces idées innées, des relations symboliques

[348] L'utilité marginale est pour la première fois formulée et modélisée en 1738, c'est-à-dire dix ans avant la naissance de Bentham, par Daniel Bernoulli (Bernoulli, 1738), un mathématicien et physicien suisse, en réponse à un paradoxe proposé par son cousin Nicolas Bernoulli connu sous le nom de paradoxe de St Petersburg, qui a trait au comportement d'un parieur selon l'attente qu'il peut avoir concernant des gains futurs (ce que l'on nomme utilité attendue) dans le cadre d'une situation de choix récurrents en situation d'incertitude. Ce paradoxe est à l'origine des travaux en théorie de la décision appelés théorie des jeux, par Von Neumann et Morgenstern qui donnent, en 1947, les axiomes permettant de définir le choix rationnel dans leur théorème de l'utilité attendue qui fixe les conditions de validité de la théorie de l'utilité attendue. C'est contre l'utilisation de cette axiomatique qui a donné naissance au néolibéralisme que s'élève Allais et ici Kahneman et Tversky.

renvoyant à ces récompenses ou dangers par exemple, qui sont spécifiques de notre espèce ou de notre cadre de vie et nous formons, par l'habitude, d'autre associations d'idées qui nous sont plus spécifiques, comme dans le cas des intuitions liées à nos spécialités professionnelles, quand un joueur d'échecs sent immédiatement la position gagnante. Ce système nécessite de manipuler des informations, des associations d'idées, qui sont stockées en mémoire et dont l'accès se fait sans que nous le décidions, le voulions ou nous ne nous en rendions compte[349].

Le système 2, requiert de mobiliser notre attention et fonctionne moins bien si cette dernière est perturbée ou incomplète. L'attention est une ressource limitée et l'usage du système 2 est alors lui-même limité par nos capacités d'attention. D'autre part, focaliser notre attention sur un problème tend à nous détourner du reste de l'environnement. Selon Kahneman et Tversky, les deux systèmes interagissent et sont en fonction conjointement à l'état d'éveil. Le 1, tourne en tâche de fond, le 2 est dans un mode de bas niveau, utilisant peu de ressources et attendant que le 1 lui signale un objectif sur lequel se concentrer si besoin.

Le système 1 possède un *modèle du monde* et quand ce dernier s'en écarte, le système 2 prend la main. De plus, il semble contrôler les actes effectués en vertu du premier système. C'est lui qui est responsable de l'impression que nous faisons ce que nous faisons, que nous avons le contrôle de nos actes, que *nous*_agissons. Le système 1 est responsable des situations habituelles, il répond vite, efficacement, par la force de l'habitude mais il est sujet aux erreurs, aux biais d'analyse. Le système 2 est censé y remédier, mais les illusions, perceptuelles ou cognitives, sont difficiles à repérer et elles demandent beaucoup d'effort pour être surpassées. De plus,

[349] Certaines des actions initiées par ce système font appel au second système. Un fort bruit inattendu initiera une réponse du système 1 qui nous fera nous orienter vers ce bruit, prêt à utiliser ensuite les compétences du système 2 pour en trouver l'origine, ou, pour reprendre l'exemple du joueur d'échec, le sentiment de la proximité d'une combinaison tactique déclenche la réflexion pour la recherche et la validation de ladite combinaison.

le système 1 n'arrête jamais de fonctionner et résout, à sa vitesse, c'est-à-dire plus vite que le système 2, les problèmes qui se posent à lui. Le système 2 n'a pas forcément le temps ni les ressources pour ne serait-ce qu'entrevoir les biais, erreurs et illusions qui orientent la résolution des problèmes par le système 1. Enfin, il arrive que les deux systèmes traitent du même problème et proposent des solutions différentes, qu'ils entrent en conflit. Comme formulé il y a plusieurs millénaires, que se passe-t-il alors quand passion et raison ont deux avis différents ?

Kahneman et Tversky décrivent un certain nombre de biais et de tendances qui nuisent à la justesse des décisions prises par le système 1. Il est effectivement rapide et a pour principal intérêt de nous faire économiser des ressources en comptant sur nos expériences, nos habitudes, et d'éviter que nous passions à côté de récompenses inattendues mais immédiatement disponibles sous réserve que nous agissions suffisamment rapidement. Le système 1, parmi ses caractéristiques[350] apparaît surtout comme un mauvais statisticien. En effet, quand les théories de l'utilité, et les approches behavioristes, ce qui d'ailleurs montre qu'économie comportementale et behaviorisme sont distincts, s'appuient sur des statistiques fréquentielles, c'est-à-dire que les probabilités associées aux événements sont liées à leur fréquences d'occurrence, elles sont ici subjectives. Nous donnons un poids subjectif à certains événements, une certaine valeur. Ce sont nos croyances en la possibilités d'occurrences de certains événement qui portent les probabilités que nous utilisons pour décider, et ces croyances sont biaisées. Le système 1 donne une importance particulière à la perte par rapport au gain, évalue de manière imprécise certains événements proches ou lointains etc.

[350]Pour une liste exhaustive voir Kahneman, p105.

Chez Kahneman et Tversky, le système 2 suit la règle de rationalité qui est définie par son approche cognitive. Il s'approche de la perfection attendue par la théorie du choix rationnel alors que le système 1 s'en éloigne considérablement. On a donc une norme définie par la théorie de l'utilité espérée et une pratique qui s'en éloigne, déterminée par les choix réels des individus, constatés par l'expérience. Dans cette approche duelle la pratique met le plus souvent en défaut les prédictions de la théorie. Ces prédictions constituent une norme prescriptive de la rationalité et les deux dimensions, prescriptive et descriptive sont nettement séparées.

Une différence fondamentale entre les psychologues behavioristes précédents et l'économie comportementale de Kahneman et Tversky est le rapport à l'expérimentation. Le behaviorisme s'appuie sur des modèles animaux et humains, Kahneman et Tversky refusent l'expérimentation animale. Seul l'homme semble pourvu de ce système 2 rationnel et l'expérimentation animale n'a de ce fait pas grand-chose à nous apporter. L'être humain partage certaines caractéristiques avec l'animal mais il en est fondamentalement différent. Il est hors du règne animal, soumis en partie à l'automatisme, mais en même temps être de raison. L'économie comportementale est très cartésienne. Leur théorie dualiste s'inscrit dans le courant de l'économie comportementale qui s'attache le plus souvent à décrire, sous un mode dualiste, différents fonctionnements, différents modes d'évaluation de l'utilité, par des systèmes aux fonctionnement si ce n'est opposés au moins aux solutions divergentes. Kahneman évoque même la possibilité d'un moi scindé, multiple, reposant sur des évaluations de deux utilités différentes.

Ces travaux ouvrent la voie, dans le cadre de la neuroéconomie, à la recherche des bases neurales de ces systèmes différents, ils sont eux aussi compatibles avec la biologie, mais la biologie humaine. On y met en évidence des structures responsables de l'évaluation de certaines

récompenses, de l'utilité de certains événements, selon leur nature ou leur temporalité, le plus souvent opposant cortex préfrontal et structures limbiques. Mais cette idée même est en opposition totale avec le présupposé fondamental du *reward learning* qui est l'existence d'un seul et même mécanisme de la prise de décision commun aux mammifères[351]. Il existe donc une tension entre les modèles de la neuroéconomie et ceux du *reward learning*. Cette tension met encore en évidence l'ambiguïté des termes récompenses et utilité. De plus, dans les modèles dualistes, dont l'inspiration principale vient de Kahneman et Tversky, l'utilité est calculée en se fondant sur des croyances qui préexistent chez l'individu concernant la valeur des options en jeu, c'est l'idée d'utilité subjective. Dans le *reward learning*, l'organisme est au départ neutre et apprend par essais la dite valeur. Il s'appuie sur la répétition des mêmes choix quand, en neuroéconomie, les choix sont indépendants. C'est la différence notable entre les probabilités subjectives, dont l'évaluation dépend de croyances internes préexistantes et les probabilités séquentielles, dont la valeur est déterminée par l'environnement, dont l'origine est externe.

Ces débats sont particulièrement vivaces dans le cadre des choix intertemporels, or, l'addiction est une question de choix intertemporel. Il s'agit de choisir entre une option tardive mais censée plus intéressante, la «santé», et une option à court terme, immédiatement gratifiante mais qui altère les perspectives lointaines. Cela revient à ce que la chair soit faible,

[351] Sur ce sujet, voir la controverse entre McClure et Glimcher & Kable. McClure et al. 2004 a proposé que le circuit de récompense présente des structures différentes censées évaluer différentes récompenses, les récompenses à court terme et celles à long terme. Kabe et Glimcher (2007) proposent eux que les structures limbiques évaluent toutes les récompenses mais que le cortex préfrontal puisse moduler ces structures sous-corticales. On retrouve cette approche dans le BDMA, en effet la controverse en question semble, pour l'instant, s'être résolue dans le sens d'une «monnaie unique», de la récompense. Ce qui n'empêche pas différentes modalités distribués dans le cerveau pour évaluer des types de récompenses différentes, il nous semble qu'il faille cependant envisager un point de rencontre où ces récompenses sont comparées. L'approche dualiste de McClure suppose une séparation nette entre l'homme et le reste des animaux, nous sommes plus continuistes, en l'absence de preuves formelles.

que contre tout ce que l'on sait, nous cédions à la tentation. A la différence de la théorie du choix rationnel, l'akrasie est envisageable dans le modèle de Kahneman et Tversky, mais elle repose sur un changement de cadre de lecture. Le comportement akratique, c'est-à-dire l'action qui contrevient à mon meilleur jugement est rendu possible par un changement de contexte d'analyse qui revient à un changement de préférence[352]. L'économie comportementale tire les leçons à la fois de Allais et des behavioristes en acceptant que les préférences changent selon comment le problème est analysé[353].

L'économie comportementale reste dans le cadre des théories économiques utilitaristes, elle s'oppose à la théorie du choix rationnel en ne la considérant que comme une théorie normative de l'utilité, qui décrit comment nous devrions nous comporter pour être le plus rationnel possible, c'est-à-dire pour maximiser l'utilité. Elle dit quel est le choix *rationnel*. Mais, en pratique, nous nous en écartons, c'est alors le versant descriptif de la théorie qui prend le pas pour dire *ce qui se passe vraiment* et l'idée est de proposer une méthode pour aligner ce que l'on fait avec la prescription normative. La rationalité, entendue comme maximisation de l'utilité est un idéal à atteindre. Par exemple en se demandant avant chaque décision «Quelles conséquences en termes de plaisir et de peine vais-je subir en raison de ce choix?» plutôt que «Qu'est-ce que je veux maintenant ?»[354] L'intérêt économique est patent, cela permet de rendre compte de ce qui se passe et de ce qui va se passer et d'envisager des stratégies pour rapprocher ce qui se passe de ce que la théorie prescrit quand, par exemple, s'il s'agit d'éviter des comportements réels mais délétères, étant entendu qu'il y a

[352] Tversky & Kahneman, 1981.
[353] Une perte immédiate peut être envisagée comme une perte tout court ou, si regardé sur une plus grande échelle de temps comme un investissement.
[354] Tversky & Kahneman, 1981.

aussi nombres d'écarts véniels à cette prescription. C'est de là qu'émerge la théorie du *nudge*[355], qui consiste à influencer les comportements des agents, consommateurs et citoyens en usant de petites incitations pour orienter les choix. Quand la théorie du choix rationnel propose d'agir sur la distribution des utilités, sur la structure du choix en modifiant en profondeur les coûts des options, la théorie du nudge accepte l'irrationalité pratique des agents et tente d'agir, en douceur sur les biais afin de permettre un choix moins irrationnel.

4) L'addiction est un choix intertemporel marquant notre rationalité limitée

Le tournant de la rationalité limitée et du *reward learning* n'ont pas modifié l'idée de la rationalité sur laquelle le BDMA s'est construit. Il a hérité des structures politico-économiques issues de la théorie du choix rationnelle cette définition, et a ensuite bénéficié des avancées du reward learning qui provient certes du behaviorisme mais dans sa version ayant accepté le retour de la maximisation. D'autre part, l'économie comportementale s'inscrit elle aussi dans le cadre de la rationalité des comportements, une rationalité d'abord prescriptive. Les comportements réels sont irrationnels parce nous commettons des erreurs par rapport à la norme idéale. Or l'addiction telle qu'à l'origine décrite par les BDMA ne rentre pas dans la catégorie des erreurs vénielles. D'un fonctionnement imparfait de l'ordre de la normalité, on passe avec l'addiction à un

[355] Thaler et Sunstein 2012.

comportement qui s'oppose à toutes les valeurs de survie et d'adaptation et, de plus, qui se manifeste par une irrésistibilité, observée, déclarée, qui l'exclut du domaine du choix ; c'est en cela que l'addict s'éloigne, tragiquement de la rationalité prescrite. Le BDMA ne dit pas autre chose ; l'addict s'éloigne de ce qui est défini comme rationnel. Mais nous venons de voir qu'il existe d'autres approches de la rationalité et du choix que celui de la théorie du choix rationnel classique qui nous semble responsable des impasses dans lesquelles se trouve le BDMA.

Le behaviorisme de Herrnstein et ses héritiers laisse une place importante à l'idiosyncrasie, à un sujet ayant un tempérament, des valeurs propres qui certes expliquent les choix de manière déterministe, mais laisse l'origine du choix dans le sujet. Là où il est question de structure de préférences chez Becker, de structure physiologique dans le BDMA, le behaviorisme y met, paradoxalement, une dimension personnelle par l'influence des règles personnelles. Elles se construisent grâce au milieu, à l'expérience, mais elles sont personnelles. Avec Rachlin, c'en devient même un point de vue sur ce qui est rationnel. Chez les économistes hétérodoxes, même s'ils restent plus proches de l'orthodoxie que les behavioristes en ce qui concerne la rationalité entendue comme maximisation, les biais qui président aux choix concrets non optimaux appartiennent en propre à l'agent. Chez ces utilitaristes-là, psychologues comme économistes, que l'on considère qu'il n'y a pas de maximisation, qu'il y a maximisation mais que ce qui est maximisé reste à trouver dans les raisons, où que nous ne soyons capables que d'approximations par rapport à une norme idéale de potentialisation rationnelle, la décision est une question de choix.

L'addiction peut donc se concevoir comme choix distribué, une suite de choix opposant un intérêt immédiat contre un intérêt à long terme. C'est

parce que ce choix mine nos plans à long terme que nous montrons une capacité limitée à la rationalité. Nous savons envisager le meilleur, au point de déterminer collectivement des normes, nous sommes capables de nous y conformer à titre individuel, nous savons faire preuve de self-control pour nous tenir à nos meilleurs jugements, mais il nous arrive aussi de succomber à une option objectivement plus faible quand elle est considérée à cette même échelle de temps. Cela apparaît irrationnel du point de vue de l'intérêt à long terme et de nos plans mais le choix possède aussi en lui sa propre raison d'être, il lui a été attribué une valeur qui lui a permis d'être le meilleur dans le processus d'évaluation. Nous avons donc des préférences conflictuelles qui changent selon la fenêtre temporelle de leur expression. Nous faisons donc des choix, souvent suboptimaux, que nous pouvons rationaliser d'un certain point de vue mais qui s'opposent à d'autres de nos points de vue, ou qui visent une norme, inatteignable le plus souvent en pratique, à cause de nos limitations intrinsèques. Mais il s'agit toujours d'un choix. Et parmi ces choix, il redevient possible d'envisager un type de choix déjà considéré, il y a 2500 ans, comme problématique, inexpliqué, irrationnel, qui nous nuit, qui semble montrer que nous avons en nous-même une opposition entre plusieurs tendances irréconciliables, relevant du domaine de l'akrasie.

Chapitre IV. L'addiction comme akrasie

Le BDMA a cadré son sujet en délimitant le phénomène selon une approche assez classique pour la psychiatrie quand il s'agit de reprendre la main sur les comportements moralement réprouvés. Contre la condamnation morale d'un individu coupable, elle troque la nécessaire aide d'un patient dans le besoin. Pour ce faire, le comportement doit échapper à son auteur, il n'a pas le choix. Or, cela conduit à une description de l'addiction et des addicts qui contredit l'épidémiologie. L'image extrême véhiculée par le BDMA semble ne cerner qu'une toute petite partie des addicts. Nous avons proposé une approche spectrale afin de mieux cerner le phénomène, mieux le décrire mais cela implique alors des formes plus légères, des formes ou la question de la possibilité d'action de l'addict est envisagée. Cela nécessite de reposer la question du choix. Or, si l'addict se plaint souvent de ses propres actes et les regrette, il est aussi parfois capable de se contenir. Le principal problème étant que sa capacité à se retenir est limitée et qu'il souffre de passages à l'acte qui semblent inexorables. Sa capacité à se contenir, son self-control est au moins limité. Cela signifie que pour rendre compte des différences de gravité du phénomène, il faut envisager une continuité entre la capacité pleine et entière à agir rationnellement et l'impossibilité totale. Il faut poser la question du choix. Or, contre le BDMA qui évacue cette question du choix, une approche hédonique de l'addiction comme choix, si elle s'émancipe de la théorie du choix rationnel, doit considérer l'addiction comme appartenant à la catégorie des choix nuisibles à soi-même et allant contre notre meilleur jugement. La question se pose alors de la compulsion, non pas entendue comme une pathologie du passage à l'acte forcé, avec perte d'agentivité,

mais du manque de self-control, c'est-à-dire de l'incapacité pratique à protéger ses intérêts à long-terme contre les intérêts à court-terme dans le cadre de choix intertemporels. De la possibilité de choix relevant de l'akrasie.

La faiblesse de la volonté ou akrasie est un problème philosophique vieux d'au moins 2500 ans. On parle d'incontinence ou intempérance, c'est-à-dire d'un manque de contrôle qui fait que l'on va faire quelque chose qui va à l'encontre de ce que l'on pense être ce qu'il nous faut faire ; c'est quand nous agissons contre notre meilleur jugement «tout bien considéré» selon l'expression de Davidson[356]. Le terme intempérant est d'ailleurs celui qui fut longtemps utilisé, comme nous l'avons vu pour les buveurs, joueurs et colériques, avant la mise en place d'un vocabulaire spécifique concernant l'addiction et les addicts. On peut résumer l'akrasie par cette phrase que Ovide fait prononcer à Médée qui décide d'aider Jason dans les épreuves données par son père transgressant les usages, trahissant son rôle de fille et manquant au respect qu'elle doit à ce dernier[357], «je vois le parti le plus sage, je l'approuve, et je suis le plus mauvais.»[358] ou, autre traduction, «je vois le bien je l'approuve et je fais le mal.»

Comme problème philosophique, l'akrasie a généré une somme de réflexions tentant d'en lever les paradoxes, visant à l'expliquer, à montrer sa possibilité d'existence ou à la ramener à d'autres phénomènes moins obscurs, comme une erreur de jugement, qui la font disparaître[359]. Le sujet n'est pas épuisé et des positions différentes impliquent des considérations

[356] Davidson 1969.
[357] Elle agit encore de même plus tard par jalousie contre Jason. Elle offre à Créuse une tunique qui brûle le corps de la jeune femme, met le feu au palais puis égorge ses propres enfants.
[358] Ovide, Métamorphoses, Livre VII.
[359]Socrate, sous la plume de Platon dans *Protagoras* affirme que «nul ne fait le mal volontairement».

différentes sur la nature du phénomène. Ce qui nous intéresse ici est d'abord de remettre l'addiction dans le cadre de la réflexion sur un phénomène plus global qu'est l'akrasie, c'est-à-dire, à minima, l'action intentionnelle contre son meilleur jugement[360], une action qui conserve la trace d'une intentionnalité et qui peut se voir comme une action *libre*, au sens vague de non imposée par une force extérieure, qui n'échappe pas totalement au régime de l'action. En cela la fureur de Médée fait que ces crimes peuvent n'être pas considérés comme relevant de l'akrasie.

L'addiction est prise entre deux conceptions opposées de ce qu'elle est comme type d'action en raison de la conception de ce qu'est une action volontaire ; une action qui découle de l'actualisation concrète d'une intention[361]. Soit l'addiction dépend bien d'une intention et elle est donc volontaire, soit elle n'est pas intentionnelle et échappe à l'agent. L'addiction maladie est de ce dernier type. En raison de causes physiologiques, psychologiques ou sociales, l'addiction est quelque chose qui arrive aux addicts plus que quelque chose qu'il font, ce n'est donc pas une action libre [362]. Considérée comme une action intentionnelle, l'addict est absolument responsable de ses actes et pourrait faire autrement s'il le voulait. L'akrasie pose un problème à ce modèle d'action et permet de tempérer le lien direct entre le penser, le vouloir et le faire. Le thème de l'akrasie permet de rendre compte de la complexité du phénomène et de la difficulté que nous avons à réellement savoir si l'acte est ou n'est pas un acte intentionnel au sens entendu par la définition de l'action précédente. Les travaux sur la décision, le choix, notamment des héritiers du behaviorisme proposent des explications du passage à l'action qui modèrent considérablement l'impression selon laquelle le passage de l'intention à l'action est

[360] Engel 2007.
[361] Radoilska 2013.
[362] Frankfurt, 1971.

automatique, et surtout l'idée selon laquelle les intentions sont formées par un moi souverain. A leur suite on voit que le modèle de l'action intentionnelle que nous venons d'évoquer ne semble tenir que pour des actions ponctuelles simples, mais que la question de la formations des préférences, de l'évaluation des options en présence lors d'un choix et celle du choix implique le plus souvent des réflexions s'étendant dans le temps, des engagements passés et futurs et des réévaluations et des conflits qui prennent place dans des moments où les paramètres à prendre en compte, le temps disponible pour faire le choix et former une intention, et les ressources nécessaires à la résolution du problème, ne nous mettent pas dans la situation théorique optimale du modèle pur de l'action intentionnelle ainsi décrite. La franche simplicité de la théorie du choix rationnel pourrait s'en approcher mais semble incapable d'expliquer la plupart des comportements qui nous intéressent. Les travaux de Herrnstein et de ses successeurs ont réintroduit la complexité nécessaire pour en rendre compte mais au détriment de ce modèle simple de l'action, rendant par là à l'akrasie son importance. L'irrationalité devenant synonyme de l'incapacité à s'en tenir à ses plans à long terme, et à céder à des opportunités proches mais moins intéressantes que d'autres incompatibles, plus tardives mais meilleures, elle devient synonyme d'akrasie. Ces modèles de la décision en proposant des explications pour ces actions irrationnelles éclairent du même coup l'akrasie. C'est encore dans cette tradition, à la suite de Herrnstein et de la réintroduction de la maximisation *de quelque chose* par Rachlin, que George Ainslie apporte un mécanisme fondamental pour expliquer le phénomène de changement de préférence. Un mécanisme d'escompte du futur qui donne une explication de ces décisions contre notre meilleur jugement et par là, une possibilité alternative à l'addiction maladie ou choix souverain. Ainslie fait de l'addiction une sous-catégorie du

spectre de l'akrasie et sa définition de l'addiction la rend compatible elle aussi avec une approche spectrale de l'addiction.

Il reste cependant que l'akrasie nécessite une action libre contre son meilleur jugement, or, que dire des addicts *aux limites*, limites qui sont aussi celles de l'akrasie : celui qui consent à son addiction (l'addict du choix rationnel par exemple) et celui qui est contraint (l'addict *malade* du BDMA) ? S'ils existent, échappent-ils au régime de l'akrasie ? Si c'est le cas nous ne proposons alors qu'une description de l'addiction qui n'est pas capable de prendre en compte tout le phénomène, ce qui est un des principaux reproches que nous faisons au BDMA. Nous traiterons d'abord des cas les plus nombreux, ceux qui correspondent à l'akrasie par le biais des propositions de Ainslie. Nous répondrons ensuite, dans la troisième partie à la question des cas limites en proposant qu'ils peuvent sous certaines conditions relever de l'akrasie, ils se situent dans des zones du phénomène qui sont des zones de tensions théoriques dans le champ même qui traite spécifiquement de l'akrasie ils mettent en avant le fait que si l'addiction est mieux considérée comme de l'akrasie elle n'est pas que cela.

I) L'anatomie de la volonté de George Ainslie ; l'addiction comme akrasie.

George Ainslie a commencé sa carrière comme étudiant dans le laboratoire de Herrnstein en 1967, année où débutent les travaux d'application de la *matching law* aux délais entre récompenses. Ainslie, alors encore étudiant, fit remarquer que cette loi semblait suivre une courbe

d'escompte hyperbolique. Herrnstein lui donna alors pour mission de montrer cela en étudiant la réponse d'animaux, des pigeons, dans différents protocoles, sous la direction de Rachlin. Dans *Breakdown of Will*, traduit sous le titre de *Anatomie de la Volonté*[363], il reprend les résultats de *Picoéconomics,* ouvrage important pour l'économie comportementale[364], et les avancées issues des séminaires sur l'irrationalité organisés par Jon Elster pendant une vingtaine d'années dont il fut un participant actif[365]. Il propose de rendre compte de la volonté selon les paramètres du choix hérités de la tradition behavioriste que nous venons de voir. Il y décrit d'abord les échecs de la volonté, ces moments où tout en sachant qu'il n'est pas bon d'agir ainsi ou qu'il serait mieux de faire autrement, nous ne suivons pas notre évaluation ; ce phénomène que l'on nomme akrasie. Il retrace l'histoire de l'explication de ces comportements, et met en évidence, leur point commun ; la présence d'un phénomène de distorsion dans notre évaluation des biens futurs qui nous fait préférer ponctuellement, au moment de choisir, une récompense plus faible mais proche à un bien plus important mais plus tardif. Cette distorsion est à l'origine de comportements qui nous paraissent

[363]Ainslie, 2018, *Anatomie de la volonté*. La traduction française date de 2018, l'original de 2001

[364] Le titre décrit un niveau de marchandage interne à l'individu. La macroéconomie traite des mécanismes de marchandage pour des ressources limitées qui prennent place entre des structures, privées ou institutionnelles, la microéconomie s'intéresse au même mécanisme entre les individus, d'où le choix ici du terme picoéconomie pour traiter des marchandages internes aux agents ; l'économie des intérêts en compétition. Ainslie explique qu'au moment de la parution de son ouvrage le choix de le lier à l'économie s'est fait en partie par le désintérêt pour le comportement typique des années 1990. Cela lui valut un grand succès chez les économistes qui commençaient à s'intéresser à des modèles alternatifs au néoclassicisme ambiant et créèrent l'économie comportementale, comme Daniel Kahneman, David Tversky, Richard Thaler… Cette discipline reconnaît la fréquence des choix à priori irrationnels, contre le modèle de l'homme économique et s'appuie sur la psychologie expérimentale. *Picoeconomics,* en 1992, a su trouver sa place comme un ouvrage important de ce courant de pensée.

[365] Il est abondamment cité par Elster dont l'approche de l'akrasie repose sur l'inversion des préférences prédites par les courbes hyperboliques et c'est à Elster que Ainslie demanda de relire la traduction française de *Breakdown of Will* pour s'assurer de sa fidélité au propos initial.

irrationnels. Ces comportements, comme l'addiction, en plus d'être fréquents, ne violent pas les lois élémentaires de la motivation.

On peut déjà faire remarquer un point qui nous semble important concernant l'akrasie, comme le fait déjà remarquer Aristote, l'akrasie est monnaie courante. C'est d'ailleurs un problème pour toutes les théorie du choix plus ou moins rationnel, quand elles tentent d'en rendre compte, elles en font le plus souvent un phénomènes marginal, or, dès l'origine, et un simple retour sur notre expérience propre suffit, il apparaît que nous nous laissons souvent aller à faire des choix qui vont à l'encontre de ce que nous savons parfaitement être notre intérêt. Cela renforce l'idée de Ainslie selon laquelle il n'y a pas de violation des lois ordinaires de la motivation. S'il faut inventer un phénomène alternatif à la normalité pour expliquer un phénomène qui semble se produire plus souvent que les phénomènes dits normaux, il faut envisager de changer de point de vue sur ce qui est normal. Les manifestations exemplaires de l'akrasie passées dans le fond de culture commun, comme le personnage de Médée, pour explicites qu'elles sont, ont peut-être, par leur dimension épique et le génie avec lequel ce thème a été illustré, fait oublier qu'il s'agit plus de petites faiblesses quotidiennes devant une part de gâteau, une cigarette ou un ascenseur que d'abominables crimes de sang dont il est le plus souvent question. La volonté chez Ainslie est ce phénomène de protection de nos intérêts lointains souvent mis en échec dans les choix dits akratiques dont l'addiction fait partie.

Selon Ainslie, la décision est un marchandage au sein d'un marché interne à l'individu entre des intérêts divergents qui visent à arriver à leur fins. La volonté, entendue comme notre capacité à protéger nos intérêts à long terme, c'est-à-dire à faire preuve de self-control, est issue des stratégies de défense des intérêts à long-terme pour garantir leur expression contre les

intérêts à court terme qui les menacent[366], notamment à cause de cette distorsion dans l'évaluation. Si le manque de volonté se traduit par la prédominance des vues court-termistes, ses excès s'accompagnent aussi d'inconvénients notables. C'est dans ce cadre conceptuel, qui réinvente l'idée de myopie déjà présente chez Becker pour expliquer certains choix, que George Ainslie propose une explication de l'addiction. On peut déjà relever que l'addiction doit être considérée comme une forme particulièrement néfaste, relativement exceptionnelle, d'un phénomène courant. Il existe donc une continuité entre les petites faiblesses quotidiennes, des consommations et pratiques qui posent question sans être totalement envahissantes, et l'addict au sens strict, l'alcoolique ou l'héroïnomane de la littérature, celui de Burroughs, de Hans Fallada et du BDMA. Le terme addiction recouvre une signification particulière chez Ainslie, mais on peut d'ores et déjà relever cette continuité compatible avec un spectre akratique large, d'où peut se détacher un sous-domaine, le spectre addictif. La délimitation de ce spectre au sein de celui de l'akrasie est pour Ainslie une question de durée des inversions de préférences.

a) Conséquences de l'escompte hyperbolique

Le fait que les courbes d'escomptes soient hyperboliques leur donne des propriétés particulières. D'abord, les hyperboles impliquent un renversement des préférences qui nous fait préférer une option proche à une autre plus tardive alors que nous préférons, à tête reposée, à froid, et à distance de leur occurrence, la seconde. C'est leur forme même qui induit ce croisement des courbes d'escompte qui représentent l'utilité perçue pour une option en fonction du temps qui nous en sépare. Cette propriété

[366] On y retrouve l'influence de Rachlin, le *bundling* étant un des mécanismes de protection.

d'inversion permet selon Ainslie d'expliquer une large gamme de phénomènes habituellement problématiques pour la théorie de la décision, comme l'addiction, ainsi que de rendre compte des stratégies mises en œuvre pour protéger nos intérêts à long terme et, ce faisant, de ce que nous nommons *volonté*. L'escompte hyperbolique déplace le problème rencontré par les théories de la décision. Il explique sans difficulté, par l'inversion des préférences dans les choix intertemporels, les phénomènes problématiques mais il reste alors à comprendre comment nous faisons pour nous comporter parfois, *rationnellement*, comme «un banquier». C'est-à-dire à exercer un contrôle adaptatif pour ne pas systématiquement céder à la tentation d'une récompense immédiate et conserver une certaine cohérence dans nos engagements et nos choix.

L'addiction n'est plus alors un choix qui viole la règle du choix rationnel mais, au contraire une situation dans laquelle nous n'arrivons pas à exercer un contrôle adaptatif qui permettrait de contrecarrer notre tendance naturelle à l'impulsivité, ou comme le dit Rachlin, une question de self-control. On notera donc immédiatement que cette approche réductionniste et déterministe ne sort pas l'addiction du cadre du normal en en faisant, a priori, une anomalie, une pathologie, mais assume pleinement qu'elle appartient à un type de phénomènes décrit, sous l'angle de la prise de décision, sous le nom d'akrasie. Avec la conséquence immédiate de remettre la question de l'addiction dans le champ moral d'où la psychiatrie a tenté de l'extirper dès le XVIIIe.

Les courbes hyperboliques ont donc la propriété de se croiser. Il y a donc une inversion des préférences, inversion temporaire dans l'intervalle de temps qui précède la disponibilité de cette récompense. Ma décision de respecter un régime pour rentrer dans mon maillot de bain dans six mois ne résiste pas à la présence devant moi de la bûche de Noël. Une fois passé,

je regrette de m'être laissé aller, ma préférence pour garder la ligne reprend le dessus. Pour Ainslie, la durée de l'inversion des préférences rend compte de différents types de comportements problématiques. La gamme temporelle d'inversion s'étend de l'ordre de la fraction de seconde à plusieurs mois. Les inversions qui s'étendent sur une durée intermédiaire de quelques heures à quelques jours forment ce qu'il nomme la gamme de *l'addiction*[367].

b) Une monnaie commune pour un mécanisme unique.

La récompense dont parle Ainslie est à comprendre comme «tout ce qui fait qu'un processus qui y mène est susceptible de se reproduire»[368]. La récompense n'est pas le plaisir, la satisfaction ou le bien-être, elle englobe aussi les émotions négatives, la douleur, qu'il faut concevoir comme étant elles aussi des *récompenses*[369]. Il n'y a qu'une monnaie, commune, ce qui

[367] Ainslie à une définition toute particulière de ce phénomène, tout comme des autres gammes temporelles, très rapides (qu'il nomme démangeaison et qui rendent compte des douleurs et des phénomènes aversif, et très lente qu'il nomme compulsion). Les mots qu'il emploie ne renvoient pas aux définitions habituelles.
[368]Ainslie, 2018 p.19.
[369] La gamme plus courte correspond à ce que Ainslie appelle les démangeaisons, et la douleur correspond à l'apparition extrêmement rapide de pics de récompense qui se succèdent, pics qui sont suivis d'une chute de cette récompense ; l'appétit est très rapidement satisfait mais peut être réactivé tout aussi rapidement. Cette alternance qu'il détecte dans les cas des démangeaisons psychogènes où il suffit de résister à la tentation quelques temps pour la voir disparaître, mais auxquelles nous succombons, ce qui apporte la satisfaction d'y répondre mais provoque leur maintien, se retrouve chez les rongeurs d'ongles, qui ne prennent pas de plaisir particulier à l'assouvissement de leur tentation et passent d'un ongle à l'autre machinalement. L'alternance des pics de récompense attendue, qui attirent l'attention et des chutes de cette perspective de récompense fait que l'individu est à la limite de la prise de conscience du désir évoqué. Les alternances encore plus rapides le rendent imperceptible. Ni l'appétit ni la satisfaction ne sont conscientisés et il ne reste que l'éveil de l'attention. Les douleurs en ce sens attirent notre attention au détriment du reste. La capacité à nous en détourner est un des moyens d'y résister et cette capacité rend compte directement de l'hypnotisabilité. C'est ce détournement de l'attention, cette résistance à l'intérêt éveillé par la douleur qui lui confère sa capacité anesthésiante. On peut noter que cette effet de l'hypnose d'agir en détournant l'attention est à mettre en relation avec sa faible efficacité sur le temps long. Dave Elman en 1964 dans son ouvrage de

renvoie à la dichotomie qui oppose les solutions à un système comme le sien et les solutions à deux systèmes.

Pour expliquer les comportements comme l'addiction, on peut faire appel à l'intervention de forces qui nous *poussent à agir*. Ainslie fait une distinction entre les comportements qui sont *tirés*, c'est-à-dire orientés vers un but et ceux qui semblent *poussés*, déclenchés par des indices. C'est-à-dire entre le conditionnement de type pavlovien pour les second et le renforcement pour les premiers. Le réflexe pavlovien a notamment été invoqué pour rendre compte des effets aversifs. Ces derniers ne semblent en effet pas pouvoir être expliqués comme étant le contraire de la récompense. En effet, l'exact contraire du renforcement, qui nous fait nous rappeler de ce qui a conduit à la récompense, reviendrait à nous faire oublier ce qui a conduit à une punition. On a alors invoqué le conditionnement réflexe pavlovien. L'idée de ce type de solution à deux facteurs est qu'il existe des stimuli perturbateurs qui initient, par réflexe, des réponses automatiques. L'idée commune étant que l'évaluation par l'utilité est contournée par un autre processus qui prend le pas et force l'action. Il s'agit alors de comportements initiés sans motivation. Or, selon Ainslie, les réponses conditionnées peuvent non seulement être inhibées mais elles diffèrent des réponses réflexes initiales. Les mouvements volontaires ne peuvent pas être totalement sous le contrôle du conditionnement, ce qui peut fonctionner en réponse à une douleur intense comme une brûlure, dont l'arc réflexe peut rendre compte, ne semble pas arriver pour les gestes plus complexes que l'on peut initier volontairement, «un alcoolique ne peut pas être forcé à plier le coude par le stimulus conditionnel "bar"»[370] .

Il reste la possibilité qu'une certaine classe d'événements comme des émotions, des appétits, des sécrétions, comme la sécrétion salivaire, des

référence *Hypnotherapy* insiste sur l'incapacité qu'à l'hypnose à agir efficacement et dans le temps sur la consommation de cigarette par exemple.
[370]Ainslie, 2018, p.69.

contractions des fibres musculaires lisses du système autonomes, soient initiées par le stimulus. L'addict alors se trouvera par exemple sous le coup de l'éveil d'un appétit irrépressible. Mais, cela revient à initier une *motivation*. Le réflexe produit la motivation et l'agent cherche les moyens d'y répondre selon les principes de la motivation, en faisant appel aux solutions ayant fait leurs preuves, selon les principes du conditionnement opérant. Le facteur perturbateur qui nous pousse, qu'il soit appelé émotion, appétit, facteur viscéral, n'est pas toujours irrépressible, nous résistons bien parfois, nous réprimons le désir ou trouvons une autre solution quand il s'oppose à d'autres motivations[371]. Il doit donc y avoir un mécanisme de sélection entre ces motivations concurrentes. De même, si on suppose qu'il existe différents centres cérébraux qui évaluent différents types de récompenses ou de motivations il faut bien que leur valeur soit comparée quelque part. Son réductionnisme lui fait prendre parti pour le monisme contre les thèses dualistes qui ont tendance à mettre à part soit une spécificité humaine, comme chez Kahneman, soit une force viscérale qui prendrait le pas sur le reste comme chez Loewenstein 1999.

Nous pensons avec Ainslie que chaque réponse repose sur une récompense motivante, chaque comportement est motivé. Ainslie propose et reprend un argument logique[372], les comportements conditionnés et les comportements orientés vers des buts ne sont pas facilement discriminables, il y a des recoupements et en admettant ces deux catégories, ils entrent en compétition, intra et inter catégories, les uns avec les autres et il faut bien les départager. Il est plus économique de supposer une *monnaie commune* pour effectuer cette comparaison mais c'est aussi plus logique que d'imaginer que sont évaluées des options incommensurables. On peut aussi

[371] Des alcooliques sont capables de résister à l'attrait d'un verre, quand le contexte ne se prête pas à la consommation, ou quand il y a une autre motivation comme un paiement même d'une petite somme d'argent.
[372] On peut citer ici Donahoe et al. 1993, 1997.

ajouter que les deux types devant entrer en compétition il doit bien y avoir un mécanisme de comparaison ou les deux sont comparés et auquel on doit pouvoir réduire le choix, on peut donc les réduire quelque part à une seule entité.

c) L'addiction ne viole pas les règles de la motivation

Nous reprenons donc à notre compte l'hypothèse selon laquelle il n'existe qu'un seul type de renforcement. Le conditionnement ne fait que lier de l'information, entre un événement, le stimulus, et un autre événement, chez Pavlov, le son de la cloche et la présence de nourriture. Or la présence de nourriture éveille l'appétit qui déclenche la salivation. Mais cet appétit est lui-même motivé, il permet de rendre gratifiante la nourriture, le désir permet sa propre satisfaction, et la salivation améliore l'expérience de la consommation de nourriture.[373] L'éveil des appétits, qui peut nous prendre par surprise, ne fait que poser la question d'un choix entre par exemple succomber au plaisir du chariot à dessert ou suivre le régime que je m'impose et les promesses de ne pas prendre de dessert que je m'étais faites. Il s'agit d'un choix intertemporel. L'information chariot à dessert est bien associée à l'information dessert, mais l'appétit devra être confronté à une autre alternative selon leur valeur motivationnelle. D'ailleurs je résiste parfois au dessert. Ainslie ne remet pas en cause le conditionnement au sens où il existe bien des associations d'informations, mais pour provoquer une réponse, un comportement, elles doivent passer par la motivation de cette réponse. Il en résulte que les phénomènes comme l'addiction n'ont donc pas besoin de violer les règles de la motivation, c'est-à-dire que nous choisissons selon nos préférences, selon l'évaluation de

[373] Ainslie propose que la salivation soit elle-même une récompense.

l'utilité des options en présence. Les courbes exponentielles d'escompte donnent à la théorie de l'utilité ce qui lui manque pour expliquer pourquoi nous allons à l'encontre de notre intérêt (à long terme) pour céder aux sirènes de la satisfaction immédiate. Nous ne pouvons faire autrement que de choisir l'option qui présente la plus grande utilité au moment du choix :

> L'akrasie est simplement une potentialisation de la récompense attendue, soumise à l'escompte par des courbes fortement incurvées[374]

La théorie de Ainslie redonne à l'akrasie son caractère courant évoqué par Aristote. De plus, reposant sur les travaux de comportement animal déjà évoqués, elle fait de la rationalité une propriété héritée de l'évolution (les animaux développent des stratégies pour combattre l'impulsivité) mais qui vient par-dessus un mécanisme plus fondamental. Le self-control est secondaire à l'impulsivité, et la raison se met au service de la récompense qui lui donne sa raison d'être, qui la motive. La raison, cependant, protège les récompenses à long terme contre les récompenses moins fortes mais immédiates, elle potentialise notre accès aux récompenses en nous permettant de sauvegarder les meilleures récompenses mais à long terme contre la séduction court termiste. Elle oppose au principe de plaisir le principe de réalité.

C'est aussi cette propension à sauvegarder nos intérêts à long terme, et à garder une certaine cohérence dans nos choix et préférences qui permet de sauver le moi. Il faut en effet rendre compte de cette intuition d'un moi qui a pu apparaître souverain dans ses décisions. Le moi calculateur des utilitaristes ou le moi rationnel des cognitivistes. Contre ces derniers qui envisagent un moi organisé verticalement en une succession de degrés hiérarchiques qui reposent sur des principes logiques et moraux, Ainslie

[374] Ainslie, 2018, p.98.

propose de le concevoir comme un marché où s'affrontent des intérêts divergents.

d) Le marché interne des intérêts et la volonté

Nous agissons parfois *rationnellement*, c'est-à-dire en cohérence avec nos préférences absolues. Ainslie propose que les intérêts se comportent comme des espèces dans un écosystème et qu'il existe une chaîne de prédation dans laquelle les intérêts à court-terme s'imposent au détriment des intérêts à plus long terme. Le dessert maintenant détruit mes perspectives de régime pour rentrer dans mon maillot de bain dans six mois.

Les récompenses à court terme tendent à s'imposer. Pour exister, avoir des chances de se réaliser, la perspective d'obtenir une récompense à long terme doit s'accompagner d'un plan visant à la protéger des récompenses incompatibles, à court terme. Une stratégie pour empêcher le renversement des préférences en sa défaveur. Sans ces dispositifs, il n'y a pas de comportement cohérent sur le long terme possible. Ces stratégies, les moyens mis en place, forment des *intérêts* pour un type de récompenses. Toutes les récompenses sont susceptibles d'être la source, l'objet, d'un intérêt, ce sont les intérêts qui sont en conflit et ils possèdent les moyens de lutter les uns contre les autres. Un intérêt doit attirer mon attention et la détourner des autres intérêts. L'attention éveille l'appétit qui motive mon action en vue de son assouvissement. C'est cet assouvissement, qui est la récompense, qui est l'élément motivant. L'appétit est lui-même motivé, comme tout comportement, par le fait qu'il amplifie la récompense, il est donc lui-même renforcé.

Pour résister, je dois soit avoir en perspective un autre intérêt qui promet une meilleure récompense, évaluée meilleure au moment du choix. Pour ce faire, il existe des stratégies qui visent à renforcer l'évaluation d'un intérêt au détriment des autres et inversement à diminuer l'évaluation des adversaires.

> Un intérêt ne peut pas éliminer un concurrent simplement en promettant plus de récompense, ni à un instant donné ni en moyenne, parce que le concurrent pourra défaire le choix primitif quand il deviendra dominant. Pour perdurer, chaque intérêt se doit d'être le meilleur enchérisseur à un certain moment, ou bien il s'éteindra ; pour y arriver, ils doivent tous exercer une contrainte sur les autres sans pouvoir eux-mêmes être trop contraints. Ce n'est pas parce qu'un intérêt est dominant à un certain moment qu'il obtiendra la récompense qu'il attend ; quand un intérêt domine, il doit bloquer les intérêts concurrents suffisamment longtemps pour réaliser effectivement l'intérêt sur lequel il se fonde.[375]

Ainslie décrit trois stratégies «évidentes». L'*engagement extra psychique* qui correspond à des contraintes mise en place hors de moi pour m'empêcher d'agir, c'est Ulysse qui s'attache au mât, le joueur qui se fait interdire de casino, la prise de disulfiram et toute la gamme des entraves physiques que l'individu s'impose, associée aux paris sociaux, comme l'annonce publique de son arrêt d'une pratique, comme cesser de fumer, qui devient un engagement qui met en jeu sa crédibilité et oppose au désir de consommer celui de ne pas subir la honte de s'être dédit. La *manipulation de l'attention* afin d'éviter l'éveil de certaines tentations ou confirmer certaines autres. Elle englobe nombre de mécanismes décrits par la psychanalyse comme le refoulement et ce que l'on pourrait ranger dans la catégorie des biais cognitifs décrits par Kahneman. On y voit mise en jeu, la formation de croyances qui justifient et rationalisent l'intérêt, allant jusqu'au *wishfull thinking*. La sensibilité aux indices environnementaux qui rappelle la

[375] Ainslie, 2018, p.143.

possibilité de consommation que l'on voit dans l'addiction est de cet ordre, ainsi que l'effet anesthésiant de l'hypnose (et l'hypnose en général). Puis, la *préparation de l'émotion*, qui reprend l'idée de Bacon de jouer les passions les unes contre les autres. Il s'agit de cultiver une émotion qui antagonise l'émotion redoutée comme quand, chez certains sportifs, le fait d'entretenir leur colère avant le combat leur évite d'être paralysés par la peur pendant.

Une quatrième, plus complexe, correspond à la volonté.[376] Elle consiste à définir des règles de conduite. Ces règles reviennent à grouper les choix. Quand un choix n'est plus considéré comme isolé, moléculaire, mais comme faisant partie d'une série, ce sont les récompenses attendues pour l'alternative proche maintenant contre l'alternative adverse plus lointaine qui sont comparées mais pas individuellement. En considérant ce choix là comme associé, sommé, aux occurrences futures de ce même type de choix [377].

> En raison de la relativement longue queue des hyperboles d'escomptes, faire de grandes séries de choix SS/LL [SS : Smaller Sooner reward; LL Larger Later

[376] Le livre de Ainslie est postérieur à l'essai de Elster *La Rationalité Imparfaite : Ulysse et les Sirènes* dans lequel ce dernier traite des stratégies qui permettent à l'humain d'agir avec une certaine rationalité, selon Elster, l'homme est parfois rationnel, souvent irrationnel mais quand il est irrationnel il sait qu'il l'est et peut mettre en place des dispositifs pour lutter contre cette tendance. Parmi ces dispositifs, Elster évoque largement les travaux de Ainslie, notamment les courbes hyperboliques (surtout dans son autre essai sur la rationalité, *Le Laboureur et ses Enfants* qui se trouve en français dans le même ouvrage) et les paris privés sur lesquels nous reviendrons et où nous engageons pour un choix donné plus que ce simple choix, comme quand le fait de prendre tout de mêm une cigarette engage aussi la confiance que nous pouvons avoir dans notre résistance aux autres tentations plus tard, afin d'augmenter le coût de l'abandon à la tentation ponctuelle pour mieux y résister. La façon qu'à Elster de présenter ces dispositifs et l'analyse qu'il fait des travaux de Ainslie à largement bénéficié et influencé le travail de ce dernier et la relecture qu'il donne dans *Anatomie de la Volonté*, de ses travaux publiés dans *Picoeconomics*. Il en est de même pour *Strong Feelings* de Elster dont l'influence est patente ici. Revenir plus en détail sur les positions de Elster serait évidemment lui rendre justice mais nous abordons ici des questions qui se situent à la marge de notre sujet, qui sont des outils utiles pour la suite mais dont le traitement en détail nous écarterait trop de ce que nous avons à traiter. La façon dont Ainslie fait sienne l'influence de Elster donne de plus de sa réflexion un compte rendu bien plus pertinent que ce que nous pourrions en faire ici. Nous renvoyons donc aux ouvrages de Jon Elster les lecteurs intéressés par ces sujets.

[377] C'est le *bundling* de Rachlin.

> reward] en une seule fois plutôt qu'individuellement, augmente la valeur relative des options LL combinées par rapport aux options SS combinées. Les *règles personnelles* sont le fait de définir de telles séries.[378]

Quand la théorie du choix rationnel, et plus généralement les théories du choix qui reposent sur un escompte exponentiel ne laisse aucune place à la volonté, l'escompte hyperbolique fait de la prise de résolutions l'élément nécessaire pour échapper à la séduction des récompenses immédiates, aux comportements rationnels.

La volonté n'est cependant pas le *fantôme dans la machine* de Ryle, quelque chose qui viendrait se surajouter et qui servirait de lien entre le corps et l'esprit comme il est nécessaire aux dualismes corps/esprit, mais le fait même de pouvoir résister à la tentation, de faire preuve de *self-control.* C'est une volonté qui correspond à la *force d'âme*, au *willpower* de la langue anglaise. L'idée que la volonté consiste à faire de choix unitaires des principes est présente chez Aristote et traverse toute la littérature des relations passion/raison. On y retrouve évidemment l'idée de *Bundling* de Rachlin et celle de choix molaires de la *matching law*. Cette idée, de faire des catégories de choix, est aussi un thème de la psychologie cognitive comme de la philosophie de l'esprit[379].

Ainslie propose un mécanisme qui explique le fonctionnement et l'apparition de ces catégories de choix, mécanisme évidemment lui-même motivé. En admettant les hyperboles d'escompte, leur sommation permet aux récompenses les plus tardives mais meilleures de dépasser la somme des récompenses plus faibles mais proches, au point même de faire tendre

[378]Ainslie, 2018, p.24.
[379] Ainslie renvoie à Baumeister & Heatherton 1996, pour la psychologie et pour la philosophie à Bratman (1987, 1999) et McClennen, 1990.

la courbe d'escompte globale, faite des courbes individuelles sommées, vers une courbe exponentielle[380], vers l'idéal de rationalité.

Il apparaît cependant assez vite que si le choix des perspectives à long terme est meilleur qu'une vie soumise à la tentation ponctuelle, céder maintenant et ensuite s'en tenir à une discipline est encore meilleur. Nous sommes constamment sous la menace de l'exception *pour cette fois*, nos règles sont fragiles, sous la menace de nos rationalisations qui justifient nos incartades, toujours supposées temporaires. Mais, si nous considérons chaque choix comme un *cas test*, prédictif des choix futurs, de notre capacité à réussir à faire le bon choix, nous pouvons nous protéger. Cela consiste à voir le *marchandage intertemporel* comme un cas de dilemme du prisonnier *répété*[381].

Dans le cas de la volonté, il s'agit de grouper nos choix sous l'égide de règles de conduites, règles sous la menaces des intérêts à court terme qui pour s'en sortir, proposent des exceptions[382]. Les intérêts se trouvent alors

[380] Lors de la première édition, cette propriété d'additivité des courbes est une hypothèse chez Ainslie, il s'appuie sur quelques travaux encore préliminaires, notamment chez l'animal. Dans les années 2000 une série de travaux d'imagerie chez l'homme se sont intéressé à la question mais indirectement, il n'y a pas d'étude de choix SS/LL par groupes. Cependant les données actuelles sont au moins compatibles avec son modèle.

[381] Dans le dilemme du prisonnier, deux individus doivent chacun faire un choix identique, trahir l'autre ou coopérer. A titre individuel, la meilleure des récompenses est obtenue en trahissant mais seulement si l'autre ne fait pas la même chose, c'est-à-dire viser le meilleur pour lui-même, et donc dans une certaine optique agir rationnellement, ce qui conduit dans ce cas de figure à faire le choix d'une option aux conséquences finalement mauvaise pour les deux. S'ils coopèrent, une récompense intermédiaire leur échoit, mais avec le risque que l'autre trahisse, auquel cas celui qui coopère est perdant et le traître récompensé.Dans le cas d'un *dilemme du prisonnier répété*, la situation se pose plusieurs fois de suite, on peut donc utiliser les choix antérieurs de l'autre comme des indicateurs de ce qu'il va faire, ou dit autrement, chaque choix pose un précédent qui influence les choix futurs.

[382]Ces lignes de James en sont une parfaite illustration :

> «Combien d'excuses l'alcoolique trouve-t-il quand chaque nouvelle tentation se présente ! C'est une nouvelle marque de spiritueux que l'intérêt intellectuel pour ce domaine de la culture l'oblige à essayer : de plus, il est servi et ce serait pécher que de le gâcher ; ou d'autres boivent et il serait grossier de refuser ; ou ce n'est que pour lui permettre de trouver le sommeil, ou de terminer ce travail : ou ce n'est pas pour boire mais parce qu'il fait froid ; ou c'est Noël ; ou un moyen de se stimuler pour

en situation de guerre limitée, c'est-à-dire qu'ils poursuivent des objectifs en communs mais ont aussi des objectifs divergents. Ainslie prend l'exemple de l'usage des gaz de combat lors de la dernière guerre mondiale. L'Etat qui prend l'autre par surprise en en faisant usage lors d'une bataille a un avantage, mais si les deux s'en servent, l'effet est dévastateur pour les deux belligérants. Aucun n'a donc intérêt à cette situation et donc aucun n'a intérêt à créer un précédent qui pourrait faire penser à l'autre qu'il va faire cet usage. Les états motivationnels successifs sont en état de guerre limitée mais ils sont transitoires, on ne peut punir un ancien état motivationnel, ce ne sont pas des joueurs *individuels* mais chaque choix contre la récompense immédiate est un investissement sur une rétribution future, un engagement qui implique la confiance dans les états motivationnels futurs à poursuivre la stratégie initiée. A quoi bon se priver maintenant pour une récompense future qui nécessite d'autres privations identiques si je pense que je finirai par céder et perdre le bénéfice attendu de mes privations ? Il s'agit alors de délimiter des zones où la coopération entre les états motivationnels est bénéfique et d'autres où elle est impossible. Ce sont les règles qui définissent ces états.

> Dans les faits, cette tactique qui engage crée un pari secondaire, parallèle : les joueurs investissent leur espoir d'obtenir des bénéfices de la coopération à chaque choix pour lequel la coopération est requise ; cet espoir est la cagnotte du pari secondaire et cette cagnotte peut éventuellement être plus importante que ce qui est en jeu à l'origine dans le choix lui-même.

Quand, au niveau interindividuel, la réputation, l'honneur etc. sont des formes, des enjeux, des paris secondaires, au niveau intra-individuel il

---

prendre une résolution plus forte encore en faveur de l'abstinence que toutes celles qu'il a précédemment prises ; ou ce n'est qu'une fois et une fois cela ne compte pas etc, etc, ad libitum- c'est en fait tout ce que l'on veut sauf être un ivrogne.» James 1890, *Principes de Psychologie.* p.565.

s'agit de leur équivalent, la confiance que l'on s'accorde pour suivre les règles. Si je cède une fois, dans un contexte particulier, cela ne met pas forcément en jeu toute ma crédibilité, je pourrai la foi suivante me dire que c'était Noël, mon anniversaire… et revenir à ma règle de conduite. Mais si la trahison est fréquente, que la confiance en ma capacité future à résister est faible, quel intérêt aurais-je alors à me priver maintenant, sachant que je n'aurais jamais les bénéfices d'une abstinence que je sais ne pas pouvoir respecter. En prenant chaque choix comme un précédent, la volonté doit donc être envisagée comme un processus récursif

> qui parie sur la capacité attendue de notre futur self-control à lutter contre chacune de nos tentations successives.[383]

La volonté est donc un processus de marchandage intertemporel,

> L'escompte hyperbolique crée une relation de coopération partielle, ou de conflit limité, entre nos états motivationnels successifs. Leurs intérêts individuels en termes de récompense à court terme, combinés à leur intérêt commun pour la stabilité du choix, génèrent des motivations du même ordre que celles du très étudié jeu de négociation, appelé dilemme du prisonnier répété. Choisir la meilleure alternative, à long terme, à chaque point, correspond à la coopération, mais cela ne paraît meilleur que la défection impulsive qu'aussi longtemps qu'on la voit comme nécessaire et suffisante pour maintenir nos prévisions comme quoi nous continueront à choisir la coopération dans le futur. [384]

[383]Ainslie, 2018, p.165.
[384]Ainslie, 2018, p.185.

2) Conséquences pour le concept d'addiction

a) Tous les comportements sont motivés

Ainslie, part de la mise en évidence d'une loi fondamentale de la psychologie, loi largement confirmée par nombres de travaux expérimentaux chez l'animal comme chez l'homme. Il part d'une approche radicalement réductionniste pour extrapoler des processus psychologiques de haut niveau. Son approche, comme celle en général des sciences du comportement issues du behaviorisme, prend à rebours l'approche cognitiviste et celle, en général, de la philosophie sur la question de la rationalité. Pour Ainslie, les comportements sont sélectionnés selon un processus qui relève de la sélection naturelle selon un critère, «la récompense». Plus un comportement apporte de cette récompense plus il a de chance d'être reproduit à l'avenir ; ce sont les expériences passées qui déterminent le comportement actuel et son maintien. Nos jugements, qui président aux actions sont donc motivés eux aussi, ce que la philosophie tend à considérer comme relevant de la self-deception. Pour Ainslie ce ne sont donc pas nos jugements qui sont à l'origine de ce qui nous motive mais l'inverse. La définition de la rationalité, qui fait de l'action allant dans le sens des croyances que l'on juge vraies, le modèle de ce qui est rationnel se trouve renversée. Ce qui est rationnel, c'est la maximisation de la récompense et ce phénomène s'immisce dans la formation de nos jugements et de nos croyances, il en est l'origine[385].

[385] On peut se demander ce qu'il reste du concept même de rationalité et toute proposition s'appuyant sur ces bases doit au moins pouvoir rendre compte, non pas de la possibilité de l'irrationalité d'un comportement comme l'addiction, mais au contraire d'un

b) L'addiction est un choix de l'option court termiste dans un choix intertemporel

Sous cet angle, l'addiction apparaît comme un phénomène caractérisé par la prédominance des options à court-terme dans le cadre de choix intertemporels, choix durant lesquels la volonté, la capacité à organiser le marchandage intertemporel entre les intérêts divers au bénéfice des intérêts à long terme, fait défaut. L'addiction apparaît donc bien être un processus motivé qui ne déroge pas aux lois qui régissent ces processus, et le mystère n'est pas tant pourquoi l'addict est attiré et cède à de soudaines sources de gratification immédiate au détriment de son intérêt à long terme, ce qui nous arrive chaque jour et est le processus normal prédit par l'escompte hyperbolique, mais comment se fait-il que les stratégies de protection de nos intérêts à long terme, stratégies culturellement élaborées et mises à notre disposition par notre histoire et notre inventivité, échouent. Plus que l'attirance, le mouvement vers la récompense immédiate, c'est donc l'absence de contrôle qui pose question, la faiblesse de notre volonté. L'addiction procède ici littéralement d'une faiblesse de la volonté, elle exemplifie l'akrasie.

c) Les problèmes que posent Ainslie à l'addiction

Tous les choix impulsifs qui procèdent d'une inversion des préférences dans une gamme temporelle intermédiaire entre la seconde et

comportement qui puisse être simplement rationnel. La science même qui repose sur un idéal de rationalité se retrouve mise en danger par ses propres découvertes et les approches constructivistes ont beau jeu de relativiser ses propos et sa portée.

le mois sont dits par Ainslie appartenir à «la gamme de l'addiction», ce qui de prime abord crée une équivalence entre akrasie et addiction au point que les termes deviennent synonymes. Se pose alors la question de l'existence même d'une entité naturelle que l'on nomme addiction. Qu'est-ce-qui en fait la spécificité par rapport aux autres formes d'akrasie ? Nous proposerons donc la prochaine partie que c'est notamment l'existence d'un préjudice rapporté en première ou en troisième personne qui en fait la spécificité. Or, la dimension préjudiciable, autre que les comorbidités associées dépent de son acceptation par le milieu dans lequel il prend place, ce qui a comme conséquence que le *diagnostic* même d'addiction doit reposer sur des critères normatifs. Concernant l'addiction, cela soulève un autre problème ; qu'en est-il des consommateurs qui vivent leur lune de miel avec le produit, qui n'y voient pas d'inconvénients ? Il n'y a alors pas de *meilleur jugement*, et donc plus d'akrasie. Nous ferons l'hypothèse là encore d'une solution qui implique le social et le normatif. Enfin, y-a-t-il une différence entre une activité envahissante comme une passion pour un sport, la musique ou la collection de timbres qui fait que parfois nous y cédons alors que nous savons que nous devrions faire autre chose, et une addiction ? Nous proposerons qu'il s'agit là encore d'une question de degré d'envahissement et de préjudice. Ce qui signifie aussi que nous faisons l'hypothèse que les addictions comportementales sont des addictions *vraies*.

Concernant les processus causaux explicatifs. Ainslie fait par ailleurs une remarque concernant les modèles biologiques. Son argument est que des spécificités du substrat biologique peuvent rendre compte d'une sensibilité mais que l'idée selon laquelle des modifications physiologiques induites par des substances pourraient *expliquer* l'addiction ne résiste pas aux addictions à des comportements. Le jeu n'est pas une substance active au niveau des récepteurs cérébraux et on voit mal comment justifier des modifications drastiques du substrat biologique qui dépasseraient la simple

plasticité synaptique inhérente à toute activité. C'est un argument classique des critiques du BDMA et du *hard medical model* en général. L'approche de Ainslie consiste à définir l'addiction en termes de dynamique du choix et à proposer un mécanisme fondé sur les processus du choix. Il tend à rendre akrasie et addiction synonymes mais, à cause des doutes qu'il émet sur la capacité d'une activité à avoir des effets comparables aux substances sur le substrat neurobiologique, il ne poursuit pas plus avant son projet réductionniste. L'addiction est alors un phénomène qui trouve son origine et son fondement explicatif au niveau des *processus du choix*. Le substrat biologique n'est pas pour lui un niveau explicatif pertinent. On doit pouvoir asseoir les comportements sur des mécanismes biologiques mais il ne semble pas y avoir de fond commun unique pour tout ce qui relève de l'addiction/akrasie dans l'optique de Ainslie. Pour reprendre une métaphore célèbre, l'esprit d'équipe est à chercher dans ce qui se passe quand les joueurs jouent ensembles, et trouve son explication et sa description au niveau supra-individuel, pas au niveau de la physique des particules dont sont constitués les atomes, des molécules, des neurones, des cerveaux, des joueurs. On peut trouver en droit un mécanisme physique qui rend compte des comportements observés, mais l'esprit d'équipe n'existe que dans le contexte de l'équipe et du jeu. L'addiction est, ici, un type de choix et n'existe que dans le contexte du choix. Le cerveau code les éléments du choix, procède physiquement à l'évaluation, mais rien ne permet de faire la différence entre l'évaluation d'un contenu et celle d'un autre. C'est aussi ce qui différencie fondamentalement cette approche de celle du *hard medical model* qu'est le BDMA. Or, il nous paraît que la *force* que possède une option doit aussi pouvoir être exprimée en termes physiologiques. Il existe des modifications du substrat neurobiologique liées à l'addiction, nous ne savons pas dire si un cerveau est addict, mais nous savons faire la différence entre le même cerveau naïf et addict, voire, chez l'animal, entre des

animaux témoins et des animaux ayant été soumis à la prise de substances. On peut supposer qu'un cerveau addict porte les traces de sa particulière sensibilité à un type de récompense quand elle est à disposition. Il en résulte que, soit nous pouvons rendre compte de modifications du substrat biologique *par une activité* qui relève du même genre de modifications effectuées directement par les substances et nous pouvons considérer les addictions comportementales comme des addictions, et ainsi conserver l'unité du phénomène, supposer une explication causale identique pour toutes *les formes* de *l'addiction*, avec peut-être une gradation selon les altérations qui se manifeste aussi dans l'expression de l'addiction. Soit il faut renoncer à unifier addictions comportementales et addictions pharmacologiques autrement que par le biais d'une analogie, d'un air de famille. Les neurosciences trancheront. Il reste alors à définir ce qu'est l'addiction *per se* et sa place au sein des phénomènes de la famille de l'akrasie. Nous pensons que l'approche de l'addiction en termes de spectre fournit un cadre descriptif adéquat et permet de proposer qu'il est possible d'envisager une explication de l'addiction qui descendrait au niveau biologique ; de poursuivre le projet réductionniste, au moins en droit, même si, d'un point de vue pratique, de la prise en charge, il ne semble pas pour l'instant qu'un gain d'efficacité ni de simplicité soit à en attendre ; tout comme l'expression d'un mécanisme de l'esprit d'équipe par la physique des particules n'aurait que peu d'usage dans la plupart des domaines où nous sommes amené à en parler.

Bilan

Les travaux de la psychologie behavioriste permettent de réintégrer l'addiction dans le cadre de l'akrasie. Ces approches qui revendiquent l'héritage behavioriste apparaissent alors que la psychologie a connu son virage cognitif, prenant de nouveau en compte le langage des activités mentales, on le voit chez Kahneman et Tversky par exemple, que le behaviorisme voulait laisser de côté. Du point de vue de l'addiction, cette attention portée aux états mentaux internes, et les mécanismes proposés, remettent en lumière les apories anciennes qui naissent de la présupposition d'un agent autonome qui pèse et décide. Il faut justifier le phénomène qui par sa définition même semble contre intuitif. Quand le behaviorisme explique par les influences externes, de l'environnement, le cognitivisme remet la décision au cœur de l'individu. Il est alors responsable de ses actes, s'ils suivent un raisonnement reconnu et explicable, ou bien, il faut montrer quand, comment, et si, le principe interne de décision est faussé dans ce contexte particulier. Cette idée même, ouvre la voie à la qualification de maladie ; le mécanisme de décision peut être pathologique, cela explique l'irrationalité du choix. Une autre explication peut aussi être que nous ne sommes pas, comme nous le supposons, si rationnels que cela. L'addiction est alors un cas particulier de ces décisions étranges. Reste à montrer sa spécificité et, encore, déterminer quand on peut parler d'addiction, comme phénomène en soi bien identifié.

Le behaviorisme tend à naturellement s'opposer à l'idée d'addiction maladie comme le propose le BDMA, en effet, le comportement est lié à

l'influence de l'environnement, c'est la structure des récompenses, agissant sur l'individu, qui sert d'explication. Il s'agit de trouver les modalités de réponse à cet environnement, comme on le voit avec les courbes d'escompte ou les diverses propositions de fonctions d'utilité. Ces modèles traitent de comment les individus réagissent aux stimulations de l'environnement mais c'est ce dernier qui est à l'origine du comportement. On peut envisager des types de réponses particulières pour certains individus, mais c'est toujours l'environnement qui initie la réponse, à la limite, on pourrait envisager des environnements *pathologiques*, ou plutôt délétères, ou des histoires ayant mené à des habitudes de renforcement pathologiques, rejoignant ainsi la psychologie sociale. Le cognitivisme peut tout à fait s'accorder avec une addiction maladie, et le BDMA est empreint de psychologie cognitive, mais à la condition d'accepter une forme de normalité reposant sur une idée bien particulière de la rationalité, celle selon laquelle nous sommes des individus autonomes dont les actes reposent sur une évaluation rationnelle de nos croyances et désirs en fonction des objectifs à atteindre dans l'environnement où nous évoluons. C'est l'association entre cognitivisme et théorie de la rationalité qui rend nécessaire de penser l'addict comme malade si on veut éviter de le considérer comme coupable. Autrement dit, si la science veut conserver la primauté sur le phénomène de l'addiction, elle doit, dans ce cadre, en faire une maladie. Sinon, elle ne peut être qu'une transgression morale, un choix rationnel selon des valeurs que nous rejetons collectivement, et cela revient à peu près à ce qu'en dit Szasz.

Aujourd'hui s'il est question de qualifier le phénomène de l'addiction, il s'agit donc de choisir entre maladie ou akrasie. Or, ce choix n'est imposé que parce que la définition donnée, par le BDMA, de la maladie est très spécifique, elle repose sur l'idée que la perte d'agentivité est d'une part

assurée dans l'addiction et d'autre part que cette perte est le critère fondamental qui autorise le terme de maladie. L'akrasie, se manifestant avant tout lors d'un choix, et, nécessitant la possibilité de choisir, est donc incompatible avec le qualificatif de maladie ainsi défini. Cette incompatibilité empêche de considérer les addictions autres que les cas les plus graves. On peut supposer un extrême dans lequel l'agentivité est détruite et l'addict ne se comporte plus que comme un organisme entièrement soumis à une activité réflexe. Tout l'environnement est constitué de stimuli qui appellent à assouvir l'appétit pour l'objet d'addiction, tout son corps réclame le retour à une homéostasie que seule la consommation peut apporter. Ces cas peuvent exister mais ils ne sont pas les plus nombreux. Soit on élimine les autres addicts de l'addiction, soit on les traite *comme si*. Dans les deux cas il y a une incohérence et les psychiatres l'ont bien compris, le DSM V permet l'élaboration de diagnostics qui couvrent une très large gamme de situations, d'un point de vue descriptif, l'addict du DSM n'est plus celui du BDMA. D'où notre proposition de considérer l'addiction comme un spectre, proposition rendue possible par, cohérente avec, et qui nécessite, le retour de l'addiction dans le giron de l'akrasie, pour prendre en compte ces addicts à la capacité à choisir altérée, mais non détruite ; les plus nombreux.

Dans le langage courant rationnel signifie qui suit sa raison ou plutôt une raison. En ce sens, nous sommes responsables de nos choix qui se fondent sur notre (nos) raison(s). Dans un sens, raison veut dire «une faculté à l'origine de nos prises de décisions», c'est un mécanisme qui peut se trouver relativement autonome, qui ne nécessite pas forcément l'intervention d'un moi souverain, dans l'autre il s'agit d'un élément d'une analyse qui porte sur une évaluation. Ce sont *mes* raisons qui justifient que *je* préfère une option par rapport à une autre. C'est ce par quoi on répond

quand on nous demande quel intérêt avions-nous à choisir ainsi ? Qu'est ce qui a fait que ce choix nous a paru le meilleur ? Cela parle alors de nos désirs et de nos croyances et nous sommes *responsables* de ces engagements car ils portent la marque de ce qui nous caractérise, de nos *valeurs*. On retrouve l'opposition entre les approches issues de l'utilitarisme avec la raison comme faculté à l'origine du mécanisme qui par une évaluation d'une valeur choisit l'option la meilleure, et cognitives, avec la raison comme justification personnelle des décisions d'un moi souverain. Dans le premier cas, nous pouvons envisager que nous soyons mus par un phénomène qui suit certaines lois ou règles qui nous dépassent, auxquelles nous sommes soumis. Il reste alors à savoir si nous pouvons considérer que ces règles suivent, par exemple, une loi de maximisation de la récompense, entendue comme quelque chose qui appartient aux objets ou comme quelque chose qui nous arrange, quelque chose que nous conceptualisons comme positif, à laquelle *nous accordons* une forte valeur. Ou s'il s'agit de l'utilité, concept plus vague, qui fait moins appel à des préférences que nous reconnaissons comme nôtres. Herrnstein reste vague à ce sujet, il emploie alternativement récompense et utilité comme si les deux termes étaient synonymes, et ce flou lui a valu les reproches de certains de ses successeurs. Il en ressort alors que, prenant une connotation normative, l'utilité/récompense ne peut être vue comme étant systématiquement maximisée dans nos comportements de choix. Ainsi, nos comportements ne sont pas rationnels, entendu comme allant toujours dans le sens de ce qui nous semble être, pour nous, notre absolu meilleur intérêt.

Si on se débarrasse de cette dimension normative, et que l'on conçoit l'utilité comme *ce qui est maximisé dans un choix*, que cela revête une dimension absolument favorable à nos yeux ou non, alors on peut poser le cadre de la maximisation comme un cadre formel qui explique tous les choix *raisonnables,* c'est-à-dire raisonnés, mais sans avoir besoin de faire

appel à nos *raisons*. Celles qui nous définissent et racontent qui nous sommes et surtout qui nous voulons être. Il n'y a pas forcément dans nos comportements de *choix* au sens d'un engagement personnel, même s'il se peut que ces considérations psychologiques entrent dans le calcul. Le choix peut simplement signifier la sélection d'une alternative parmi d'autres par un mécanisme, un raisonnement, au sens d'un calcul, qui échappe à l'évaluation normative. Rachlin propose de considérer ainsi la rationalité.

La conception héritée de Herrnstein ne s'est pas imposée dans le grand public, à la différence de la théorie économique orthodoxe, ou de l'hétérodoxie économique et, plus généralement, des approches cognitives qui font la part belle aux événements mentaux, rejetés comme non scientifiques par le behaviorisme, et dont l'avantage certain pour leur diffusion est qu'elles utilisent le langage de la psychologie du sens commun. Or ce sont ces interprétations grand public que la biologie semble suivre dans le BDMA. Bien que la question soit d'importance, elle nécessite pour être traitée de s'impliquer dans des débats fondamentaux des sciences de la décision, psychologie et économie. Le BDMA suit la doxa économique mais il n'existe pas de réelle collaboration et les connaissances par les uns des sujets des autres restent lacunaires et superficielles. La neuroéconomie relève soit de neuroscientifiques qui s'intéresse à l'économie soit d'économistes qui usent de neurosciences mais dans les deux cas les spécialistes de l'autre domaine sont le plus souvent dubitatifs quant aux compétences réelles des acteurs[386]. L'addiction ne se situant pas exactement

[386] Vallois 2017, fait remarquer que l'histoire de l'économie comportementale a le plus souvent été étudiée du point de vue de l'intérêt de certains économistes pour l'expérimentation alors que le chemin inverse, des scientifiques de laboratoire vers l'économie a été peu traitée. Vallois qui s'y intéresse sous cet angle commence par faire remarquer que ces scientifiques de laboratoires, qui publient dans des revues d'économie ne possèdent aucun diplôme universitaire dans le domaine… Une bonne part des controverses et de la distance entre économie et sciences du comportements, neurosciences incluses, tient à cet a priori concernant les compétences de l'autre camp dans l'utilisation des concepts de son propre domaine.

dans ce champ mixte mais faisant appel à des concepts et des notions fondamentales pour les sciences en question, le travail en commun est encore plus rare et le partage des connaissances quasi inexistant.

Le BDMA est une synthèse des données apportées par les neurosciences mais cette synthèse est exprimée en termes censés rendre compte d'un phénomène courant, qui n'est pas chasse gardée du champ scientifique concerné. La traduction des données du champ dans le langage généraliste fait appel à des normes et à un langage qui n'est pas celui du champ autonome des neurosciences mais bien celui du sens commun. On peut alors, en reprenant Bourdieu[387], identifier là où le bât blesse.

Les oppositions théoriques au sein du champ peuvent exister à partir du moment où, même si elles sont très en opposition, comme pour le statut des événement mentaux par exemple, elles acceptent un terrain commun, des problématiques communes et des objets communs qui sont ceux du champ lui-même. L'acceptation des règles de vérification, de communication et de discussion des résultats, assurent une forme d'objectivité qui, si l'on suit là encore Bourdieu, fait défaut aux agents eux-mêmes[388]. Grâce à l'acceptation de ces règles, le champ scientifique échappe en partie à cette relativité et à l'influence de valeurs exogènes, ce qui fait la spécificité de la science et la fiabilité de la démarche scientifique.

Or, l'addiction est un phénomène qui constitue un problème politique et moral, non seulement important, mais dont le traitement repose sur les données que la science a à offrir ; le champ scientifique est alors dépendant dans sa structuration même, de l'intervention du politique, par les financements, la mise en place des organismes dédiés et l'évolution des carrières des agents, en parallèle avec les déterminations habituelles du jeu

[387]Bourdieu, 2001 ; Bouveresse, 2004a.
[388] «La science est une construction qui fait émerger une découverte irréductible à la construction et aux conditions sociales qui l'ont rendue possible» Bourdieu, 2001, p.151.

interne à la science. L'importance politique et morale de l'addiction amène dans le champ scientifique des valeurs qui lui sont étrangères, une hétéronomie qui fausse les échanges.

D'autre part, l'objet lui-même est défini, dans le BDMA, par des critères extérieurs au champ. C'est un objet social, défini selon les termes des enjeux sociétaux. Le BDMA est avant tout un objet des neurosciences, il intègre bien des données issues de la psychologie (surtout cognitive) et de champs plus théoriques des sciences cognitives, comme les modélisations de Schultz ou Montague, mais les neurosciences biologiques ont une place particulière dans le cadre des sciences cognitives. Elles sont fondamentalement du côté d'une biologie réductionniste qui prend pour modèle les sciences fondamentales. Leurs accointances avec des approches formelles, mathématiques voire informatiques, nécessitent déjà une adaptation particulière et des connaissances scientifiques dans ces différents champs qui s'éloignent un peu des connaissances typiquement biologiques. La neurobiologie est elle-même fortement mathématisée, et proche de la physique ; de l'étude des propriétés des neurones à l'imagerie fonctionnelle, des concepts issus de la physique ont été intégrés en profondeur et leur étude fait partie de la formation dès les premières années or ce n'est pas le cas pour la psychologie et encore moins pour la philosophie et l'économie.

L'objet addiction n'est donc pas défini grâce à une proximité de spécialiste vis-à-vis de la psychologie, de l'économie et de la philosophie qui ont énormément à dire sur le sujet comme nous venons de le voir, mais se fonde sur l'usage de concepts dont les termes utilisés pour les exprimer sont en fait pris dans leur sens vernaculaire. L'addiction est alors définie par les structures sociales et politiques qui financent la recherche et le programme d'où est issu le BDMA. Ce dernier se retrouve alors sous le feu croisé des critiques de ces champs qui y voient un mésusage de concepts qui leurs appartiennent, mais soutenu par une puissance financière et institutionnelle

écrasante et paré des vertus de la science, ce qui lui donne sa légitimité, sans que la nature fondamentale de son objet puisse être discutée dans les termes des théories et méta théories des champs qui sont légitimes pour le définir en tant qu'objet de science. Les acteurs des neurosciences biologiques ne sont pas compétents en général pour prendre part aux débats qui opposent psychologie cognitive et behavioriste, ni pour intervenir en tant qu'acteur dans les controverses philosophiques d'où doit émerger la réflexion autour, notamment, de la question du libre arbitre et du traitement moral de l'addiction, ni pour discuter de la rationalité telle qu'elle est définie par l'économie.

La Théorie du Choix Rationnel influence le contexte théorique et donc les croyances d'où le BDMA est issu. La politique de *war on drugs,* est l'expression dans le domaine des comportements liés à la consommation de substances de structures politiques influencées par la doctrine économique qui voit nos comportements comme intrinsèquement rationnels, au sens d'une totale maximisation de l'utilité dont la définition reste floue, et le BDMA est le versant compassionnel des tenants de la TCR qui se sont opposés aux politiques punitives. Par conviction ou parce que leur échec rendit nécessaire une autre approche du problème, ou qui ont saisi l'opportunité d'un autre moyen d'action, offert par les avancées des neurosciences. La *Décennie du cerveau* a été engagée par le même pouvoir politique qui organisait la *War on Drugs*, dans l'idée qu'elle serait un moyen de lutter contre la drogue, en comprenant son action sur les consommateurs et en espérant pouvoir intervenir. Le BDMA sauve à la fois la rationalité des comportements *normaux,* en accord avec la TCR, et procède à une sortie du champ de la morale de l'addiction en la déplaçant dans celui de la pathologie médicale, celui de la psychiatrie. Le BDMA reprend les positions défendues par les institutions mais teintées du positionnement humaniste de la psychiatrie, au sens où cette dernière tend à déculpabiliser ses patients,

où plutôt à les protéger des approches morales et moralisatrices telles que celles des temps où l'addiction était considérée comme une transgression volontaire, l'expression d'une faillite morale. Il est un moment moderne de cette prise en charge des comportements moraux par la psychiatrie au détriment des autorités traditionnelles. Mais, loin de les prémunir de l'approche morale, le BDMA participe alors à l'idée que l'addiction est in fine un outrage à certaines normes (le bien-être, la rationalité…), car on ne peut envisager le phénomène sans faire appel à un jugement dépréciatif sur les conséquences de la pratique mise en cause.

Les approches qui insistent sur l'inadéquation aux faits du modèle du BDMA se retrouvent alors poussées hors du champ de la discussion. Les approches du sens sont trop éloignées des normes en vigueur dans le champ réductionniste des neurosciences biologiques, et font appel à des concepts appartenant à la psychologie cognitive et à la philosophie, qui se situent au pôle opposé des neurosciences cognitives. Les approches psychologiques issues du behaviorisme notamment, plus formelles et plus proches des neurosciences, pâtissent de leur position en porte-à-faux avec la langue vernaculaire dans lesquels sont définis les termes du débat. Ces termes étant définis hors du champ des neurosciences, les travaux behavioristes peuvent difficilement, à cause de cette hétéronomie qui importe dans le champ des influences extérieures contraires à leur propre métathéorie, participer pleinement aux échanges. De plus, s'opposant à la doctrine du choix rationnel sur laquelle repose l'imaginaire des institutions qui soutiennent le BDMA, leur intégration est, en l'état, impossible, alors que la TCR est très en difficulté au plan théorique. On voit d'ailleurs clairement, pour un exemple moins éloigné des neurosciences, comment les travaux de Schultz, dans leur approche de modélisation fondée sur le traitement de l'information, proches dans leur forme des sciences fondamentales qui servent de modèle

à cette biologie, sont utilisés, tout en s'éloignant fondamentalement de ce qu'ils avancent comme nous l'avons vu dans la première partie. Ils perdent leur spécificité en étant intégrés, en partie et un peu de force, à un cadre conceptuel qui ne leur convient pas.

La posture du BDMA interdit, de plus, toute réflexion morale. L'addict est défini comme malade, entendu comme hors de l'application de critères de responsabilité. Or, la définition même de maladie est ici floue. Elle correspond uniquement au fait de ne pas suivre les préceptes de rationalité dans le choix tels que définis par la théorie du choix rationnel. C'est donc une définition en négatif qui rappelle l'expression de Von Neumann, concernant les modèles non-linéaires dont il rapprochait la définition par cette non linéarité de la définition d'une «biologie des non éléphants». Est malade ce qui est non-rationnel, alors que les observations et les résultats empiriques montrent justement que cette forme de non rationalité est, si ce n'est la règle, au moins fréquente. D'autre part, elle s'appuie sur la transgression des normes.

Le seul moyen de poser le diagnostic est de constater les difficultés causées par une conduite qui perdure en dépit de ces difficultés. Or, les difficultés en question sont pour beaucoup des difficultés liées à la vie sociale ; ne plus être apte à travailler, à assumer son rôle au sein de la famille, transgresser la loi etc. L'addiction est une pathologie de la transgression visible. Soit l'addict prend conscience des difficultés et se plaint, voire se dénonce, soit le corps social s'en chargera. Il y a une composante sociale incompressible dans le concept même d'addiction qui n'existe que par la dimension transgressive de la conduite. En cela, la proposition de Marc Valleur de considérer la délinquance comme entrant dans le champ de l'addiction a du sens. On ne peut alors pas s'étonner que ce qualificatif de maladie, qui doit déresponsabiliser le malade, ne suffit pas à le protéger d'un

traitement social et judiciaire dans lequel l'addict est facilement condamné. La question du statut moral de l'addict, mis de côté par définition par le BDMA n'a pas qu'un intérêt de connaissance et de compréhension scientifique, elle a des conséquences concrètes qui font partie du problème que nos sociétés ont avec l'addiction. Or, certains travaux qui s'opposent au BDMA rendent possible cette réflexion de psychologie morale. Le BDMA veut s'en tenir éloigné, sans doute aussi au nom de l'objectivité scientifique qui ne veut pas frayer avec la subjectivité morale. Mais cette question est centrale pour la prise en charge des addicts. Tout en étant un modèle médical, où la science n'est donc qu'un outil dans une pratique, redisons-le, médicale, qui ne se résume pas à la scientificité, mais vise à trouver des solutions pratiques à un problème concret, le BDMA revendique une scientificité au nom de laquelle il tend à nier toute dimension subjective et morale. Or non seulement ces dimensions sont nécessaires à l'efficacité de la pratique médicale, mais la seule chose qui est niée n'est pas leur participation à la question de l'addiction mais la possibilité d'en discuter.

La recherche sur l'addiction, ses formes (pour le versant descriptif diagnostic) et ses mécanismes, pourrait donner des arguments dans la recherche d'un consensus autour de la prise en charge sociale du phénomène, or la démarche est ici inversée. Pourtant, les connaissances apportées par la science ont les moyens de cadrer nos réflexions, même morales. La psychologie morale, qui se pose la question de ce dont nous sommes réellement capables au plan moral, doit aujourd'hui faire avec les neurosciences. Cela implique alors de notre part un point de vue continuiste. L'humain n'est pas une espèce à part, hors du monde animal, mais une espèce parmi d'autres, issue du processus de l'évolution, qui invente avec parcimonie. On trouve dans les autres espèces des équivalents de nos propres fonctions. Les recherches de la tradition behavioriste ont

mis en évidence des lois fondamentales du comportement qui montrent à quel point la rationalité entendue comme la maximisation de l'utilité repose sur des processus secondairement appris, que la rationalité n'est pas la norme et que nous sommes naturellement attirés par les récompenses immédiates. Si quelque chose est maximisé dans le choix c'est bien la récompense, entendue comme la réponse à un appétit, une motivation. D'autre part la récompense s'apprend et les appétits se forment. Le conflit entre la réponse aux motivations immédiates et les récompenses à long terme laisse entendre que ce que l'on a appelé *utilité*, à partir du moment où on ne se contente pas de considérer que c'est ce que l'on maximise dans un choix (et donc ici la récompense), prend le sens de *bien-être* et une dimension normative. *L'utilité* devient ce qui compte pour répondre aux règles les plus fondamentales de ce qui est bon pour nous, et certaines motivations que nous entretenons, certains appétits attendent un assouvissement qui s'avère payant en *récompense* mais peuvent s'avérer délétère en termes d'*utilité*. L'utilité devient une valeur suprême, le Bien. Pour le BDMA elle semble prendre le sens de ce qui contribue à notre survie en bonne santé, pour un prêtre ce qui le rapproche de Dieu, pour Becker ce qui fondamentalement nous agrée. S'il est question de la rationalité comme de la maximisation de l'utilité, nous ne sommes pas rationnels car il n'y a pas de définition claire de ce qu'elle est, en dehors de grands principes. Elle s'avère être un idéal, elle renvoie, dans une définition circulaire à ce qu'il nous faut désirer, au goûts que nous devons avoir, ce vers quoi tendre. La maximisation de l'utilité consisterait à maximiser les récompenses qui conduisent à la vie la meilleure qui soit. Or, les récompenses locales ne sont pas forcément associées à une vie bonne. De par leur nature (une récompense associée à un acte mauvais, selon l'idéal de vie bonne, comme la satisfaction de céder à la colère et à un acte de violence) ou pour des raisons temporelles. L'utilité peut nécessiter de se passer temporairement

d'une récompense ou de subir un désagrément. On revient à l'idée des récompenses à long terme et l'utilité ne peut se déterminer que sur le plus long terme possible, celui de l'échéance d'une vie. Elle n'est pas question de plaisir mais de bonheur, le plus possible et le plus longtemps. La maximisation de l'utilité pour nous, planificateurs à longue vue, est souvent incompatible avec la maximisation locale de la récompense. L'utilité peut aussi être conçue comme une récompense, la récompense ultime, celle qui répond au désir de bonheur avec la difficulté particulière que nous semblons le désirer sans savoir ce que c'est ni avoir de stratégie définie pour l'obtenir. Entendue comme une récompense, *la Récompense,* elle dispense d'envisager une solution à deux systèmes au sens où elle suit bien aussi la loi de la motivation mais comme objectif global, absolu.

On peut imaginer que cet absolu renvoie au Bonheur qui implique la Santé, mais les atteintes à la santé ne se limitent pas à des conséquences personnelles. La vie en société implique des effets sur autrui. Mon entourage souffre de ma souffrance, la société subit des coûts à cause de mes atteintes. Pour cela, le jugement de l'échec de la maximisation, repose aussi sur une évaluation collective de cet échec, il existe donc une dimension normative qu'il est impossible d'évacuer. Le projet du BDMA de dé-moraliser l'addiction ne peut qu'échouer tant que ses conséquences ne se limitent pas à l'agent. L'autre peut être motivé à ce que je maximise cette utilité car cela impacte sa propre utilité. En cela le jugement qui pose l'échec de cette maximisation, se pose aussi en troisième personne. L'akrasie et l'addiction en particulier se caractérisent par le fait que l'akrates (ou l'addict) ne remplit pas l'objectif de maximisation, il échoue à protéger ses intérêts à long terme et particulièrement cet intérêt principal et cet échec non seulement transgresse la prescription à laquelle je suis tenu mais impacte l'utilité d'autrui. Comme nous souscrivons à l'idée selon laquelle nous

donnons de la valeur aux choses, se pose la question de notre responsabilité dans ces récompenses qui interfèrent avec le projet idéal et collectif de l'utilité. Une question qui reste en suspens est celle de savoir si nous pouvons tout rapporter à des faits naturels et à leur valeur pour notre organisme, c'est-à-dire si chaque récompense dépend plus ou moins directement d'une récompense naturelle qui lui est associée, comme le renvoi dans une certaine forme de psychanalyse freudienne de chaque désir à la sexualité, ou si nous créons *ex nihilo* des valeurs non adossées à des valeurs innées. Ce processus qui conduit à donner aux choses une valeur *pour nous* s'il prend naissance dans l'organisme biologique dans une filiation avec les processus équivalents mais plus primitifs des autres animaux, ne s'effectue que dans la cadre social spécifique à notre espèce et participe de l'émergence de ce cadre social. Il crée aussi des valeurs partagées. La question des relations entre le biologique et le social ne s'épuise pas dans les thèses à visées explicatives, elle permet aussi d'envisager comment intervenir, par le politique comme vecteur de l'action sociale, sur le phénomène. L'idée de continuité imposée par l'approche matérialiste, reposant ici sur la biologie, ne s'applique pas uniquement entre les espèces mais entre les domaines et les niveaux de langage, entre le biologique le plus fondamental et le social. Cette continuité n'est pas équivalente au réductionnisme, qui apparaît plus comme une promesse, un horizon. C'est de pouvoir parler de cela, en plus d'un meilleur rapport aux faits déjà évoqué que nous apporte le retour de l'addiction dans le domaine de l'akrasie.

L'addiction, en revenant dans le giron de l'akrasie court cependant le risque d'être dissoute et de disparaître comme n'étant qu'un regroupement de type syndrome, de comportements analogues, il s'agit alors pour sauver le concept d'en définir les contours. L'idée de spectre participe de cette

dilution et paradoxalement de cette redéfinition. Il va nous falloir commencer par sauver le phénomène. Il sera alors temps de poser la question du social, de sa place dans une optique individualiste et matérialiste telle que la nôtre. Nous demander en quoi l'addiction est bien un phénomène social et en quoi cette dimension n'écarte en rien sa dimension biologique, c'est-à-dire en quoi l'approche bio-psycho-sociale est tout à fait pertinente et selon quelles modalités les dimensions sont en relation. Enfin, la mise en relation du sujet moral et la redéfinition de l'addiction comme akrasie permettra d'éclairer le statut moral de l'addict. Ces questions seront l'objet de notre prochain chapitre.

Les implications du spectre de l'addiction

Une maladie sans abolition du contrôle volitionnel

Généralités

1) Une description minimale

Reprenons notre définition donnée à la fin de la première partie et développons à la lumière de ce que nous venons de voir, c'est-à-dire du retour de l'addiction en tant qu'akrasie sous l'impulsion des recherches menées par les héritiers de la tradition behavioriste.

Nous faisons l'hypothèse que l'addiction doit se penser comme une question de coût/bénéfice. La prise en charge s'effectuant quand les coûts de la pratique deviennent trop importants, quand ils poussent à chercher une issue, et quand cette issue ne peut être trouvée seul. Nous résumons alors par cette formule :

L'addiction peut se définir par l'envahissement préjudiciable par une activité d'abord vécue comme gratifiante, de la vie d'un individu qui ne réussit pas à réfréner sa tendance à s'adonner à cette activité malgré ce préjudice.

Nous identifions *4 dimensions : le degré d'envahissement,* qui rend compte de la place prise par l'activité au détriment d'autres activités, *le degré de préjudice,* qui rend compte des effets négatifs, *le degré de participation à l'activité* qui rend compte de l'importance prise dans la vie de l'addict, *et le degré d'échec à se réfréner*. Ces quatre dimensions rendent compte du degré d'altération du processus.

Cette tentative de définition minimale reste purement *descriptive*. Elle ne présume pas de la nature de l'addiction, ni de la nature des objets d'addiction ni, troisièmement, du caractère réel de l'impossibilité d'agir, dont il suffit de rapporter l'échec, ni ne présume du désir qu'aurait l'addict de réfréner cette activité, elle assume la légitimité d'un jugement normatif en troisième personne de cette impossibilité voire des dysfonctionnements[1], jugement qui pourrait s'opposer à l'avis porté par l'addict lui-même.

Notre définition est donc purement descriptive, et ses termes sont ceux du comportement. On pourrait espérer que les avancées des neurosciences permettent de donner du phénomène une définition dans les termes des sciences biologiques, or il nous semble que cela n'est pas, en l'état, possible. Nos connaissances ne le permettent pas et l'addiction reste avant tout un phénomène dont les traits saillants ne s'expriment pas en termes de cellules ni de récepteurs mais bien dans ceux permettant d'exprimer ce que quelqu'un fait, ce qu'il en pense et ce que l'on peut penser de ce qu'il fait. L'addiction est quelque chose que l'on fait, un fait personnel et social, le regret, la sensation de faire autrement que ce que l'on sait être ce que l'on devrait faire implique une évaluation des désirs et des actions.

L'addiction consiste en une inadéquation entre des volitions à froid et l'acte réel à chaud, entre volitions de second ordre, qui expriment ce qui nous voudrions vouloir, et de premier ordre, si l'on considère que ce que nous voulons s'exprime *in fine* dans ce que nous faisons. Je veux résister à mon penchant pour la cigarette, je veux ne pas vouloir fumer quand j'envisage une situation future dans laquelle j'ai pris l'habitude de fumer, ou à tête reposée quand je me projette le lendemain et ce vouloir s'exprime dans mes pensées, mes résolutions, le fait de ne pas aller

[1] C'est-à-dire que la prise en compte sociale du phénomène est renvoyée aux décisions du corps social, la description scientifique n'ayant pas à s'en mêler plus avant qu'en fournissant des éléments pour la réflexion.

acheter de paquet de cigarettes par avance. Mais, quand le lendemain, je cède à la tentation en passant effectivement devant un tabac, achète un paquet et fume, c'est une volition contraire, ou un ensemble de vouloirs exprimés par des actes qui peuvent être subsumés sous une volition qui a trait à l'objectif final de l'action, qui s'exprime dans mon choix. Je peux ensuite exprimer un regret, ou assumer mon acte. Il n'y a ici qu'une traduction en termes de vouloirs de premier et de second ordre, dans le vocabulaire de Frankfurt[2] de l'inversion des préférences décrite par Ainslie. Or l'implication de jugements de valeurs concernant mes actes et mes volitions met en doute la capacité des modèles animaux à être des modèles d'addiction. Nous allons voir en quoi ces modèles sont limités mais aussi en quoi ils ont tout de même un intérêt.

2) Pertinence et limites des modèles animaux

Ce n'est qu'à partir du comportement que nous pouvons identifier l'addiction et nous exprimons la tension spécifique de l'addiction dans les termes d'une faillite de la volonté, qu'ils soient ceux de la philosophie du vouloir ou de la psychologie du choix. La biologie a bien identifié des structures cérébrales dont le fonctionnement et les interactions sont modifiés par l'exposition aux drogues, qui sont impliquées dans des comportements associés à l'addiction chez l'animal de laboratoire et nous avons toutes les raisons de penser que les mêmes corrélations sont retrouvées chez l'homme. Mais, ces modifications du substrat biologique sont corrélées à des phénomènes qui ne représentent qu'une partie de ce que nous nommons addiction. Le regret, les *volitions de second ordre*, n'en font pas partie. Nous ne savons absolument pas ce que les animaux de

[2] Frankfurt, 1969, 1971, 1973, 1998.

laboratoire pensent, et pouvons supposer qu'ils n'ont pas les moyens de juger leurs actions, en termes de regret[3]. Il aurait mieux valu, *à nos yeux*, pour le rat, s'abstenir de s'auto administrer des décharges dans le striatum jusqu'à la mort. Ce *à nos yeux* renvoie à nos valeurs, à ce qui constitue pour nous une classification d'événements en fonction de ce que nous pensons être ce qui doit être préféré. Il est semble-t-il étrange de se poser la question du regret, de l'évaluation du préjudice à long terme chez l'animal, alors qu'ils sont nécessaires, voire même, en un certain sens, suffisants, pour parler d'addiction chez l'humain, si on conçoit comme nous le faisons l'addiction comme *contraire à notre meilleurs jugement*.

Dans les modèles animaux, il n'y a pas d'autre transgression de valeur que celles du maintien de l'homéostasie, à partir du moment où l'on compare un animal dans des conditions *normales* et un animal dans des conditions expérimentales où il s'agit de tester spécifiquement le système de choix de la plus forte récompense instantanée. Le système de choix, s'il s'agit de choisir la meilleure option immédiate, remplit parfaitement son rôle. Ce sont les conditions qui sont structurées pour détourner son fonctionnement naturel. Le fait qu'il soit sensible aux détournements n'a d'ailleurs pas empêché la vie de se développer et les espèces de se multiplier et de se maintenir. Pour nombre d'espèces animales, la sensibilité aux récompenses proches semble bien, au final, avoir au moins autant d'avantages que d'inconvénients et son ubiquité laisse supposer qu'elle n'est pas aussi dommageable que ce que nous semblons penser de son pendant dans l'espèce humaine.

Le mécanisme biologique qui sous-tend le choix vise à orienter le comportement selon la distribution des récompenses dans le milieu. Dans le cas de l'auto-stimulation intracrânienne, il est clairement détourné de sa fonction originelle ou, plutôt, on lui donne la possibilité

[3]Ahmed, 2005, 2008.

d'entrer dans une sorte de surchauffe qui pousse à bout son processus de sélection jusqu'à une situation absurde. Le mécanisme de choix est placé par la situation expérimentale dans des conditions exceptionnelles ; l'animal n'a pas réellement le *choix*. Il y a en général, dans les expériences de laboratoire, une mise en compétition entre une option forte, à tester, et le choix nul de ne pas choisir cette option, c'est-à-dire ne rien faire, résister à la tentation d'explorer l'environnement. Or les animaux sont par nature curieux. S'il se trouve un levier pressable dans une cage il sera pressé. Il existe aussi des cas où on donne le choix entre cette option très renforçante par nature et une autre. Si l'une des options est dramatiquement renforçante, comme une stimulation électrique de la zone responsable du renforcement, il n'y a rien d'étonnant à ce qu'elle finisse par être renforcée, la matching law prédit l'allocation du temps de l'animal selon le degré de renforcement des options. On peut par ces protocoles voir quel objet est renforçant et les comparer entre eux[4]. Chaque modèle d'addiction, au sens large, est avant tout un modèle dans lequel l'environnement est modifié de manière à faire ressortir une propriété saillante de l'impulsivité. De plus, le premier choix est toujours plus ou moins un choix forcé dans les modèles animaux, et le maintien du comportement est ensuite soit cherché, soit soumis, comme nous l'avons dit, à la compétition entre récompenses à délai différé. Il s'agit de montrer comment le comportement de l'animal va tendre vers la recherche de ce type de récompense et ce qui se produit aux différents niveaux biologiques. En cela, les modèles animaux ne sont pas des reproductions de l'addiction. En effet, il n'y a jamais pour les animaux de «mieux plus tard» et surtout il n'y a pas de «moins bien plus tard à cause de cette récompense maintenant», à part dans les expériences de délai, dont la pratique est en grande partie tombée en désuétude.

[4] Mais les paramètres notamment dynamiques du renforcement ne sont pris en compte que dans les expériences de type délai présentées précédemment chez Herrnstein par exemple. Cela nous laisse supposer que nombre d'interprétations doivent être revues à la lumière des expériences de délai.

Cependant les modèles questionnent bien certains éléments du phénomène présents chez l'homme. Les modèles animaux sont des outils de travail qui permettent de mettre au jour des mécanismes unitaires à partir d'une simplification qui permet de les étudier. Ces mécanismes unitaires sont les briques à partir desquelles le phénomène global, complexe, est construit. Les modèles biologiques sont par nature des outils de simplification et leur reprocher de ne pas être de l'addiction est un mauvais procès. Ils fournissent les éléments de mécanique que l'on peut accoler aux processus de l'addiction. Processus qui relèvent de la théorie appliquée à la description.

Même les modèles de comportements en environnement enrichi n'ont rien de naturels[5], et leur interprétation semble devoir être revue à la lumière des travaux de Herrnstein et de ses disciples. On peut faire l'hypothèse que les choix entre drogue d'abus et récompenses «naturelles» dans ces environnements dont il a semblé qu'ils montraient une préférence pour les récompenses naturelles et un désintérêt pour les drogues, illustrent simplement le choix intertemporel. Les récompenses naturelles ayant un délai d'obtention plus court que l'auto injection des substances qui, même en intraveineuse et avec des produits à action rapide, est de l'ordre de la minute[6]. Ces expériences d'environnement enrichi sont traditionnellement utilisées pour mettre en doute les théories biologiques et renforcer l'idée de l'importance du social et du contexte. Elles s'appuient, un peu comme nous le faisons maintenant, sur

[5] Les célèbres expériences dites du Rat Park menées par le psychologue canadien Bruce Alexander entre 1979 et 1981 qui ont montré que dans un environnement enrichi, c'est-à-dire spacieux, où les rats sont en groupe et non seul, avec des jouets et des activité, l'auto-administration de morphine est moins élevée et que, par conséquent, les expériences traditionnelles souffraient d'un biais dues aux conditions spartiates dans lesquelles elles étaient menées. (Alexander 1981). Ces expériences ont été dérivées pour montrer que l'usage de drogue est essentiellement dû aux conditions sociales défavorisées, non aux propriétés pharmacologiques.

[6] Un article de Serge Ahmed est en cours de publication sur ce sujet sur lequel nous avons échangé lors d'un entretien privé. Quoi qu'il en soit, malgré l'absence de source à citer au moment de l'écriture, il semble pertinent de repenser ces protocoles en ayant en tête la question des délais soulevés par les travaux de Herrnstein et de ses successeurs.

l'existence de biais liés aux conditions antinaturelles des protocoles, comme les conditions carcérales des animaux pour expliquer une appétence pour les substances des animaux de laboratoire qui aurait alors tout d'un artefact lié au contexte. La pharmacologie serait secondaire à l'environnement et notamment l'environnement social[7]. Or, elles semblent simplement illustrer que les récompenses sont évaluées selon, aussi, les facteurs temporels de leur délivrance, et donc une plus grande variété de récompenses disponibles avec des délais différents pourrait bien permettre de contrecarrer l'attrait pour ces substances. Cela peut aussi être interprété comme une preuve que les récompenses sociales sont à considérer comme les substances pharmacologiques ; selon leurs effets, comme récompense, sur le cerveau. Dans leur principe, qui consiste à critiquer la simplification excessive du problème, il nous semble que, plutôt que de discréditer les modèles pharmacologiques, elles nous rappellent ce que sont les modèles animaux ; des modèles. Une propriété d'un phénomène est mise en exergue et on trouve une propriété analogue dans une autre espèce, en espérant pouvoir, en remontant au mécanisme, montrer une homologie.

Il semble alors que ce n'est pas le phénomène addiction dans son ensemble qui est modélisé mais uniquement des paramètres particuliers, plus ou moins nombreux. Or, la première étape d'une modélisation consiste avant tout en une description précise de ce qui doit être modélisé. Il se trouve que cette description pour ce qui concerne l'addiction, comme nous l'avons vu, pose problème. Que souvent, que ce soit chez les tenants de la théorie du choix rationnel ou du BDMA, la description du phénomène semble s'adapter à la théorie plutôt que la théorie au phénomène. La principale conséquence en est que, ces théories, confrontées au jugement des faits, semblent réfutées. Elles ne consistent qu'en une organisation des résultats de la biologie afin de leur

[7] C'est un thème fréquent des critiques contre la biologisation de l'addiction.

redonner le sens de ce qu'elle simplifie et il est tout à fait envisageable de proposer une autre organisation à partir d'une autre théorie qui organise différemment les faits pour mieux en rendre compte. L'addiction ne se décrit pas en termes biologiques et tant qu'un mécanisme biologique issu d'une synthèse des résultats unitaires qui permette d'expliquer de prédire et d'agir n'est pas disponible, l'addiction ne pourra être efficacement définie dans le langage de la biologie. Nos définitions de l'addiction ne supportent pas ces simplifications, elles s'expriment en termes que nous ne savons pas vraiment réduire en termes biologiques sans les simplifier au point d'en perdre le sens.

Même au degré de moindre réduction, en passant du phénomène humain à l'animal on peut se demander si on peut vraiment parler d'*addiction* chez l'animal. Cela dépend alors de notre définition du phénomène. Oui, si on se limite à sa définition en termes de choix impulsif qui fait prévaloir les récompenses à court terme sur celles à long terme avec une reproduction de ces choix se manifestant par un comportement qui tend à rechercher ces options aux détriments des patterns naturels observés chez les animaux naïfs. Cependant, nous devons garder à l'esprit que c'est le fonctionnement normal des animaux et que le phénomène ne se produit en laboratoire que par une intervention qui fait entrer dans l'environnement du choix une option particulière à laquelle il va le plus souvent falloir habituer l'animal, que nous ne faisons que tester la capacité de certains objets à agir sur le système du choix et entrer en compétition avec les récompenses habituelles. Nous traitons alors l'addiction sous l'angle de la réponse à un type de structure de récompenses et regardons ce qui se passe au niveau du substrat biologique. Mais cette définition oublie la partie préjudice et la tension entre un acte souhaité et son contraire effectué, parce que les animaux ne sont pas capables, dans les protocoles que nous utilisons, de nous donner cette dimension.

Donc, s'il s'agit de l'addiction prise comme une conduite qui nécessite, aujourd'hui, un jugement négatif sur cette même conduite de la part de celui qui s'y adonne, il nous faut répondre non. Les animaux sont incapables d'évaluer l'option à long terme, ils ne savent pas que la substance risque de leur provoquer des effets délétères, ils ne savent pas ce qu'est *une vie en bonne santé*. Ils savent quand ils souffrent, quand ils courent un risque (certains risques) à court terme, mais ils n'ont pas la capacité de projection à l'échelle d'une vie, ni d'évaluation normative consciente, ou a minima, ils ne savent pas nous la transmettre et nous ne savons pas l'interpréter.

S'il s'agit de l'addiction prise comme une conduite qui nécessite un jugement négatif, même seulement *en troisième personne*, reposant sur ce que nous considérons être les normes d'une vie bonne, voire les lois d'autoconservation inhérentes à la vie, nous ajoutons notre jugement d'être humain rationnel à la réalité de l'animal et il peut éventuellement devenir un modèle d'addiction authentique, celui d'un addict de bonne foi, qui consent ou n'a pas de jugement négatif sur ce qu'il fait, un addict dont les choix sont déterminés par la distribution des récompense et suit la matching law, mais ne pense pas qu'il serait mieux qu'il en aille autrement. Cependant, à la différence de cet addict, le jugement en troisième personne des préjudices en puissance, ne signifie rien pour l'animal et n'a donc aucun impact sur lui ni sur la structure du choix. Il ne peut pas faire naître l'idée qu'au final, il vaudrait peut-être mieux faire autrement, que cette perspective mérite d'être évaluée. Cela signifie que tant que nous serons tenus par une définition qui repose sur des termes qui font références à des phénomènes typiquement humains il ne pourra y avoir au sens strict d'*addiction animale* en laboratoire[8]. Si on peut

[8] On peut imaginer qu'il en est autrement dans le cas des animaux domestiques. Ils sont intégrés à un ensemble de relations sociales et l'évaluation en troisième personne modifie alors les rapports que l'on entretient avec eux et donc, ce faisant la structure de choix et des récompenses. La situation change donc en environnement *naturel* au sens de non appauvri par le contexte expérimental.

réduire le phénomène à des mécanismes fondamentaux qui ne font plus appel à ces spécificités humaines, cela deviendra envisageable.

On peut se demander si les modèles animaux ne rendent pas mieux justice au BDMA qu'à un modèle d'addiction akrasie. La contrainte dans le BDMA est exercée par le substrat neurobiologique à la suite d'une rencontre avec un objet de l'environnement. Il n'y a addiction qu'à partir du moment où le cerveau devient *malade*, où ses adaptations contraignent la conduite. En cela, ils sont effectivement adaptés. Ce n'est pas tant qu'ils ne modélisent pas l'addiction dans son ensemble (telle que nous la concevons) qui est problématique que leur capacité à modéliser différentes parties du phénomène qui nous importe. Ils sont assez bons pour étudier les adaptations du cerveau aux drogues par exemple, moins pour étudier la dynamique de leur mise en place dans un contexte de conflit entre différentes évaluations des perspectives futures. En fait, ils répondent aux questions qu'on leur pose. L'addiction choix a une autre conception de l'addiction que le BDMA et c'est à elle de développer les modèles animaux qui posent les questions qui la concernent. Il n'est pas interdit d'imaginer que nous puissions nous rapprocher de l'addiction telle que nous la concevons en créant ou modifiant des protocoles, en nous inspirant par exemple des expériences behavioristes qui s'intéressent au délai, aux choix intertemporels… En attendant, ils nous apportent des données, ce qui se passe au plan physiologique ne change pas selon la théorie de l'addiction que nous avons, seule change notre interprétation de ce que cela signifie dans le contexte de nos théories.

L'animal nous permet donc aujourd'hui de tester des modèles de contrainte, une contrainte par la structure des choix par une distribution des récompenses qui selon la matching law va forcément aller dans le

sens de la consommation[9], ou une contrainte physique, quand c'est l'expérimentateur qui administre la substance. Cela fait apparaître un problème majeur pour notre modèle d'addiction comme akrasie qu'il va nous falloir considérer : l'addict contraint relève-t-il de l'akrasie ? Mais quelle que soit la réponse à cette question, s'il s'agit d'addiction (et non de son équivalence à l'akrasie), on peut admettre qu'il ne peut y avoir d'animal addict au sens que nous donnons à ce mot, parce que nous le définissons selon des paramètres qui ne concernent pas les animaux de laboratoire, et espérer, si cela est possible, avoir un jour une définition purement biologique qui pourrait convenir, et nous contenter de ce que les animaux peuvent nous apporter, c'est-à-dire des modèles qui s'attachent à certains points circonscrits du phénomène pour espérer mieux l'expliquer, le comprendre et intervenir sur lui.

3) Propositions

Nous proposons, donc pour notre part, une description minimaliste, en spectre, qui, si elle nous semble prendre en compte la totalité du phénomène et la grande variabilité de son intensité, s'exprime en des termes qui échappent aux modèles biologiques. Nous faisons l'hypothèse que l'addiction est de l'akrasie et la fréquence du phénomène peut faire douter de la pertinence même de la catégorie, l'addiction n'étant alors que de l'akrasie appliquée à certains objets, dont nous ne savons pas donner une liste exhaustive ni les caractéristiques communes, si ce n'est qu'il doit, à un moment donné, exister une transgression de ce qui nous semble être désirable selon des valeurs mal identifiées mais qu'à minima nous semblons partager. Notre description de l'addiction

[9] L'animal qui consent est déterminé par la structure des récompenses et limité par l'appauvrissement du contexte expérimental ; le consentement est

apparaît alors comme une régression. Les avancées de la biologie sont laissées de côté comme incompréhensibles, inutiles en l'état pour traiter du sujet qu'est l'addiction. Pire, il n'y a peut-être même pas d'addiction. Pour sortir de cette impasse et de cette impression de proposer un bond en arrière de 2500 ans, commençons par reconnaître l'intérêt de la simplification sur laquelle reposent les modèles biologiques. En dessinant à gros traits une caricature d'addiction, ils jouent leur rôle. Ils permettent de poser la question en termes compatibles avec l'usage des modèles animaux, cellulaires voire moléculaires. Ils permettent de chercher des mécanismes unitaires qui participent au fonctionnement global du phénomène. Les modèles animaux utilisent cette tendance à choisir moins bien tout de suite par rapport à mieux plus tard, et montrent comment elle peut exister et peut tendre à générer des comportements spécifiques. Leur interprétation et leur mise en œuvre dépendent de théories, concernant le choix, sa rationalité, la forme des courbes d'escompte, qui dépassent le cadre de la biologie et nous proposons justement un changement de cadre interprétatif. Il s'agit alors de montrer que notre définition descriptive n'est pas un retour en arrière mais que l'on peut envisager construire à partir de ce que nous avons présenté jusqu'ici les fondations pour que les promesses faites par les neurosciences, si elles doivent être un jour tenues, puissent l'être.

On peut commencer par dire que notre petite définition a d'emblée des prétentions heuristiques. Ses quatre dimensions pourraient permettre d'explorer le phénomène plus avant. Elle ouvre un champ de recherche qui viserait à développer des outils de psychologie expérimentale pour classer les addicts selon ces dimensions, comme des questionnaires d'évaluation, des échelles, qui permettraient de placer chaque addict dans un repère selon leur score sur chacune de ces dimensions. L'apparition de clusters dans l'espace ainsi déterminé pourrait rendre compte de différentes catégories de ce que l'on nomme aujourd'hui, par un terme encore très imprécis addiction. En effet,

l'addict du BDMA n'est pas le simple consommateur que prennent en compte d'autres approches plus libérales. L'article de Nordenfelt[10] à propos des travaux de Foddy et Savulescu 2010, *A Liberal Account of Addiction*, soulève ce point crucial : les différents modèles et théories tendent à reposer sur des descriptions du phénomène qui divergent. Les individus concernés sont parfois des addicts comme ceux du BDMA et parfois de simples consommateurs. L'approche spectrale suppose de recouvrir l'ensemble de ce que nous avons l'habitude de ranger sous le terme générique d'addiction et de délimiter, si elles existent les limites entre ces catégories. Notre définition minimale descriptive, qui, il nous semble est à même en l'état actuel des connaissances de décrire l'ensemble de ce que nous mettons sous le vocable addiction, se propose justement de commencer par la description la plus large possible, d'en déterminer les contours extérieurs puis d'en établir la cartographie. Il s'agit ensuite d'adapter les dimensions au phénomène[11].

Dans cette partie, nous allons tirer les conclusions du retour de l'addiction dans le giron de l'akrasie, discuter des conséquences, proposer un éclaircissement du type de choix particulier qu'est l'addiction et des difficultés que cela pose, notamment montrer qu'il est possible de distinguer dans le spectre des actions akratiques, une sous-catégorie qui correspond au spectre de l'addiction.

---

[10] Nordenfelt 2010.

[11] Nos quatre dimensions sont les plus générales possibles. Concernant celle qui s'occupe du degré de préjudice, les propositions que nous allons faire dans ce chapitre poussent à la redéfinir en fonction de l'origine de la plainte qui permet de définir le préjudice, en première ou en troisième personne. C'est un marqueur qui pourrait s'avérer important pour qualifier l'addiction et l'évaluer. De même, le degré d'échec peut masquer des situations très différentes. S'il est faible, il peut signifier que la conduite est sous contrôle ou au contraire que l'addict n'essaie pas de la contrôler, comme dans le cas d'addicts de bonne foi, on peut aussi se demander comment tenir compte du degré de dissociation etc.

Nous n'avons pas intégré cela à notre définition liminaire car elle se doit d'être le plus large possible pour permettre ensuite de discuter des aménagements en fonction des hypothèses proposées. Il nous semble que ces quatre dimensions sont consensuelles, les hypothèses que nous allons avancer maintenant le sont moins, et leur intégration à la définition des dimensions du spectre relève d'un autre type de travail, secondaire à la définition du spectre et à la présentation des hypothèses.

Nous discuterons ensuite de l'unité du phénomène. Si nous avons proposé que la définition du BDMA est trop restrictive, et que l'addiction peut être vue comme un spectre pour prendre en compte la grande variabilité de ses formes, et que le large spectre de l'akrasie nous semble le mieux adapté pour en rendre compte, en attendant de pouvoir en parler en termes biologique, il reste à montrer quel type de relation existe entre ces formes très différentes, notamment que les addictions comportementales ne sont pas simplement des analogues des addictions pharmacologiques et qu'on peut défendre l'idée d'une homologie et d'une unité du spectre qui ne repose pas uniquement sur des critères descriptifs.

Cela soulève alors la question de ce qui peut être objet de l'addiction. Sans nier l'importance des propriétés pharmacologiques de certaines substances, nous faisons l'hypothèse que l'addiction est aussi une question de rapport à un objet, que toutes les addictions sont comportementales et tâcherons de montrer quels liens d'attachement particulier se nouent entre l'addict et son objet d'addiction. Nous défendrons l'idée que nous attribuons leur valeur aux choses, et que les normes et les valeurs collectives jouent un rôle prépondérant.

Cette dimension sociale nous mènera alors à discuter de la manière dont l'addiction est considérée. Nous aborderons la question de sa qualification de maladie et proposerons que rien n'empêche de considérer l'addiction comme une maladie, que cela ne signifie pas qu'elle n'est pas au moins en partie intentionnelle et plaiderons pour un usage instrumental de ce qualificatif.

Nous tirerons ensuite les conséquences de nos hypothèses quant au statut moral de l'addict et proposerons que la reconnaissance de sa responsabilité est légitime et utile si elle s'extrait de la dichotomie classique qui ne laisse le choix qu'entre libre-arbitre absolu (et donc culpabilité totale) et compulsion. Nous défendrons l'idée d'exporter la

responsabilité sans blâme de Pickard[12] du soin au traitement légal et ferons l'hypothèse que le traitement injuste qui prend la forme d'une stigmatisation aux effets délétères vient de ce que l'addiction est considérée comme un outrage. Que l'outrage appelle à la fois la punition de celui qui transgresse pour ce qu'il fait, et pour ce qu'il est. Nous plaiderons pour un traitement de l'addiction qui, s'il doit punir, relève d'un blâme dépassionné, proportionnel à la responsabilité limitée de l'addict, sans verser dans le blâme outragé.

[12] Pickard 2011, 2014, 2017.

Chapitre I. Le cœur de l'addiction est akratique

Avant de discuter des mécanismes du choix propres à l'addiction dans le contexte de l'akrasie et d'en tirer les conséquences, nous allons commencer par revenir sur ce que ce terme implique. Deux problèmes se posent à nous ici : l'addiction est-elle de l'akrasie ? Et, quelles particularités a l'addiction qui la différencient de l'akrasie ? Nous verrons d'abord que d'un point de vue général l'addiction rentre dans le cadre de la faiblesse de volonté, des actions qui vont à l'encontre d'un jugement que l'on tient, *à froid* pour le meilleur. Nous faisons l'hypothèse que le renversement des préférences joue un rôle fondamental mais que l'on peut aussi rendre compte de situation chez l'addict de type akrasie synchronique, quand le jugement contre lequel il va est bien *présent à l'esprit* au moment du choix. Nous proposerons qu'il peut y avoir renversements des préférences et maintient *à l'esprit* du jugement antérieur. Cependant il ne nous paraît pas clair que cette situation soit la marque de l'addiction. Nous verrons que l'on peut envisager des addicts consentants. Nous ferons alors une distinction entre celui qui ignore de bonne foi et celui qui ne veut pas voir. Le premier nous paraît définir un cas limite de l'addiction mais doit être considéré comme addict. Son akrasie est cependant en puissance, même si l'ignorance vraie nous semble peu répandue. Nous proposerons aussi que l'environnement joue un rôle prépondérant pour le passage de l'ignorance vraie qui correspond à une situation d'akrasie *en puissance* à l'akrasie ; Le diagnostic d'addiction révèle l'akrasie. Cela nous conduira à proposer des bornes à l'addiction, entre le totalement libre et le totalement contraint, se situant alors dans le domaine d'une contrainte relative. Nous ferons l'hypothèse que l'addict est *libre* de tenter de résister et que la perte de contrôle totale est un extremum théorique et qu'on ne peut, comme tendent à le faire les

modèles maladie s'y limiter pour définir l'addiction. Nous proposerons enfin que l'addiction n'est pas que de l'akrasie, qu'elle a ses spécificités.

Il existe des limites au rapprochement entre akrasie et addiction mais nous pensons qu'il permet de poser un cadre utile pour proposer des explications au phénomène, répondre à des interrogations comme le statut des addictions comportementales, ou le qualificatif de maladie et celle du statut moral de l'addict.

1) L'addiction peut relever de l'akrasie

D'abord, assimiler l'addiction à l'akrasie implique un engagement concernant le libre arbitre. Rejeter la compulsion, accepter l'akrasie pure veut déjà dire que l'on est soit déterministe mais compatibiliste[13] soit incompatibiliste libertarien[14]. En effet, il faut au moins supposer d'une part qu'il existe des actions intentionnelles libres et qu'il existe des actions intentionnelles libres qui vont à l'encontre du meilleur jugement, selon la définition donnée par Engel :

> La définition la plus générale de l'akrasia est donc : la capacité à faire librement, délibérément, ce que l'on juge devoir ne pas faire ou contre son meilleur jugement.[15]

[13] Déterministe au sens de penser que tous les événements sont déterminés par la chaîne des événements antérieurs. Le compatibilisme admet cependant que la causalité physique n'est pas incompatible avec l'idée de libre arbitre. Ce n'est pas une doctrine homogène, elle recouvre des thèses qui diffèrent par ce que l'on entend par déterminisme et par libre arbitre. Par exemple, Sellars n'a pas le même point de vue que Franckfurt quant à la définition d'une action libre.

[14] L'incompatibilisme soutient que le déterminisme causal n'est pas compatible avec le libre arbitre. Il en résulte soit un rejet de ce dernier, soit un rejet du déterminisme au profit du libre arbitre, cela correspond au versant libertarien. Il existe aussi un courant de pensée qui soutient que le libre arbitre n'existe pas et qu'il n'y a pas non plus de déterminisme causal. Fingarette pourrait se situer dans ces parages.

[15] Engel 2007.

Nous nous situons sur une position compatibiliste qui nous semble la plus prudente car elle réunit dans une position théorique à la fois l'expérience quotidienne de prendre des décision, de choisir, sans laquelle la question de l'addiction ne se pose pas, mais laisse ouverte la question de savoir comment ces décisions s'intègrent dans un monde uniquement régi par les lois de la physique, connues et à découvrir, sans nécessiter l'intervention d'entités qui y échapperaient et où le problème consiste à résoudre le paradoxe du libre arbitre dans le cadre d'un monde régit par ces lois.

a) L'addiction est une faiblesse de volonté.

Nous avons vu que nous pouvons réintégrer l'addiction dans l'akrasie en la considérant comme un type de choix intertemporel dans lequel nous n'arrivons pas à protéger nos intérêts à long terme. Dans ce cas, conçue comme cela, elle correspond à la solution apportée par Jon Elster[16] au paradoxe posé par la définition de Davidson[17]. Il reprend Davidson :

L'agent a des raisons de faire a

L'agent a des raisons de faire b

Au moment de l'action l'agent juge que les raisons de faire a sont plus fortes que les raisons de faire b

L'agent fait b

Il soulève la question de savoir si cette akrasie synchronique existe vraiment, c'est-à-dire une situation où le choix est effectivement contraire à l'évaluation au moment du choix. Il reste sceptique sur le sujet, et propose un mécanisme d'inversion des préférences qui évacue le paradoxe, une akrasie diachronique :

[16] Elster, 2007.
[17] Davidson, (1969) 1993.

L'agent a des raisons de faire a

L'agent a des raisons de faire b

A froid, l'agent juge que les raisons de faire a sont plus fortes que les raisons de faire b

Mais au moment de l'action l'agent juge que les raisons de faire b sont plus fortes que les raisons de faire a

L'agent fait b

L'agent change de préférence. Elster liste plusieurs raisons pour ce renversement,

- L'escompte hyperbolique du futur
- Des déclencheurs : perceptuel, cognitifs, ou internes
- Motivations viscérales : émotions et appétits

[...] auquel s'ajoute le renversement des croyances.[18]

L'escompte hyperbolique est tiré de Ainslie et les déclencheurs perceptuels où les motivations viscérales sont des motivations supplémentaires, selon l'hypothèse que nous avons formulée selon laquelle tous les comportements sont motivés, mêmes les croyances, le renversement est alors lui aussi motivé par des éléments du contexte du choix. Ce que présente Elster ici est un exemple de faiblesse de volonté, Ainslie d'ailleurs fait de même et tous deux dans cette situations font équivaloir akrasie et faiblesse de volonté. On retrouve même des positions comme celle de Holton[19] qui nie que l'akrasie soit une question d'action contre un jugement mais plutôt le fait de ne pas s'en tenir à une intention d'agir préétablie ce qui revient à ne pas suivre une règle d'action. On trouve ici un thème qui rappelle Rachlin. Ce type de modèle

[18] Elster, 2007, p.26.
[19] Holton, 1999, 2009.

d'akrasie est tout à fait compatible avec les modèles behavioristes que nous avons défendus où l'addiction est bien une série d'actions intentionnelles à *chaud* qui vont à l'encontre d'un jugement qui nous paraît être le meilleur à *froid*. Mais, le débat quant à l'existence d'une akrasie synchronique, qui pourrait être *vraiment* de l'akrasie s'est développé dans la littérature. Nous allons y confronter l'addiction et voir en quoi il y a compatibilité avec cette *akrasie lucide*[20].

b) L'addiction peut être de l'akrasie synchronique

On trouve chez Mele[21], qui s'est notamment opposé à Holton, une définition de ce qu'il nomme une *core akratic action*. c'est une action

> *«action libre, lucide et intentionnelle qui, comme l'agent non dépressif le reconnaît consciemment au moment de l'action, est contraire à son meilleur jugement, un jugement qui est basé sur un raisonnement pratique»* [22]

Mele veut montrer que l'akrasie stricte existe, et qu'il ne suffit pas de lui enlever son aura paradoxale, comme chez Socrates, qui selon Platon en fait une erreur de jugement[23], ou ici, en proposant une inversion des préférences. Mele veut faire la différence entre faiblesse de volonté et akrasie. Pour le neuroscientifique Nick Heather cela revient à cette personne qui prend la part de gâteau que vous lui tendez en disant, «je sais que je ne devrais pas…»[24]. Pour Mele, à l'exemple de cet homme

---

[20] Le thème de l'akrasie lucide, *clear-eyed akrasia* occupe une place importante dans la discussion autour de la position d'Aristote dans l'*Ethique à Nicomaque* ; est elle selon sa conception possible ou non ? (voir Charlton, 1988). Il devient une condition pour parler d'akrasie chez Davidson (1969, 1991) et Mele (2012), et la principale source de difficulté. Certains auteurs comme Elster (1986, 2007) suspendent leur jugement et d'autres comme Holton (1999, 2009) s'en débarrassent.
[21] Mele, 2012
[22] Mele, 2012, p.8
[23] Platon, *Protagoras.*
[24] Cela peut être de la rationalisation, une formule de politesse,une tentative de se mentir à soi-même… mais il s'agit ici de prendre au pied de la lettre ce qui est prononcé.

qui a pris la résolution de ne pas manger entre les repas après Noël, qui a été tenté et s'y est tenu jusqu'au 15 janvier, qui est encore tenté, a bien en tête qu'il vaut mieux ne pas, s'abstient d'abord puis, se lève et va prendre une part de gâteau tout en pensant qu'il ne vaut mieux pas. Des motivations ponctuelles sont plus fortes que son jugement[25]. On retrouve ces situations dans les descriptions des addicts qui se voient agir. On peut imaginer qu'il s'agit d'une rationalisation a postériori mais partons du principe que ces cas sont envisageables.

Définissons ce que l'on entend par *présent à l'esprit*. S'il s'agit de l'entretien lucide, conscient, du meilleur jugement contre lequel on va, il nous faut alors admettre, dans le cadre de nos hypothèses, qu'il est vaincu par l'option adverse au moment du choix car nous choisissons selon nos préférences sur le moment. Or, le choix est affaire de motivation. Nos jugements sont eux aussi motivés et portent sur nos motivations. La sélection de l'action à effectuer n'a pas à suivre nos évaluations conscientes, la sélection se fait par le choix de la meilleure valeur en termes de motivation, à propos de laquelle on peut avoir des avis divergents, différents jugements. De plus, l'évaluation des perspectives de récompense n'est pas forcément un processus conscient. On peut envisager une option adverse qui prendrait un poids supérieur au jugement conscient entretenu avant le choix. Cette évaluation adverse n'arriverait pas à la conscience[26]. L'addict peut à la fois juger consciemment que, $a>b$, donc juger qu'il devrait faire a et évaluer, sans accès conscient à l'évaluation, que $b>a$, faire *b,* et se rendre compte de la différence entre le jugement conscient et le résultat du choix. La sélection, le choix, s'effectue non pas en fonction de l'évaluation

[25] Mele, 1987 ; Heather, 2016.
[26] Cela implique une forme de partition du moi, solution évoquée par Davidson, qui peut ou non aller jusqu'à la sensation d'être agi, parfois relevée par les addicts, en général dans des situations d'addiction assez avancée. Une partition due à la compétition entre intérêts qui oppose des perspectives futures de moi à partir d'un socle commun, selon Ainslie.

consciente, ni même de l'évaluation inconsciente, chacune donne un résultat qui sont comparés dans le processus de choix. Or cette sélection n'a pas à être consciente. L'addict peut même continuer son évaluation consciente alors que la décision est déjà prise, il se voit agir contrairement à ce qu'il pense[27] comme notre amateur de gâteau au régime après les fêtes, des motivations prennent le pas sur ses évaluations.

Est-ce que l'addiction relève toujours de ce type de décision ? Heather (2016) pense que oui. Il défend une hypothèse selon laquelle, l'addiction serait toujours, à la fois la transgression d'une résolution antérieure (comme l'akrasie chez Holton et l'addiction chez Rachlin et Ainslie), et une action contre un jugement pratique considéré comme le meilleur au moment du choix (comme l'akrasie chez Mele). Son idée repose sur le fait que ces situations se produisent après une succession de choix allant dans le sens de l'addiction, les préjudices promis sont reconnus et intégrés, l'addict sait alors qu'il vaudrait mieux arrêter, a le recul nécessaire pour savoir qu'il a déjà agi contre une résolution qu'il a prise, et n'est pas dupe de sa situation. Sa mauvaise conscience est là au moment du choix pour le lui rappeler. Heather pose cela comme une hypothèse qui nécessiterait une exploration expérimentale, idée à laquelle nous souscrivons, car il est fort possible que ces situations existent[28] et qu'elles s'inscrivent sur un axe qui va de la mauvaise conscience à la dissociation, de la simple conscience de faire quelque chose que l'on ne doit pas faire à l'impression d'être agi.

Cependant, nous sommes plus circonspects concernant la définition qu'il donne de l'addiction. En effet, un individu qui consomme de grandes quantités d'une substance très addictogène, qui montre les

[27] Cela nécessite que nous abordions d'une part quel type de choix est à l'œuvre dans l'addiction et les processus d'évaluation et de sélection.
[28] Si on pose la question de ce qu'il pense de ce qu'il fait à l'addict au moment de son acte, ce qui revient à lui rappeler son meilleur jugement tout bien considéré, il semble effectivement que ce genre de rappel ne soit pas forcément efficace pour empêcher la consommation.

mêmes adaptations de sa circuiterie cérébrale que n'importe quel addict à cette substance, mais qui n'essaye pas d'arrêter, n'est selon Heather pas addict. Nous pensons qu'il l'est et donc qu'il n'est pas nécessaire d'entretenir consciemment un jugement contraire à l'acte au moment de l'acte pour être addict, il suffit de ne pas réussir à se réfréner malgré le préjudice.

Nous avançons donc que ce type de consommateur *consentant* est un addict mais que la nature akratique de son comportement est problématique, qu'il ne relève sans doute pas de l'akrasie synchronique telle que définie par Mele.

c) Le consentement n'empêche pas l'addiction

Nous allons d'abord identifier ce que revêt le concept d'addiction consentie. L'addict ici n'est pas l'addict décrit par les compte rendus conventionnels du phénomène, il est un addict en périphérie ou en devenir. Nous proposons que l'on peut déterminer deux catégories d'addicts qui pourraient être considérés comme consentants, qui de prime abord n'entretiennent pas de jugement opposé à leur pratique, qui ne vivent pas de conflit. L'addict qui consent parce qu'il assume son comportement, ayant connaissance des préjudices mais qui ne juge pas qu'il serait meilleur de s'abstenir, et celui qui ignore l'existence de préjudices. Ils vivent une période de *lune de miel* avec leur addiction.

Un argument contre l'addiction akrasie[29] tient à ce que l'addict n'entretient de croyances contradictoires que quand il a décidé de cesser sa consommation ou sa pratique[30]. Pendant la période de *lune de miel*,

[29]Pharo, 2010.
[30] Ou avant, quand il hésite à consommer pour la première fois et succombe tout de même, malgré ce qu'il sait du danger. Pour ce dernier cas, il ne s'agit pas d'addiction. L'action de consommer contre un avis premier est sans doute de l'akrasie mais

l'addict ne se pose pas le problème de l'arrêt ni de la pertinence de son activité. Il est volontaire, consentant. Nous faisons l'hypothèse que cette situation pré-akratique est une étape de l'addiction, un cas limite, mais qu'il faut la considérer comme de l'addiction. Nous pensons aussi qu'elle tend à devenir de l'addiction/akrasie, et que c'est un des rôles du diagnostic que de mettre en lumière la dimension akratique de l'addiction.

1) L'ignorance est difficilement concevable

D'abord, il est difficilement concevable que quiconque reste ignorant, dans le temps, des dommages liés à une consommation des produits addictifs. Ils ont des effets sur le corps, les activités et sur l'entourage, plus ou moins importants et à plus ou moins longue échéance. L'addiction se définit certes par l'apparition de problèmes liés à la pratique, c'est-à-dire que la *lune de miel* précède *la révélation* de l'addiction par la prise en compte des préjudices qui justifie qu'il juge devoir cesser. La lune de miel commence comme une simple consommation et peut mener à l'addiction, c'est-à-dire à l'envahissement progressive de la vie de l'agent qui n'arrive pas à cesser la conduite malgré les préjudices. On ne peut aujourd'hui pas poser le diagnostic d'addiction *avant* l'arrivée et sans la reconnaissance des problèmes liés à la pratique[31] sans s'en tenir à un jugement en troisième personne qui repose sur une autorité[32]. Ce *diagnostic* consiste à faire *prendre conscience* des préjudices, des conclusions à en tirer, et faire qu'il veuille cesser. S'il y parvient, il n'était pas addict ou ne l'est plus c'est une guérison spontanée, sinon, il relève de la description conventionnelle, de l'addiction/akrasie.

---

l'addiction nécessite que la consommation soit installée. Il est alors un éventuel consommateur et n'est lui pas addict. voir Pharo, 2010.

[31] Un diagnostic biologique résoudrait ce problème.

[32]Comme un diagnostic médical. Cette autorité est scientifique (les statistiques montrent que vous remplissez les critères .), morale (cela finit toujours mal à plus ou moins long terme si la pratique ne cesse pas…) ou légale (c'est interdit et puni…).

Nous pensons que l'addict dans notre environnement n'a que peu de chance d'échapper aux rappels des préjudices. Dans le cas des substances prohibées et dangereuses (qui ne sont pas forcément les mêmes) les problèmes (d'abord sociaux) apparaissent rapidement et sont l'objet d'une publicité importante. Pour les activités valorisées, comme le sport, l'impact sur la vie de l'addict et son entourage prendra plus de temps et sera plus facilement l'objet d'une minimisation par ce dernier des problèmes rencontrés.

L'addict peut ne pas vouloir voir, minimiser, en impliquant des mécanismes de défense, comme la self-deception. Il peut revendiquer un choix de vie, mais l'entourage, l'environnement familial, professionnel, social réagit à la pratique. L'addiction est toujours la transgression d'une norme et la transgression est relevée. L'addict peut décider de s'opposer à ces normes mais il en subit alors les conséquences préjudiciables. Quand elles sont légales ou sanitaires, une évaluation en troisième personne *du meilleur choix* finit par s'imposer. Il y a alors opposition entre une évaluation en première et en troisième personne qui doit s'imposer par la force des normes, c'est le diagnostic et l'addict consentant a peu de chance de ne pas vivre le conflit typique entre ce qu'il faudrait qu'il fasse et ce qu'il fait ; il se trouve alors dans le cas le plus courant d'addiction.

Cependant, s'il refuse le diagnostic, s'il verse dans la self-deception[33], cela implique que cette évaluation n'est pas

[33] On suppose ici que la conduite de l'individu n'est objectivement pas la meilleure. S'il a raison de poursuivre sa conduite, on peut difficilement d'addiction. C'est un cas problématique qui peut se poser quand les normes transgressées qui causent les préjudices sont des normes qui n'ont pas de valeur de vérité. Par exemple, Imaginons A, un individu qui souffre de douleurs chroniques intenses. Il prend des antidouleurs qui l'apaisent et il n'existe rien d'autre capable de l'apaiser. Ces pilules sont très addictogènes, ont des effets secondaires qui impactent sa vie professionnelle et familiale (des somnolences). Elles sont objet de consommation liées à l'addiction, comme dans le cas contemporain de l'épidémie d'opiacées aux USA. Notre individu a subi les mêmes adaptations neurobiologiques que son homologue B, un consommateur addict qui consomme de manière équivalente mais qui n'a pas de douleur.

conscientisée, ou qu'elle l'est par moment et refoulée. En ce sens, au moment du choix elle peut ne pas être présente à la conscience en dehors de son rappel en négatif par la présence de la self-deception. Chez l'addict consentant, il n'y a pas d'engagement continu à long terme contre l'addiction mais nous pensons que le jugement sur la conduite est de manière répétitive remis en cause par les indices contraires, par la tension entre la conduite, ses conséquences et les normes. L'addict doit pouvoir former le jugement contraire mais s'en tient à distance. On peut faire l'hypothèse que les jugements étant motivés, le jugement déceptif est formé par une inversion des préférences au moment de la formation du jugement, l'option la plus logique qui s'inscrit dans le long terme est dépassée par un jugement qui favorise les actes qui vont dans le sens de l'intérêt à court terme. L'agent agit alors contre la règle de rationalité qui consiste à former ses jugements en rapport avec les informations disponibles, informations dont une bonne part proviennent de structures qui sont compétentes pour donner des avis auxquels nous sommes censés nous ranger, qui ont une certaine autorité légitime. Il exemplifie une forme d'akrasie épistémique

---

A n'a aucune raison d'arrêter, arrêt qui lui serait difficile à cause des propriétés des pilules et du retour de la douleur. Il est sans doute plus accroché encore que B. Le qualifierions-nous d'addict ? Du point de vue biologique, «il existe une situation qui relève de ce que l'on voit dans l'addiction», on pourrait réduire l'expression par «il y a addiction». Mais du point de vue diagnostic, A n'est pas addict, sa conduite est adaptée, on pourrait reprendre le terme de *dépendant,* il *dépend* de ses pilules pour être fonctionnel.

Imaginons maintenant que les antidouleurs soient interdits et la douleur considérée comme une vertu. D'un point de vue neurobiologique rien ne change mais A serait considéré addict. Les effets secondaires créeraient de nouveaux préjudices, ses somnolences ne seraient plus acceptées, sa consommation le mettrait en contact avec le crime et en porte-à-faux avec la loi. Or il pourrait entretenir l'idée qu'il à raison de consommer, être un addict consentant. Nous pensons même qu'il a raison. Il transgresse une norme, relative mais lui oppose un fait de science ; les pilules agissent contre sa douleur et sont les seules à le faire. Il existe des tensions entre ce qu'avance la science et la manière dont on l'interprète dans le champ de l'addiction et les normes imposent un cadre de référence qui participe du phénomène, qui le modèle et dans certains cas l'aggrave.

2) Le consentant de bonne foi

On peut envisager un addict évoluant dans un environnement qui décide d'appliquer des normes *ad hoc*. Des milieux qui encouragent la consommation de substances et ont les moyens d'éviter la confrontation avec les normes sociales (on peut penser aux policiers toxicomanes de James Ellroy, aux pratiques de consommations spécifiques liées à la pratique sportive professionnelle, du monde de la nuit…), ce qui implique de s'extraire des normes communes pour des normes locales,[34], ou à un Robinson isolé[35]. Il faut envisager un milieu totalement isolé, qui ne possède pas le concept d'addiction car tout contact avec ce dernier obligerait à la confrontation des croyances de l'addict au concept. Ce qui nous ramènerait au cas de l'addict qui a conscience des dangers mais les dévalue. Nous faisons l'hypothèse que l'addiction existe comme fait naturel, qu'elle repose sur un phénomène physique, que des adaptations neurobiologiques en rendent comptent, au-delà de toute pratique sociale qui forme le contexte dans lequel les conséquences de ces adaptations se manifestent. D'où nous nous situons, il serait addict et serait confronté à l'évaluation des préjudices dès l'arrivée du concept d'addiction dans son environnement et la disponibilités des preuves des préjudices.

---

[34] On peut envisager une conviction profonde qui irait à l'encontre par exemple de ce que dit la médecine concernant notre santé qui ne nécessiterait pas de self-deception. Certaines dérives sectaires par exemple semblent pouvoir créer des croyances et des convictions de ce type, mais il faudrait aussi être à l'abri du jugement en troisième personne des structures sociales.

[35] On peut imaginer Robinson sur une île, échoué avec une tonne d'une drogue pour éviter d'en manquer. En fonction du type d'effets il pourrait se trouver incapable de faire ce qu'il lui serait nécessaire pour survivre, ou au contraire dans un premier temps dévelloper une énergie décuplée, qu'il paiera en termes de métabolisme. Il pourrait subir les effets délétères de la désorganisation de son comportement conduisant à une survie impactée (selon le type de drogue), ou subir les affres du manque s'il devait ne plus avoir accès à la substance. Il le vivrait sans doute comme le manque de nourriture. Il ne serait addict que selon notre interprétation de son comportement et son rapport à cette norme selon nous. S'il n'a aucune idée préconçue sur l'addiction et les substances, il ne fera que transgresser une norme non exprimée concernant ce qu'il aurait pu faire, combien de temps il aurait pu vivre sans la consommation de la substance, norme qu'il n'a aucun moyen de connaître. Il ressemblerait à nos animaux de laboratoire, à nos modèles d'addiction.

Les enfants trop jeunes pour avoir une connaissance du concept, les personnes atteintes de pathologies mentales, qui impactent leur capacité de compréhension, sont ce qui se rapproche le plus du cas d'ignorance véritable. Or, ces personnes sont sous la responsabilité d'autrui, sous tutelle, les jugements qu'ils ne peuvent poser sont rendus pour eux, en troisième personne, par leurs parents, une autorité médicale ou judiciaire. Cela consiste alors à les prendre en charge en dépit de leur ignorance et à leur donner les moyens de comprendre et d'intégrer les préjudices causés dès qu'ils en sont capables. On compte sur leur capacité à former des jugements qui dans le cas de l'addiction verront se confronter acceptation du danger et difficultés à y faire face typiques des tensions de l'addiction/akrasie. Pour les personnes incapables de comprendre et d'intégrer les préjudices, on évaluera en troisième personne si la pratique est problématique[36], à leur place. Cela revient à considérer notre concept d'addiction *as if*, une idéalisation qui ressemble à celle que l'on reproche à la TCR. Cependant, nous ne pouvons soumettre l'individu à une évaluation qui dépend de compétences qu'il ne possède simplement pas. La folie exclut de nos jugements habituels et la situation relève de l'évaluation du cas particulier et du degré d'atteinte des facultés. La pratique qui serait considérée comme addictive, si elle l'était dans un contexte de normalité, devient secondaire à la folie elle-même. Comme pour Robinson, l'addiction s'inscrit dans une forme de vie, avec ses concepts qui doivent à minima être partagés. Si l'individu ne peut pas concevoir les préjudices, il ne peut pas les évaluer, il n'y a pas d'akrasie[37] et sans doute pas d'addiction autrement que *as if,* par un jugement en troisième personne qui ne signifie rien pour le sujet. Il faut alors entendre le *ne réussit pas à réfréner* de notre définition de l'addiction comme envahissement préjudiciable par une activité d'abord vécue comme gratifiante, de la vie d'un individu qui ne réussit pas à réfréner sa

[36] Si elle l'est, on peut se demander s'il est pertinent de faire cesser de fumer une personne souffrant d'un Alzheimer avancé.
[37] Mele 2012 suppose d'ailleurs un sujet sain d'esprit pour parler d'akrasie.

tendance à s'adonner à cette activité malgré ce préjudice comme comprenant les cas où les addict ne *réussissent pas à essayer de réfréner*, *n'essaient pas*. Le diagnostic sert à les y motiver.

3) Le diagnostic est une affirmation de l'akrasie

Il faut, il nous semble concevoir que addiction recouvre à la fois la qualification d'un fait naturel, c'est-à-dire un ensemble de phénomènes (des adaptations biologiques, une structure particulière de choix) et une dimension normative. Or nous ne savons appliquer ce qualificatif qu'en nous appuyant sur un jugement relatif aux préjudices réels ou attendus, aux conséquences cliniques et sociales des phénomènes internes à l'agent. Le diagnostic d'addiction est une évaluation normative, il s'agit de poser qu'il y a une pratique qui est contraire à ce que nous devons faire car elle s'oppose à des normes, dont des normes de santé. Il s'agit, par ce diagnostic, de reconnaître qu'il existe cette difficulté à faire coïncider ses actes au meilleur jugement et à faire reconnaître que cette difficulté existe si la situation est niée. Les phénomènes qui sous-tendent ce type de conduite se manifestent, une fois le jugement posé et accepté, par cette difficulté à modifier sa conduite en rapport au jugement.

Chez un addict consentant, les phénomènes biologiques sont là et il s'agit en posant le diagnostic de mettre en exergue le fait que l'addict *ne devrait pas* se comporter ainsi, de lui permettre de concevoir ce jugement dépréciatif sur la conduite par la mise en évidence des préjudices, et souligner la difficulté à s'y conformer. L'addict diagnostiqué est bien akratique car il ne peut nier, sans mauvaise foi[38], la validité du meilleur jugement, et s'il est addict aura toutes les peines du monde à ne pas reproduire la conduite addictive. Il réinterprétera même peut être des occurrences passées à l'aune de l'addiction.

[38] L'acceptation du diagnostic n'est pas immédiate, l'addict consentant peu mettre du temps à reconnaître les préjudices et leur importance

Nous proposons alors que les addicts consentants, entretiennent contre l'évidence des jugements sous l'influence de biais en faveur de la consommation qui les empêchent de se ranger au meilleur jugement. Ce phénomène masque l'addiction, le conflit, et peut être envisagé comme une protection de l'intérêt addiction contre l'intérêt tout bien considéré. Le diagnostic d'addiction consiste à faire pleinement entrer l'addict dans l'akrasie, à lui permettre de former le jugement auquel sa pratique s'oppose à lever une self-deception, ou simplement informer. L'addict consentent est une étape qui précède la reconnaissance de l'addiction par ce dernier, il est addict mais peut-être par encore akratique.

La sous-catégorie, minoritaire, des addict consentants est à explorer notamment parce que l'ignorance, réelle ou le déni, apparaissent comme un facteur de risque majeur. La structure des choix en l'absence de reconnaissance des dommages et de leur possibilité est fortement en faveur de la consommation et la participation de l'addict au processus de soin devient problématique. Le jugement en troisième personne de l'existence d'un problème peut se concevoir dans le cadre diagnostic, mais la nécessité d'aborder le traitement en usant de procédures qui visent à modifier la structure des choix, qui impliquent la formations de croyances rend nécessaire la participation du sujet. On peut éventuellement intervenir sur le substrat biologique par la pharmacologie ou la chirurgie sans le consentement du sujet[39], il semble difficile de lui imposer des croyances sans un minimum de participation de sa part.

Dans le cadre du spectre on peut se demander s'il faut ajouter une dimension, celle du consentement. Il est possible que cette dimension soit pertinente mais il sera difficile de départager bonne foi et déni, d'évaluer le degré de self-deception. On peut cependant faire l'hypothèse que ce type d'addict aurait peu d'échecs dans les tentatives de réfréner sa

[39] C'est une possibilité physique à défaut d'être éthique.

participation car il ne tenterait pas de se réfréner, on les retrouverait dans un cluster avec des scores bas sur cette dimension. D'autre part, il semble que la participation de l'addict à la lutte contre l'addiction soit une condition nécessaire à sa prise en charge. L'évaluation de l'engagement volontaire et logiquement défendu de l'addict dans son comportement apparaît alors comme premier, sa position sur le spectre étant secondaire.

Enfin, Le manque de connaissance peut être un moteur puissant de l'entrée et du maintien dans l'addiction[40], or, la surabondance d'informations concernant les risques de ces pratiques transforme l'ignorance en déni, un refus de reconnaître qui peut être motivé par les conditions de vie de l'addict et les conditions d'expression de ces recommandations. Les phénomènes de désocialisation, le fait de se trouver en marge, voir victime de politiques ciblant particulièrement une catégorie à laquelle on appartient[41], entraînent une méfiance vis-à-vis des autorités et un rejet de leur discours et de leurs normes L'accès à la connaissance nécessite une confiance dans les autorités et le flou qui entoure l'addiction, les contre-vérités et les préjugés qui minent le discours favorisent ignorance et déni.

d) Les bornes de l'addiction ; du libre au contraint

1) L'addict a la liberté de résister

Nous supposons que phénomènes comme la self-deception participent activement à l'évaluation du poids donné aux options. Les croyances motivées et les stratégies pour orienter l'attention sont centrales dans l'addiction. Or l'influence de la motivation sur les jugements et les choix laisse supposer que le choix n'est pas libre, ce qui

[40] Voir Pickard & Ahmed, 2017.
[41]Voir Baum 2016.

est nécessaire pour parler d'akrasie. Nous allons voir en quoi on peut considérer que les choix de l'addict portent la trace de son intentionnalité et qu'ils sont, autant que faire se peut, libres, au sens où, ayant la capacité d'essayer de résister et de parfois y parvenir, l'addiction ne peut être totalement contrainte, qu'il reste un *degré de liberté* malgré les forces et influences qui agissent en son sens.

L'addiction a la particularité d'impacter ce que nous désirons, ce que nous voulons. Elle n'agit (le plus souvent) pas comme une chaîne qui nous empêcherait ou une force qui nous agirait mais elle impacte notre capacité de contrôle sur la mise en actes de nos désirs et perturbe les liens entre nos désirs, nos croyances, nos volontés, nos intentions. Nous avons proposé que l'addiction était un choix, en cela, le choix effectué par nous, il s'exprime dans notre action, l'addiction n'entrave pas notre liberté telle qu'entendue par Hobbes[42]. Ce que nous voyons cependant est la présence de contraintes, d'influences de l'environnement dans nos décisions. Nous avons plaidé pour une conception behavioriste hédonique forte, qui consiste à considérer tous nos comportements comme motivés, nos croyances, désirs et vouloirs inclus. Ces contraintes peuvent être à l'origine de comportements déterminés, mais la question est : est-ce que l'addiction relève de ces comportements totalement contraints ? D'abord, nous avons vu, d'après la littérature exposée par exemple chez Heyman, chez Fingarette, Peele et que nous avons reprise, que les comportements des addicts en relation avec leurs addictions montrent l'expression d'une certaine agentivité et d'une capacité de contrôle. Les addicts savent, plus ou moins adapter leur comportement. Les addicts peuvent se retenir de consommer, un temps, prennent souvent la décision d'arrêter, même s'ils rechutent parfois ensuite. Ils font preuve dans leurs actes de l'expression de désirs, de vouloirs qui s'opposent à leur conduite et qui peuvent finir par les en débarrasser. Les addicts expriment leur ambiguïté face à leur

[42] Hobbes, 1651.

conduite, s'y opposent avec un certain succès mais se plaignent d'y revenir, malgré eux, tout en développant des comportements complexes, adaptés et adaptatifs pour actualiser leur désir réprouvé. L'addict peut vouloir résister, parfois essayer de résister et même réussir à résister. La contrainte n'est donc pas absolue. L'addiction montre par la richesse des comportements qu'elle implique qu'elle n'est pas un réflexe pavlovien. Les addict agissent en fonction de leurs croyances pour poursuivre leurs désirs et agissent en ce sens, l'addiction est une action intentionnelle. Il est certes vrai qu'une influence sur les croyances et désirs s'exerce, mais le fumeur abstinent qui se voit offrir une cigarette et tout en disant qu'il ne devrait pas, l'accepte, remercie, l'allume et la fume ne paraît pas agir sous une contrainte, sous influence sans doute. Il peut d'ailleurs aussi la refuser *sous l'influence* d'un proche qui viendrait lui rappeler son abstinence, sous l'effet d'arguments selon lesquels il serait dommage de réactiver pour une cigarette l'inconfort des premier jour sans, sous la menace, en détournant son attention, en mobilisant une règle de conduite… Face à l'objet de son addiction, qu'il désire, il peut céder ou *faire autrement*, il peut ressentir le désir pour la cigarette et le désir de résister au désir et vouloir résister et résister et montrer par-là la liberté de sa volonté. Enfin, il nous est difficile de deviner à coup sûr ce qu'il fera. Montrant une capacité à vouloir résister à l'addiction, et parfois à y réussir, elle n'est donc pas compulsive, ce qui en négatif montre qu'elle repose sur des actions au moins en partie librement consenties. En effet, outre la capacité de ne pas faire qui ne rend plus l'action obligatoire, on voit aussi que l'addiction repose sur des croyances qui sont celles de l'addict, des désirs qui sont ceux de l'addict et des actions qui sont les siennes. Certes, les croyances et désirs sont motivés, comme tout autre désir ou croyance selon notre hypothèse. Le compatibilisme implique que nous sommes sous influence. Il n'est pas question de faire en détail le tour de la question de la liberté de nos actes, mais, simplement de constater que, d'après nos hypothèses, l'addiction n'implique pas, comme

le soutien le BDMA, une perte de capacité à agir selon ce que l'on veut, elle implique une difficulté à réussir à maintenir, dans le temps une résistance à l'effectuation d'un acte en lien avec l'un de ses propres désirs, elle implique une difficulté à résister à l'influence, qui est peut-être plus forte que nos autres motivations mais qui reste fondamentalement du même type.

Nous avons choisi de traiter l'addiction comme un spectre pour nous débarrasser de la dichotomie addiction contrainte du modèle maladie contre addiction expression d'un moi souverain du modèle moral, qui ne rendent ni l'un ni l'autre compte des subtilités du phénomène, de sa variété et des conflits internes à l'addict. Cette variété ne peut se concevoir sans capacité de l'addict à agir au moins a minima contre son addiction qui ne peut alors être envisagée comme totalement compulsive. Il nous faut, tout en acceptant l'influence, le déterminisme biologique, rendre justice aux comportements réels des addicts, et reconnaître l'existence d'une possibilité d'agir. En cela, l'addict montre suffisamment de liberté dans ses actes pour qu'ils puissent relever de l'akrasie.

2) L'addiction comme contrainte relative

La principale difficulté apparaît quand on choisit de traiter l'addiction comme un phénomène ou on est absolument *contraint à agir*. Dans cette optique, il n'y a pas d'entre-deux possible, soit l'action est contrainte, soit elle ne l'est pas, mais à la fin, il y a bien perpétuation de l'addiction, cela ne laisse comme possibilité que l'addiction choisie ou l'addiction compulsive. Il nous semble qu'en considérant l'addiction sous l'angle de la difficulté à réfréner le passage à l'acte, plutôt que sous celui du passage à l'acte contraint, nous contournons certaines des apories les

plus problématiques. L'addiction gagne selon nous à être considérée sous l'angle de l'absence ou de la perte de contrôle par rapport à une action envisagée par l'agent, plutôt que sous celui d'une action envisagée en dépit de l'agent, dont l'origine semble alors être extérieure au sens d'une intention qui ne serait pas la réponse de l'individu à l'environnement mais la réponse *d'autre chose*. Position qui finit par mettre en jeu une *intention extérieure* à la place d'une simple stimulation *par* l'extérieur. En la considérant comme une stimulation de l'agent par l'extérieur, difficile à réfréner, on en fait une réponse que l'on peut, dans une certaine mesure, qualifier d'intentionnelle. C'est le degré d'intentionnalité qui doit être évalué et la manière dont cette intention se forme et conduit l'action contre d'autres évaluations. C'est un point de vue qui peut rappeler le behaviorisme, au moins celui de ses héritiers modernes comme Ainslie ou Rachlin et qui effectivement consiste à ramener l'addiction à une défaillance de self-control, du contrôle par l'évaluation des raisons de l'agent par l'agent des actions qu'il finit par entreprendre parmi celles qu'il (en tant qu'entité biologique) a soumises à l'évaluation, évaluation qui n'est pas dans sa totalité consciente. Nous allons en proposer un mécanisme explicatif.

Le choix dans l'addiction, pour nous, se situe dans une gamme qui va du totalement libre, au totalement contraint. L'akrasie exclut la compulsion, pour l'addiction, nous proposons qu'il faille exclure la totale liberté mais éventuellement conserver la compulsion. L'addiction choisie semble être celle de l'addict consentant en accord avec ses croyances et jugements, et qui ne vit pas de conflit. Quant à l'addiction contrainte, elle relève de la forme extrême d'altération des circuits cérébraux, ou l'agent est totalement spectateur de ses actes qu'il réprouve ou qu'il ne peut plus évaluer. Cela correspond à l'addict du BDMA et à des formes cliniques très avancées. La question de savoir quel degré d'agentivité il reste à l'addict dans ses conditions est à évaluer. C'est à la neurologie de nous

dire s'il est possible que la circuiterie d'évaluation des options en arrive au point d'être totalement dysfonctionnelle.

3) La perte de contrôle compulsive comme extremum théorique

En philosophie compulsif signifie impératif, dans le sens de forcé, en dehors de l'empire de mes décisions. Or, on peut en donner une autre définition. Chez Goodman[43], par exemple, l'addiction est un mélange d'impulsif, quête du plaisir, et de compulsif, défini comme évitement de la douleur ou d'un affect négatif. Cela rappelle l'*uneasyness* de Locke, ce malaise, cette *inquiétude*[44] qui cause le désir de s'en extraire et qui est pour lui la principale motivation de nos actes, plus que la recherche de plaisir[45]. Compulsif est alors l'équivalent de l'évitement d'un affect négatif non pas recherche d'un plaisir positif qui échapperait à mon contrôle. Par exemple,

> Je vois un objet en vitrine qui me fait *soudainement envie*, je l'achète, je suis impulsif.
>
> Je suis un peu «déprimé», je fais un usage immodéré de ma carte bleue et j'en retire une certaine satisfaction qui soulage mon humeur maussade, je suis compulsif.

Dans ce sens compulsif revêt la dimension impérative du *besoin* plus que de l'envie, au sens où la compulsion est un acte de soin, une défense contre un mal ressenti. Il s'agit moins d'un passage à l'acte rapide et irréfléchi que d'une attitude de protection, de repli sur une activité qui

---

[43] Goodman, 1990.
[44]Coste, le traducteur de Locke note la difficulté de la traduction du terme anglais. Il choisit inquiétude, voir la note dans la traduction de 1735 de L'*Essai* livre II, 20, 6, p.386 de l'édition poche 2009.
[45] Locke, 1690, livre II, 20 et 21.

tourne à l'obnubilation voire l'obsession, qui prend une grande place qui n'est pas habituellement la sienne. L'activité a un rôle à l'origine secondaire (le plaisir de l'achat accompagne celui de la possession de l'objet et le plaisir de son usage) qui passe au premier plan[46] au détriment du rôle évident de l'acte réalisé. Entendue comme cela, l'addiction a bien une importante dimension compulsive. Il existe un affect négatif qui prend la forme du manque. *Manque* est un mot valise qui regroupe des situations allant du danger de mort réel (dans le cas du sevrage alcoolique), une souffrance physique qui peut faire penser que l'on va en mourir (pour l'héroïne par exemple), ou une idée plus ou moins fixe, un désir obsédant plus ou moins envahissant qui génère un inconfort, une angoisse. Il renvoie à toutes les formes d'affect négatif que l'on se sent en devoir de combattre quand on parle de compulsion. Nous avons déjà évoqué que l'idée que le sevrage était un élément fondamental, nécessaire et suffisant pour parler d'addiction a été réfutée. Elle remonte à l'époque des modèles animaux fondés sur les drogues dépressogènes qui, effectivement provoquent des symptômes de souffrance physique qui peuvent justifier une consommation dans le but de les apaiser mais la présence de ces symptômes n'est plus une nécessité pour parler d'addiction. Cependant, cela ne signifie pas qu'il n'y a pas d'affects négatifs, allant de l'angoisse à la souffrance physique, les deux étant parfois difficilement discernables, certains états d'angoisse existentielle se manifestant sous la forme d'un réel inconfort, voire de souffrance, physique. L'addiction s'accompagne parfois de cette angoisse. Il *peut* exister un conflit avant la perpétuation de l'acte associé à l'objet addictif entre les résolutions de s'abstenir, et le désir de continuer, et la

[46]On parle du GAS acronyme de *gear acquisition syndrom*, syndrome d'acquisition de matériel sur les forums internet spécialisés dans un type d'objets, particulièrement les instruments de musique. Le plaisir tiré de l'usage du matériel apparaît parfois comme secondaire à l'achat de ce matériel, à sa possession. Il y a là aussi une grande variabilité entre le collectionneur passionné mais ne se mettant pas en danger et la compulsion la plus délétère, un spectre de la compulsion. Josh Scott, fondateur de JHS, une marque de pédales d'effets pour guitare, et lui-même collectionneur obsessionel, en parle avec beaucoup d'humour au gré des nombreux épisodes de sa chaîne youtube https://www.youtube.com/user/jhspedals/videos.

consommation apaise cette angoisse. L'obnubilation, la place prise par la recherche de l'objet et la satisfaction sont aussi des formes d'angoisse. L'assouvissement est le plus souvent précédé d'une tension, d'un stress, qu'il dissout. Il existe donc une dimension compulsive intrinsèque à l'addiction, mais cela ne signifie pas que l'acte soit *absolument* hors de contrôle[47]. Si on est capable d'entrevoir certaines causes à l'addiction, elle n'est de plus pas sans raison[48]. Peut-elle être alors hors de contrôle ?

En pratique, oui. Il faut donner crédit à l'idée de la perte de contrôle[49] pour accepter l'addiction. En cela la première étape des AA est très claire et non dénuée de fondement. Pour qu'il y ait addiction je dois avoir des difficultés insurmontables (selon un point de vue donné, le mien ou celui de mes pairs) et les reconnaître. L'impossibilité d'agir est une impossibilité empirique, un jugement sur la non réalisation, cela n'implique pas une impossibilité absolue, théorique. Cela ne signifie pas qu'il n'y a pas de possibilité de contrôle du tout, que les difficultés soient *vraiment* insurmontables. On pose un diagnostic d'addiction, le terme n'a de sens *que* pratique et s'il n'y a pas cette sensation *subjective* de perte de contrôle, il n'y a que du laisser-aller, pas de l'addiction. Pour parler d'addiction, il faut rencontrer au moins de grosses difficultés dans ce contrôle et l'aveu recommandé par les AA acte la perte de contrôle, on doit admettre ou plutôt annoncer l'état de fait.

Peut-être que du point de vue le plus objectif et extérieur, il s'agit d'un mensonge, de self-deception, mais en arrivant à se convaincre soi-même, la phrase «je suis impuissant» est autoréalisatrice. Si l'individu croit qu'il ne peut pas, pense qu'il ne peut pas, on ne voit pas bien

[47] Nos besoins même les plus élémentaires, sans être susceptibles d'être totalement niés par nos avis personnels, ne sont pas *complètement* hors de contrôle.
[48]Et les thérapies dont il a été question plus haut jouent un rôle dans la mise au jour de causes historiques qui permettent de redéfinir ce qu'est l'objet d'addiction et ce qu'est le phénomène qui permettent de changer de point de vue sur ces derniers et de les requalifier.
[49] Perdre le contrôle signifie qu'il y a bien la possibilité d'un contrôle mais qu'on y arrive, en pratique, plus. C'est la constatation d'un échec qui ne remet pas en cause la poursuite de la lutte.

comment l'y forcer. On peut pousser quelqu'un qui pense ne pas pouvoir sauter, mais comment obliger quelqu'un à résister à un désir autrement qu'en l'attachant, quel que soit le type de métaphore que revêt ce terme. Ce faisant, on lui donne raison, car, en ce cas, *nous l'agissons.* C'est d'ailleurs sur l'acceptation de la possibilité de ce type d'intervention extérieure que repose la doctrine AA. D'autre part, si contrôle il y a, on voit bien, aussi, qu'à choisir entre céder et ne pas céder, alors que l'occasion va systématiquement se répéter, les capacités de résistance vont finir par s'épuiser[50].

Nous proposons de voir l'addiction comme un spectre, qu'il existe une continuité entre une capacité de contrôle peu, voir non, altérée et une incapacité totale et que l'addiction s'étend entre ces deux extrêmes. Allant de situations, de structure de récompenses en compétition plus ou moins en tension. On peut envisager un addict aux circuits cérébraux endommagés au point de ne plus du tout pouvoir évaluer quoi que ce soit, mais, cela n'est sans doute pas le cas le plus représentatif. S'il s'agit de laisser le terme addiction à ce type d'addict, il va nous falloir en inventer un autre pour l'immense majorité des sujets que nous considérons, qui se considèrent, addicts et qui entrent dans le cadre même des diagnostics cliniques. Ce serait comme limiter l'emploi du terme diabétique aux patients ayant déjà perdu un rein, un œil, ou un pied.

On voit comment les frontières certes floues définies par une addiction envisagée comme un spectre permettent, malgré, ou grâce à ce flou, de délimiter tout de même le phénomène, avec un noyau dur qui ne laisse aucune place au doute et des zones moins définies dont nous pouvons nous demander en quoi elles posent problème. En ce qui

[50] Baumeister propose que la volonté est une ressource mentale qui, comme un muscle, s'épuise. nous avons une force de volonté limitée, c'est ce qu'il nomme l'*ego depletion*, l'épuisement du moi.(Baumeister, 2002 ; Baumeister et al. 1998 ; Baumeister & Heatherton, 1999). La notion est très controversée, Friese & al. 2019.

concerne la compulsion, l'addiction oscille entre une perte de contrôle vécue comme telle, ou qualifiée en troisième personne comme telle, et une perte de contrôle réelle, évidemment possible, mais réservée à des cas extrêmes. La perte de contrôle est donc, à la fois, nécessaire au sens où elle doit être vécue en pratique, et virtuelle, au sens où elle est un extremum théorique. Un peu comme dans le cas du déterminisme et du démon de Laplace, il existe une possibilité théorique de détermination de toute chose mais d'insurmontables difficultés pratiques qui rendent l'idée même absurde. Si l'addict *peut* résister en théorie, chaque occurrence s'accompagne d'un conflit interne dont l'issue est incertaine et la succession des situations rend très improbable qu'il n'y ait pas, à un moment donné, un accroc. On peut tabler sur un contrôle théorique possible, il n'y a pas de loi de la physique qui empêche l'addict de s'attacher à un mât pour le restant de ses jours, pas de loi qui l'oblige, pour un choix ponctuel donné, à céder. Mais la répétition d'un choix entre une option bien définie et récompensée et s'abstenir d'agir semble le condamner à terme par la simple répétition.

Le choix de ***consommer*** n'est peut-être pas certain au sens de
$P(\textit{consommer}) = 1$
mais il est probable au sens ou
$0 < P(\textit{consommer}) < 1$

Tout comme l'abstinence est possible et arrive parfois, la probabilité finira par s'actualiser à mesure que le choix se reproduit.

2) Les spécificités de l'addiction

La récurrence est une caractéristique de l'addiction qui la différencie d'autres situations d'akrasie ponctuelle. L'akrasie chez Davidson est une question ponctuelle, qui intervient à un moment donné sans récurrence ni continuité. Il s'agit de décisions ponctuelles, non pas de comportements qui s'étendent dans le temps. Or dans l'addiction, la même question se pose à répétition pour un objet donné. Ulysse ne pourrait céder aux Sirènes qu'une seule fois, Médée ne peut pas tuer les enfants à nouveau. Il semble que dans ces cas d'akrasie, soit le choix est ponctuel et correspond à une faillite morale temporaire, aiguë, dont veut se protéger Ulysse, soit, ce qui se répète revient à l'expression d'un trait de caractère qui consiste à ne pas réussir à résister aux tentations, une tendance à l'impulsivité, comme chez Médée. Médée semble plus addicte que Ulysse[51]. Dans le cas de l'addiction on a bien cette tendance à céder mais on cède régulièrement au même objet. Or, cette akrasie comme pattern de comportements, comme incapacité à conserver des intentions temporellement stables, est décrite par les successeurs modernes de Davidson comme Bratman et Holton[52] qui voient dans l'akrasie une incapacité à s'en tenir à nos intentions sur le long terme. Ce qui peut délimiter l'addiction dans la catégorie des akrasies récurrentes, de caractère, c'est l'omniprésence d'un objet donné. On pourra objecter que les addicts ont parfois plusieurs objets, comme on dit, les toxicomanes sont toujours polytoxicomanes, et cela renvoie à l'importance de l'expérience qui nous éloigne de la prééminence de l'objet. L'addiction semble devoir alors se concevoir comme un type de rapport particulier à certains objets et à l'expérience qui en découle. Les frontières de

[51] Valleur pense devoir intégrer certains comportements criminels voire homicides à l'addiction, on pourrait discuter du cas de Médée en ce sens, même s'il reste assez artificiel de par la lucidité de Médée.
[52] Bratman, 1979, 2007 ; Holton, 1999 ; Radoilska & Fletcher, 2016.

l'addiction au sein de l'akrasie restent donc floues, mais on peut ajouter une autre dimension.

L'akrasie n'est pas forcément un mal. Elle peut être vénielle. Une marque de fast-food sert ses menus dans des seaux, je me suis engagé à ne jamais m'abaisser à me faire servir ainsi et cependant, si je cède une fois, voir à plusieurs reprises, en regrettant, avec un peu d'amusement, de ne pas m'être tenu à mon engagement, je n'ai pas le devoir de me considérer addict. L'addiction nécessite que mes choix aient des conséquences néfastes qui dépassent le simple cadre de la rupture de mes engagements personnels et d'un sentiment, passager, de faiblesse. J'ai le droit de réévaluer ponctuellement mes engagements.

Si l'addiction est une transgression, vis-à-vis de moi-même car il y a action contre mon meilleur jugement en première personne, elle s'accompagne aussi d'une transgression d'une norme, d'un jugement en troisième personne. Pas uniquement d'un jugement prudentiel, comme les jugements *tout bien considéré* des modèles modernes de l'akrasie mais de jugements collectivement considérés comme bons parce que leur transgression implique des conséquences jugées objectivement mauvaises en raison de normes éthiques supérieures ou indiscutables, comme la santé, le bonheur, et particulièrement le bonheur des *autres*.

Les effets négatifs de l'addiction ont tous des conséquences néfastes sur autrui, justifiant une prise en charge légale voire une attitude punitive. Les transgressions légales ont des conséquences sur moi en raison d'un dommage invoqué par le corps social, ma conduite peut provoquer des conséquences sur les membres de ma famille, mes problèmes physiques, induisent un coût pour leur prise en charge médicale, dans les sociétés ou le système de santé est collectivisé. *In fine* pour reprendre l'analyse de Fingarette, je ne tiens pas ma place et cela perturbe le corps social et ceux qui m'entourent. C'est une dimension essentielle de l'addiction qui rend problématique son traitement social et le statut moral des addicts.

3) Les limites de l'addiction akrasie

Nous proposons de considérer l'addiction sous l'angle de l'akrasie parce que nous pensons qu'il permet de rendre compte de la variabilité du phénomène et propose un cadre qui permet une description qui rend justice à sa complexité, étape descriptive nécessaire pour une analyse plus poussée. L'addiction apparaît comme intentionnelle, relever d'un choix relativement libre, en tout cas le plus souvent non absolument contraint et avoir la particularité de s'opposer à notre meilleur jugement une fois les préjudices pris en compte. La description traditionnelle insiste sur cette dimension et l'existence d'addicts consentant à la marge de ce cœur majoritaire ne nous semble pas poser problème au retour de l'addiction dans l'akrasie, en effet, ces addicts ont vocation à rejoindre la catégorie centrale sous l'effet du diagnostic et ne semblent être qu'une étape particulière de la mise en place du phénomène ; le critère nécessaire et suffisant pour passer d'une suspicion d'addiction au diagnostic tient à cette opposition entre jugement et action, à cette difficulté à se conformer à son meilleur jugement. On peut d'ailleurs présumer de cette difficulté encore en puissance sur la base des connaissances épidémiologiques et cliniques, de l'expérience de l'addiction. On sait que la lune est là même quand on ne la voit pas, l'habitude, les marées, sont autant d'indices qui justifient qu'on y croît avec un degré de certitude suffisant pour prendre l'engagement qu'elle existe.

Ce qui pose plus de problème est la question de la limitation de l'akrasie à l'akrasie synchronique. Les addict agissent-ils au moment du choix en raison d'une inversion de préférence ou gardent-il à l'esprit leur meilleur jugement ? Nous pensons qu'il doit y avoir une inversion des préférences pour que le choix s'effectue, mais rien n'indique que cette inversion est conscientisée, nous avons fait l'hypothèse qu'il est possible que l'évaluation première soit consciente et que celle qui est responsable

de l'acte ne le soit pas. Nous allons dans la partie suivante définir quel type de choix particulier est à l'œuvre dans l'addiction et proposerons un mécanisme qui pourrait en rendre compte. Cependant la question de la présence lucide au moment du choix du meilleur jugement reste en suspens, il semble que les addicts le rapportent parfois, mais parfois non. C'est une affaire qui, comme le propose Heather, devrait être évaluée empiriquement et nous restons neutre sur le sujet.

Ce que nous proposons peut, en raison du phénomène d'inversion des préférences laisser penser que l'addiction n'est pas de l'akrasie si on s'en tient à l'existence d'une akrasie synchronique. Mais, nous ne proposons pas de résoudre la question de l'akrasie, simplement que l'addiction est mieux pensée quand elle l'est dans le cadre des phénomènes que l'on range sous ce vocable. Quelle que soit l'explication qu'on leur donne, même si elle conduit à réfuter l'existence d'un phénomène comme l'akrasie, au sens de l'entretien simultanée de deux jugements opposés en pleine conscience, les phénomènes continueront d'exister et de partager des propriétés communes qui nous les feront considérer être comme, si ce n'est homologues, au moins analogues. Nous proposons seulement que l'addiction bénéficie des réflexions en cours dans le champ de l'akrasie et que les points de discussion encore soumis à débat soulèvent des problèmes qui concernent l'addiction.

Faire de l'addiction un choix de type akratique, permet de proposer des hypothèses à propos du mécanisme particulier de choix à l'œuvre et de revoir sous cet éclairage la question de l'intentionnalité et de la compulsion. Mais, la limite entre ce qui relève de l'akrasie sans être de l'addiction et ce qui relève de l'addiction n'est pas claire. Nous avons relevé quelques critères qui ne nous semblent pas permettre de délimiter le phénomène. Cela soulève la question de l'unité du phénomène au-delà de l'air de famille, de la relation d'homologie nécessaire à l'unification du spectre et ici, il nous semble que le problème principal est posé par *l'addiction comportementale.* Relève-t-elle du choix akratique ou de

l'addiction vraie ? Nous faisons l'hypothèse que l'addiction comportementale existe et qu'elle est de l'addiction. nous y viendrons quand nous traiterons de l'unité de l'addiction.

4) Propositions

L'addiction pose un problème de point de vue. Le phénomène a été abordé par des sciences spécialisées diverses, ayant leurs approches spécifiques, leur vocabulaire, usant parfois des mêmes mots avec des sens différents, et des niveaux d'observations variables si ce n'est réductibles en droits aux niveaux inférieurs, au moins loin d'être effectivement réduits[53]. L'addiction est communément associée à l'histoire des aveugles et de l'éléphant et les thèses behavioristes que nous avons défendues et qui nous ont permis de proposer de reprendre l'idée qu'il est pertinent de concevoir l'addiction comme de l'akrasie ne sont que l'expression d'un de ces aveugles. S'il s'agit de l'écouter et de tirer les conclusions des informations pertinentes qu'il nous donne, il ne s'agit pas de n'écouter que lui et de sombrer dans l'excès qui consiste à ne plus prêter attention aux autres propos. Les neurosciences biologiques ont aussi un discours pertinent et c'est en intégrant les différentes formes de discours, avec un regard critique, qu'il nous semble que nous pouvons le mieux aborder le problème qui nous occupe. Il s'agit d'intégrer les théories robustes des champs à un même discours, en prenant garde aux contradictions qui nous alertent sur les problèmes à résoudre. L'akrasie nous semble un

[53] Ainslie, dans *Anatomie de la Volonté* liste les sciences d'intérêts selon lui pour le phénomène comme l'économie, les sciences du comportements, la psychologie, la théologie, la philosophie, l'analyse des système non linéaires, la psychanalyse, les neurosciences biologiques… On peut en sortir, selon nous, trois domaines : la psychologie, la biologie, la philosophie, auxquels on peut ajouter les sciences sociales pour la partie épidémiologique et descriptive et les outils d'analyse statistiques et mathématiques.

point de vue aujourd'hui pertinent pour parler de l'addiction mais ce point de vue ne permet pas de résoudre tous les problèmes, la question des limites du phénomène, celle de l'addiction comportementale notamment, et des objets d'addiction, ne peuvent être traitées sous l'angle unique de l'akrasie s'il s'agit de trouver une homologie sous l'analogie.

Nous allons maintenant proposer une mécanique du choix spécifique de la situation d'addiction. Nous ferons l'hypothèse qu'il faut l'envisager comme une difficulté à réfréner une action envisagée comme pertinente au préalable, lors d'une délibération précédente. Cela nous conduira à proposer que l'addiction est bien l'expression d'une intention de l'agent mais une intention ancienne, que l'addict agit selon une jurisprudence intentionnelle à défaut de réussir à transformer en acte sa réévaluation de la situation actuelle. Nous proposerons aussi que l'addiction doit se concevoir comme un choix, non pas entre deux options distinctes, ***a*** et ***b*** mais entre deux conceptions de la même option, ***b*** et ¬***b***. Chaque alternative se définit par rapport à elle, en ses termes. Nous en tirerons les conséquences quant à sa prise en charge concernant l'importance de définir avec détail ce qu'il en est de ***b*** et surtout de ***a***[54]. Il nous semble primordial qu'il ne reste pas exprimé sous forme de ¬***b***.

[54] C'est une invitation au *Festin Nu,* il s'agit de montrer crûment ce qui se trouve piqué au bout de la fourchette, montrer sans fard ce qu'il en est vraiment. C'est l'explication que donne Burroughs du titre de son roman, *Naked Lunch*, c'est le festin qui est nu.

Chapitre II. Le type de choix qu'est l'addiction

1) L'addiction est un manque de contrôle

a) L'acquisition des actions de l'addiction ; entre cognition et réflexe

1) Les modes de l'évaluation

Avant de proposer un modèle de décision qui serait spécifique de l'addiction nous allons revenir sur ce qui se passe quand nous prenons une décision.

Tous les objets d'addiction finissent par augmenter la libération de dopamine dans un système sous-cortical, ancien, commun à tous les mammifères. C'est le système qualifié de «système de récompense» qui est impliqué dans les conditionnements. Il se trouve que nos comportements semblent contrôlés selon deux modalités[55]. D'une part,

[55] De l'opposition passion/raison en passant par le cerveau triunique des années 1960 de Paul MacLean jusqu'à aujourd'hui où on voit le cerveau comme s'étant constitué au cours de l'évolution en couches successives délimitant des structures en interaction mais avec une certaine autonomie, nos conceptions mettent en avant notre double nature. Nous sommes à la fois soumis à des pulsions animales et capables de réflexions rationnelles. Le BDMA s'appuie notamment sur la perte du rétrocontrôle cortical (siège de notre cognition, qui laisse le champ libre à notre striatum, structure plus archaïque que nous partageons avec les autres mammifères. Nous penchons pour un système unique de prise de décision mais cela n'empêche pas que nous puissions avoir deux façons d'évaluer les événements deux modes de traitement de la même information qui sont ensuite comparés. Cela nous semble aller avec la conception moderne d'un cerveau où les structures les plus récentes en termes d'évolution et les plus anciennes sont connectées mais possèdent leurs spécificités de fonctionnement.

par un système d'apprentissage, dont la fonction semble être de nous permettre de réagir rapidement aux événements selon des patterns appris, quand ces événements rappellent des situations déjà rencontrées pour lesquelles nous avons déjà répondu antérieurement. Les réponses sont apprises en fonction des conséquences, exprimées en termes de récompense, des actions précédemment effectuées. Ce système sous-cortical, ancien, et commun aux animaux pourvus d'un cerveau a pour fonction de nous permettre de répondre rapidement à une situation dans laquelle, par expérience, nous avons déjà un pattern comportemental qui a fait ses preuves dans sa capacité à nous procurer cette récompense. Le pattern a été récompensé, renforcé. Il existe aussi des patterns de réponses innées, qui semblent être là sans avoir dû passer par l'expérience acquise[56]. Ils sont présents très tôt et nous acquérons, par le renforcement, d'autres patterns au cours de notre vie qui finissent par leur ressembler du point de vue de leur apparente automaticité en réponse à un stimulus, ou un ensemble de stimuli, donné.

D'autre part, nous répondons aussi par un système plus analytique, cognitif, dit de haut niveau. *Nous* analysons la situation au point d'avoir conscience de faire quelque chose de l'ordre de l'analyse[57].

2) L'addiction ; des actions cognitivement évaluées qui ont acquis le droit d'être "réflexes"

Le premier type d'action, celles qui semblent échapper à notre contrôle conscient, nous paraissent être des habitudes ou des réflexes, au sens vernaculaire. Nous nous les approprions parfois en les rationalisant a

[56] Nous n'entrerons pas dans les détails de l'origine de ces comportements, au sujet de la question de savoir s'ils sont «cablés» dès l'origine dans la structure cérébrale même ou si ce sont des apprentissages très précoces.
[57] A côté de nos analyses conscientes, tout un pan de l'exercice de nos compétences cognitives est aussi inconscient. Nous développons aussi des patterns de comportements cognitifs par renforcement qui ne nécessitent pas d'être conscients, comme avec l'apprentissage des tables de multiplications.

postériori mais le passage à l'acte n'est pas systématiquement précédé de cette prise de conscience et du type d'analyse qui est caractéristique des secondes. On peut alors faire l'hypothèse qu'il existe une part *réflexe*[58] initiée par des indices de plus en plus divers dans l'addiction. Une ou des actions clairement engagées sans passer par leur évaluation cognitive. Alors, les conséquences à long terme peuvent, a postériori nous sembler ne pas avoir convenablement été prises en compte. Les indices déclenchent les patterns comportementaux renforcés grâce aux récompenses qu'ils ont permis d'acquérir, nous y voyons une prime à l'accessibilité immédiate des récompenses.

Cependant on peut faire l'hypothèse que les conséquences à long terme n'ont parfois que peu ou pas de poids dans l'évaluation première. Même s'il a d'abord été question d'une évaluation complexe, d'une analyse à froid de la situation qui a mené à l'acquisition de récompense et au renforcement du comportement.[59] Le choix de la première consommation, qu'il s'agisse d'une substance ou de la pratique d'une activité, indique que la question des conséquences à long terme n'a pas suffisamment pesé pour empêcher l'action. Il n'est pas question d'addiction lors de la première fois, on peut supposer une évaluation du même ordre que toutes les autres évaluations. Il est difficilement envisageable que certains objets aient avant même leur première

[58] Le mot réflexe est pris dans son sens vernaculaire, on pourrait dire habitudes, il met en exergue le sentiment d'automaticité. Nous choisissons *réflexe* parce que les habitudes font partie de moi, ce sont mes habitudes, or, les réflexes (au sens scientifique) semblent plus m'échapper et dans l'addiction l'addict peut ne pas reconnaître comme siennes les actions engagées. Dans le langage courant le mot à cette connotation que n'a pas habitude et est parfois par abus de langage employé à sa place. Nous voulons enlever toute connotation d'intentionnalité pour prendre en compte le préjugé avant de montrer qu'elles sont intentionnelles et miennes.

[59] Il n'est pas non plus obligatoire d'avoir une analyse complète *à froid* de la situation première. On pourrait avoir notamment des récompenses fondamentales naturelles auxquelles est associée la récompense en question et qui se trouve alors sous le régime des réponses «innées» à ces récompenses. Cela soulève la question de la valeur que nous accordons aux choses. Nous donnons de la valeur à certaines choses qui deviennent des récompenses et qui sont éloignées des récompenses naturelles, nous avons un répertoire de récompenses symboliques or, on peut se demander si toutes ces récompenses sont à la toute fin associées à une ou des récompenses naturelles, pour lesquelles nous avons un répertoire de réponses que l'on peut qualifier d'années, dans les limites que nous donnons ici à ce mot comme précisé plus haut.

consommation, la capacité de perturber le choix[60]. C'est à la longue, que la question des effets à long terme se pose, et par définition, ces effets sont à long terme et leur évitement est désavantagé dans le marché des intérêts, quand il entre en compétition avec les intérêts dont la récompense est à plus court terme.

Les actions initiées en réponse aux indices environnementaux dans l'addiction peuvent-elles alors être considérées comme contraintes ? Oui, en un sens. En effet, elles suivent un décours déjà écrit, qui fait référence à une autre série initiale d'actes et qui se déroule sous l'influence des indices qui les déclenchent sous forme de réponses rapides. Or, leur rapidité et leur apparente automaticité, qui signifient qu'elles échappent à la planification consciente, font partie de leur intérêt même et reposent, au moins pour certaines, *sur des choix antérieurs*. Mes choix, qui ont découlé de mon évaluation d'un problème à l'époque nouveau. Elles sont devenues *réflexes* après avoir été planifiées, initiées, effectuées et validées par leur succès lors d'une occurrence précédentes[61].

Nous faisons alors l'hypothèse qu'elles ont acquis le droit d'être *réflexes* en raison de ce qu'elles nous ont apporté. Comme il s'agit, de plus, de répondre à l'environnement, considérer qu'elles sont sous l'influence de ce dernier est trivial. On doit alors entendre contraint comme forcé par la nécessité de répondre à une perspective de récompense, non pas contraint par une volonté extérieure, un mauvais génie quelconque. C'est alors bien *moi* qui agis et la réponse est bien aussi la mienne. Il existe alors une tendance à l'action initiée par un mécanisme *ancien*, et il nous semble que cela n'a rien d'exceptionnel en soi. En quoi alors y aurait-il une perte d'agentivité ? Ces actions peuvent aussi être envisagées

[60]A moins là encore de supposer une association avec une récompense pour laquelle il existe une réponse renforcée, comme une récompense naturelle.
[61]Dans le cas de certaines récompenses naturelles, leur innéité provient de leur appartenance au répertoire commun de l'espèce en réponse à certains stimuli. C'est là encore leur efficacité qui leur à donner le droit de citer, ce n'est pas *moi* qui les ai évaluées et choisies, mais elles ont été sélectionnées lors de l'évolution ; elles ont bien été validées.

conjointement avec l'autre système d'évaluation[62], cognitif. Il nous apparaît alors comme un élément qui permet notre liberté[63], et c'est le cas dans les situations de tension racontées par les addicts quand l'attirance vers l'objet et la réflexion s'opposent, dans les situations de conflit interne. Quand, je n'arrive pas à faire valoir mes raisons *contre*. Nous proposons que cela se passe *après* la définition de l'action. Cela signifie alors que ce n'est pas tant que je n'arrive pas à faire valoir les droits d'une autre action alternative contre l'action *réflexe,* c'est d'abord que je n'arrive pas à faire valoir mes raisons de *m'abstenir*, à réfréner une action déjà programmée. Abstention qui nous semble un préambule nécessaire pour ensuite, initier une action différente.

b) L'addiction procède d'une difficulté à réfréner des actions préalablement évaluées

1) Une limitation du contrôle pas une perte de liberté

Même dans ces actions *réflexes* c'est bien *moi* qui agis, mon organisme, mettant en jeu mon statut d'effecteur causal, mais aussi, des raisons qui me sont propres. Des raisons antérieures à cette action particulière, qui furent les miennes et qui datent de la *première fois* où une situation analogue s'est produite et pour laquelle c'est ce même type d'action qui a pu être envisagée comme pertinente pour et par *moi*. Des

[62] Cette manière de présenter les choses semble s'inscrire dans la logique des théories à deux systèmes, or il s'agit plutôt de deux modes d'évaluation qui fournissent les éléments pour la prise de décision, dans une même *monnaie*, à un seul système global d'évaluation qui possède plusieurs sous-systèmes de traitement de l'information. L'un repose sur l'expérience et renvoie à un répertoire de réponses et d'actions déjà expérimentées et sanctionnées par l'environnement, son rôle est de répondre vite, l'autre repart de zéro et prend le maximum d'information tout en inférant, par des projections sur le futur, des conséquences possibles. Les courbes d'escomptes hyperboliques semblent pouvoir unifier ces deux dimensions en fournissant un mécanisme et une monnaie commune.

[63] Voir Dennett, D.C., *Freedom Evolves*. 2003, Ou ses ouvrages antérieurs.

raisons qui ont présidé à la première occurrence. Je mets alors en jeu ma personne en tant que personne agissante car je me définis par ce que je fais dans le monde et ce que je fais porte la marque de mes raisons, dussent-elles ne pas être réactualisées[64]. Le qualificatif de *contraint* pose alors problème et est difficilement compréhensible. S'il signifie que *Je* suis mu par mon substrat biologique c'est, reconnaissons-le, toujours le cas. Ou alors on essentialise l'addiction comme une force agissante, un petit démon, et le prix métaphysique à payer est très, voire trop élevé. Si ces actions sont des réflexes, qu'elles ont une certaine automaticité qui semble m'échapper, ce sont des *réflexes* acquis, appris, et c'est bien moi qui les ai appris ; ce sont mes *habitudes*. Que ses actes soient miens de par un effort conscient de ma part, lors d'une première évaluation d'une situation ou comme des réponses à certains stimuli communs à l'espèce, voire à un ensemble d'espèces, ne change rien au fait qu'ils constituent une partie de ma façon d'agir et donc de ce que je suis, au même titre que mes tics de langage ou ma gestuelle qui, bien qu'automatiques et non initiés consciemment, font partie intégrante de qui je suis et de ce par quoi on me reconnaît.

On peut envisager le sentiment que nous avons de notre libre arbitre comme provenant de ces moments, ces décisions où nous agissons suivant nos évaluations conscientes, surtout quand elles vont contre une tendance qui nous semble innée, une habitude, ou ce que l'on

[64] Les théories viscérales font de l'addiction une réponse innée qui repose sur les appétits, c'est-à-dire qui entre dans la gamme des actions innées sélectionnées par l'environnement, ce qui les rend effectivement non intentionnelles au sens où je n'ai jamais décidé de les valider, la sélection naturelle s'en est chargée pour moi. Mais d'une part rien ne prouve que l'association avec les appétits viscéraux soit totale et d'autre part, le mécanisme d'association d'un nouveau stimulus et de ses conséquences reste quelque chose que l'individu *fait*. La particularité de ces appétits fondamentaux, c'est qu'ils sont ubiquitaires, alors que les réponses à l'addiction ne le sont pas. La variabilité dans l'addiction laisse entendre qu'il se produit bien l'intervention de l'individu dans le processus même si on le considère comme un processus d'association aux patterns innés des appétits viscéraux. Enfin, nous exerçons aussi un contrôle certain sur nos appétits qui sont, dans leur expression, fortement socialisés. Notre habitude de prise de nourriture sous forme de repas réguliers est unique dans la nature et dépend entièrement de normes sociales institutionnalisées où la nécessité énergétique rencontre l'intérêt du rapport interindividuel.

a appelé ici un réflexe. Cette impression d'avoir échappé à quelque chose qui nous aurait déterminé à agir. Mais ce sentiment n'implique pas la disparition du déterminisme causal,[65] et, à l'inverse, ce n'est pas parce que je n'arrive pas à lutter contre les tendances qui échappent à ma réflexion, que j'ai le sentiment de ne pas pouvoir y échapper, que je n'en ai pas le pouvoir, au moins théorique. Les habitudes se changent et la notion de libre arbitre a su cohabiter avec l'intuition selon laquelle le naturel, quand on le chasse, tend à revenir au galop.

Il existe donc des routines d'action initiées, contre ou sans, les évaluations cognitives, les réflexes au sens traditionnel du terme, et cette catégorie de réflexes acquis, qui tiennent de l'habitude, qui partagent avec les premiers le fait qu'ils *semblent* ne pas nécessiter d'intervention de ma part, au point de me sentir parfois être agi ou être spectateur de mon corps agissant. Probablement que chez les autres animaux aux capacités cognitives moins évoluées, cette modalité d'action est la norme et que plus on s'intéresse à des animaux possédant un cortex développé, plus l'évaluation selon des règles est présente[66]. Cela ne veut pas dire que nous nous soyons débarrassés grâce à, et au profit de, nos fonctions cognitives du mode plus ancien dont nous avons hérité. Nous y avons ajouté un autre mode de fonctionnement évaluatif qui complète, voire régule le premier et réciproquement. La régulation se fait dans les deux sens, les raisons, croyances et réflexions aussi peuvent être renforcées, comme le pensent Herrnstein, Ainslie, et comme le montre notre tendance à ce qui appartient à la catégorie des biais cognitifs, à entretenir les pensées croyances et raisons qui nous arrangent et nous conviennent en dépit des preuves et de la logique[67]. C'est là que l'on retrouve les stratégies de défense des intérêts comme la self-deception.

---

[65] Pour les positions compatibilistes voir encore Dennett.
[66] Voir l'histoire de l'écureuil déjà citée chez Rachlin 2000.
[67] Voir par exemple les théories du *nudge* chez Thaler & Sunstein 2012. Elles reposent aussi sur une double modalité de fonctionnement entre les systèmes 1 & 2, repris à Kahneman. Mais nous ne proposons qu'un système avec deux modes de fonctionnement parallèles, évaluant dans la même monnaie et dont les sorties sont comparées dans cette monnaie commune.

2) Les limites de notre rationalité

Notre système d'évaluation rationnel est loin d'être parfait. Il fonctionne non seulement sous l'influence du renforcement mais traite les problèmes à partir d'informations incomplètes. De fait, attendre d'avoir toute l'information disponible repousse la décision hors de la fenêtre temporelle dans laquelle la décision a un sens et suppose que nous puissions recueillir toute l'information alors qu'elle est toujours parcellaire[68]. En raison, déjà, de nos capacités de recueil de cette information qui reposent sur des capteurs sensitifs eux aussi imparfaits (nous ne captons qu'une toute petite partie du spectre visuel, sonore etc.) et d'autre part parce que nos capacités de traitement de l'information ne sont pas illimitées. Nous prenons donc des décisions imparfaites au sens qu'elles sont, si l'on se réfère à une norme absolue de décision idéale, toujours prématurées et fondées sur une quantité limitée d'information, parfois optimale, mais jamais complète. Ces imperfections mêmes nous donnent notre sentiment de liberté, notre liberté, par rapport au déterminisme théorique, de sélectionner des actions, par un processus rationnel, qui pourtant ne sont pas forcément les plus rationnelles quand on les soumet à une évaluation différente, plus poussée, ou soumise à d'autres contraintes, d'autres préférences, d'autres paramètres relevant de l'idiosyncrasie, de notre histoire personnelle qui façonne nos imperfections dans le relevé de l'information, dans les préférences que nous accordons à telle ou telle information par rapport à telle autre, et dans le temps de réflexion que la situation ou nous-même, nous accordons.

En effet, nous partons du principe que l'analyse doit donner une réponse à la question «quelle est l'action la plus adaptée». Or il est impossible de procéder à une analyse totale. Nombre de cas conduisent à

[68] C'est un des problèmes majeurs rencontré par la TCR, L'agent rationnel parfaitement informé a les capacités cognitives du démon de Laplace.

une réponse qui devient évidente à un niveau d'analyse rapidement atteint. S'il s'agit de savoir si je dois me déplacer ou rester figé face au danger d'une voiture qui me fonce dessus tous phares allumés, nul n'est besoin de récolter toutes les informations disponibles pour en arriver à la conclusion qu'il faut bouger. Il arrive un moment dans l'analyse où les informations supplémentaires n'apportent plus grand chose alors que, dans cette situation, le facteur temps est important, il faut décider avant le choc. Le lapin à qui la fourrure fournit un camouflage correct a dans son répertoire comme stratégie pour échapper aux prédateurs le fait de rester immobile et de compter sur sa capacité à passer inaperçu, choix peu adapté au cas présent. L'humain pour sa part devrait fuir ou rester figé, coincé dans une réflexion trop longue, ou paralysé par la peur et pris dans un réflexe d'immobilisme qui a à voir avec le cas du lapin. Le réflexe de fuite ici est probablement la meilleure alternative plutôt que le calcul fin de la trajectoire de la voiture, même s'il peut conduire à fuir du côté où une autre voiture pourrait se présenter. Dans les cas où le facteur temps n'est pas aussi limitant, la réflexion peut avantageusement prendre place même si, encore, une analyse exhaustive est rarement nécessaire. Si je dois planifier mes vacances, je peux faire «comme d'habitude» et choisir d'aller là où je passe toutes mes vacances depuis plusieurs décennies. Je peux aussi envisager un changement et sélectionner une autre destination. Or cette sélection, même si elle est sérieuse et nécessite des recherches approfondies, ne reposera pas sur une recherche exhaustive. Je ne vais pas prendre des informations sur la totalité des lieux existants ni la totalité des informations possibles concernant les lieux. Il y a déjà une sélection, elle se fait sur la base d'une décision qui consiste à choisir quels éléments vont faire partie des critères pertinents pour moi. Dans les deux cas, il y a une réduction de l'information possible et considérée comme nécessaire. Cela fait qu'à partir d'une même planète visitable, à partir d'un même substrat biologique et d'une

culture commune, les choix de vacances sont divers pour des individus assez proches soumis à un même problème avec les mêmes contraintes.

La différence entre les choix va tenir à l'histoire individuelle de chacun qui impacte les points d'importances, les préférences, et même en cas de grande proximité de ces paramètres il n'est pas acquis que la décision sera la même. En effet, les préférences vont déterminer un portrait-robot du lieu attendu (par exemple, pas d'avion, la mer, des plages avec des vagues pour surfer, du soleil à la période attendue etc.) et il existe plusieurs endroits qui lui correspondent. Le choix se fera parfois entre alternatives qui correspondent de la même manière aux attendus, il peut aussi y avoir des alternatives diverses qui sortent de l'évaluation. Comment alors se fera le choix et comment expliquer qu'à partir d'un contexte très proche les décisions puissent varier ? En cas d'égalité entre deux alternatives, je peux décider de m'en remettre au sort, tirer une pièce en l'air. Je peux aussi me laisser influencer par une photographie, l'effet que me fait le nom du lieu, ou le fait d'en avoir entendu parler par hasard, comme un signe du destin, bref, il arrive que la différence se fasse sur des critères totalement irrationnels, au sens où ils ne sont pas jugés à l'aune de ma raison, consciemment, mais de l'effet qu'ils me font, et cette irrationalité tient à la complexité des informations possibles, disponibles et relevées et à la complexité des préférences, des attachements et des associations d'idées qui se constituent au cours de notre existence. Enfin, il se peut aussi que lassé d'hésiter, je décide de couper court à la réflexion et de choisir, en l'état, la solution qui me paraît la plus adaptée, tout en sachant qu'en continuant mon analyse je changerais sans doute d'avis, puis encore, puis encore, que mes alternatives sont dans une situation de pat par répétition et que, d'après leurs qualités respectives, je ne perds pas grand-chose à trancher maintenant, sans attendre un élément décisif qui ne viendra peut-être jamais. La liberté tient alors au fait qu'il n'est pas évident qu'il existe une solution reposant sur l'analyse complète des problèmes, que le démon de Laplace est une fiction théorique, et que les

analyses partielles, incomplètes sont incomplètes en vertu aussi de choix eux-mêmes incomplets et de phénomènes qui relèvent de l'aléatoire et de contraintes liées aux ressources, particulièrement temporelles.

Il peut donc, pour les questions les plus ouvertes, ressortir de l'analyse des solutions différentes. Les décisions s'avèrent de plus «personnelles» car elles reposent sur des éléments déjà évoqués qui tiennent à l'histoire de l'individu, influençant et l'évaluation rationnelle en soi et les éléments aléatoires, d'arrêts, ou qui font basculer un choix dans une direction plus qu'une autre. D'autre part le sens de ma propre liberté et de mon agentivité repose sur le fait qu'il existe d'une forme d'imprédictibilité dans mes choix, que je ne peux déterminer à l'avance avec certitude ce que je vais faire et dans les raisons que je fais mienne d'avoir effectué ces choix. Ces raisons tiennent à la fois des paramètres pris en compte lors de la réflexion et la délibération, des arguments qui ont donné du poids à l'option choisie, mais en raison de la nature incomplète de l'évaluation, d'une rationalisation *a postériori*. Je comble les trous pour donner du sens à mon choix, le faire mien et l'assumer. Moins le raisonnement a de trous, plus la décision est facile à prendre, ou plutôt plus l'option prend d'importance du fait de son apparente rationalité. Les options renforcées par des croyances fortes et qui s'inscrivent dans un réseau de croyances cohérentes sont plus à même d'être choisies.

3) L'addiction relève de décisions anciennes

Les décisions anciennes, renforcées, ayant fait leurs preuves sont des facteurs importants qui permettent de stopper l'analyse. On prend la décision en fonction de ce qui a déjà fonctionné ou au contraire échoué, c'est un gain de temps, de ressources énergétiques et un gage d'efficacité quand il s'agit, comme dans le cas de la voiture, d'agir vite. Elles ont le

poids de l'expérience et elles offrent une narration plus riche. Or, comme, dans le cas du lapin face à la voiture elles peuvent aussi être inadaptées quand se présente une situation qui les rappelle à la faveur de certains points communs avec la situation d'origine mais qui pourtant diffère sur des points qui rendent caduques, inefficaces, les solutions anciennes. Ici, la voiture, qui est analysée comme une menace, ressentie comme une menace, n'est pas menaçante comme un prédateur. C'est en reconnaissant la particularité de la menace que peut être sélectionné le comportement de fuite, soit parce qu'elle génère, en «réflexe» la fuite, soit parce que, malgré la sélection de la paralysie, une analyse plus fine de la situation, propose une nouvelle solution qui pourrait s'avérer meilleure. Les deux vont alors entrer en compétition.

L'addiction propose d'agir en réponse à des indices environnementaux qui rappellent une situation dans laquelle ces actions ont été fortement récompensées et lutter contre l'addiction consiste à revoir la situation en y intégrant d'autres paramètres pour en arriver à la conclusion qu'il vaut mieux *ne pas agir*, contre une évaluation précédente, qui bénéficie de la cohérence des choix passés, de l'histoire déjà écrite, dont les trous ont été comblés. Avant de *faire*, il s'agit de *ne pas faire*, et parfois, la meilleure stratégie est d'avoir autre chose à faire pour réussir à décider de ne pas faire. Surtout quand les deux options sont incompatibles. Nous proposons donc que L'addiction ne soulève pas l'existence de comportements contraints qui ne dépendent pas de mon évaluation cognitive, mais pose la question de mon incapacité à faire jouer contre ces comportements le résultat de mes évaluations cognitives. Le problème de l'addiction n'est pas tant l'existence de comportements dits contraints, au sens de déterminés par l'habitude, l'expérience où les traits innés communs à l'espèce, ce qui est la norme, que d'une difficulté à les maîtriser et à donner raison à l'autre modalité d'analyse qui ne repose

pas sur ce qui a déjà été mais projette, infère, détermine, imagine, les conséquences possibles des actions probables.

2) Il existe deux types d'intentionnalité

a) Les intentions d'un moi parcellaire

Que certaines de nos actions soient initiées sans le recours premier à nos capacités cognitives supérieures n'est pas exceptionnel. Le renversement de préférence chez Elster, expliqué par les travaux de Ainslie, montre, justement la possible prééminence de ces comportements sur nos évaluations cognitives. On peut considérer qu'elles ne sont pas intentionnelles, si intentionnelles veut dire «*cognitivement validées ici et maintenant*» mais est-ce-que cela en fait des actions qui ne nous appartiennent pas ? Elles sont parfois sous le contrôle de l'extérieur dans le sens où nombre de nos désirs portent sur des objets extérieurs et que, selon *l'optique hédoniste*, elles sont «tirées plutôt que poussées». Tirées par une possible récompense plutôt que poussées par mes raisons et mes évaluations. Cela peut faire qu'elles nous semblent ne pas nous appartenir est qu'elles ne correspondent pas à l'image que nous avons de nous-même, que nous ne nous reconnaissons pas en elles. Or, notre identité est en construction et s'établit aussi contre certaines de nos inclinaisons. On peut alors envisager que le moi, ou le phénomène que nous nommons ainsi, ne soit pas monolithique, comme dans l'idée d'un marché d'intérêts. Mais on voit aussi qu'il existe à la fois une compétition entre des moi et une unité du moi.

Ce sont des intérêts divergents, des motivations, qui entrent en compétition, mais restent stables tout un ensemble de propriétés du moi, une partie de ses connaissances de ses compétences, qui font sa continuité. Le moi abstinent entre bien en compétition avec le moi consommateur mais seules changent la motivation et la perspective de devenir ce moi ci ou celui-là, selon le choix effectué. Il reste un fond commun et il ne s'agit pas d'envisager comme la norme un état dissociatif complet. Le moi est parcellaire et désuni au sens ou des motivations diverses conduisent à des futurs possibles différents. Il ne s'agit pas du moi consommateur qui ment au moi sobre, ni d'un moi qui subirait les conséquences de choix passés en termes de confiance accordée par les autres moi, ce sont des projections, des possibles motivés au sein d'un moi qui maintient une certaine cohérence et une continuité historique. Mais le critère qui nous permet de dire qu'une action est intentionnelle est d'autant plus problématique que le moi semble moins stable. Voyons ce que nous pouvons dire à propos de ces actions-là.

b) L'addiction tient à des intentions jurisprudentielles.

D'abord, ces actions ont bien *un jour* répondu à une intention de notre part. On peut bien envisager des réactions spontanées[69], réflexes au

[69]Elles ont alors, aussi, leur propre justification comme éviter un dommage important, répondre à un désir viscéral… L'origine de leur nature réflexe est plus à chercher, soit dans l'intensité de la question posée par la situation, par exemple dans le stress post-traumatique, où tout acte même le plus absurde qui a simplement accompagné la situation à laquelle on a réchappé peut être renforcé comme s'il avait aidé à la survie, et où tout indice environnemental même le plus trivial qui est associé au contexte du traumatisme va réactiver l'état d'urgence qui lui a été associé en raison de son intensité, ou bien, du côté de failles dans la constitution du mécanisme de prise de décision. A quel point un mécanisme immature, altéré, fait basculer dans la psychiatrie lourde est une autre question. Il n'est pas impossible que cela soit un facteur de risque pour l'addiction, et, s'il s'agit d'akrasie il faut alors l'entendre comme une akrasie trait de caractère. Une tendance à l'impulsivité. Or si l'impulsivité peut expliquer le passage à l'acte fondateur, l'addiction semble nécessiter aussi de lutter contre un affect désagréable, c'est sa dimension compulsive dont nous parlerons plus loin.

sens traditionnel de réflexe[70]. Qu'elles ne répondent pas à une intention *maintenant* constitue justement leur intérêt principal. Par soucis d'efficacité elles sont rangées sous une bannière unique de maximisation du plaisir ou d'échappatoire à la douleur, la première évaluation qui fait naître une action intentionnelle est évaluée en fonction de ses conséquences et *renforcée*, ce qui évite d'avoir à reproduire à chaque fois un processus long et coûteux d'évaluation de l'action adaptée. La solution est là, prête à servir et a fait ses preuves. Le jugement a déjà eu lieu. Il y a une intentionnalité que l'on peut alors qualifier de *jurisprudentielle*.

A partir du moment où il existe deux modes d'évaluation, il est tentant de concevoir l'intentionnalité comme ne pouvant résulter que de la combinaison de ces deux modes d'évaluation motivationnelles, hédonique et cognitive. La question de savoir comment ils sont comparés dépend des neurosciences (et de modèles computationnels). Les neurosciences tiennent pour acquis que cela se passe dans les ganglions de la base (le striatum, soit le caudé et le putamen, le globus pallidus, le noyau subthalamique, la substantia nigra). Or, si l'évaluation éveille l'intention qui, à son tour, active l'action, selon le schéma de la relation intention action classique, devons-nous imposer que l'intention soit consciente ?

Il y a peu, si ce n'est aucune, action sans *raison*. Si on suit Anscombe et que les raisons se trouvent dans l'action effectuée dans le monde, notre capacité à rationaliser sans limite nous garantit de ne pas être à court de raisons. Si entend intention comme «*relation active de l'esprit à un objet quelconque»,* et qu'on l'applique à l'addiction, on peut alors la penser ainsi.

Dans l'addiction :

[70]L'emploi que nous en avons fait pour l'instant est plus proche du sens vernaculaire et de l'usage courant, par souci de clarté, et parce que c'est ainsi que sont généralement qualifiées les actions *contraintes* dont il est question.

Le jugement cognitif est en faveur de ***a,***
mais il ne suffit pas pour s'opposer à la motivation pour ***b,***
et ce jugement est sans effet car le comportement ***b*** a déjà été validé antérieurement.

Parfois nous relevons plus du droit *romano-civiliste* parfois notre juridiction relève de la *common law*[71] quand au moment du passage à l'acte l'option n'est pas considérée comme devant être réévaluée. Au moment de l'action, l'action ***b*** amène avec elle les récompenses attendues avec un poids certain, elles ne sont pas virtuelles au sens où on les a déjà rencontrées elles sont plus promises que simplement envisageables. On peut y voir aussi l'expression de notre tendance à transformer la constatation d'une récurrence en une relation de causalité. La récompense attendue n'est plus virtuelle comme l'est celle de l'option adverse. Quand on envisage à froid une future consommation d'un objet d'addiction face à une future abstinence, leurs conséquences sont virtuelles. Mais quand la situation se présente vraiment, les indices qui rappellent l'objet d'addiction sont autant de promesses de voir se reproduire la récurrence observée. La récompense est moins virtuelle que celle proposée par l'option adverse que l'on a, de fait, jamais réellement rencontrée, sans parler de la question évidente du délai d'accès à la récompense. On a donc un renversement des *préférences*, mais ce renversement prend la forme d'un court-circuitage de l'évaluation cognitive, du *jugement*, pour filer la métaphore juridique. Il y a, en effet, jurisprudence. On peut même envisager que le dernier jugement *évaluatif* rendu soit bien ***a*** > ***b,*** mais les nouveaux éléments, la proximité

[71] Le second laisse une large place à la jurisprudence, les tribunaux *font* la loi locale par leurs décisions ponctuelles qui sont ré-applicables telles que dans les cas semblables. L'autre s'en méfie, la loi, centrale, s'applique à tous et partout de même mais chaque cas est réévalué à sa lumière, la jurisprudence n'a pas force de loi.

de la récompense, les indices qui indiquent qu'elle est à portée, dispensent de *rejuger*. On a alors recours, sans qu'il soit nécessaire que cela soit explicite, à la jurisprudence. Ce recours à la jurisprudence n'est pas l'élaboration d'un jugement, qui pourrait alors être consciemment disponible à l'analyse, elle en est la sentence, la conclusion : «faisons ***b*** !».

Les décisions jurisprudentielles ne sont pas par définition problématiques ni pathologiques, elles font partie de notre répertoire d'actions et de nos processus d'adaptation aux problèmes qui nous sont posés, au contexte d'économie des ressources énergétiques et temporelles, tout comme nos capacités cognitives d'évaluation et d'anticipation, de prospectives et d'analyse. Les deux modes sont parfois en compétition, mais on peut plutôt les envisager comme deux modes de traitement complémentaires. Le jugement jurisprudentiel et le passage à l'acte peuvent ne pas interrompre l'analyse cognitive qui peut intervenir et modifier la réponse en cours, en fonction des éléments présents. Cela nous évite de lâcher la proie pour l'ombre, de prendre ce qu'il y a à prendre tout en conservant la possibilité de modifier et d'amender et nos actions en cours et nos jurisprudences. C'est parfois *pendant* que le processus de jugement a lieu que l'action prend place. Or ces descriptions en troisième personne où l'addict se voit agir en dépit de ce qu'il a consciemment à l'esprit sont assez fréquentes. On peut à la fois avoir comme dernier jugement cognitif ***a*** > ***b*** et «faisons ***b*** !» comme sentence, qui n'est pas un jugement, mais une conclusion, une intention, entendue comme *relation active de l'esprit à un objet*. Elster fait remarquer que le personnage de Médée pose un problème de vraisemblance ; elle est trop lucide, elle se voit agir et évalue et juge en même temps qu'elle fait le contraire. Il lui préfère Hermione dans *Andromaque* qui est plus confuse[72].

[72] Hermione, fille d'Hélène, fiancée à Pyrrhus. Or «Oreste aime Hermione, qui aime Pyrrhus, qui aime Andromaque, qui aime Hector, qui est mort» Hermione, jalouse d'Andromaque, pousse Oreste à assassiner Pyrrhus puis elle se suicide. Chez Racine Hermione aime Pyrrhus, chez Virgile elle le méprise on parle ici de l'Hermione de Racine

Le rappel de la jurisprudence pour poser la sentence ne s'accompagne pas du rappel du processus de jugement, de l'analyse, qui ne revient pas à la conscience alors que le processus d'analyse en cours peut lui se poursuivre en toute conscience. Cette scission entre ce qui est pensé et l'action effectivement engagée perturbe, crée de la confusion, qui ne favorise pas la poursuite de la réflexion, voire provoque une sensation de dédoublement, d'être en position de spectateur, le célèbre *être agi* de la folie que l'on trouve parfois évoqué dans l'addiction. Cette absence de contrôle de son propre corps avec l'incapacité ressentie d'intervenir sur cette action qui ne semble pas complètement la nôtre. Au-delà de cet exemple typique mais extrême, c'est bien l'absence de contrôle, malgré les efforts répétés, c'est-à-dire malgré l'analyse *à froid*, l'incapacité à faire évoluer notre jurisprudence, qui apparaît comme centrale pour l'addiction. Notre incapacité à empêcher nos habitudes de provoquer l'action, à suspendre l'énoncé du verdict pour un approfondissement de l'analyse.

L'action jurisprudentielle est commune. Quand la sentence s'oppose au jugement cognitif, on a akrasie. Quand on est incapable de revoir nos jurisprudences (et que les conséquences en sont délétères), on peut parler d'addiction. On peut donc plutôt envisager l'addiction selon la définition de l'alcoolisme de Fouquet, comme «Incapacité à s'abstenir de consommer de l'alcool» Ce qui semble bien plus fructueux que les définitions positives qui insistent sur le passage à l'acte positif. Car le passage à l'acte n'est pas forcément problématique ou peut relever de l'akrasie en général sans être de l'addiction s'il ne se répète pas et ne se heurte pas à une impossibilité récurrente de révision.

3) La structure de choix de l'addiction

L'addiction est souvent présentée comme un problème qui se pose quand nous n'arrivons pas à trancher en faveur de nos évaluations cognitives, rationnelles, fondées sur nos jugements. Quand elles entrent en compétition avec nos évaluations fondées sur la récompense. C'est à cela qu'en arrivent notamment les théories à deux facteurs des modèles cognitivistes. Dit comme cela, on en revient au conflit entre passion et raison. Mais, reprenons :

L'addiction peut à minima être conceptualisée comme un choix entre ***a*** et ***b***.

Avec ***b*** > ***a*** en termes de récompenses viscérales à court terme
et ***a*** > ***b*** à long terme, selon un jugement, tout bien considéré, à froid.
et je finis par choisir ***b*** plutôt que ***a***

Cette façon de voir semble opposer récompense viscérale, sensuelle, immédiate et satisfaction intellectuelle. Or ce que l'on appelle jugement, évaluation cognitive, n'est pas différent des évaluations hédoniques, au sens où il repose aussi sur la récompense. Une vie bonne plus tard n'est pas que la satisfaction intellectuelle de la future vie bonne mais bien un pari sur des récompenses tout à fait aussi sensuelles que la récompense viscérale. Les petits plaisirs redécouverts grâce à l'arrêt du tabac participent au bonheur de la vie sans tabac. On envisage le bonheur mais il dépend des plaisirs. La récompense en question est cependant :

1) à plus long terme.

2) Le plus souvent construite, éloignée des récompenses viscérales au sens stricte, la notion de bonheur implique un état plus complexe que les plaisirs de la chair mais n'exclut pas que les gratifications envisagées dans le futur soient sensuelles, elles sont cependant moins *directes* que les gratifications sensuelles immédiates, elles demandent au moins une contextualisation, une projection sur le futur.
3) Virtuelle, au sens où la récompense apportée par l'addiction a été rencontrée alors que celle du jugement évaluatif qui s'y oppose n'est encore que supposée, envisagée, «à vivre».

Cette comparaison entre deux types apparents de récompenses pose la question de la nature de ces récompenses.

Sont-elles toutes adossées à des récompenses fondamentales naturelles, à rapporter à des plaisirs sensuels, à la satiété, au sexe comme l'entend une certaine psychanalyse, par le biais de processus de sublimation par exemple, ou générons-nous d'autres récompenses qui ne sont pas adossées à ces récompenses primitives ? Le débat est ouvert, mais, à la fin, il semble n'y avoir qu'un seul système d'évaluation, qui évalue en fonction d'entrées envoyées par des systèmes différents[73]. La cognition de haut niveau et l'analyse de la situation en vue d'envisager les conséquences possibles et leur valeur en termes de récompense n'est pas la même chose que le rappel, par la détection d'une possible récompense dans un environnement donné (et cela suppose bien aussi une analyse), d'un comportement mis en mémoire et ayant fait ses preuves. Mais il peut n'y avoir qu'un seul système de prise de décision au sens où il repose conjointement sur ces deux modalités.

[73] Systèmes au sens de structures cérébrales en charge de types d'analyses différant notamment du point de vue de la temporalité et des modalités d'analyses mises en jeu.

La biologie nous indique que les structures corticales (impliquées dans la cognition) et sous-corticale sont reliées. La boucle d'inhibition corticale par exemple, élément important mis en avant par le BDMA montre à quel point ces deux modes d'évaluation agissent l'un sur l'autre et indique qu'il existe bien un système qui reçoit ces entrées puis génère des sorties comportementales mises en œuvre concrètement[74]. L'idée d'avoir une évaluation selon une modalité cognitive et la capacité à rappeler un comportement ayant fait ses preuves lors d'une précédente occurrence rappelée par des indices environnementaux qui lui sont associés est soutenue par les neurosciences. Le système de sélection entre les propositions des deux modalités reste à déterminer précisément mais les structures impliquées semblent connues.

Cependant, si nous reprenons la conceptualisation traditionnelle du problème, il s'agit d'un choix entre une option ***a*** définie par la cognition et une option ***b*** issue du rappel d'un acte habituel par les indices environnementaux. Or on peut conserver le modèle d'interaction entre les structures mises au jour par les neurosciences en leur proposant de modifier cette conceptualisation et de voir ce qu'il pourrait en ressortir en termes par exemple de traitement de l'information dans les réseaux.

On sait que les récompenses à court terme ont un avantage sur les récompenses attendues Mais on sait aussi que c'est le lot de tous et tout le temps et que nous développons des stratégies pour faire preuve de rationalité, rationalité qui apparaît comme une compétence acquise.

On sait aussi que ceux qui se voient être incapable de ne pas s'adonner à leur addiction (ici le choix ***b***) sont tout à fait capables de faire preuve de ce que nous appelons rationalité dans d'autres choix de même type. La question que pose l'addiction est celle de la spécificité de ce choix *là* plus à notre avis que l'incapacité à faire *le bon choix*. Il est possible que la non acquisition de cette compétence de rationalité, où sa perte,

[74] Nous schématisons ici mais les données plus précises concernant les systèmes cérébraux impliqués ont été en partie discutées dans la première partie.

induisent une incapacité au self-control qui relèverait de l'addiction, mais toutes les situations d'addiction ne sont pas épuisées par cette perte de rationalité, en dépit de ce que propose le BDMA, qui a du mal à justifier l'existence de choix rationnels par ailleurs et doit, au moins, expliquer la spécificité de ce choix-là.

Les tentatives pour proposer que cela relève des propriétés pharmacologiques de certaines substances se heurtent à la grande variabilité des propriétés chimiques des substances impliquées dans l'addiction et à la perspective de l'existence d'addiction à des comportements. La tentative d'impliquer leur capacité à provoquer une hausse de la transmission dopaminergique s'est, elle, heurtée à l'ubiquité de cette réponse dopaminergique, et, encore, à la multiplicité des cibles des substances concernées. On peut proposer alors, que la spécificité pourrait se trouver dans la structure du choix.

a) L'addiction ne propose pas un choix entre a et b mais entre b et ¬b

Nous proposons que, plus qu'un choix entre deux options strictement définies ***a*** et ***b***, l'addiction propose un choix entre ***b*** et ***¬b***, c'est-à-dire tout, ou rien, sauf ***b,*** *c*ar ***b*** est maintenant et ***a,*** plus tard. On a le choix entre une proie ***b*** et une ombre, sans doute pleine de promesses ***a***. Choisir l'ombre nécessite d'abord de refuser la proie. Le choix est d'abord de par la structure temporelle de la distribution des choix entre ***b*** et ***¬b*** car ***¬b*** est nécessaire à ***a***[75]. On voit donc que le seul terme dans l'équation est en fait ***b***. Tout s'exprime en termes de ***b***. Évidemment on peut choisir ***¬b***, mais jusqu'à quand ? La question du choix va se reposer encore et encore à mesure que l'affect négatif augmente, que l'addiction

[75]On trouve cette idée chez de Villiers & Herrnstein, 1976, que le choix de faire une chose est en fait un choix entre cette chose et tout le reste, qu'il s'agit toujours de choisir entre des opportunités de valeurs motivationnelles différentes et à des délais différents.

devient de plus en plus envahissante ou simplement que les opportunités se présentent. D'ailleurs on remarque, que, confrontés à des incitations pertinentes, certains addicts sont tout à fait capables de se réfréner, pour un temps, seulement. On a donc :

L'agent a des raisons de faire ***a***

L'agent a des raisons de faire ***b***

Au moment de l'action l'agent juge que les raisons de faire ***a*** sont meilleures que les raisons de faire ***b***

Mais ***a*** est un complexe de plusieurs décisions qui d'abord nécessite ***¬b***

Or, il a déjà été décidé que ***b*** > ***¬b*** *dans une situation qui semble identique,*

L'agent fait donc ***b***

Le choix ***b*** n'est pas l'addiction, il n'est qu'une consommation. Chaque occurrence n'est pas un choix pour l'addiction contre la non-addiction mais d'une consommation contre la non consommation qui a toutes les chances de perdre la prochaine fois. Il ne suffit pas de choisir ***¬b*** pour avoir ***a***, cela commence par ***¬b*** puis encore et encore… Choisir ***¬b*** maintenant en sachant que de toute façon on choisira ***b*** plus tard n'a pas de sens, sauf contexte particulier, quand il s'agit de se réfréner ponctuellement, parce que l'on a un intérêt à le faire, avec à l'esprit l'idée de se laisser aller plus tard. Quant à choisir entre ***b*** et une suite infinie de ***¬b*** qui n'ont de valeur que celle de la privation, la structure ne favorise pas l'abstinence. Il s'agit donc bien de présenter ce ***¬b*** sous forme de ***a*** avec les avantages qui l'accompagnent. On peut aussi relever que ***a*** et ***b*** ne sont pas mutuellement exclusifs. On peut céder à ***b*** et espérer que dans un futur plus ou moins lointain on finisse par arriver à ***a***, parce que la question va se reposer. On peut espérer faire de ***b*** une exception et espérer avoir le bénéfice de ***b*** et de ***a***. L'addiction laisse

ouverte la perspective, elle reviendra poser cette même question de la consommation et promet à la fois l'enfer de la récurrence du conflit et la perspective de tirer son épingle du jeu en gagnant sur les deux tableaux.

On peut enfin penser que l'addiction s'installe quand il ne s'agit justement plus de choisir entre consommer et ne pas consommer maintenant, mais quand ***¬b*** commence à devoir s'envisager comme le fantôme de ***a***, quand cette option n'est plus le simple refus d'une expérience temporaire mais l'entrée dans un processus récursif de choix identiques, quand la question de devoir cesser de choisir ***b*** se pose pour de bon. Ce ***¬b*** doit alors s'envisager *pour toujours*, et ***a*** n'est pas défini plus que cela.

On peut alors considérer que le piège de l'addiction tient en partie à la mauvaise définition de l'option adverse, à son flou et à son caractère virtuel, imaginaire et lointain. C'est d'ailleurs dans la précision et la définition de ce que représente ***a*** que la thérapie a fait le plus de progrès, c'est justement quand ***a*** n'est plus uniquement ***¬b*** qu'une réévaluation du choix est à nouveau pertinente. On peut mettre cela en parallèle avec les nombreux cas d'arrêts spontanés soulevés par les opposants aux BDMA quand les individus développent d'autres centres d'intérêts, des projets de vie. On peut aussi soulever la question de la définition de ce qu'est effectivement ***b***. Du point de vue thérapeutique, définir clairement ***b*** et ***a*** permet d'apporter de nouvelles informations à l'évaluation des options et d'induire une modification de la façon dont les récompenses associées sont perçues. Les croyances et désirs de l'individu sont eux aussi renforcés et participent de la prise de décision. Leur redéfinition en lien avec ***a*** et de ***b*** change les enjeux du choix. ***a*** doit gagner du poids en se précisant mais étant virtuel, attendu, il doit aussi gagner en vraisemblance et en certitude. ***b*** doit être démystifié et ne plus être le seul

élément de l'équation, qui sinon ne peut s'exprimer qu'en termes de ***b***[76]. On sait que savoir que tel ou tel produit à tel effet à long terme n'a pas d'influence immédiate sur sa consommation mais cette connaissance, et les croyances associées peuvent jouer leur rôle dans la perspective d'un plan à long terme qui prend de l'épaisseur et dont ***¬b*** devient une étape essentielle.

b) La nécessité d'envisager le festin nu

On voit alors l'importance de la narration et de la rationalisation, et il se trouve que les stratégies les plus efficaces pour lutter contre l'addiction impliquent un abord pharmacologique, quand cela s'avère nécessaire, pour lutter contre le malaise physique et psychologique induit par le manque et l'anxiété attachée à la situation de traitement, à la peur d'échouer, à l'incertitude de ce que sera la vie d'après, et au besoin ressenti de consommer. Il vise à atténuer les effets biologiques qui font que le système de prise de décision est impacté par les propriétés pharmacologiques ou physiologiques de l'addiction et au risque dépressif associé au sevrage. Mais l'autre pan nécessaire pour la meilleure efficacité est psychothérapeutique, existentiel. Les techniques utilisées sont légion. Entre les cures influencées par les AA, la psychanalyse, les psychothérapies comportementales et toute une gamme variée de ce que les Anglo-saxons appellent *counselling*. Or, il se trouve que le type de thérapie utilisée n'a que peu d'importance pour le pronostic. Ce qui compte, c'est qu'il y ait cette association et que le type de cure corresponde au patient, c'est-à-dire que le patient ait confiance. Nous pensons que ce pan de la thérapeutique consiste à redéfinir ce que sont les options ***a*** et ***b*** impliquées dans le choix et à permettre de passer d'un

[76] Un proverbe de diplomate dit que quand on a un gros marteau, tous les problèmes ressemblent à des clous. Tant que l'addict évalue la situation en termes de ***b***, il reste prisonnier d'une solution qui prendra une forme ou une autre de ***b***.

choix où il n'existe qu'un seul terme (***b*** vs ¬***b***) à un choix entre deux options (***a*** vs ***b***). C'est ce qui la rend nécessaire car nous ne savons pas agir sur le processus du choix autrement qu'en agissant sur l'information.

Or nous pensons aussi que les narrations de **a** et **b**, les histoires qui nous permettent de les exprimer, les croyances dont elles sont constituées, n'ont pas besoin d'être *absolument vraies* mais *suffisamment cohérentes*. Cette cohérence est un élément essentiel de l'assentiment qu'on leur porte. l'addict doit y croire et pour y croire, la narration doit être… crédible. C'est-à-dire s'inscrire dans un réseau de croyances qui n'entrent pas en conflit logique les unes avec les autres. Cela signifie aussi que les psychothérapies n'ont pas besoin d'être étayées sur des faits objectifs, d'être soumises à la validation scientifique pour être efficaces, il leur suffit d'être crues. Leur scientificité, réelle ou supposée, n'est qu'un élément de leur crédibilité. C'est aussi pour cela que le fait de qualifier l'addiction maladie du cerveau et de dire de l'addict qu'il est victime d'une compulsion irrépressible doit être traitée sous deux angles. Le premier, théorique, traite des conditions de sa véracité, le second pratique, de son intérêt dans la prise en charge des addicts. Dans ce dernier contexte, la question doit sans doute se poser pour *chaque* patient et déterminer l'attitude et le discours à tenir. Pour reprendre l'expression de Burroughs, il nous semble une étape essentielle de voir clairement les options en présence, d'observer ce qui est offert à la dégustation, ou plutôt d'avoir la conviction de voir le festin nu, pour choisir en toute connaissance de cause.

Le mécanisme de choix que nous avons proposé ne présume pas de la nature de l'objet sur lequel porte ce choix. Nous allons maintenant nous y intéresser. Nous commencerons par traiter des addictions comportementales et proposerons qu'elles sont des addictions vraies. Nous ferons l'hypothèse que toutes les addictions ont un noyau comportemental et que cela provient du fait que ces objets génèrent des

formes de stress tout en apportant une réponse efficace à ce dernier, l'addiction est une stratégie générique de *coping*. Nous proposerons un mécanisme qui permet selon nous d'unifier la catégorie addiction et nous verrons ensuite comment caractériser les objets susceptibles de devenir objets d'addiction.

Chapitre III. L'unité de l'addiction

La définition que nous avons donnée de l'addiction est plus une description qu'une définition qui donne une indication sur l'origine causale du phénomène. Elle suppose de mettre sous le vocable addiction des phénomènes regroupés par *analogie*, qui se ressemblent plutôt que par *homologie* c'est-à-dire partageant un même mécanisme et un même origine causale. On sait qu'il existe des structures et des mécanismes cérébraux communs aux addictions pharmacologiques et comportementales, et que si *toutes les substances addictives finissent par augmenter la transmission dopaminergique dans le circuit de récompense*, il en va de même pour, au moins certaines, addictions comportementales[77]. Or ne connaissant pas le fin mot de l'histoire causale et mécanistique, on peut encore envisager que cette augmentation dopaminergique et ces mécanismes communs ne soient que le pendant des phénomènes comportementaux analogues mais reposent sur des causes différentes et s'intègrent dans des complexes de phénomènes eux aussi différents dont nous ne voyons que les points communs, par ignorance ou parce que nos regards sont ainsi orientés. D'autre part, en l'absence d'une meilleure connaissance des mécanismes, ou plutôt d'une intégration satisfaisante des connaissances actuelles en un système explicatif, nous restons tributaires des manifestations cliniques, comportementales, pour dire qu'il y a addiction et certaines de ces manifestations sont du même ordre pour des phénomènes qui impliquent la consommation de substances pharmacologiques actives et la pratique de certaines activités. C'est donc une proposition diagnostique plus qu'une définition parce que la définition causale a peu d'intérêt pratique s'il s'agit d'identifier le

[77] Grant, Brewer, & Potenza, 2007.

phénomène et est donc mal adaptée à l'usage courant. Quant à son usage de spécialiste, elle reste à préciser en fonction de l'origine causale. Nous devons faire avec l'absence de critère objectif quantifiable pour déterminer s'il y a addiction sur la base du substrat biologique d'un individu. Cela pose donc la question des addictions sans drogue. Ne sont-elles des addictions que par analogie, ou cette analogie première, utile pour des raisons pratiques, renvoie-t-elle à une homologie encore à préciser ? Nous faisons l'hypothèse que les addictions comportementales sont des addictions vraies, que toute addiction est comportementale, que les addictions pharmacologiques ont un versant comportemental et que les objets susceptibles de générer une addiction le sont en raison de leur faculté à produire un inconfort et à le dissiper. Cet inconfort, qui renvoie à l'*uneasyness* de Locke[78], procède de la mise en branle de l'axe du stress dont les caractéristiques permettent de donner un mécanisme commun à toutes les formes d'addictions. Enfin, nous proposerons que nous créons les conditions pour qu'un comportement soit vécu comme une récompense.

1) L'addiction sans drogue est une addiction

a) Les problèmes posés par l'addiction comportementale

D'abord, elles ont des conséquences néfastes et procèdent de perturbations liées à une activité, et, pour la clinique, l'approche par analogie n'est pas dénuée d'intérêt. Tout comme pour étudier le vol on peut tirer des conclusion à partir des chauves-souris, à propos des

[78] Locke, 1690, livre II, 20 et 21.

oiseaux ou d'un aéroplane et inversement, même si leurs ailes ne sont pas homologues, tout comme les baleines et leur propriétés dynamiques marines peuvent servir à étudier les propriétés dynamiques des poissons ou des sous-marins, les analogies sont pertinentes quand il s'agit de s'intéresser non pas aux processus mais à leurs manifestations. Elles peuvent bien masquer différentes modalités réalisées pour obtenir un même phénomène concret, si on s'intéresse au phénomène uniquement et à sa réalisation concrète, à ce qui se passe plus qu'à comment cela se fait-il que cela se passe, les exemples analogues sont informatifs. Il en résulte que si les manifestations sont semblables, les problèmes qu'elles soulèvent quand elles se *heurtent au monde* sont les mêmes. La prise en charge sociale des addictions comportementales peut bénéficier du fait qu'elles soient cataloguées avec les autres addictions car, une fois encore, leurs manifestations sont semblables. Les *addicts comportementaux* souffrent *comme* les addicts pharmacologiques[79].

Reste que la nature de ces phénomènes est un problème. Elster, par exemple, reconnaît que l'addiction peut être un fait naturel, mais que les addictions comportementales (il traite du jeu) ne pourraient être associées aux addictions que par analogie[80]. Peut-on cependant envisager qu'il existe, un mécanisme commun, une origine causale commune, aux addictions comportementales et pharmacologiques ?

Sous l'angle de la causalité, de l'homologie, elles peuvent mettre en danger le projet de biologisation des addictions. Elles sont un repoussoir

[79] Lors d'un congrès traitant de l'addiction aux séries télévisées, le professeur Philippe Batel prenant la parole à la fin de la journée, tout en relevant la qualité des interventions et l'intérêt qu'il leur avait porté, fit remarquer que par rapport à ses patients (il dirigeait à l'époque la clinique Montevideo à Paris) et à ce qu'il voyait tout les jours, il aurait sans hésitation signé immédiatement rendre *ses* addicts en addicts aux séries. Ce que pensait sans oser le dire une bonne part de l'assistance. Cela relativise ce *comme*. Mais, d'une part, l'approche relativiste de la souffrance n'est pas forcément la plus pertinente et d'autre part il existe des situations liées aux addictions comportementales qui n'ont rien à envier en termes de drame avec certaines addictions pharmacologiques. Il faut entendre ce *comme* pour ce qu'il est, un marqueur, qui insiste sur la forme, notamment les conséquences sociales, que prennent les manifestations des addictions. Notre définition s'adapte à ces conditions, parfois très éloignées, mais qui possèdent tout de même un fond commun.

[80] Elster J., *Strong Feelings* (1999).

pour le BDMA et certaines approches psychobiologiques car elles correspondent à des situations où il n'y a pas d'intervention exogène, de piratage du circuit de récompense qui le fait fonctionner hors de la gamme de fonctionnement normal ; le célèbre «hijacking». Il n'y a pas de substance exogène agissant directement sur les récepteurs modifiant le substrat biologique causant l'addiction. L'addiction est du point de vue du BDMA une sorte d'empoisonnement. Un corps étranger est responsable d'une perturbation fonctionnelle pérenne du substrat biologique car il provoque des modifications, que l'on peut considérer comme des lésions et/ou des adaptations[81], les spécificités individuelles entrant en jeu comme responsables de la sensibilité particulière à l'action de ces corps étrangers. Or, il n'y a pas *d'alien* de ce genre dans l'addiction comportementale. Il y a une activité et une réponse particulière à cette activité d'un individu qui n'est pas la réponse habituelle, *normale* au sens de normalité statistique. On peut noter que nombre de substances sont aussi consommées de manière récréative et n'entraînent pas chez tous les consommateurs, d'addiction, mais il reste la présence d'un corps étranger quand, dans l'addiction comportementale seul le rapport à un objet qui est une activité, peut être impliqué.

Les addictions comportementales tendent à recentrer le regard sur l'individu, sur ses choix. Elles soulèvent alors deux points distincts qu'il faut envisager s'il s'agit de les accepter comme addictions vraies. D'abord, elles correspondent aux attendus de la définition clinique, reste à en rendre compte du point de vue du mécanisme. D'autre part, elles font aussi courir le risque de la dilution du concept en rendant difficile de clairement identifier des objets spécifiques pouvant entraîner l'addiction. On ne peut plus réfléchir en termes de propriétés pharmacologiques, de

[81] Ce qui ne pose pas de problème pour une théorie lésionnelle de l'addiction maladie, en effet, nombres de lésions dans des pathologies, par exemple infectieuses sont dues à l'action du système immunitaire, c'est le corps lui-même qui s'adapte et provoque les dysfonctionnements.

tableau des substances stupéfiantes par exemple et si tout devient possible objet, cela affirme soit que la spécificité est à trouver dans le rapport à l'objet et dans le mécanisme sous-jacent au rapport, qui reste à spécifier tant du point de vue du niveau pertinent que du mécanisme lui-même, soit qu'il n'y a rien de particulier qui les différencie de nos choix délétères habituels et de la simple difficulté à nous tenir à nos engagements, à résister à la tentation, à aligner notre conduite sur nos exigences morales, comme l'affirme Fingarette. A nous limiter à faire de l'addiction de l'akrasie que l'on ne peut même plus limiter à une catégorie particulière d'objets.

Les addictions comportementales mettent donc en danger, selon certains, les thèses plaidant pour une origine biologique de l'addiction. Il s'agit de comportements qui prennent une place démesurée dans la vie d'un sujet et provoquant des manifestations identiques aux addictions pharmacologiques, on est alors en droit de se demander si ces dernières ne seraient pas elles aussi une question de rapport d'une personne à un objet, du sens qu'il revêt et de la valeur qu'on lui octroie, bien plus que de l'effet pharmacologique éventuel sur un substrat biologique dont les variations observées dans les cas d'addiction ne serait que l'enregistrement, en raison de ses propriété de plasticité, d'un état de fait dont l'explication et l'origine sont à exprimer en termes de vécus. Les addictions comportementales sont des arguments contre l'addiction maladie du BDMA (au sens d'une perte d'agentivité induite par un substrat biologique défaillant) car elles concernent des activités choisies, communes et souvent inoffensives, pratiquées par le plus grand nombre sans préjudices[82].

[82] C'est aussi le cas de la consommation de nombreuses substances, mais cette consommation récréative n'est envisagée que comme un facteur de risque quand le sactivités de certaines addictions comportementales ne sont non seulement pas interdites mais encouragées

Si nous souhaitons défendre l'existence des addictions comportementales comme des addictions vraies, partageant les mêmes phénomènes causaux, autrement que sous le simple jour de l'analogie, nous sommes donc sommés de soit renoncer à l'hypothèse d'une cause biologique des addictions et de nous limiter à chercher une causalité explicative au niveau des raisons, des contenus de pensées, soit nous devons produire une explication qui montre comment de simples comportements peuvent impacter le substrat neurobiologique à ce point.

b) Causalité biologique

On peut déjà considérer que l'on voit mal comment ces contenus de pensées ne seraient pas en lien avec le substrat biologique. Il n'est pas nécessaire d'accepter un découplage total entre cerveau et esprit pour mettre en danger les théories biologiques de l'addiction, il suffit d'envisager que le niveau biologique ne soit pas le niveau pertinent, que c'est avant tout dans le poids donné à certaines d'entre elles dans le calcul des solutions au problème du choix que se trouve la clé, que le substrat fait son travail de calcul mais que ce sont les associations entre pensées qui donnent leur poids particulier à certaines sur la base des expériences passées. On peut par ailleurs envisager qu'une même pensée puisse naître d'organisations physiques diverses, ce qui disqualifie encore toute approche biologique qui voudrait ramener à une organisation particulière du substrat les phénomènes mentaux. Cependant si la pensée d'un objet donné peut être réalisée de multiples façons, il s'agit ici de rapports extrêmement complexes entre de très nombreux objets simples. L'objet d'addiction est associé à des expériences variées, un poids hédonique, une valeur d'utilité… Or, s'il est probable que l'on ne trouvera pas le neurone *addiction,* pas plus que le neurone *grand-mère*, l'organisation en réseau, qui rend compte des poids émotionnels,

hédoniques, basés sur les rappels expérientiels qui produit le choix, la sortie comportementale au problème posé, semble, elle, reposer sur une organisation en grande partie conservée au cours de l'évolution et demeurer constante, du point de vue structurel, au sein d'une même espèce. On sait facilement reconnaître un cerveau humain, son organisation est conservée et les connexions entre ses structures sont semblables au niveau macroscopique. Une infinité de musiques différentes est générée par un même synthétiseur, composé des mêmes modules dans le cadre de la musique générative. L'information sonore est produite par des modules sous l'influence d'informations modulatrices qui ne sont pas du son mais modulent la manière dont les informations sonores sont affectées. Seules changent les informations traitées par le système, parallèlement, une même note ou une même harmonie de notes peuvent être générées par un même synthétiseur à partir d'informations différentes. La clé de la création de son est bien dans l'organisation matérielle du synthétiseur, celle de la musique en tant que flux organisé de sons se trouve aussi dans l'information. L'apparition d'un pattern répétitif à partir d'informations diverses viendra probablement de la manière dont les modules sont connectés ou d'un pattern dans l'information qui module leur fonctionnement. Le problème du choix peut être entrevu comme une organisation modulaire de ce type où l'information est traitée par le système dont le fonctionnement est modulé. L'addiction renvoie à un pattern répétitif. On peut l'altérer en changeant l'information, la modulation ou le calibrage des modules.

La particularité du cerveaux est qu'il est physiquement modifié par l'information qu'il traite[83], c'est le principe même de la plasticité qui est une adaptation, physiquement inscrite, aux événements, une mémoire qui permet entre autre de répéter les sorties comportementales connues

[83] Il existe en plus des synthétiseurs hardware et leur équivalent logiciel des programme basés sur des réseaux de neurones qui sont eux aussi modifiés par l'infirmation, certaines connexions sont renforcées ou fragilisées. L'analogie synthétiseur/cerveau fonctionne dans les deux sens et la musique générative s'inspire du modèle cérébral.

et jugées efficaces lorsque des situations se reproduisent sans passer par le traitement complet de l'information et permettre ainsi un gain de temps et d'efficacité. On doit donc s'intéresser à la question des modifications cérébrales. C'est-à-dire voir si une activité peut engendrer des modifications du substrat biologique au point de provoquer l'addiction. Il ne doit pas simplement s'agir de plasticité synaptique mais bien d'adaptations plastiques qui finissent par provoquer des dysfonctionnements. C'est de la définition de ces deux concepts, celui d'adaptation plastique et de dysfonctionnement que dépend le statut des addictions comportementales. Les processus mis en évidence par Schultz et son équipe à propos des variations de la transmission dopaminergique donnent à la fois un substrat et un fonctionnement à ce mécanisme de plasticité.

2) Toutes les formes de l'addiction ont en commun un versant comportemental

a) L'activation du circuit dopaminergique fait la récompense

On sait que, selon ce qui est affirmé par le BDMA et sur la base, il nous semble, de données étayées et sérieuses, les drogues agissent sur le circuit dopaminergique et donc modifient les équilibres de ce circuit. Toutes les drogues finissent par activer la transmission dopaminergique et dans l'addiction, la perspective de la possible consommation de l'objet s'accompagne aussi d'une augmentation particulière de la transmission dopaminergique. Il ne faut cependant pas voir cette activation comme

dépendant *toujours* d'une action directe des substances sur le système dopaminergique. Les amphétamines et la cocaïne ont certes une action directe, en inhibant la recapture de la dopamine ou en agissant comme agonistes des récepteurs, leur consommation augmente directement la transmission en augmentant la quantité et le temps de présence de la dopamine dans la synapse, mais, la plupart des autres substances ont un effet indirect, par des circuits plus ou moins complexes. Leurs cibles d'action vont agir en modulant la transmission dopaminergique. Or, il semble que toutes les récompenses et leur perspective induisent cette augmentation de la transmission dopaminergique, que la récompense soit un plaisir liée à la consommation d'une substance ou la pratique d'une activité. La question est alors ; est-ce-que ce que l'on considère comme un détournement de la fonction dopaminergique du circuit de récompense se caractérise par, à la fois un effet existentiel qui justifie son activation comme pour toute *récompense*, associé à une potentialisation de l'effet par une action indirecte de modulation, ou est-ce que l'action pharmacologique se limite à provoquer une stimulation de ce circuit *en tant* que récompense ? Le circuit dopaminergique est-il activé par un effet récompensant intense où son activation *est-elle,* la récompense ? Les événements accompagnant la prise de la substance seraient alors immédiatement envisagés comme des récompenses parce que, concomitamment à leur occurrence, le circuit de récompense est activé. Il n'y a alors, à première vue, pas de récompense en soi, mais il se passe ce qui se passe quand d'habitude on reçoit une récompense. Il y a la manifestation pour nous de la récompense sans essence de la récompense en elle-même. Il n'est pas nécessaire que la substance produise du plaisir qui est reconnu comme récompense si seule l'activation du circuit dopaminergique est récompense, on peut se passer de plaisir. Ce qui peut bien nous suffire pour admettre qu'il y a récompense. Est une récompense pour nous, ce qui agit comme une récompense sur notre substrat biologique. La récompense n'est pas une

entité extérieure à nous mais l'effet en nous d'une interaction entre nous et notre environnement[84]. Que ce phénomène ne remplisse pas les critères que nous attribuons aux récompenses définies selon l'usage du mot que nous avons dans le contexte de notre vie de tous les jours est plus un problème linguistique. S'il s'agit de définir ces mêmes récompenses par l'effet qu'elles produisent sur nous, force est de constater qu'il n'y a plus de problème.

Il existe des objets bien identifiés qui sont des récompenses et des événements plus ambigus voire difficilement descriptibles autrement qu'en termes de biologie moléculaire, avec peu de rapport avec notre expérience courante qui *manifestement* entrent dans cette catégorie. La cocaïne et les amphétamines semblent laisser supposer que la frontière est floue entre activation du circuit dopaminergique par une expérience vécue comme plaisante et expérience plaisante en raison de l'activation du circuit dopaminergique. Ces substances agissent directement sur le circuit dopaminergique et sont associées à un certain *plaisir*, le système dopaminergique a longtemps et est encore parfois, à tort, appelé circuit du plaisir, cela dénote au moins que le lien entre l'un et l'autre est ambigu. Or l'amphétamine est assez anxiogène, elle donne certes une sensation de puissance et la capacité d'agir au-delà de la fatigue mais sa dimension hédonique est surtout contenue dans ce qu'elle permet de faire et l'impression de puissance que le fait de pouvoir faire procure[85].

---

[84] L'extrapolation de cette idée que nous percevons les effets des choses sur nous et donc que nous créons les sensations peut apparaître comme justifiant les expériences de pensée de type cerveaux dans une cuve, voire mener au solipsisme, ou à des formes extrêmes de relativisme qui finissent par remettre un fantôme tout puissant dans la machine. Mais admettre que nous puissions prendre *pour* une sensation une stimulation de nos organes de sens qui n'est pas du type habituel, qui court circuite le chemin normal, n'implique pas qu'il n'existe pas de chemin normal ni de stimulus habituel. Que je puisse faire un son en frappant à la main les cordes à l'intérieur du piano n'induit pas l'inexistence des touches et des marteaux. On peut admettre le court-circuit sans rejeter l'existence et l'importance fondamentale d'une réalité extérieure à nous.

[85] Nous parlons ici de l'amphétamine sous forme, par exemple, de benzédrine ou de pervitin, pas de la méthamphétamine, le *crystal meth,* fumée dont l'effet est différent. De même pour la cocaïne, nous traitons ici des prises qui accompagnent une activité autre, pas des injections.

Elle est au moins autant dans le fait de danser jusqu'au bout de la nuit que dans l'effet physiologique de la substance elle-même.

Chez l'animal ces substances provoquent une activation locomotrice, il explore son environnement, or on sait que la décharge dopaminergique est associée à l'opportunité de récompense dans le milieu quand la possibilité de la présence d'une récompense déjà rencontrée se produit. Le monde sous cocaïne est plein de récompenses potentielles, on lui prête attention et la résolution de tout problème s'accompagne d'un taux élevé de dopamine provoqué par la consommation de la substance qui fait comme si nous avions réussi à atteindre la récompense attendue. On comprend pourquoi le monde sans cocaïne semble moins intéressant. On danse plus longtemps, on réfléchit plus longtemps, il nous semble que nous trouvons des solutions et que notre attention est tournée vers le monde. Freud, Maurice Ageev avec son *Roman avec cocaïne* et d'autres ont su décrire avec brio ces effets enchanteurs, ces sensations de maîtrise, d'avoir le dessus sur le monde et l'attention aiguisée, de penser plus vite et mieux qui, en troisième personne, peuvent parfois prendre la forme d'un individu clamant sa grande maîtrise de la situation recherchant avec une impressionnante débauche d'énergie, mais sans succès ce qui se trouve pourtant sous son nez. Il est difficile de faire la part des choses entre des effets périphériques plaisant comme la disparition de la fatigue, un apaisement des tensions, le plaisir de la sensation de maîtrise qui sont des récompenses et le fait que le système de récompense est dans l'état qui est le sien quand il y a effectivement une récompense.

Pour la plupart des autres drogues, c'est-à-dire celles dont l'action est moins directe, leur action aura tendance à s'accompagner de manifestations autres induites par leurs cibles, comme les récepteurs GABA pour l'alcool ou les récepteurs à l'acétylcholine pour la nicotine. Ces récepteurs sont présents dans le circuit de récompense et ont un effet

modulateur sur la transmission de la dopamine, mais ils se trouvent aussi ailleurs dans le système nerveux (au sens large) et ont donc des effets physiologiques qui se trouvent associés à leurs effets dopaminergiques. Est-ce l'effet existentiel dû aux récepteurs non liés au circuit dopa qui est une expérience plaisante codée par le circuit de récompense ou bien le codage pourrait-il être en soi une expérience plaisante ? Le fait est que cette activation suffit à en faire des récompenses au sens biologique, et que l'expérience associée devient alors en soi une récompense au sens expérientiel. Pour preuve, les stimulations locales du circuit dopaminergique, par des drogues (qui n'agissent donc pas ailleurs) ou, mieux, par des décharges électriques, sont récompensantes.

Le codage fait de l'expérience une récompense et on peut rappeler la distinction faite par les behavioristes entre plaisir et récompense. Chez Ainslie, la douleur est elle-même un type de récompense avec une dynamique et une temporalité propre. Il faut donc distinguer d'une part l'effet hédonique et le fait qu'il soit traité comme une récompense. Ce qui nous importe ici, pour l'addiction est bien la récompense, bien sûr, une expérience que l'on considère comme plaisante va en soi être une récompense, il en va de notre recherche de plaisir, de la satisfaction d'un besoin ou d'un désir, mais la simple stimulation du circuit de récompense implique que l'expérience qui l'accompagne devient de fait codée comme récompense. Certaines drogues provoquent des effets dysphoriques qui de prime abord peuvent nous sembler aversifs, vus de l'extérieur, mais le fait qu'elles stimulent directement le circuit de récompense fait d'elles des récompenses, et notre interprétation, notre jugement concernant ces effets leurs octroie une qualité particulière. La prise d'amphétamine donne une énergie qui me permet de remplir certaines tâches que j'associe, dans mon système de croyances, à des récompenses, l'alcool va me permettre de faire, grâce à ses effets désinhibants des choses que je juge comme positives, auxquelles

j'accorde de la valeur, la première cigarette est souvent désagréable mais donne de la prestance, la première prise d'héroïne rend toujours malade mais l'expérience reste marquante au point de la chercher à nouveau…

Aux effets physiologiques des substances est associé tout un réseau de conséquences factuelles, expérientielles qui n'existent que dans le cadre des valeurs que je partage. En cela la dimension sociale et construite de l'expérience de l'addiction est bien fondamentale car elle structure le réseau des récompenses auxquelles je suis confronté. Mais, si je donne bien de la valeur aux choses, si ce qui est important est ce qui est important pour moi, au sens de moi comme individu inscrit dans un tissus de valeurs partagées, c'est bien tout de même au niveau de mon substrat biologique que ces valeurs finissent par exister en tant que valeurs et avoir un effet sur moi. C'est bien mon circuit de récompense qui finit par les coder et les peser, quand il s'agit de faire un choix.

b) L'addiction est une addiction à la récompense

Nous faisons alors l'hypothèse que les substances addictogènes le sont parce qu'elles :

1. renvoient à des récompenses naturelles (comme les opiacées qui impactent le système proprioceptif), qu'elles sont naturellement source de plaisir,
2. parce qu'elles détournent le système de codage en imposant une stimulation dopaminergique qui fait la récompense,
3. et/ou parce qu'elles s'inscrivent comme réponse à certains désirs et besoins aux liens moins évident avec les récompenses naturelles, dans, par exemple, leur rapports aux valeurs socialement construites.

On ne peut donc pas exclure la dimension sociale pour comprendre le phénomène de l'addiction dans sa globalité et dans sa spécificité pour chaque individu concerné, mais on peut la considérer comme un ensemble de récompenses au même titre que les récompenses physiologiques naturelles s'il s'agit de s'intéresser aux modalité effectives d'expression du phénomène chez l'animal humain. Après tout, la principale leçon à retenir des behavioristes et de ce que nous montre la neurobiologie est que *la* récompense, ou l'utilité, est bien envisagée dans le choix sous l'aspect d'une monnaie unique. Tous ces cas particuliers de récompenses, tout ce à quoi je donne de la valeur finit par être mesuré à l'aune d'une seule et même unité de mesure. En fait, c'est bien à la récompense dont nous sommes addicts et la dimension hédonique n'est qu'une des raisons pour considérer un événement comme une récompense. La dissipation d'un affect négatif ou la simple concomitance entre une sensation et la stimulation, ici vue comme un détournement, du circuit de récompense, en sont deux autres. La question posée par les addictions comportementales devient alors celle de savoir s'il est nécessaire qu'il existe une stimulation *exogène* du système qui associe expérience extraordinaire et stimulation du circuit de récompense.

Les activités concernées par les addictions comportementales remplissent un rôle pour les sujets concernés en comblant un manque, répondant à un désir ou à un besoin, que l'on peut considérer comme socialement construit, et on comprend qu'elles sont de fait des récompenses, au sens vernaculaire et au sens qui nous intéresse. Ce que les addictions comportementales semblent alors impliquer c'est que les objets pouvant donner lieu à une addiction sont soit ceux qui peuvent détourner le circuit de récompense, selon la formule consacrée, par une action pharmacologique directe, soit ceux qui peuvent prendre une telle

place dans l'économie psychique du sujet qu'ils deviennent la source, si ce n'est unique au moins prépondérante, de récompense. Ils détournent alors là aussi le système de la récompense, non au niveau mécanique, comme une substance étrangère, mais au niveau fonctionnel. Or nous sommes tentés de lier les deux niveaux. Pour prôner un certain monisme réductionniste comme nous le faisons, il faut assumer que ce qui se passe au niveau de la mécanique se traduit au niveau fonctionnel et qu'à l'inverse, s'il se passe quelque chose au niveau de la fonction c'est qu'elle est l'expression de ce qui se déroule au niveau mécanique.

3) Le stress est au cœur de l'addiction

a) Un objet acquiert le statut de récompense en générant un inconfort qu'il peut dissiper

Ce que nous venons d'exposer sur la question de l'addiction et particulièrement des addictions comportementales peut nous permettre de proposer l'hypothèse selon laquelle les addictions comportementales reposent sur des objets qui doivent acquérir le statut de récompense, ils répondent donc à un besoin, un désir ou une envie. Nous proposons ici de les considérer comme des activités dont la pratique est à la fois génératrice d'inconfort, au sens de l'*uneasyness* de Locke[86], et apporte les moyens d'y répondre et de le dissiper. Cet inconfort relève du stress. plus généralement, ces objets permettent de surmonter l'angoisse de la vie quotidienne en produisant justement un état de tension spécifique qui s'impose et remplace la tension de la vie quotidienne et finit par être

[86] Locke, 1690, livre II, 20 et 21.

dissipée. Elles sont, selon l'expression de Peele, des outils dans une stratégie de *coping*, des moyens de *faire avec*.

Elles offrent une situation ou le stress est dissipé efficacement quand la vie quotidienne peut s'accompagner justement de difficulté à évacuer les tensions et le stress. Elles sont des stratégies de coping efficaces dans leur domaine et leur espace temporel mais le stress généré par la vie finit par revenir et elles ne peuvent l'empêcher autrement qu'en renouvelant l'expérience de substitution d'un stress par un autre qui, lui, peut être dissipé, géré. Elles sont récompensantes au sens où elles correspondent à des situations de baisse de la tension, de victoire sur un problème, de disparition d'un affect négatif qui de plus s'accompagne d'un événement gratifié par la structure même de l'activité. Un gain d'argent, ou symbolique, dont la signification est inscrite dans la règle du jeu de l'activité pratiquée, comme une victoire sportive ou la résolution d'une tension narrative dans le cadre d'une série télévisée, le plaisir de l'identification et de la catharsis opérée par l'identification etc. tous ces phénomènes sont en général les objectifs, les buts poursuivis par ceux qui participent aux activités concernées, ils sont l'intérêt qui motive la pratique.

Or pour être motivante ces activités doivent donner un problème à régler, d'une manière imagée, chacune de ces activités nous font ressembler au fou qui se tape la tête avec un marteau parce que c'est si bon quand cela s'arrête. Le problème posé vient prendre la place des problèmes irrésolus qui nous accablent et trouve sa solution dans l'activité. Chaque sport est une opposition, contre l'autre, soi, la difficulté d'un geste posée par les lois de la physique, et récompense l'effort, la lutte et les victoires petites ou grandes sur les problèmes posés. Le jeu génère un stress qui culmine en extase quand les jeux sont faits et le destin soumis au hasard. Il s'accompagne parfois d'un gain monétaire. Le travail offre parfois (en plus du salaire) des récompenses symboliques contre l'investissement de son temps et de son énergie, les séries télés apportent

par procuration des émotions, génèrent l'attente et l'inquiétude par leurs acrobaties scénaristiques et autres cliffhangers savamment distillés. Toutes ces activités ont la capacité de proposer un monde ou l'angoisse finit par trouver résolution. Mais, comme l'orgasme opioïde finit par se substituer à tous les autres plaisirs, ces activités peuvent finir par se substituer à la vie, à l'envahir, à provoquer une hausse des difficultés quotidiennes en nous détournant de leur prise en compte effective, quand elles n'en créent pas de toutes pièces, comme les problèmes financiers du joueur. Elles finissent par devenir l'unique source de satisfaction, voire, par ne plus être à même de satisfaire du tout, comme chez le joueur qui cherche à se refaire, le sportif qui court après la performance alors que son corps cède, ou pour la série télé qui n'est qu'un substitut à un réel qui finit toujours par s'imposer. On comprend bien que l'activité même de la consommation de *drogue*, est une habitude qui entre dans le cadre des activités susceptibles de produire une dépendance comportementale.

Il reste à trouver un lien entre activité et neurobiologie. Or nous venons de poser un rôle fort pour la tension générée par l'activité et particulièrement par sa manifestation générique que l'on nomme le stress. Nous allons voir d'une part le lien entre stress et neurobiologie et ensuite celui entre croyances, valeurs et tensions, montrant comment des activités socialement construites peuvent impacter le substrat neurobiologique par le biais de la réponse générique nommée stress.

b) L'addiction implique l'axe du stress

Le stress est l'ensemble des réactions de l'organisme soumis à des contraintes. C'est une réponse non spécifique qui implique notamment l'axe HPA dont nous avons vu qu'il interagissait avec le circuit de la récompense. Le stress se manifeste par des sensations désagréables,

comme le dérèglement du cycle nycthéméral, une anxiété, qui est une peur diffuse, sans objet précis, non spécifique. Il se manifeste alors par un ressenti négatif, rappelant l'*uneasyness* de Locke[87], dont on peut dire que toute activité qui permet de le supprimer est en soi une récompense par le simple fait de soulager l'affect négatif. Ensuite, cette activation à des effets métaboliques, permettant le recrutement des ressources énergétiques en vue de favoriser l'action[88]. D'autre part l'activation de l'axe HPA potentialise la mise en mémoire des comportements efficaces et leur renforcement, en sensibilisant le circuit de récompense. Le stress motive l'action, pour échapper à ses conséquences négatives, favorise l'action, par le recrutement des ressources énergétiques et sensibilise le circuit de récompense et la mise en mémoire des comportements efficaces en créant les conditions de leur récompense.

c) Dans l'addiction la dimension négative du stress devient gratifiante

Nous faisons l'hypothèse que toutes les addictions possèdent un versant stress. Les addictions dites comportementales, comme nous l'avons évoqué, comme les autres. Dans l'activité physique par exemple, le sportif met son organisme sous l'effet d'un stress lié à son activité (sans même parler des enjeux de réussite ou de victoire, voire parfois, un danger réel), mais l'activité elle-même est en soi vécue comme plaisante. La nature socialement construite de cette relation au plaisir est probablement un facteur important de la gratification associée à l'activité physique. Cela signifie que ces activités posent à la fois à l'organisme le problème du stress par leur nature même et offrent dans le même temps

[87] Locke, 1690, livre II, 20 et 21.
[88] Les réponses dite de combat ou de fuite, sont des réponses automatiquement initiées par les contraintes stressantes et impliquent l'initiation automatique et la performation d'actions. Le stress peut aussi entraîner des activations locomotrices exploratoires ou la paralysie selon le type de patterns comportementaux en mémoire.

la solution. Dans le stress classique, la situation consiste à donner un signal négatif et les moyens physiologiques pour y échapper tout en sensibilisant le circuit de récompense, ce qui revient à appuyer sur une sorte de bouton d'enregistrement des comportements afin de mettre en mémoire, par leur gratification, ceux qui ont permis de régler la question des sensations négatives. L'activité physique y associe en plus une dimension gratifiante et une solution immédiate. La transformation en activités gratifiantes de situations de contraintes susceptibles de générer du stress ressemble alors à un détournement du processus physiologique non spécifique d'échappement et d'adaptation aux contraintes imprévues. La dimension négative du stress est devenue en elle-même gratifiante et gratifiée. La souffrance physique du sportif, l'angoisse de l'attente du joueur de roulette, sont des éléments centraux de l'activité elle-même et sont récompensés comme étant l'activité elle-même[89]. L'addict est addict au jeu et donc à l'angoisse de la roulette, du *faites vos jeux*. D'ailleurs, cette angoisse est toujours soulagée, le joueur finit toujours par résoudre la question posée par le stress. Parfois, en plus de cette récompense la, il gagne aussi. Mais ce gain est supplémentaire, il s'ajoute au gain systématique, renforçant, de la fin de l'attente du jugement par le hasard[90]. Les addictions comportementales impliquent des conduites dans lesquelles les individus se soumettent à des situations de stress mais des situations paradoxalement vécues comme gratifiantes en elles-mêmes, plaisantes. Des situations où la simple récompense ne vient pas de la résolution du problème posé par le stress mais aussi de la situation de stress elle-même.

---

[89] Par un gain en argent chez le joueur, ou plus symboliquement sous forme d'une victoire, voire, dans le cadre du contexte des règles propre à l'activité de quelque chose d'assez incompréhensible pour celui qui est extérieur au jeu. Il existe une dimension sociale incompressible dans la définition par nous-mêmes de ce que nous considérons être des récompenses, des choses auxquelles nous accordons une valeur, au-delà des récompenses naturelles. Nous accordons de la valeur aux choses et nous le faisons dans le contexte de règles instituées qui définissent les récompenses et leurs modalités d'obtention.

[90] L'analyse de l'ordalie par Valeur (2009b) nous semble à ce propos tout à fait pertinente.

Nous proposons alors que ce phénomène soit à même de rendre compte des addictions comportementales et pourrait jouer un rôle fondamental dans les autres addictions. Il pourrait être le point commun qui permet d'expliquer la grande variabilité des types d'addictions. L'addiction devenant, au minimum, un type de conduite générant du stress et incluant sa propre solution, sa propre gratification. C'est aussi ce qui la différencie du stress post traumatique qui voit des patterns de comportements associés à la résolution de situations de stress mais de stress subit, sans élément gratifiant. D'autre part, la conduite en question propose un exemple, de prime abord réussi, d'échappement aux contraintes qui, rappelons-le se manifestent par une réponse non spécifique, on peut envisager qu'elle soit alors rappelée dès que l'organisme est soumis à ce type de ressenti, c'est-à-dire à chaque fois qu'une contraintes stressante quelle qu'elle soit apparaît. Elle devient une stratégie générique de coping. On comprend alors la difficulté qu'il y a à réfréner sa tendance à s'adonner à une activité ou à réaliser un acte qui a su générer une telle récompense, associant gratification positive, souvent fondée sur des constructions sociales, parfois sur un effet pharmacologique, et soulagement d'un affect négatif, une sorte de gratification totale, et donc particulièrement renforcée. Cette conduite devient alors possiblement un stéréotype comportemental et une habitude souvent réactualisée en dépit de sa réelle inadaptation à la situation ; elle a tout pour être l'objet d'un comportement akratique car elle propose une solution à court terme gratifiante au détriment des plans à long terme incompatibles.

Cela nous amène à la question des objets d'addiction. Quelles caractéristiques particulières font qu'un objet donné peut ou non être un objet addictogène, c'est-à-dire provoquer ce que nous venons de décrire ?

4) Caractérisation des objets d'addiction

La question de l'objet addictogène renvoie à celle de la valeur de cet objet. D'abord le terme objet fait ici référence à un objet physique comme une table, une drogue… ou un comportement, une activité ou une pensée. C'est un objet pour un sujet qui entretient avec lui un rapport. Pour être addictogène, l'objet doit dans un premier temps avoir une valeur de récompense pour son consommateur. Cette valeur de récompense repose sur des activations particulières du substrat neurobiologique, dont le détail reste encore à découvrir mais dont on peut penser connaître déjà les grandes lignes. La récompense n'est donc pas en soi dans l'objet mais dans celui pour qui il est source de récompense. Certains objets semblent avoir la propriété de déclencher chez des individus ce signal de récompense. Certains ont cette propriété pour tous les individus, d'autres ne sont des récompense que pour certains. On peut donc dégager deux catégories d'objets susceptibles d'être sources de récompense ; ceux, ubiquitaires, que l'on peut qualifier de sources naturelles de récompense et ceux pour lesquels il faut un apprentissage. Une partie au moins de ces derniers sont connectés aux sources naturelles. L'apprentissage d'une nouvelle appétence pour le goût d'une source de nourriture alors inconnue «connecte» probablement le stimulus *goût* aux effets génériques de la nourriture, comme celui qui consiste à éliminer la sensation, désagréable, de faim. D'autres sources de récompenses nécessitant un apprentissage pourraient être déconnectées des récompenses naturelles. Que toutes les récompense soient ou non liées à une ou des récompenses naturelles est encore en débat[91] et mérite d'être exploré, mais ne change rien à notre propos. A la fin, quelles que

[91] Ainslie penche pour une déconnexion, pour lui nous générons de nouvelles sources de récompense sans qu'elle n'aient à être liées à une récompense naturelle. une approche psychanalytique plus classique pourrait vouloir lier toutes les récompenses à la sexualité et à ses différents stades de développement, créant des catégories de récompenses liées aux différents stades libidinaux.

soient les *associations d'idées,* elles finissent par se manifester par l'activation du même système biologique.

La biologie semble avoir donné raison aux utilitaristes. Tout est calculé dans la même monnaie, au même endroit, le circuit de récompense, et les différences de nature entre ce qui génère les plaisirs et les peines sont codées et traitées ailleurs. Différentes expériences mobilisent différents souvenirs, modalités sensorielles etc. et donc différentes structures cérébrales, mais leur valence en termes de récompense est exprimée de la même manière et au même endroit. La question qui se pose pour les objets d'addiction est donc : qu'est-ce qui fait qu'ils sont capables d'être évalués en termes de récompense et qu'est-ce qui fait qu'ils peuvent acquérir un poids tel que leur appétence provoque un comportement nuisible, dysfonctionnel ?

a) La récompense est subjective

On peut donc éliminer de la catégorie des objets addictogènes les objets, n'ayant pas la propriété d'être considérés comme source de récompense, pour lesquels il est impossible d'apprendre à les considérer comme tels, cela revient à éliminer les objets auxquels on ne peut s'attacher, ce qui vue l'étendue des types de collectionneurs qui existent semble former l'ensemble vide. Cela nous indique alors que dans le cas des objets neutres, c'est-à-dire sans action pharmacologique directe sur le circuit de récompense qui pourrait le détourner (les drogues à action dopaminergiques plus ou moins directe), et sans lien avec les récompenses naturelles (nourriture, reproduction et les drogues agissant sur la nociceptions comme les endorphines périphérique ou plus généralement «l'humeur» etc.) la possible addiction tient au rapport que je construis pour en faire *pour moi* des objets capables de générer une récompense. La récompense est dans mon rapport à l'objet, dans ce qu'il

représente pour moi et l'addiction nécessite qu'un certain attachement, une certaine source de récompense, devienne prépondérante au point d'être envahissante. C'est quand cette source de récompense se rappelle à moi au point d'apparaître si ce n'est comme l'unique source mais au moins au détriment d'autres sources que la question de l'addiction peut se poser.

Mais il ne suffit pas qu'il y ait cette restriction des types de sources de récompenses. Comme le fait remarquer Marcus Licinius Crassus (Laurence Olivier) à Antoninus (Tony Curtis) dans le film de Stanley Kubrick *Spartacus*, on peut aimer les huîtres où les escargots ou les deux. Cependant, parfois, on aime exclusivement l'un et cela nous interdit d'aimer l'autre. Il devient question d'addiction quand cette pratique, et les préférences qu'elle engendre, ont des répercussions dommageables. C'est-à-dire transgressent un certain type de normes ou de lois. Naturelles quand la santé est impactée, construites quand ce sont certaines obligations sociales qui le sont (l'obligation morale de tempérance en est une). *In fine* la nature transgressive de l'addiction consiste à outrepasser une norme. Certaines, au moins, des normes sociales, renvoyant à ce que l'on pourrait appeler des lois naturelles comme celles de l'autoconservation des organismes biologiques et de la perpétuation de l'espèce ; de l'adaptation au milieu.

b) L'addiction nécessite un attachement préjudiciable en raison de la transgression d'une norme

Pour résumer, sont possiblement addictogènes :

1. les objets présentant des propriétés pharmacologiques particulières leur permettant d'agir directement sur le système de récompense (en l'activant ou le modulant) ou indirectement par l'entremise des

systèmes impliqués dans la caractérisation d'un stimulus comme récompense.
2. Les objets qui vont agir comme des récompenses parce qu'ils en ont acquis pour moi le statut en raison d'un apprentissage.

On parle d'addiction quand la préférence pour ces objets au détriment d'autres à des conséquences *néfastes*, donc jugées mauvaises, donc en rapport avec la transgression d'une norme ou d'une loi. Les premiers ont des caractéristiques chimiques identifiables. Les seconds nous renvoient à la dimension sociale du phénomène d'addiction. En effet, cette dernière restreint d'abord le possible dans lequel s'effectue le choix des objets et nos expériences, les objets que je suis susceptible de rencontrer.

Nous avons vu que la multiplication des échanges internationaux avait apporté des substances diverses, nouvelles, dans des environnements qui ne les connaissaient pas. D'autre part, certains objets ont une valeur en raison de la valeur qu'ils ont acquise pour les individus d'un groupe. C'est le cas de certaines pratiques d'usage de drogues dans certaines communautés d'individus, comme l'alcoolisme endémique décrit par Zola ou la valorisation des expériences psychédéliques dans la contre-culture du *flower power*, et plus généralement, de pratiques ou d'objets valorisés par le corps social, comme ce qui renvoie à la réussite, le sport, la performance etc. Comme nous donnons par nos expériences de la valeur aux choses, ces choses peuvent éventuellement prendre une place démesurée. La démesure ne se situe pas au niveau des récepteurs dopaminergiques, mais au niveau de l'importance qu'on leur donne, à l'usage démesuré de ce type de récompense pour toutes les situations nécessitant par exemple de lutter contre un affect négatif. Ou quand elles sont excessivement valorisées. Quand les objets deviennent des réponses stéréotypées contre l'angoisse ou la seule source envisageable de récompenses les stimuli qui leurs sont associés se trouvent, par l'usage,

capables de provoquer une réponse dopaminergique démesurée. D'autant plus s'ils sont à la fois source de stress et de gratification, provoquant potentiellement un mécanisme d'emballement. Les valeurs et les pratiques sociales définissent des structures de récompense au sein desquelles les choix s'effectuent et sont orientés.

Il y a cependant une différence entre une trop grande importance qui reste dans la gamme du physiologique et l'hyper stimulation artificielle par une drogue d'abus capable de modifier par un facteur à trois chiffres le taux de transmission dopaminergique. Elle peut se voir d'ailleurs dans l'expression des symptômes. L'approche spectrale permet à la fois de faire cette distinction et de reconnaître une familiarité et une origine causale commune. Mais rien ne dit non plus que l'intensité des symptômes négatifs soient liés à l'intensité de la stimulation par une expérience donnée. Une drogue d'abus peut augmenter considérablement la transmission à un moment donné et lier à son expérience un grand nombre de stimuli locaux qui la rappelleront fortement, mais une expériences gratifiante liée à un comportement, moins efficace en termes de stimulation dopaminergique, peut devenir une réponse à toutes les situations d'angoisse existentielle. Dans le premier cas il sera difficile de résister dans un contexte particulier mais l'envahissement sera plus progressif, dans le second le rappel de l'expérience risque d'être constant car associé à des stimuli moins spécifiques d'une seule situation.

Cela implique donc que les normes sociales impactent fortement le caractère addictogène des objets sans propriété pharmacologique spécifique et qu'elles impactent aussi la disponibilité de ces derniers.

c) Les normes impactent le caractère addictogène des objets

Les normes participent de l'acquisition des valeurs et croyances qui guident ma propre détermination de la valeur de mes expériences. La valorisation d'un certain type de corps par les avantages relationnels qu'il induit n'est pas étranger à la pratique sportive. Les modifications corporelles, d'un certain type correspondant à une norme esthétique construite, deviennent valorisées pour elles-mêmes par l'acceptation de cette norme. Ces modifications deviennent des récompenses et la pratique sportive, le régime alimentaire spécifique ou la chirurgie plastique des moyens de les obtenir. Dans ce cas, l'addiction est possible en raison d'une norme particulière qui crée la récompense. Même si ces pratiques peuvent tout à fait devenir addictives par elles-mêmes, ayant la capacité de générer stress et gratification, elles sont, là, motivées par une récompense qui leur est associée.

On voit donc que l'on peut d'une part impliquer le contexte social en raison de sa propension à générer des situations de mal être qui peuvent justifier une recherche d'apaisement, la mise en place de stratégie de coping ou de soutien, de *dopage social* pour se maintenir à flot dans un environnement compétitif ou supporter le déclassement ou la peur du déclassement. C'est un argument classique qui rappelle la responsabilité collective que nous avons vis-à-vis de l'addiction. Mais il apparaît aussi, d'autre part, que les normes interviennent dans la manière dont nous créons nos propres objets de récompense. Dit plus simplement, la société ne fait pas que produire des conditions qui favorisent l'addiction, elle en crée les objets. Ehrenberg parle de l'obligation de performance et de réussite produite par nos sociétés modernes et décrit comment tout ce qui peut permettre à accéder à une forme d'autonomie, c'est-à-dire à ma capacité à être par moi-même capable d'agir, peut aussi être source d'addiction[92]. L'autonomie comme valeur première est une récompense hautement valorisée par le contexte social. Cette interconnexion entre les individus, leurs croyances, leurs

[92] voir Ehrenberg 2000, 2012.

désirs personnels et les normes collectives dans la constitution du contexte et des objets d'addiction est un élément essentiel pour la prise en compte morale du phénomène sur lequel nous reviendrons, après nous être intéressé au pendant de la prise en charge morale, la question de l'addiction maladie.

Chapitre IV. L'addict comme malade sans abolition du contrôle volitionnel

Les raisons données par le BDMA pour qualifier de maladie l'addiction se heurtent à deux difficultés majeures ; d'une part elles reposent sur une description du phénomène qui va à l'encontre de l'épidémiologie, se limitant à une catégorie d'addicts particulièrement impactés, du point de vue de leur biologie, ensuite, elles reposent sur une définition de la maladie qui n'est pas clairement posée : comme si elle allait de soi sans jamais qu'il soit explicitement dit de quoi il en retourne. On peut par ailleurs retourner cet argument contre ceux qui s'opposent à la qualification de maladie dans le débat qui les oppose au BDMA.

Il semble que l'addiction maladie du cerveau s'appuie sur une conception biologique, physiologique, néo-kraepelinienne, forte de la maladie. L'idée derrière les *hard medical models* étant de lier les pathologies psychiatriques à leurs corollaires biologiques, à trouver des bases physiologiques qui expliquent les comportements qualifiés de pathologiques en termes de variations physiologiques, cela renvoie à une conception lésionnelle de la maladie mais le BDMA n'apporte pas les moyens de définir ces lésions, l'addiction restant en pratique évaluée par la clinique. Pour justifier la présence de ces lésions qu'il reste à découvrir, le BDMA, part de l'idée selon laquelle l'addiction implique des conduites involontaires, voire contraires à la volonté de l'addict et que seule une altération du substrat biologique, du cerveau peut justifier la perte de contrôle. Face au doute qui subsiste quant au caractère involontaire, la réponse apportée est l'irrationalité de l'addict. Cette irrationalité est entendue comme le fait d'agir contre son propre intérêt en exprimant un regret, voire un sentiment d'impuissance à contrôler son comportement. L'action est irrationnelle car contre l'intérêt de l'addict lui-même, il ne

peut agir contre son propre intérêt volontairement, il y est contraint par une altération physiologique. Comme il n'y a pas de *raison* valable et que la raison n'y peut rien, il faut admettre l'existence de *causes* physiques. Or, nous avons vu que cette position reposait sur une définition de la rationalité qui relève de celle entretenue par la théorie du choix rationnel et que cette dernière semblait au mieux discutable. S'il y a bien maximisation lors d'un choix, il s'agit plus de la maximisation de quelque chose, d'une valeur qui dépend des valeurs de l'individu, la maximisation n'implique pas l'utilité au sens *du Bien* mais *d'un bien* et cette maximisation est loin d'être optimale. La fréquence des comportements allant contre l'intérêt à long terme de leur auteur laisse entrevoir que la rationalité idéaliste de la théorie du choix rationnel est un objectif théorique de rationalité loin de se matérialiser systématiquement dans nos comportements.

L'addiction en revenant dans le cadre de l'akrasie pose question à la définition d'une addiction maladie comme l'entend le BDMA qui s'appuie sur la présence de modifications du substrat neurobiologique qui apparaissent comme des lésions responsables de dysfonctionnement. L'irrationalité devenant une preuve secondaire de la présence de lésions non encore démontrées mais qu'il resterait à découvrir et à qualifier. Or, le même type d'adaptation peut tout à fait se retrouver dans le cadre d'un fonctionnement qui reste dans la limite du normal. En fait, le BDMA n'apportant pas de précision sur ce qui relève des paramètres physiologiques normaux et pathologiques, définir l'addiction comme une maladie sur une base lésionnelle supposée reste un pari risqué. Les arguments contre cette idée de maladie du cerveau développés par Peele, Fingarette, Heyman que nous avons exposés précédemment, semblent porter leurs fruits.

Cependant, il faut aussi prendre en compte le fait que le modèle de maladie du cerveau restreint la classe des addicts à une catégorie très particulière, d'addicts fortement impactés qui, si elle ne nous paraît pas

englober la totalité du phénomène, décrit bien une partie des addicts dont on peut supposer que les altérations cérébrales jouent un rôle de lésion. La question de l'addiction maladie du cerveau est alors celle de la nécessité d'avoir des lésions physiologiques pour parler de maladie et celle de la possibilité de parler de maladie sans qu'il n'y ait d'altération majeure du cerveau.

Nous proposons que l'addiction/lésion n'est pas établie mais qu'elle peut être envisagée comme une possibilité, le BDMA utilise de mauvais arguments, autour de la perte de contrôle, en raison d'une définition de la rationalité et de l'action qui nous semble inadaptée, mais la possibilité qu'il existe des altérations cérébrales à l'origine de l'addiction est à prendre en considération.

Ensuite, même en l'absence de lésion, rien n'empêche selon nous de considérer l'addiction comme une maladie, sur d'autres bases, selon d'autres conceptions, de la maladie.

Dans un second temps, nous verrons que la question «l'addiction est-elle une maladie ?» est problématique par sa forme même et ne permet pas de répondre aux nécessités concrètes de la prise en charge de l'addiction. Nous proposerons alors de considérer la question de la maladie sous l'angle pratique, celui de l'intérêt ou non de qualifier l'addict de malade en fonction des conséquences. Il nous semble que pris dans sa dimension instrumentale le qualificatif puisse avoir son intérêt.

Le débat actuel porte essentiellement sur les conséquences pour l'addict de se voir qualifier de malade, qui implique pour les débatteurs américains les plus impliqués, dans l'état actuel, que l'addict n'a pas le choix, qu'il ne peut rien entreprendre contre son addiction si ce n'est se laisser prendre en charge. Nous proposons que plus qu'une question de la nature de l'addiction et de la maladie, il s'agit avant tout de savoir s'il faut ou non dire aux addicts qu'ils ont le choix.

1) Les limites de l'approche lésionnelle

La notion de lésion, s'entend ici comme modification physiologique responsable d'une altération fonctionnelle. Les modifications du substrat physique se situent au niveau des structures moléculaires, comme une variation hors de la gamme de fonctionnement normal de la sensibilité ou du nombre de récepteurs, d'une variation dans les chaînes de modulation que l'on pourrait exprimer sous la forme de paramètres quantitatifs, *un nombre de quelque chose*. La dimension qualitative devant être corrélée à des critères quantitatifs. Telle modulation est modifiée qualitativement en raison de l'interaction d'une quantité modifiée de telle ou telle molécule.

La limite de cette démarche tient à la difficulté qu'il y a à exprimer en ces termes la normalité puis la variation associée à la pathologie. Le diagnostic pour la maladie d'Alzheimer, par exemple, procède d'une évaluation clinique puis de l'observation de lésions. La thèse des plaques amyloïdes et de l'accumulation intracellulaire des protéines tau, fortement contestée, mais qui a longtemps semblé la plus prometteuse, associe les lésions à un mécanisme moléculaire. Le diagnostic repose alors, après une évaluation clinique consécutive à une plainte du patient ou de son entourage, sur l'imagerie et un dosage de protéines[93], la présence de lésions cérébrales, d'une atrophie, et des dosages du liquide céphalorachidien pour mesurer la quantité de protéines et les comparer à des valeurs normées. Ce type de démence, qui appartient au domaine de la psychiatrie dans sa dimension clinique, passe dans celui de la neurologie avec son association à un type de lésion et à des processus moléculaires. Pour l'addiction, il n'existe pour l'instant rien de ce genre.

Il n'existe pas de critère biologique clair, de valeur, de paramètre défini qui permet de déterminer ce qui relève de l'addiction et ce qui n'en

[93] Imagerie et dosage sont recommandés et sont considérés nécessaires au diagnostic de certitude. Avant 2007, et les progrès de l'imagerie, seule l'autopsie permettait d'observer les lésions et de poser le diagnostic avec certitude.

relève pas. La recherche de biomarqueur en est à un stade *prometteur*[94]. Le diagnostic d'addiction est entièrement clinique et repose sur les conséquences observées d'une hypothétique modification du cerveau qui serait de l'ordre de la lésion sans que cette lésion ne soit clairement déterminée. Si l'addiction doit être conçue comme une maladie, elle est une maladie psychiatrique. Ce qui différencie de la simple plasticité les adaptations du substrat neurobiologique, c'est leurs corollaires fonctionnels évalués par le diagnostic clinique. C'est la présence de symptômes préjudiciables. Ces modifications sont donc d'une part des adaptations du substrat neural au milieu et à la distribution des récompenses dans son environnement et d'autres adaptations supposées non physiologiques, hors de la gamme du fonctionnement normal. Il reste alors à déterminer cette gamme physiologique. Or l'addiction relève d'une description clinique. Les données neurobiologiques n'entrent pas en ligne de compte, pour l'instant du moins. Pour des raisons théoriques, nous n'avons pas de critère de normalité/anormalité pour quantifier les données physiologiques comme le nombre de récepteurs, leur sensibilité. En pratique, n'existe à ce jour aucun moyen réaliste de mesurer l'activation dopaminergique in vivo chez l'homme pour observer une surproduction de dopamine par exemple. Enfin, le critère même qui pourrait servir à la mise en évidence d'un dysfonctionnement du système dopaminergique n'est pas établi.

Le BDMA affirme que nos comportements, en principe, doivent pouvoir être traduits en mécanismes neurobiologiques et que, pour l'addiction, il y a un intérêt particulier à porter au «circuit de la récompense». L'addiction se décrit et se diagnostique au niveau du comportement de l'individu et les avancées des neurosciences

[94] Il existe des marqueurs permettant de détecter une consommation de certaines substances, mais rien pour l'addiction. La recherche de biomarqueurs se développe dans le cadre du RDoC, il existe des pistes considérées comme prometteuses mais rien d'actuellement utilisable. Kwako Bickel & Goldman, 2018 ; Bahji, Brietzke, Soares & Stuart, 2021.

n'apportent rien de plus que la conviction réductionniste que ces comportements observés ont des corrélats neuraux qui devraient à terme permettre d'en rendre compte et de les expliquer. Quand on dit que «l'addiction est une maladie du cerveau chronique et récidivante», on dit qu'elle est un comportement, donc réductible à un substrat et des mécanismes biologiques. Au plan définitionnel le BDMA propose un acte de foi réductionniste, auquel nous sommes tout à fait prêts à souscrire, mais qui résonne comme un objectif théorique à long terme. Il reste aux neurosciences à apporter les données nécessaires à l'identification des lésions.

2) L'addiction comme maladie

a) On ne peut pas la qualifier sur une base biologique

Le diagnostic repose donc toujours sur l'observation du comportement et le compte rendu des difficultés existentielles données en première personne (le patient va se plaindre ou subit des altérations physiologiques) ou en troisième personne, quand le patient rencontre des injonctions du corps social en raison de transgressions des normes établies qui induisent des sanctions, quand les difficultés résultent de la réaction du corps social ou la mise au jour de comorbidités médicales. Cette dimension introduit les normes sociales comme modificateur important du diagnostic et de l'expression symptomatique de l'addiction. Le contexte devient élément prépondérant, l'individu en tant qu'entité biologique autonome n'est pas le niveau de prise en compte. Il peut être suffisant mais il n'est pas nécessaire. La personne et son inscription dans

un cadre normatif apparaissent comme un niveau de lecture adéquat. C'est de cela qu'il est question quand le substrat biologique ne semble pas le bon niveau de lecture pour une explication causale, Becker, Ainslie, Heyman défendent celui du comportement de choix, c'est-à-dire d'une décision et d'une action dans un contexte structuré de récompenses associées aux options possibles en l'absence d'un lien évident qui le rabattrait sur le biologique.

La qualification de maladie ne peut donc reposer sur une définition de la maladie comme variation par rapport à une norme biologique, dans l'optique de la psychiatrie néo-kraepelinienne. Le simple argument des modifications du substrat cérébral, comme chez Leshner par exemple, se heurte à l'existence de modifications du même ordre dans des situations non pathologiques. Le cerveau, comme le rappelle Heyman, est plastique par définition. S'il y a variation voire lésion, on n'a aucune idée de ce à quoi elles ressemblent. De plus, le contexte, non biologique, influence les paramètres que l'on pourrait juger comme indirects si l'on souscrit à l'existence d'un dysfonctionnement biologique comme étiologie du trouble, mais qui sont les seuls à ce jour à notre disposition pour déterminer l'existence ou non d'une *addiction*. L'addiction maladie du cerveau de type lésionnelle repose sur l'idée d'une réduction possible des comportements à la biologie. Projet réductionniste séduisant, mais engagement discutable en absence de données plus concrètes. Pour finir, la limitation de l'addiction à un type d'addict particulier, extrême, laisse ouverte la possibilité que ces lésions n'existent que chez ce type d'addict, cela demanderait alors de redéfinir la catégorie et il nous semble plus prudent de partir d'une intégration large de phénomènes analogues pour lesquels une homologie peut être supposée que de tirer des conclusions pour l'ensemble de la catégorie à partir d'un échantillon peu représentatif.

b) Affirmer l'importance des normes mais éviter le relativisme

Il reste alors la possibilité qu'il existe des maladies psychiatriques sans que le substrat biologique ne soit lésé. Que l'addiction ne dépende pas de perturbations du cerveau mais de l'information traitée. Le philosophe Jerome Wakefield défend dans une série d'articles de 2017, cette possibilité lors d'une discussion sur et avec Marc Lewis, un neurobiologiste qui s'oppose à l'addiction maladie en usant notamment des arguments classiques de la normalité des phénomènes cérébraux impliqués dans l'addiction[95]. Une définition fonctionnelle comme celle de Wakefield de la maladie, comme il la défend dans ses articles de 1992[96] semble convenir. Une maladie y est caractérisée par la dysfonction d'un mécanisme mental ayant des conséquences préjudiciables, c'est l'idée de *harmful dysfunction,* de *dysfonctionnement préjudiciable.* Elle intègre toute la dimension non biologique dans la prise en compte du préjudice et sous-tend qu'un dysfonctionnement en soit l'origine. Le niveau de la fonction en question pouvant être celui de la psychologie, du mécanisme du choix ou de la biologie. Dans une optique néo-kraepelinienne, on pourrait poser l'hypothèse que c'est bien le cerveau, organe de l'adaptation au milieu qui est dysfonctionnel et construire un programme de recherche réductionniste. Reste à approfondir l'étiologie, le lien entre cerveau et fonctions d'adaptation et définir exactement ce qui dysfonctionne, et comment.

L'addiction peine à se voire qualifier de maladie si l'on se réfère à une définition reposant sur une étiologie biologique de la maladie et nécessite alors que l'on qualifie de dysfonctionnel, soit le substrat soit le processus impliqué. Or, ce que nous avons dit des processus du choix, à propos des courbes d'escomptes, n'implique nullement un

[95] Wakefield, J. C. (2017a,b,c,d, 2019, 2021).
[96] Wakefield, J. C. (1992a, b).

dysfonctionnement en ces termes. Il faut alors un jugement quant au comportement qui le qualifie de dysfonctionnel au sens ou ses conséquences impactent la capacité à mener une vie convenable. Une définition de la pathologie comme d'une incapacité à poursuivre ses *objectifs de vie*, comme défendue par le philosophe et médecin Nordenfelt[97] semble alors plus à même de répondre à la question de la justification de ce qualificatif. Mais la définition de Nordenfelt est normative, et l'addiction est alors une maladie au sens d'un phénomène jugé comme tel dans un contexte donné. Si on ne peut définir de critères objectifs qui permettent de qualifier les dysfonctionnements, le risque est de qualifier des comportements de maladie en raison de la transgression de normes relatives au contexte. Dans son analyse, le philosophe et médecin Engelhardt déclare que juger que quelque chose est une maladie dépend du contexte historique, de ce que l'on considère collectivement comme problématique et de ce dont la médecine est, ou se croit, capable de faire concernant ce phénomène[98]. Le concept de maladie a l'intérêt pratique d'appeler à l'intervention des médecins.

Cet état de fait n'est pas spécifique de l'addiction et tient à l'état des lieux dans le champ du débat autour de la définition de la maladie, et la question de la nature de l'addiction est tributaire de la définition que l'on donne de la maladie. On peut mettre en suspens la dimension étiologique cérébrale sans disqualifier la maladie. On peut défendre le qualificatif de maladie sans défendre la pathologisation des goûts et de la vie quotidienne[99]. L'addict n'est alors pas malade car il ne suit pas les normes établies mais parce que la fonction ne remplit plus le rôle qui est

[97] Nordenfelt, 1995, 2000 et sa traduction partielle et sa présentation par Forest & Le Bidan, M., 2012, voir aussi Giroux, 2010.
[98] Engelhardt, 1975, voir aussi sa traduction par Gzil, F et sa présentation par Gzil & Giroux dans Giroux & Lemoine. 2012, p223-258.
[99] Wakefield défend son approche de la dysfonction justement pour éviter de tomber dans une définition strictement relativiste et s'appuie sur une l'idée que les fonctions sont dysfonctionnelles quand elle ne remplissent pas le rôle qu'elle devait remplir selon un point de vue évolutif, quand elle devient un obstacle à la survie et à la reproduction.

le sien c'est-à-dire, dans une optique évolutionniste, adapté à sa survie, comme proposée par Nesse[100] dans une optique darwinienne revendiquée, ou Wakefield. Ce dernier dit qu'un processus dysfonctionne quand il échoue à remplir sa fonction naturelle telle qu'elle a été façonnée (*designed)* par l'évolution[101]. Une trop grande résistances aux récompenses immédiates en raison d'un contrôle trop important, s'il induit des troubles physiologiques en raison d'un manque de ressources effectivement collectées est dysfonctionnelle, une trop grande sensibilité aux récompenses immédiates, qui permet de ne pas rater les occasions certaines pour poursuivre un objectif incertain, devient problématique s'il impacte négativement la survie. Le rat qui stimule son système de récompense jusqu'à en mourir en donne un exemple extrême. Notre système de prise de décision, le système de récompense, les courbes d'escompte, sont censés nous permettre de nous procurer ce dont nous avons besoin pour subvenir à nos besoins, survivre et transmettre nos gènes.

La question qui se pose alors pour l'addiction est ; Est-elle la conséquence d'un processus dysfonctionnel ayant des conséquences préjudiciables, ou la conséquence d'un processus parfaitement fonctionnel mais dont les conséquences ne sont plus adaptées au contexte ? Dans ce cas l'intérêt évolutif du processus est perdu et il devient délétère en raison d'un changement de l'environnement. Les théories du choix semblent aller dans ce sens montrant une forme d'irrationalité intrinsèque, normale, liée au fonctionnement même du système et l'extrême importance prise par la planification à long terme le rend défaillant. Cependant, il semble aussi que nous soyons capables de formuler et de tenir des plans à long terme, qu'il faille faire la distinction entre les comportements liés aux objets d'addiction sans conséquences

[100] Nesse est professeur de psychiatrie et de psychologie à l'université du Michigan et un des fondateurs de la médecine darwinienne. Voir Nesse, 2001 et sa traduction par Methot, P.-O., dans Giroux & Lemoine 2012. Voir sur la médecine darwinienne, Méthot, P. -O., 2011.
[101] Wakefield 1992 b

durables et celles où il devient problématique de modifier sa conduite pour les éviter. En ce qui concerne l'addiction, on peut considérer que son noyau dur se définit par la difficulté à adapter son comportement pour éviter le préjudice associé. En cela, on retrouve une des limites de l'approche de Wakefield, un flou entourant les limites entre normal et pathologique, les frontières semblant devoir être posées selon une analyse qui relève du sens commun, non de critères objectifs. Si l'on suit Nesse, nos intuitions sur lesquelles nous fondons nos évaluations de la dysfonctions ont un fond d'objectivité car nos préférences pour la santé, le bien-être ont été forgées par l'évolution[102].

On peut alors défendre l'existence de normes naturelles objectives, de fitness, de préservation de l'homéostasie, liées à l'évolution. Reste qu'il est difficile de faire la part des choses entre le normatif naturel et le normatif culturel. En tant qu'animal social, nos normes culturelles établissent les conditions de notre survie et de notre réussite ou de notre échec à subvenir à nos besoins et transmettre nos caractères[103]. En cela l'addiction reste tributaire aussi d'une évaluation normative culturelle, les lois naturelles ayant trouvé des expressions culturelles, la nature transgressive de l'addiction qui provoque des conséquences sociales délétères impacte la qualité de vie au même titre que les conséquences biologiques. Quant aux normes naturelles, il apparaît qu'il faille faire le pari que nos intuitions et nos inclinaisons naturelles en dépendent, en attendant qu'elles soient exprimées clairement. C'est un pari que nous prenons, une hypothèse de travail.

[102]Nesse 2001, Méthot, P. -O., 2011.
[103]Il semble d'ailleurs que la complexité de nos rapports sociaux ajoute à la dimension génétique de la transmission des gènes celles de la transmission de faits et de valeurs culturelles dont nous pouvons être à l'origine. Nous transmettons aussi des pensées, des valeurs et l'importance de cette transmission d'information semble avoir pris une importance considérable dans notre espèce.

c) Le terme maladie est justifié et discutable

La proposition de Wakefield reste soumise à débat[104] et la question de l'existence et de la définition de la maladie reste posée. On peut qualifier l'addiction de maladie en se fondant sur la possible existence d'un mécanisme sous-jacent pathologique, ou simplement à partir d'une qualification qui n'implique pas d'étiologie particulière, selon une approche normative, voire refuser le qualificatif, parce qu'on n'accepte pas l'existence d'un mécanisme particulièrement dysfonctionnel et que l'on récuse la pertinence de l'approche normative en raison du jugement de valeur qui qualifie des choix de vie et les médicalise. En fait, on peut à la fois faire correspondre l'addiction à toutes les définitions de la maladie disponibles et trouver des raisons de rejeter le qualificatif selon ces mêmes définitions. La question posée selon le terme de A est-il un B se trouve prise dans les controverses qui entourent la définition de B.

La question de la maladie n'est pas directement une question de neuroscience. Ces dernières apportent des données et des explications concernant les processus sous-jacents aux comportements. Ces données peuvent à la fois être intégrées à une réflexion psychiatrique néo-kraepelinienne qui lie troubles mentaux et étiologie biologique, ou être associées à d'autres formes de réflexions. Les théories du choix peuvent se voir associées les données biologiques et voir dans l'addiction soit un dysfonctionnement pathologique, soit l'expression normale d'une fonction dans un contexte qui rend ses conséquences préjudiciables.

Le qualificatif de *maladie* appartient au domaine de la médecine et de sa philosophie. Nous pensons qu'il est à la fois justifié et discutable mais son application relève de la prise en charge concrète du phénomène et dépend donc, aussi, de ses conséquences et de son intérêt. C'est d'ailleurs en ces termes que les oppositions s'expriment. Dans le champ

[104] Voir l'ouvrage de Faucher & Forest, 2021.

de l'addiction, la question de la maladie n'est pas théorique. Les arguments sont de nature pratiques et portent sur l'intérêt pour l'addict de se voir appliquer le qualificatif de malade. Ils portent sur les conséquences sur sa prise en charge, son évolution et son statut moral.

3) Quel malade est l'addict ?

a) L'intérêt du qualificatif

En attendant que le concept de maladie soit effectivement et sans équivoque formulé et décrit ou disqualifié, il continue d'exister des situations auxquelles il s'applique. On peut reformuler la question pour l'addiction ainsi : quel intérêt y a-t-il à la qualifier de maladie ?.

Hesslow, neuroscientifique, médecin et philosophe pose la question de l'intérêt du concept de maladie dans un article de 1993. Sa réponse est plutôt négative. Il traite des avantages communément associés au concept de maladie pour la prise en charge des phénomènes et montre qu'ils n'en sont pas. La liste qu'il établit à l'avantage d'être représentative des arguments des défenseurs de l'addiction maladie[105].

D'abord le qualificatif de maladie fonde le traitement médical. A partir du moment où le qualificatif est apposé, le phénomène peut et doit être pris en charge par la médecine, ensuite il ouvre le droit à la couverture des frais par les assurances sociales, ensuite cela peut ouvrir l'accès à des droits spéciaux, comme des arrêt de travail ou des aménagements des conditions de travail ou de vie, l'accès à certains

[105] Hesslow, 1993. Voir la présentation par Lemoine & Girouset et la traduction par Lemoine, dans Giroux & Lemoine 2012.

allocations, enfin, les maladies mentales supposent que le patient soit exempté de responsabilité morale pour ses actes et que la question de l'imputabilité légale de ses actes se pose.

Hesslow montre que ces avantages ne dépendent pas du qualificatif de maladie et peuvent tout aussi bien être octroyés à des phénomènes qui ne bénéficient pas de cet adjectif. Si l'on applique ce raisonnement à l'addiction, on peut effectivement concevoir que la prise en charge médicale de cette dernière va de soi, que le doute quant à sa nature n'empêche pas par exemple que les dispositifs de prise en charge relèvent de la médecine, que la prise en charge des comorbidités associées amène l'addict dans le giron de la médecine et que les coûts associés puissent être aussi pris en charge par les assurances maladie. Mais ne pas associer le qualificatif de maladie peut aussi être un argument pour un refus de prise en charge par ces mêmes assurances et ouvre la perspectives du développement de structures de prises en charge relevant du conseil, du développement personnel, de la religion… L'addiction se manifeste par une difficulté vécue comme insurmontable à amender son comportement, il parait contre-productif de renvoyer l'addict à une résolution personnelle au sens où la prise en charge collective semble essentielle, et donc la prise en charge des coûts.

Cela reste une question d'orientation politique et l'évaluation du rapport coût bénéfice pour le corps social de cette prise en charge dépend du corps social. La science n'apporte que des éléments au débat mais l'adjectif maladie fait entrer l'addiction dans un champ qui semble avoir apporté plus de résultats satisfaisant que le traitement purement moral de cette dernière. Pour reprendre Fingarette, les dispositifs collectifs ne peuvent s'encombrer des subtilités de l'idiosyncrasie et une qualification globale, si elle n'apporte pas ces bénéfices, les sécurise au sens où ils sont naturellement associés à la maladie.

Concernant le dernier point, celui de la responsabilité morale et légale, il est un point d'achoppement entre les pro et les anti maladie. La définition actuelle de l'addiction maladie affirme l'irresponsabilité de l'addict en raison du caractère supposément contraint du choix qui lui échappe. Leshner associe cette déresponsabilisation à une protection contre la stigmatisation et la condamnation légale. Les opposants affirment qu'en déniant la responsabilité de l'addict on le prive de la principale ressource qu'il possède pour lutter contre son addiction, l'affirmation de sa capacité à agir. La question de la maladie revient aujourd'hui à savoir s'il est mieux pour les addicts que nous leur disions qu'ils ont le choix. Malades, ils sont soulagés du poids de la responsabilité, libres, ils gagnent l'assurance de leur capacité à agir, et l'espoir de pouvoir faire quelque chose. Malades ils sont infantilisés et impuissants, libres ils portent le poids d'actions qu'ils échouent à empêcher… Or, il ne nous semble pas que l'addict soit dans les faits protégé. Il pèse toujours le soupçon de sa participation active à son addiction, d'abord en tant que consommateur puis en tant qu'addict. Les dispositifs légaux n'appliquent que rarement l'excuse d'irresponsabilité[106] aux addicts et la consommation de substances apparaît comme une condition aggravante pour la perpétuation de nombreux crimes et délits[107]. Quant à la reconnaissance de leur libre arbitre, cela semble paradoxal quand l'idée même de l'addiction commence par un sentiment de perte de contrôle.

b) Un malade sans abolition du contrôle volitionnel

Nous avons proposé que l'addiction soit considérée comme une forme d'akrasie, ce qui suppose une agentivité problématique mais pas forcément une perte totale de participation à l'acte. Nous avons proposé

[106]Elle a été réformée en 2022 pour en restreindre l'application dans les cas où des drogues sont impliquées. voir plus avant.
[107]Warrand 2022.

une gradation dans la perte effective de capacité à agir contre son addiction et cela remet effectivement la question de la responsabilité de l'addict au centre du débat. Nous pensons que qualifier l'addict de malade n'implique pas que l'on défende le type de perte de contrôle et la perte d'agentivité défendue par le modèle maladie actuel, sans pour autant affirmer que l'addict dispose du libre arbitre total associé au moi autonome. S'il s'agit de qualifier l'addict de malade, il s'agit de déterminer l'importance de sa perte d'agentivité, puis, d'évaluer quel discours est le mieux adapté pour chaque cas particulier. Apparaît alors la différence entre la science qui veut décrire et expliquer et la médecine qui s'en sert pour traiter. Dans le cadre du spectre de l'addiction la question devient donc quelle narration est la plus adaptée au patient ? Quel degré d'irresponsabilité déclarée est le plus utile ? A-t-il d'abord besoin d'une prise en charge forte, de se laisser aller, ou peut-on s'appuyer sur des ressources personnelles ? Les réponses dépendent à la fois de l'évaluation de sa place dans le spectre et de ce qui ressort de la relation patient/soignant[108].

Nous proposons aussi que le qualificatif de malade peut être associé à un statut moral particulier, plus juste et protecteur sans être associé à une déresponsabilisation totale qui ne semble convenir que pour une sous-catégorie d'addicts et repose aujourd'hui sur des présupposés dont nous avons montrés qu'ils ne permettent pas de rendre compte du phénomène d'addiction.

---

[108]C'est effectivement la porte ouverte à des conduites paternalistes. Mais d'une part, pas plus que dans nombre de relations patient/soignant, et d'autre part, le paternalisme peut aussi être un élément constitutif de cette relation.
L'addiction implique souvent le paternalisme car le préjudice provient toujours au moins en partie des réactions du corps social. Il y a souvent à l'œuvre l'avis d'une autorité sur la conduite, un avis dépréciatif. C'est le risque inhérent quand on fait appel à des normes et les normes naturelles, comme la santé, l'adaptation, posent le jugement de spécialistes comme supérieures au jugement de l'individu. Quand l'addict ne pose pas lui-même un jugement *lucide* sur son addiction, le jugement du spécialiste en troisième personne, qui se présente comme *meilleur* que le jugement individuel relève du paternalisme.

Notre proposition qui consiste à voir l'addiction comme un spectre, une sous-catégorie de l'akrasie, la délimite à partir de l'existence de conséquences préjudiciables qui découlent d'une pratique à l'origine gratifiante. Il y a un glissement vers les conséquences négatives et c'est l'apparition de ces conséquences, associée à la difficulté à cesser le comportement qui marque l'entrée dans l'addiction. Notre définition s'appuie donc sur un déficit d'adaptation au contexte, une perturbation de l'orientation des comportements vers les buts de l'individu. Ces conduites perturbent les équilibres, l'homéostasie. Et l'homéostasie est une condition de la poursuite des buts. L'addiction apparaît comme une dérégulation et demande une détermination de la gamme normale de fonctionnement et de ses limites. Nombre de pathologies de la régulation ont des limites floues comme le diabète, l'hypertension. Les valeurs normales de leurs paramètres biologiques sont larges et le pathologique est déterminé par des évaluations statistiques d'un risque. Les troubles psychiatriques quant à eux sont couramment dépourvus de critère biologique objectif pour leur évaluation, l'addiction est certes particulièrement pauvre en ce qui concerne les critères objectifs, mais ne dénote pas dans la champ psychiatrique. Elle semble pouvoir, au même titre que d'autres phénomènes, supporter le qualificatif de maladie. S'il pose tant de problèmes aux USA, en raison des conséquences pratiques de son usage, ce n'est pas le cas en France ou le débat sur le libre arbitre semble décorrélé de celui sur le terme. Les points de discorde touchent plus les orientations théoriques, la critique ou la défense de la psychiatrie biologique, l'atteinte au sujet autonome, l'envahissement de la vie quotidienne par la normativité médicale dans la lignée de Foucault, la place des sciences humaines face aux sciences biomédicales. Quand la psychiatrie américaine assume pleinement son orientation biomédicale, le qualificatif de maladie emporte avec lui ses engagements théoriques et crée un casus belli entre cette psychiatrie et les approches de sens, plus existentielles. En France, malgré l'influence de plus en plus forte, de cette

tendance aux *hard medical models*, la tradition intellectuelle de la psychiatrie elle-même, ne rend pas à ce point suspect l'adjectif malade. Les psychiatres sont des médecins, les psychologues sont associés aux structures de soins et ceux qu'ils traitent, leurs patients, entrent dans le champ du médical ou du paramédical selon la relation simple selon laquelle ce dont s'occupent les médecins, c'est de soigner, les maux du corps et de l'esprit. Nous proposons donc qu'il y a un intérêt à qualifier l'addict de malade mais d'une maladie qui se manifeste sous la forme d'un spectre, qui nécessite des degrés de prises en charge et d'intervention variable et qui implique une perturbation de l'agentivité graduelle, qui ne reprend pas l'idée que l'irrationnel marque l'involontaire et l'involontaire la perte de liberté d'agir, au sens où la notion de liberté d'agir ne doit pas être entendue comme une liberté totale d'un moi autonome et souverain, mais comme la liberté effective que nous avons de parfois prendre des décisions qui nous permettent de résister à nos impulsions court-termistes, ou à y céder sans contrarier absolument nos plans à long terme. Une liberté qui s'entend compatible avec le déterminisme biologique et l'influence du milieu.

Chapitre V. Le statut moral de l'addict

La revendication la plus ancienne du modèle maladie, qui repose sur l'histoire même de la psychiatrie et de la lutte de la science pour la reconnaissance de sa légitimité à prendre en charge des phénomènes sous l'autorité morale de la religion, est de proposer une approche dépassionnée et sans condamnation morale de l'addiction. La perte de la liberté signifiant la perte de la responsabilité, toute tentative de remettre une quelconque forme de possibilité de contrôle dans le phénomène court le risque de réintroduire la question de la responsabilité, et le jugement moral, négatif, historiquement associé.

Les théoriciens modernes de l'addiction comme choix, eux, tentent de défendre une approche morale de l'addiction, tirant à la fois des conclusions découlant de leurs propositions en termes de théorie de l'action, tout en les encadrant par une optique résolument humaniste accompagnée d'une revendication clairement exprimée, le plus souvent, à refuser de revenir aux formes anciennes de condamnation morale de l'addict débauché. S'ils doivent admettre une part de responsabilité dans le choix, ils tentent d'éviter le libertarisme de Szasz ou les positions plus complexes de Fingarette. Cependant, il est difficile de tirer des conclusions relatives au statut moral de l'addict des modèles de décision proposés. Le plus souvent, il lui est reconnu une responsabilité inhérente à la capacité à choisir qui lui est assignée, mais des circonstances atténuantes, relatives à la perturbation du désir et au poids excessif imposé à certaines options par un mécanisme qui lui paraît tout de même étranger. La difficulté rencontrée par ces modèles vient de la tension entre un modèle psychologique, qui permet une inversion des préférences, mais pour qui ce sont les motivations qui conditionnent les croyances et les jugements et une approche philosophique qui a tendance à concevoir la rationalité comme nécessitant que ce soit, à l'inverse, les

croyances et les jugements qui conditionnent les motivations. A ce sujet, les données des sciences du comportements, Ainslie en tête, sont sans appel, s'il s'agit de prendre ce critère comme critère de rationalité, nous ne sommes pas rationnels dans ces situations de renversement des préférences, nous ne sommes rationnels que par rapport à la potentialisation locale de la récompense, potentialisation locale qui n'est pas une maximisation globale issue de la délibération d'un agent autonome et libre. Plus encore, les stratégies proposées par Ainslie à disposition des intérêts pour s'imposer dans la lutte qui les oppose affirment que ce sont nos motivations qui conditionnent nos croyances et jugements. Pour la philosophie cela revient à de la *self-deception,* du *wishful thinking*, et ces phénomènes justifient que l'addiction relève de l'akrasie. Le statut moral de l'addict est donc celui associé à l'akrasie. L'addict est d'ailleurs une figure récurrente de mise à l'épreuve des théories de l'action, de l'akrasie et de la self-deception.

L'addict est considéré comme agissant, à répétition, à l'encontre de son meilleur jugement revendiqué. Les différentes définitions de l'addiction insistent sur cette dimension, la continuation d'une activité en dépit des conséquences néfastes craintes et reconnues, ou la perte de la capacité à s'abstenir. Ces éléments se retrouvent selon des formulations différentes mais il n'en demeure pas moins qu'elles sont toujours présentes. La question soulevée par l'addiction semble donc être peut-on et si oui comment, agir, à maintes reprises, contre notre propre intérêt ?

Les théories du choix tentent de donner une explication à la sélection de l'option *qui n'est pas la meilleure à priori*. En montrant qu'elle peut l'être, sous un certain angle, qu'elle a ses avantages et que le choix se fait sur une échelle relative et non absolue, engageant la responsabilité de l'addict mais une responsabilité limitée, mesurée et qui doit être évaluée. L'approche morale, elle, suppose que le choix est *mauvais*, et blâmable.

Du point de vue des théories du choix, et particulièrement du choix rationnel, comme de la philosophie de l'action, entendue comme une réponse comportementale à l'optimisation des moyens en vue des fins désirées, est mal ce qui ne correspond pas à la mise en œuvre de la meilleure stratégie. Si la meilleure stratégie n'est pas envisagée mais que la meilleure stratégie envisagée est suivie, l'action a le mérite d'être rationnelle, bien qu'entachée d'erreur. De même, si la meilleure stratégie dans l'absolue est bien envisagée mais mal évaluée. Or l'addiction n'est pas qualifiée uniquement de *mauvaise*, comme chez Peele, de mauvaise stratégie de coping *qui ne socialise pas,* par exemple, au sens de *pas la meilleure possible, ni la meilleure envisagée,* mais elle est surtout considérée comme *malfaisante*, ce qui renvoie au modèle moral de l'addiction. L'addiction tend à tomber sous le coup de la condamnation morale pour relever non du choix d'un moindre bien, mais du choix du *mal*.

L'addiction relève de la malfaisance parce qu'elle exprime la préférence et donc la volonté d'un individu. Selon cette manière de la considérer, quel type de mal est alors l'addiction ? C'est la catégorie d'outrage qui nous semble le mieux convenir pour définir cette approche morale. En effet l'addiction implique la transgression de règles et y est associée la dimension volontaire de cette transgression en dépit des avertissements et des interdictions, qui relève de la défiance.

D'autre part, les préjudices associés à l'addiction entrent dans deux catégories, celle du *mal que l'on fait* et du *mal que l'on se fait*. Or, le *mal que l'on se fait* est lui aussi interprété comme une nuisance à autrui.

Nous faisons l'hypothèse que les préjudices s'évaluent en première et en troisième personne et que l'addiction n'exclut pas un certain degré de responsabilité morale. En réponse à ses actes, l'addict peut se voir condamné dans le cadre des relations interpersonnelles. L'expression du blâme y est selon nous légitime voire dans une certaine mesure nécessaire, comme signal d'alerte. Cependant, quand il s'agit d'une

réaction institutionnelle nous proposons de partir de l'analyse de Pickard qui prône une responsabilité sans blâme en la concevant comme une responsabilité pouvant justifier un blâme qui ne serait pas, comme pour les relations interpersonnelles un blâme affectif mais détaché. Nous faisons aussi l'hypothèse que la tendance à verser dans le blâme affectif dans le cadre des relations institutionnelles, médicales et judiciaires, vient que l'on considère l'addiction comme une transgression, qui mérite éventuellement sanction mais aussi comme un outrage qui appelle une réaction émotionnelle qui selon nous n'a pas sa place dans ce contexte, à la différence des relations interpersonnelles.

l) Mal et préjudices

a) Les préjudices sont évalués en 1ere et 3e personnes

L'addiction repose sur l'existence d'effets négatifs liés à une conduite. Ils doivent être reconnus. C'est ce qui crée une tension entre les bénéfices à court terme de la perpétuation de la conduite et les bénéfices à long terme de s'en abstenir. Ces derniers peuvent être positifs, d'autres activités gratifiantes deviennent possibles, ou liés à la disparition d'effets négatifs, à la protection contre les préjudices. Les premiers sont à développer pour modifier la structure des récompenses dans l'optique de combattre l'addiction, les seconds toujours présents. La reconnaissance des préjudices est nécessaire à l'akrasie.

Mais il arrive que la reconnaissance de ces préjudices ne soit pas claire, consciente, exprimable. On implique alors la self-deception, le déni, et on reste dans l'akrasie comme inversion des préférences avec

rationalisation ou dans le cas de l'ignorance vraie. Le choix peut, en cas d'ignorance vraie, n'être problématique qu'en raison d'un jugement en troisième personne. En supposant ce jugement objectif en raison de ses liens avec nos préférences sélectionnées par l'évolution pour la santé, le bien-être etc., l'addict est alors dans l'erreur. Le jugement en troisième personne est affirmé comme supérieur au jugement de l'addict. Il reste à l'en convaincre. On retrouve alors, si le comportement perdure, le cas de l'addiction akrasie, avec ses difficultés pour protéger les meilleures décisions à long terme, une fois qu'elles ont été identifiées. Mais l'addiction n'est pas une question épistémique, ce que l'akrasie peut être. Reste qu'un certain niveau de connaissance, même déniée par une forte self-deception, est nécessaire pour qu'on voit à l'œuvre les difficultés à contrôler le comportement. Il doit exister, quelque part, une évaluation *contre*, consciente ou non. Cependant la connaissance vraie ne garantit pas la disparition de l'addiction.

b) Les préjudices relèvent du mal que l'on subit et de celui que l'on fait

On peut distinguer les préjudices personnels et les préjudices à autrui.

Pour les préjudices personnels on trouve la souffrance au sens des préjudices personnels directes, les comorbidités, les altérations de la capacité à agir, les effets délétères. Ces derniers entraînent des préjudices à autrui qui prennent la forme d'un déficit du rôle social, de père, frère ami, collègue, employé, citoyen… et les conséquences indirectes des actions entreprises, la participation à des entreprises délictueuses, les crimes et délits connexes… Les préjudices sociaux ont en retour des effets néfastes sur l'addict, par les relations personnelles distendues, la perte d'opportunités (pertes financières, de possibilités d'actions gratifiantes…),

les sanctions pénales. Une partie de ces effets de retour découle d'une réaction du corps social à la transgression. L'addiction s'accompagne d'actes réprouvés voire délictueux, qui transgressent eux aussi soit un commandement moral, soit une interdiction légale, soit les deux.

2) L'addiction n'exclut pas la responsabilité

a) La gamme étendue de la responsabilité morale

Pour évaluer le statut moral, la théorie la plus usitée est celle de l'action volontaire qui la décrit comme l'implémentation d'une intention[109], l'expression d'une volonté. C'est le modèle de l'action comme expression libre d'un agent autonome. Le jugement éthique ou légal suppose que l'agent peut être tenu pour responsable de ses actes s'ils relèvent d'une action libre, c'est-à-dire non contrainte. Selon ce principe, quand un agent déclare : «J'ai fait φ parce que je voulais φ-er» cela signifie que par le fait de φ-er il exprime son intérêt pour φ ou que φ lui a permis de s'approcher d'un objectif auquel il tenait. L'action exprime les préférences de l'agent, ce qu'il veut. La responsabilité éthique repose sur l'idée d'une action libre, non contrainte, dont la définition remonte à Locke qui stipule qu'une action est libre si elle est non contrainte, et causée par une volonté de l'agent, et si l'agent aurait pu agir autrement ou ne pas agir ainsi[110]. Locke ne présuppose pas que la volonté soit elle-même libre, l'action libre repose sur la possibilité qu'à l'agent de délibérer et de suspendre l'exécution d'un désir. C'est la délibération qui

[109] Gollwitzer, 1999 ; O'Connor & Sandis, 2012.
[110] Locke, 1690, livre II, chap. XXI, 7-29.

est libre pas la volonté.[111] On retrouve l'idée que l'action exprime la volonté de l'agent et dans le cadre de la théorie du choix rationnel, ses préférences[112]. Cette approche du choix libre est un des fondements du modèle moral de l'addiction, c'est de ce type de choix dont il est question quand on qualifie l'addiction de choix. Ce modèle d'action conduit soit à qualifier l'addiction de choix délibéré et libre et donc à une condamnation morale et légale, soit à la considérer comme une action contrainte, comme le fait le BDMA dans l'idée de protéger l'addict du blâme.

Le philosophe Harry Frankfurt a apporté une contribution majeure au débat en redéfinissant l'action contrainte. Il déclare que l'agent peut être responsable d'une action contrainte s'il l'effectue avec une autre justification que la contrainte, si l'action contrainte répond aussi à l'un de ses désirs, s'il avait pu, en dehors de la contrainte, la faire sienne[113]. La responsabilité n'est alors plus incompatible avec le déterminisme. Si l'on reste dans la dichotomie entre addiction choix délibéré ou contraint, rien ne change pour le premier, mais apparaît la possibilité d'une responsabilité de l'addict dans le second. L'addict peut bien être contraint par sa biologie, son statut dépendra de son attitude vis-à-vis de son addiction. La conduite est-elle une conduite qu'il n'aurait pas poursuivi sans contrainte ? Le doute reste permis du simple fait que la consommation première, avant l'addiction peut relever d'un choix non contraint par la maladie. Il se pose alors la question de l'autonomie. Selon Frankfurt, même l'action contrainte ne dépend pas d'une délibération et d'un vouloir libre, du libre arbitre, son statut moral dépend d'une volonté d'un autre niveau, du vouloir vouloir. Vouloir qu'un de ses désirs devienne sa volonté.

---

[111] Locke, 1690, livre II, chap. XXI, 47. Voir aussi De Luca, Jaffro & Nayfeld, 2022.
[112] Comme chez Locke chez qui la volonté n'est pas forcément libre, la délibération, sous la forme d'un calcul d'utilité l'est et l'action se trouve dépendre des préférences, des désirs et les exprimer. Il peut surseoir à l'expression d'un désir, si son expression n'est pas la plus *utile* par rapport à d'autres opportunités
[113] Frankfurt, 1969, 1971, 1973, 1998.

L'addict a un désir pour la drogue et un désir pour être abstinent, veut-il vouloir consommer ? Selon Frankfurt, l'agent est autonome s'il fait sien un désir d'agir, que l'acte soit contraint ou non, s'il se détermine quant à ce qu'il veut. On peut donc envisager que l'addict soit autonome s'il accorde sa volonté de second ordre avec le désir, contraint, de consommer. Dans le cas contraire, il y a perte d'autonomie, de capacité à déterminer soi-même sa conduite. On a donc dans l'addiction une gamme étendue de responsabilité envisageable, de l'addict qui accorde ses volitions de premier et de deuxième ordre, l'addict de *bonne foi* à l'addict totalement discordant.

Les travaux de Frankfurt ont ouvert la voie à un débat riche et complexe, mais il suffit ici de constater que la question de la responsabilité éthique dans l'addiction peut se poser même dans le cadre de l'addiction compulsion[114], si l'on ne se limite pas à une définition de l'action libre qui relève du sens commun sans tenir compte des nuances de la réflexion sur le sujet.

b) Il y a dans l'addiction un fond intentionnel qui m'engage

1) Le statut moral de l'addiction est celui de l'akrasie

Nous avons proposé que l'addiction est mieux comprise quand elle est considérée sous l'angle de l'akrasie et que le qualificatif de maladie pouvait s'y appliquer. Nous avons vu qu'en dépit de ce qu'avance le modèle maladie traditionnel, même en considérant l'addiction comme compulsive, comme reposant sur des actions contraintes, la possibilité d'une évaluation éthique n'est pas éliminée.

[114] Frankfurt 1971, prend l'addiction comme exemple de compulsion irrésistible.

En remettant de l'agentivité dans l'addiction, le risque est de revenir au traitement du modèle moral de l'addiction. Or cela n'est un risque que si l'on se place sous l'égide du choix comme implémentation d'une intention qui relève pleinement du choix libre de l'agent. Il nous semble d'ailleurs que l'action libre comme action non contrainte entretient une relation particulière avec la théorie du choix rationnel et la maximisation de l'utilité. Dans cette dernière il n'est pas explicitement question de la volonté, comme dans le syllogisme pratique aristotélicien, on peut s'en passer. L'agent maximise l'utilité car c'est ce qu'il y a de mieux à faire dans l'absolu. Cela signifie que le choix de l'agent dans cette perspective est celui qu'il effectuerait dans le cas où il disposerait du libre arbitre et poursuivrait des objectifs rationnels, c'est-à-dire dans le cas où l'agent ne choisit pas totalement au hasard, si on suppose qu'il est aussi un sujet moral qui tend à une forme de bien. Dans cette optique, les goûts et préférences de l'agent rationnel déterminent ce vers quoi l'agent tend et donc, qualifiés en termes de bien et de mal, son statut moral. C'est ce qui rend compatible théorie du choix rationnel, théorie de l'action comme implémentation d'une intention libre et modèle moral de l'addiction. L'akrasie est avant tout un paradoxe dans le cadre de cette théorie et ses explications apportent d'autres possibilités d'évaluation de la responsabilité de l'addict. Nous proposons donc que le statut de l'addict dépend du statut associé à l'akrasie.

2) Tant qu'il y a conflit avec moi-même il y a responsabilité

Nous avons proposé que l'addiction procède d'une impossibilité à s'opposer au déclenchement d'une action dont l'actualisation dépend d'une évaluation antérieure. Il y a donc, à l'origine de l'action un fond intentionnel qui m'engage. Le problème se pose quand mes évaluations

actuelles vont à l'encontre de mes évaluations passées. Il se peut que je ne veuille plus vouloir qu'elles orientent mon choix, sans réussir à m'y opposer en raison par exemple d'une définition floue de l'option adverse qui mine sa prise en compte, ce qui en fait, au sens de Frankfurt, des actions réellement contraintes. L'addiction s'étend donc sur un spectre qui va de l'acte intentionnel total, quand il n'y a aucun conflit, à l'action contrainte. Entre les deux, l'intentionnalité est plus ou moins résiduelle, plus ou moins reconnue comme mienne. Le degré de responsabilité varie en fonction du degré de contrainte ainsi défini, du degré d'écart entre le moi que j'étais lors de la prise originel de décision, celui que je suis et celui que je veux vouloir devenir. Je suis responsable car c'est le même moi en raison d'une continuité historiques et de propriétés n'ayant pas variées, mais c'est aussi un moi différent de celui que je suis. Dans l'hypothèse où, alors que c'est le choix ancien qui préside à l'action et que je ne reconnais non seulement pas la validité de l'intérêt et de la motivation du moi ancien mais que je refuse de voir ce qu'il a de commun avec moi, c'est-à-dire que celui qui prend ce genre de décision est aussi moi, que je suis aussi confronté à des désirs semblables et des problèmes identiques mais que je peux trouver des solutions alternatives, les moi se séparent et finissent par être comme dissociés, étrangers. L'addict est alors totalement contraint, irresponsable, et à la merci d'une addiction sous sa forme la plus grave. Tant que le conflit existe, qu'il est reconnu comme une tension entre des désirs opposés qui m'appartiennent, le conflit reste au niveau des motivations, et un certain degré de responsabilité est assignable.

3) L'assignation de responsabilité est nécessaire

Rejeter totalement sa responsabilité risque d'actualiser la dissociation. Reconnaître que l'addiction appartient à sa propre histoire

et s'est développée sur une stratégie qui a un jour été sienne permet de la comprendre et participe de la définition de l'option qu'elle représente pour qu'elle soit tenue en pleine lumière lors de l'évaluation. Cela éclaire aussi ce que peut représenter l'option adverse. Cela participe donc de la définition de la structure du choix. Toutes les pratiques thérapeutiques commencent d'ailleurs par le recueil de l'accord du patient et la demande expresse de sa participation. Ensuite, nous avons vu l'importance du déni et de la self-deception dans l'addiction, là encore, la responsabilité dans la self-deception tient au fait qu'elle est motivée par la défense d'un intérêt, et elle dépend du degré de reconnaissance de cet intérêt.

La reconnaissance de la possibilité d'être tenu pour responsable dans les actions liées à l'addiction ne vaut pas condamnation. La responsabilité est tempérée, modérée par le degré d'avancement de l'addiction et par le contexte de sa mise en place et de son évolution. En effet, si elle procède d'un choix initial dans lequel l'intentionnalité du sujet semble sienne, elle dépend de la structure de récompenses du milieu dans lequel ce choix a été effectué. Des environnement pauvres en opportunités, dans lesquels le choix de l'option qui mène à l'addiction n'est confrontée qu'à peu d'options alternatives ou dans lesquelles ces options alternatives sont de faible intérêt, rendent le choix de l'option addictive plus intéressante. Si l'agent porte une responsabilité dans le choix, elle est donc aussi tempérée par l'étendue et la qualité des options disponibles. Le contexte social, les connaissances et croyances de l'agents, la qualité et la diversité de l'information disponible et le développement des compétences nécessaires à leur prise en considération sont des facteurs qui impliquent aussi une responsabilité collective. C'est l'argument classique de l'implication du social et de la responsabilité que nous avons de participer à une société qui offre des opportunités à ses membres.

Il y a deux types de jugement de responsabilité, celui que je porte sur ma propre conduite et celui, en troisième personne, tout comme il existe une reconnaissance des préjudices en première et en troisième personne. Dans l'addiction, il s'agit de mettre en accord les jugements en première et troisième personne sur le degré de responsabilité. Si nous avons opté pour l'intérêt du qualificatif de maladie, c'est qu'il n'implique pas de déresponsabiliser l'addict, comme nous l'avons vu et met en position d'autorité, pour le jugement en troisième personne, une autorité médicale. Cette autorité est tenue à une attitude d'aide et de soin et fait reposer ses diagnostics et ses traitements sur les données issues de la science. Science censée rendre compte du monde tel qu'il est. Ce jugement dispose donc d'une autorité particulière, la science et sa prétention à l'objectivité, mais dispose d'un degré de latitude dans l'usage pratique des données des sciences. Nous avons plaidé pour un usage pragmatique de la science et de la self-deception, l'important étant d'offrir une narration le plus crédible possible, la science trouve sa crédibilité dans la logique de son discours et est moins facilement mise en défaut que les constructions théoriques qui ne s'appuient pas sur le confrontation avec les faits. Le premier avantage de l'approche médicale est sa force de conviction, le second est qu'elle peut découpler jugement de responsabilité et blâme.

3) La responsabilité et le blâme

Le blâme est une réaction normative négative à un comportement[115]. Ici on tient quelqu'un pour responsable de quelque chose, une responsabilité qui va au-delà de la responsabilité causale, et

[115] Selon la Stanford Encyclopedia of Philosophy.

cela suppose donc de voir dans ce quelque chose l'expression d'une agentivité, sous le signe de la liberté de l'agent, totale ou partielle. En cela l'addiction expose l'addict au blâme. Nous avons accepté d'y réintroduire la responsabilité de l'addict et elle se caractérise par l'existence de préjudices. L'addict transgresse des normes et provoque des dommages dont il peut être tenu pour responsable. La littérature propose plusieurs type de définition du blâme, en faisant une attitude cognitive[116] comme un jugement de valeur, une attitude conative[117] comme expression du souhait que ce qui a donné lieu au blâme n'est pas eu lieu que celui qui est responsable fisse autrement, ou fut autre, ou une réaction émotionnelle[118] ou encore comme ayant avant tout une fonction, comme d'exprimer une protestation[119]. Ensuite, on trouve aussi déterminées les conditions de justification du blâme qui concerne celui qui blâme, celui qui est blâmé et la situation d'interaction entre l'un et l'autre, leur relation relative.

---

[116] Pour les théories cognitives, le blâme est un jugement, l'évaluation d'un état du monde, portant sur ce que fait un agent ou sur ce qu'il est. Un jugement évaluatif, de gradation, une façon de classer, noter les actions et les individus, les unes par rapport aux autres, sur une échelle qui s'étend de l'éloge au reproche mais, dans le cas du blâme suppose en plus une intention derrière ce qui est évalué, une responsabilité. (Smart, 1961), Chez Watson, 1996, il s'agit d'une évaluation par rapport à une valeur étalon, d'excellence qui implique aussi qu'on puisse attribuer l'action à l'agent. Ces deux approches sont intéressantes en ce qui nous concerne car elles autorisent un blâme dépassionné, qui ne nécessite pas d'investissement émotionnel.
Hieronymi, 2004, se passe de l'existence d'une échelle. Le blâme relève de l'évaluation d'une mauvaise volonté (*ill will*) et cette évaluation peut être le blâme lui-même car nous portons un intérêt particulier aux jugements d'autrui portant sur notre bonné volonté (au sens aussi de tendre vers le Bien).
[117] Pour Sher. 2006, et Scanlon, 2008 et Arpaly & Schroeder, 2014, le blâme indique bien une évaluation cognitive mais s'accompagne d'une intention, d'un désir, celui que l'auteur ne se soit pas comporté ainsi. Le blâme est l'expression d'un désir, qui exprime une prise de position morale.
Quant à Scanlon, 2013, il considère le blâme comme une modification des apports interpersonnels, un ajustement de la relation. Le jugement cognitif s'accompagne du désir de modifier sa relation avec l'auteur et le fait de la modifier effectivement.
[118]Strawson, 1962 ; Wallace, 1994, 2011 font du blâme une réaction émotionnelle. Menges, 2017, est un exemple qui précise un type d'émotion impliquée.
[119] Smith, 2013.

a) Le blâme interpersonnel a une valeur d'alerte

Dans le cadre des relations interpersonnelles, le blâme visant l'addict exprime à la fois un jugement sur la conduite, l'expression des sentiments induits par le préjudice et le souhait qu'elle cesse[120]. Il joue un rôle fonctionnel certain dans l'expression de la protestation face à la nuisance causée et la met en lumière. Il est l'expression justifiée d'un dommage, un appel à la prise en considération des conséquences de ces actes et met l'addict en position de sujet moral, lui rappelant sa responsabilité. Il peut s'avérer injuste dans sa manifestation, dans l'excès de son expression mais s'il participe d'une forme de communication, appelle à être tempéré par la prise en compte des modalités de l'addiction, par l'évaluation du degré de responsabilité. En tant qu'expression d'une souffrance il est légitime, si ce n'est parfaitement adapté. Sa dimension émotionnelle rend l'expression du blâme vivace et peut interférer avec la lucidité nécessaire à une évaluation plus fine de la responsabilité.

Le blâme participe de la structuration des récompenses, il devient un stimulus à éviter, il modifie le contexte émotionnel dans lequel évolue l'addict et met au jour des enjeux nouveaux dont la prise en compte peut favoriser la reconnaissance du préjudice et la création d'enjeux, de récompenses, par le simple fait de générer chez la personne blâmée une forme de malaise qu'il devrait chercher à dissiper. Il exprime aussi l'idée que l'autre *ferait autrement* et illustre la possibilité d'existence d'autres comportements. Comme la douleur, il est un signal d'alerte, Cependant, comme la douleur, il peut aussi avoir des conséquences négatives. En

[120] La question n'est pas qui a raison dans la détermination du phénomène nécessaire suffisant pour rendre compte du blâme, mais que chacun exprime un pan de ce qui se retrouve dans les situations de blâme. Le débat quant à la nature exacte de ce dernier n'est pas le nôtre, nous ne faisons que recueillir les éléments identifiés dans la discussion sur le blâme dans le cadre de la réponse à addiction. Pour plus de précision sur le blame on peut se référer à Coates & Tognazzini, 2013.

renvoyant l'addict à son insuffisance, il mine aussi l'estime de soi en favorisant un jugement dépréciatif en première personne.

Le blâme, en première personne, procède des mêmes modalités et a les mêmes effets. Sur le plan émotionnel, il se manifeste par un sentiment de culpabilité, voire de colère contre soi. Comme pour les défenseurs du blâme comme émotion, il s'agit de réagir avec une émotion négative, ici dirigée contre soi. Il génère une souffrance qui peut s'avérer bénéfique, en diminuant la récompense associée avec l'addiction et totalement destructeur en annihilant l'estime de soi, la confiance nécessaire en ses propres capacités à agir autrement.

Ces deux types de situations relationnelles de blâme ont l'intérêt d'un signal d'alerte et appellent donc à la prise de mesures contre l'addiction. Elles jouent un rôle fondamental dans la prise en compte du préjudice, dans la sortie de l'état de l'addict ignorant ou de bonne foi et donc de la reconnaissance de l'addiction et l'affirmation de son statut d'agent responsable. Le blâme ainsi considéré fait partie de l'expression symptomatique de l'addiction. La diminution des activités autres que l'addiction en raison de l'addiction procède soit du choix de l'addict entre deux activités incompatibles, de la perte d'intérêt pour ces activités. Un environnement rendu hostile par les récriminations des individus avec qui on le partage devient de fait moins intéressant. Les problèmes familiaux et professionnels englobent les difficultés relationnelles issues du ressentiment de ses pairs. L'absence de blâme apparaît dans ce cadre comme un facteur aggravant, la marque d'une désociabilisation, d'un isolement ou d'une sociabilisation alternative dans un milieu qui, acceptant les conduites addictives, tend à les favoriser par l'intégration de ses normes. Mais, l'un des effets délétères du blâme, au-delà de sa fonction d'alerte, est qu'il fait courir le risque, s'il ne peut être assumé, d'isoler l'addict ou de le pousser vers ce type de socialisation qui valide

son comportement. D'autre part, le blâme génère aussi une situation de stress qui peut rappeler le comportement addictif. Comme la douleur, le signal doit être entendu sous peine d'aggraver la situation.

Le blâme en troisième personne par une autorité, une institution est d'un autre type, il procède de situations relationnelles différentes. Le premier exemple d'intérêt est celui de la relation de soin, le second de la prise en charge par le groupe social, de la responsabilité légale et du blâme associé. Ces blâmes peuvent avoir des fonctions identiques au blâme des situations précédentes mais ils ont aussi des conséquences et des fonctions différentes. Ces blâmes institutionnels doivent avant tout servir les objectifs de l'institution et ils sont donc soumis à une évaluation légitime du degré de blâme, de sa pertinence et de son expression.

b) Dépassionner le blâme institutionnel ; pour un blâme détaché

1) La Responsabilité sans blâme selon Pickard

Le blâme en troisième personne quand il vient de l'institution doit servir et ne pas interférer avec les buts poursuivis par l'institution. La psychologue et philosophe Hannah Pickard défend la nécessité d'une responsabilité sans blâme[121], c'est-à-dire d'un jugement évaluatif concernant la responsabilité de l'addict, selon une évaluation mesurée et tempérée par le contexte de l'addiction, mais qui ne s'accompagne pas de l'expression normative négative d'un blâme dans le but de proposer des traitements moins punitifs et par là même plus efficaces. Nous avons relevé la possibilité que le blâme interpersonnel puisse aussi avoir des

[121] Voir, outre les travaux de Pickard, notamment Pickard, 2017, Kennett, Vincent & Snoek. 2014 ; Clark, 2021.

effets négatifs sur l'addict et l'évolution de l'addiction, or, quand le blâme est l'œuvre d'une institution, de l'émanation d'une structure collective, le blâme devient stigmatisant, et la stigmatisation des addicts, entendue comme l'expression d'un blâme dans le but de servir au maintien de certaines normes sociales[122], s'accompagne de conséquences néfastes majeures qui s'avèrent être des obstacles au traitement[123] médical comme légal.

La stigmatisation renforce l'idée que la punition des addicts est méritée, et qu'il faut punir l'acte transgressif et que la personne elle-même mérite punition, que l'addict doit être puni, aussi, pour ce qu'il est. Cela renforce les comportements hostiles des individus contre l'individu addict et empêche l'addict de s'en remettre aux institutions. Cela pousse les membres de ces institutions à ne pas s'occuper des addicts autrement que pour les punir[124]. Elle est en cela contre-productive et les dégâts causée par les pratiques inutilement répressives et punitives ne sont pas compensés par leurs effets prophylactiques ou curatifs[125].

Hanna Pickard propose que le monde du soin, tout en reconnaissant la nécessaire responsabilité de l'addict, ne se laisse pas aller à l'expression du blâme. Elle invoque le concept de responsabilité sans blâme. Elle entend par là qu'il s'agit de passer d'une évaluation morale qui conduit à des comportements punitifs initiés par des émotions hostiles reposant sur la reconnaissance d'une responsabilité passée à une attitude qui s'intéresse à la responsabilité comme potentiel pour un futur changement. Il s'agit de moins s'intéresser à la punition tournée vers un acte passé et plus au futur d'un individu au moins partiellement

[122]voir Satel, & Lilienfeld. 2014.
[123] Pickard, 2017 ; Burgess, 2017.
[124] Voir notamment l'effet de la stigmatisation qui détourne les médecins des addicts chez Burgess, 2017.
[125]Count the Costs est un organisme américain indépendant qui travaille à une critique de la politique de *War on Drugs*.
https://www.unodc.org/documents/ungass2016/Contributions/Civil/Count-the-Costs-Initiative/AWDR.pdf

responsable qui doit pouvoir agir, en responsabilité pour le meilleur. Pickard insiste sur l'aspect proactif du soin. Ici, le blâme dont il faut se méfier est un blâme comme réaction émotionnelle. On peut concevoir qu'une «réaction normative négative» à l'addiction si elle prend la forme d'une évaluation cognitive poserait moins de problème. Pickard considère que le blâme n'est pas une simple question de jugement, que les évaluations cognitives tendent à ne pas rendre justice à un phénomène qui paraît loin de procéder de processus conscients et conduit souvent à des réactions irrationnelles qu'elle nomme *Irrational blame*[126]. Pour elle :

> le blâme consiste en une gamme d'émotions hostiles et négatives de premier ordre, envers lesquelles le blâmeur a une attitude spécifique de second ordre, à savoir un sentiment de droit - un sentiment que ces émotions hostiles et négatives de premier ordre sont ce que le blâmé l'objet mérite.

2) Le blâme sans hostilité

Quand il s'agit d'addiction (et d'autres troubles psychiatriques[127]), on doit donc défendre de la part des soignants une attitude qui n'engage pas l'expression de leur ressentiment, une distance juste entre le soignant et le patient. Il nous semble assez étonnant que l'on doive militer pour ce type d'attitude qu'il suffit de qualifier de professionnelle. Pickard a travaillé dans des communautés de soins anglo-saxonnes dans lesquelles le rapport hiérarchique distancié entre le médecin et son patient n'est pas la norme. Soignant et patients vivent dans une communauté avec des relations interpersonnelles censément fondées sur le respect et la reconnaissance pour l'autre, du statut d'agent responsable. Elle pose que la reconnaissance de cette autonomie, au moins en puissance chez

[126]Pickard, 2014.
[127]Pickard, 2011.

l'addict, est une étape majeure du traitement de l'addiction, ce que nous concédons, et met en garde contre l'expression de la part des soignants, du blâme, entendu comme réaction hostile, expression naturelle car elle suit naturellement le fait de reconnaître la responsabilité d'un agent.

La responsabilité implique l'évaluation normative. Pickard distingue d'abord deux types de blâme dans son article de 2011 puis semble avoir affiné sa position dans celui de 2014. En 2011 elle met en garde contre le *blâme affectif* mais admet la possibilité d'un *blâme détaché*. Ce dernier semble consister en l'évaluation cognitive du caractère blâmable de l'agent qui apparaît comme la première étape du blâme et est suivi, pour tout blâme, par le processus impliquant les sentiments puis l'expression d'une réaction hostile. Le blâme irrationnel touche selon elle des individus que l'on ne juge pas blâmables, l'évaluation cognitive est court-circuitée. C'est parce que cette évaluation cognitive ne lui paraît ni suffisante ni nécessaire, à la différence de la dimension émotionnelle que Pickard rejette les explications cognitives du blâme.

D'autre part, l'addiction peut parfois poser de légitimes problèmes moraux, parce qu'il y a, tout de même dans l'addiction, un mal que l'on fait. Pickard propose de voir les réponses coercitives, punitives, parfois nécessaires (le sevrage, le sanctions associées à un test de dépistage positif dans une communauté de soin) non pas comme des punitions associées au blâme mais comme des stratégies de soin visant à changer le comportement des addicts pour le meilleur. La responsabilité sans blâme doit donc s'entendre comme une reconnaissance de responsabilité qui évite de verser dans la réaction d'hostilité. Une réaction normative est bien possible, elle la nomme blâme détaché, mais doit éviter l'expression d'affects négatifs.

Si nous souscrivons pleinement à la recommandation de Pickard de limiter l'expression de l'hostilité par les soignants, il nous semble que l'on peut l'étendre hors du champ du soin à toute forme de réponse institutionnelle et d'autre part qu'elle revient non pas à éliminer tout

blâme mais une forme seulement de blâme qui, selon nous, repose sur le fait de considérer l'addiction non seulement comme une transgression, qui vaut blâme, mais aussi comme un outrage. Nous postulons que l'offense provoque une réaction émotionnelle hostile qui est du type de celle que Pickard enjoint d'éviter.

3) Responsabilité légale ; la transgression et l'outrage

Le thème de la responsabilité légale dans le champ de l'addiction, et réciproquement de l'addiction dans celui de la responsabilité légale, gravite essentiellement autour de celui du degré d'excuse et donc de responsabilité associé à l'addict. Nous avons plaidé pour l'attribution d'une responsabilité à l'addict dans son addiction, mais une responsabilité limitée, à évaluer.

i) Pour une conception relative du libre arbitre

On peut noter d'entrée que l'addiction n'est pas en tant que telle punie par la loi, ce qui intéresse la loi, ce sont des actes pour lesquels il existe un lien avec l'addiction, et la question de savoir en quoi être addict modifie la responsabilité et fournit ou non une excuse. Le vol doit-il être traité de la même manière, c'est-à-dire sanctionné de la même manière s'il a été commis pour se procurer de quoi répondre à son addiction ? Cependant, il faut aussi constater que nombre d'objets d'addiction voient, dans de nombreux états, avec des degrés de sévérité divers, leur possession, cession, consommation et l'incitation à leur consommation tomber sous le coup de la loi. L'addiction, en tant que maladie, doit-elle être une circonstance atténuante pour les actes attachés à l'objet d'addiction ?

Le débat sur le type d'excuse que peut fournir l'addiction est directement lié à l'idée selon laquelle l'addiction pourrait être compulsive

et priver l'addict de sa capacité à choisir. Le modèle maladie devrait protéger l'addict du bras de la justice, l'addict étant déclaré irresponsable en raison de son trouble mental ; ce n'est, même en considérant l'addiction comme le fait le modèle maladie, pas aussi simple.

Le droit repose sur l'idée du *libre arbitre*, c'est le libre arbitre du sujet qui en fait un sujet de droit, sans celui-ci il ne peut être tenu pour responsable (autrement que responsable causalement). Les maladies mentales, comme l'addiction selon le modèle maladie, privent de libre arbitre, l'addict ne peut donc être tenu pour responsable. En fait, la réalité de l'application est plus complexe que cette simple relation, la question du libre arbitre notamment se pose comme elle se pose en philosophie et la loi s'accorde avec des définitions moins libertariennes, s'intéressant à l'intentionnalité plus qu'au libre arbitre. En droit, cependant, la question reste celle de savoir si la responsabilité dépend du libre arbitre et elle a aussi suivi les débats philosophiques. On retrouve alors deux extrêmes, une conception superlative, qui nécessite un contrôle total de ses actes et de ses désirs et une conception minimale, qui accorde la responsabilité dès qu'un minimum de contrôle est établi. Entre les deux, on trouve une conception relative, qui semble faire consensus, au moins sur le plan pratique et qui évalue la responsabilité en degré selon le degré de contrôle[128]. C'est exactement ce que nous proposons de faire avec l'addiction au plan clinique et qui semble devoir se traduire au plan légal ; l'addiction ne se manifeste pas systématiquement par une compulsion mais existe en degré d'altération de la capacité à choisir et du discernement. Nous avons proposé de conserver un certain degré de responsabilité dans l'addiction qui est à évaluer, et cela suffit, sur le plan légal à faire de l'addict (même si nous acceptons le qualificatif de maladie) un sujet relativement responsable. Or, la loi se donne déjà les moyens de considérer responsables les malades et les addicts mêmes qualifiés de

[128] Hart, 2008 ; De Luca, Jaffro & Nayfeld,2022.

malades selon les termes du BDMA. L'article 122-1 du code pénal ne garantit l'excuse de responsabilité que si l'article la maladie a aboli le discernement et le contrôle des actes du malade[129]. Les malades mentaux sont donc punissables. La loi s'intéresse donc plus aux conséquences de la maladie sur le discernement et la rationalité qu'au statut de malade. Or l'addict du BDMA est capable d'actions rationnelles, quand il va acheter une baguette, ou quand il planifie avec soin les moyens de se procurer l'objet de son addiction. Il peut aussi être tenu pour responsable d'être devenu addict, du début de sa consommation, alors que l'objet est parfois prohibé, de ne pas avoir fait ce qu'il fallait pour se soigner. En France, la consommation de substances n'est non seulement jamais une cause suffisante d'irresponsabilité, mais est souvent considérée comme une faute antérieure, une négligence, une imprudence voire une circonstance aggravante[130]

ii) L'hostilité vise ce qu'est l'addict pas seulement ce qu'il fait

On peut envisager, avec De Luca Jaffro & Nayfeld, 2022, d'appliquer les principes de la responsabilité sans blâme de Pickard. Il s'agirait alors d'un traitement légal qui pourrait conduire à une réponse

---

[129] Cet article a été de façon surprenante utilisé pour l'excuse de responsabilité du meurtrier dans l'affaire Halimi. Sa formulation ne précisait pas si l'altération du comportement devait provenir d'une pathologie ou si une origine exogène, comme la consommation de substances, pouvait aussi convenir. Le meurtrier a été reconnu irresponsable, sa consommation ayant entraîné un épisode de bouffées délirantes et ayant altéré son discernement. Un projet de loi «relatif à la responsabilité pénale et à la sécurité intérieure» du 20 Juillet 2021, au lendemain de l'affaire Halimi propose de le modifier, de durcir ses conditions d'application, la consommation de substances psychoactives étant particulièrement visée. Il devient la loi n°2022-52 du 24 janvier 2022 et est inscrit au Journal Officiel le 25 janvier 2022.

Dès lors, Les articles 122-1-1, 221-5-6, 222-18-4 et 222-26-2 du Code Pénal incriminent l'intoxication volontaire ayant aboli le discernement. La loi introduit aussi un délit de récidive d'abolition du discernement…

Cette loi est à la fois une réponse à l'émotion provoquée par l'affaire Halimi mais vise de fait des cas d'exception et particulièrement liés avec les attaques terroristes. L'article 122-1 ne peut plus être utilisé pour excuser des actes de tortures ou de barbarie commis sous l'influence d'une prise volontaire de substance. Voir pour une analyse plus détaillée Warrand, 2022.

[130] Warrand, 2022.

pénale, un blâme, mais dénué d'hostilité. Cela implique une justice plus utilitariste, l'addict est responsabilisé dans l'espoir d'agir ainsi sur ses chances d'amendement futur. Cela n'exclut pas l'idée d'une justice rétributive, l'addict, reconnu comme responsable peut être puni pour ses actes[131]. Il nous faut cependant admettre un certain flou. Rien n'indique que l'évaluation de responsabilité et donc le degré d'excuse soit simple à déterminer. Nos dispositifs d'évaluation, cliniques comme légaux, reposent le plus souvent sur l'idée d'un moi autonome unitaire, or nous défendons, si ce n'est un moi tout à fait scindé, au moins un moi dont l'unité est contrebalancée par une division des motivations, des intérêts et des moi futurs possibles. Il nous paraît plus juste, plutôt que de condamner ou absoudre, dans son ensemble, de chercher à comprendre ce qui dans l'individu relève de celui qu'il était quand fut choisi ce qui valida la conduite qui a mené à l'addiction, et de celui qu'il est aujourd'hui, partiellement en conflit avec ce moi d'hier. De prendre en compte les différentes possibilités de moi vers lesquelles il tend selon les intérêts et les motivations qu'il fait siennes. Vue sous cet angle, la condamnation sans appel semble injuste car elle frappe aussi le moi qui cherche à s'amender, et il s'agit surtout dans une optique utilitariste de lui donner les moyens d'exister. Nous proposons d'évaluer les actes de l'addict sans viser à le condamner pour ce qu'il serait. Nous pensons que cette condamnation qui vise la nature de l'addict est induite par les émotions hostiles qui, si elles sont légitimes dans une relation interpersonnelle, n'ont pas leur place dans le cadre médical ou judiciaire.

La condamnation supplémentaire induite par les émotions hostiles ajoute de la détresse, stigmatise l'addict et diminue la confiance possible en un moi futur différent. L'étiquette accolée par l'essentialisation se comporte comme une prophétie autoréalisatrice. Condamné pour être quelque chose, l'addict finit par être traité comme s'il était ce quelque

[131] Sur Justice rétributive / justice utilitariste, voir Brodeur, 1997.

chose ; cela diminue la possibilité d'agir autrement, rend l'action alternative plus difficile, et donc impacte négativement son poids dans le calcul du choix. Tout comme Pickard propose de laisser le blâme affectif de côté et de se contenter d'un blâme détaché, il nous semble que l'évaluation de la responsabilité légale dans l'addiction devrait conduire à un blâme détaché ; punir l'acte effectué, dans un geste rétributif mais ne pas condamner l'individu pour ce qu'il est supposé être, afin de ne pas oblitérer ses chances d'amendement futures, dans une optique utilitariste.

Il peut paraître étrange que dans deux situations institutionnelles aussi cadrées et normalisées que la médecine et la justice, nous devions défendre, comme si cela n'allait pas de soi, une attitude dépassionnée dans l'édiction du blâme. Nous proposons que l'addiction provoque des réactions d'hostilité parce qu'elle est vue comme un outrage. Que c'est un héritage de son traitement moral et la preuve que, même si elle est depuis un objet de science, son discours n'est pas entendu.

4) L'addict est considéré comme coupable d'outrage

L'outrage est défini comme :

1. Offense extrêmement grave, constituant une atteinte à l'honneur, à la dignité ; affront, injure.

2. Action ou parole tout à fait contraire à une règle, à un principe.

3. Parole, geste, menace, écrit ou dessin, envoi d'objet, de nature à porter atteinte à la dignité ou au respect dus à un magistrat, à une personne siégeant dans une juridiction, à un dépositaire de l'autorité ou

de la force publique dans l'exercice de ses fonctions, à une personne chargée d'une mission de service public, et qui constituent une infraction.

A la transgression du commandement s'ajoute la transgression d'avoir transgressé. C'est une offense et une atteinte à la dignité. Or c'est exactement cette idée d'atteinte à la dignité en plus de la transgression des règles qui font une spécificité de l'addiction. Le conducteur pris par un radar automatique en excès de vitesse transgresse une règle. Le même conducteur qui fait un geste obscène au radar au moment où il passe en excès de vitesse ajoute l'outrage, il le fait exprès et exprime sa défiance. L'outrage est dans l'expression de la défiance et le modèle moral de l'addiction suppose l'existence de cette défiance. Ce modèle, dont l'expression moderne remonte à la première moitié du XXe siècle, se caractérise par le fait de concevoir l'usage qui mène à l'addiction comme un choix libre, non contraint, d'un individu autonome et par une condamnation morale de ce choix.

> Les addicts sont considérés comme des personnes à la mauvaise nature avec des valeurs antisociales : égoïstes et paresseux, ils valorisent le plaisir, l'oisiveté et l'évasion par-dessus tout, et sont prêts à les poursuivre quel qu'en soit prix à payer, pour eux-mêmes ou pour les autres.[132]

Les pratiques concernées par l'addiction sont prohibées, parce qu'elles contreviennent à l'idée que se fait le législateur d'une vie bonne. Il y a un manque de respect vis-à-vis des règles de vie en commun, car l'addict s'extrait de sa place et de son rôle, il ne remplit plus sa fonction quand il fait usage des drogues, il fuit une réalité qui est la nôtre, pollue son propre organisme, il contrevient au respect dû à son propre corps. Enfin, l'addict participe à une socialisation alternative, il rejoint le camp des marginaux. L'outrage tient au fait que mon corps m'appartient mais

[132]Pickard, 2017.

appartient aussi, dans l'idée que j'ai une fonction à y remplir, au groupe et le comportement addictif actualise un rejet des règles communes.

La mise en esclavage que sous-tend l'étymologie de l'addiction consiste à soumettre son corps à une autorité qui a à voir avec le plaisir, la passion, en opposition avec la raison et la vertu. Cet esclavage est étymologiquement le remboursement d'une dette, un échange, et l'autorité du maître dans l'addiction s'affirme en libérant l'addict des peines et des efforts associés au suivi de la discipline nécessaire à l'exercice des valeurs prescrites. L'addict n'est pas uniquement victime de son esclavage mais suspecté d'en tirer des bénéfices, d'échanger un soulagement personnel, une solution de fuite face aux responsabilités qui lui incombent, au suivi des valeurs collectives, contre sa soumission à une idole. L'addict a passé un pacte qui lui permet de ne pas remplir son rôle pour le collectif au bénéfice de son individualité, il ne joue pas le jeu des échanges nécessaires à la vie en commun. Plus que de contrevenir aux règles communes, il lui est reproché de faire passer son individualité avant le bien commun.

a) Aux origines de l'outrage

Le traitement de l'addiction est une réponse à une conduite qui génère effectivement des dommages personnels et sociaux. Le lien a été fait entre consommation et problèmes, sans la notion d'addiction comme état particulier, qui commence de fait il est vrai par la consommation. C'est avant tout la consommation qui a été visée comme une conduite volontaire exprimant les préférences de celui qui s'y adonne. La condamnation porte avant tout sur une consommation hors du cadre accepté, hors des rituels, puis, il a s'agit de protéger les individus des excès de ces consommations. De la protection contre les effets d'un excès

qu'on ne savait ni qualifier ni expliquer autrement que par un choix ou l'expression d'un caractère, protection qui passait par une certaine maîtrise, on a glissé vers un interdit[133]. Or l'interdit n'a pas réussi à s'imposer, la consommation de substances psychoactives étant une constante dans l'espèce humaine, l'interdit inapplicable a généralisé la transgression et donc le discours s'est durci, renforçant la stigmatisation de la conduite et des substances pour affirmer son autorité et tenter de la rendre effective. La consommation est passée de quelque chose que l'on doit modérer, dont le danger réside dans l'excès, pas intrinsèquement mauvaise, une sorte de péché véniel, au mal, à un péché mortel qui nécessitait, pour être expurgé de s'attaquer à ceux qui n'obéissaient pas au commandement d'abstinence.

La transgression d'un commandement religieux peut être vue comme une insulte au divin. Les individus qui s'adonnent à ces pratiques contraires peuvent être considérés comme malfaisants et la lutte contre le mal devoir passer par la lutte contre les personnes qui s'y adonnent. Or, le régime de la condamnation a été défini contre les consommateurs et ne s'est pas adapté aux spécificités de l'addict.

Le geste de Benjamin Rush, contre le modèle moral de l'addiction, commence par resituer l'alcoolique comme sujet moral, il montre comment un agent extérieur est responsable d'une faillite morale dont le buveur est *victime* non *coupable*. Le passage du modèle moral au modèle maladie n'a pas dépassionné l'approche de l'addiction. Elle reste une question morale mais on propose une étiologie physique à un dérèglement de cette conduite morale. La méfiance et la tendance à la condamnation morale héritée du traitement moral du problème de l'addiction s'est perpétuée et a été entretenue. Le mouvement de la tempérance a prospéré et les difficultés sociales ont mis en exergue les

[133] Les mouvements de tempérance sont au départ des mouvements… de tempérance. Ils finissent par prôner l'abstinence totale dans un second temps. Voir par exemple Davenport-Hines, R. 2011, *The Pursuit of Oblivion. A Global History of Narcotics.*

problèmes que pouvaient causer certaines consommations. Le XIXe a été le moment d'expression de thèses génétiques visant à expliquer les conduites morales et pour ce qui est des consommations de substances, si l'explication est devenue physiologique, la description est restée sous l'égide de la condamnation.

Comme nous l'avons vu, la condamnation des pratiques addictives a d'abord visé des populations en marge, quand des consommations impliquant parfois les mêmes substances pouvaient, dans le même temps, se voir considérées avec plus de bienveillance chez des individus mieux intégrés à la société. De même, la transgression s'est d'abord nichée dans le mésusage de certaines substances, en dehors de l'usage communément admis et encadré par des rituels et c'est le rituel alternatif qui fut objet de sanction plus que la consommation elle-même. Comme pour l'usage du vin en Grèce ou celui des psychotropes hors du cadre religieux. Enfin, le rejet des psychotropes étrangers, non culturellement inscrits, à l'inverse des substances culturellement admises est l'autre facteur de condamnation, qui délimite une frontière entre *nous* et *eux*, thème particulièrement important dans les sociétés dans lesquelles le communautarisme tient une place prépondérante comme les USA.

Le XXe siècle a vu la domination politique et économique des USA s'étendre sur le monde et les substances addictives ont été instrumentalisées, comme le firent les empires coloniaux européens aux siècles précédents[134]. Les décisions politiques relatives aux drogues ont été des moyens pour asseoir leur domination culturelle et commerciale. Les USA ont imposé, par le biais de traités internationaux, au moment où les vieilles nations européennes commettaient un suicide collectif, des restrictions sur l'usage et le commerce de produits qui, en Europe étaient alors légaux et contrôlés. Le discours qui entoure ces restrictions est un

[134] Davenport-Hines, 2001 ; McAllister, 2000 ; Murphy, 1990.

discours moral, issu des orientations puritaines des mouvements de tempérance. Il s'agit de protéger les individus contre des conduites malfaisantes induites par des substances malfaisantes. Les substances en question sont d'abord impliquées dans des troubles sociaux aux USA.

Après la guerre de sécession, plus de 400000 soldats rentrent chez eux dépendants à la morphine. Ils peuvent se la procurer facilement et découvrent avec l'immigration chinoise, l'opium. Cette génération d'individus a diffusé des pratiques de consommation et fut à l'origine de la multiplication de *médicaments* aux formules parfois étranges. Au début du XXe siècle la société américaine se rend compte des effets néfastes de la multiplication des substances, des consommations et de l'effet de l'addiction. La lutte contre les substances devient aussi un outil de lutte contre des modes de vie alternatifs, exogènes et participe de la lutte contre certaines communautés. Dès le début du XXe siècle, les consommations récréatives de substances étant culturellement définies, sont utilisées pour lutter contre l'immigration et les clandestins. L'interdiction de certaines substances permet de viser certaines populations. On retrouve cela dans les propos de Harry Anslinger. Ce dernier, après avoir été une des têtes de l'organisation de la prohibition, devint le premier responsable du Fédéral Bureau of Narcotics à sa création en 1930, poste qu'il occupa pendant 32 ans avant de devenir le représentant des USA à la Commission des Narcotiques des Nations Unies. Il déclara :

> Il y a 100 000 fumeurs de marijuana au total aux États-Unis, et la plupart sont des Noirs, des Hispaniques, des Philippins et des artistes. Leur musique satanique, jazz et swing, résulte de la consommation de marijuana. Cette marijuana pousse les femmes blanches à rechercher des relations sexuelles avec des nègres, des artistes et d'autres[135].

[135]Smith, 2018 ; Solomon 2020.

L'idée d'une lutte contre le mal et de l'essentialisation des populations est reprise sous le gouvernement Nixon dans le cadre de la *War on Drugs*, avec, là encore, des intérêts politiques et économiques sous-jacents[136].

Le vocabulaire de la *War on Drugs*, est comme pour toutes les guerres, rarement celui qui exprime les objectifs stratégiques réellement visés. Celui de la lutte du Bien contre le Mal est plus motivant que celui des intérêts à l'œuvre et la désinformation, le mensonge, deviennent des tactiques dont l'usage est justifié par l'importance de l'enjeu moral. Le discours de la *War on Drugs* est donc celui des positions morales américaines, héritées des mouvements pour la tempérance. Un discours religieux, dont l'éthique relève de l'éthique puritaine protestante. Le discours guerrier de la *War on Drugs* mondialisée parle de lutte contre le Mal[137]. Notre réaction à l'usage de drogue ne se conçoit donc plus comme la réponse à une transgression mais comme la lutte contre le Mal et les individus malveillants qui s'y adonnent.

La diabolisation de la consommation de drogue s'est répercutée sur l'addiction. Les deux phénomènes sont inexorablement mêlés. Dans l'optique du modèle moral, l'addiction n'existe pas, il n'y a que de la consommation librement choisie. La diabolisation a consisté à amplifier les effets délétères, à défendre des positions extrêmes en dépit des faits. La guerre totale est aussi une guerre d'information. Or, la peur et le ressentiment que ces attitudes créent amplifient les réponses émotionnelles hostiles. Le législateur et le juge se sont retrouvés confrontés à cette peur et à ce ressentiment légitime de la population convaincue par les arguments particulièrement marquants employés. Si

[136] La *War on Drugs* se manifeste aussi dans les relations internationales des USA. Le Mexique et l'Amérique centrale ont été considérablement impactés par ses conséquences. Voir McAllister, 2000 ; Murphy, 1990.

[137]Dans le préambule de la convention des nations unies sur les narcotiques de 1961 il est écrit que «addiction to narcotic drugs constitutes a serious evil for the individual and is fraught with social and economic danger to mankind».

la loi et la justice se doivent de répondre aux inquiétudes, aux menaces et à la colère des citoyens en proposant un traitement juste et équilibré de la situation qui peut, ou a, généré un dommage, il est d'autant plus difficile pour elles de rester en dehors des émotions hostiles pour garder une analyse objective des faits, quand les raisons de la colères sont fortes et partagées. Pour que le traitement légal de l'addiction puisse mener à une prise en compte adaptée de la responsabilité qui fait l'économie du blâme affectif, il nous semble qu'il faille réellement nous départir des résidus du modèle moral et des stigmates du versant communicationnel de la *War on Drugs* qui fait de l'addiction un outrage, car il nous semble que c'est l'outrage qui induit la réponse émotionnelle hostile.

b) Le modèle maladie ne protège pas du blâme affectif

L'addict jouisseur, celui des AA, de la théorie du choix rationnel et du BDMA ont en commun d'exprimer dans leur addiction leur nature. Toutes ces versions essentialisent l'addict. Il exprime un trait de caractère qui lui est propre. Cette essentialisation est particulièrement importante dans les sociétés qui se fondent sur le communautarisme et on comprend facilement comment l'essentialisation de la théorie du choix rationnel, qui justifie une intervention par la hausse des coûts, s'il faut intervenir, a pu être interprétée dans ce contexte et donner lieu à une politique punitive. La stigmatisation participe de la hausse du coût, à la condamnation de l'acte s'ajoute celle de la volonté qui s'y exprime. Les choix de l'addict, entendus comme l'expression d'une volonté qui dépend de ses préférences, expriment sa nature. L'association entre l'idée que chacun maximise toujours son utilité et exprime ses préférences dans les choix et de l'idée que l'action découle de jugements mis en actes par la volonté fait de ces actes à la fois des transgressions et des revendications.

> Parce que le modèle moral de la dépendance considère la consommation de drogue comme un choix, il considère les addicts comme responsables ; parce qu'il condamne ce choix, il les considère comme à blâmer - méritant potentiellement la stigmatisation et le traitement dur qu'ils reçoivent de fait. C'est pourquoi, dans la mesure où le modèle moral continue d'influencer, implicitement ou explicitement, les conceptions de l'usage et de l'addiction, les préjugés et les injustices dont sont victimes les usagers de drogues et les addicts dans le monde peuvent apparaître justifiables.[138]

Pour limiter la rudesse du jugement, on peut considérer l'addiction comme une action contrainte, comme avec l'idée de prédestination, chez les AA, qui incite à une conversion mystique. L'addict n'est plus responsable si ce n'est de devoir chercher le salut, de montrer par ses actes que l'addiction n'est qu'une épreuve prévue pour lui dans le plan divin, une étape vers la grâce. Mais celui qui échoue est donc intrinsèquement condamné par sa nature même. Quant à la maladie neurobiologique du BDMA, si elle déresponsabilise l'addict, elle l'essentialise sur la base de son substrat biologique, de sa génétique. La naturalisation de l'addiction dans le cadre du BDMA, sur les bases des orientations de la théorie du choix rationnel concernant ce qu'est un choix rationnel, normal, dont s'écarte l'addiction, conduit à cette essentialisation. La dimension compassionnelle du BDMA produit une excuse pour la conduite, une dispense de responsabilité. L'addict agit en fonction de ce qu'il est mais pas de ce qu'il veut, il subit plus le mal qu'il ne le fait. Le mal ici est souffrance subie et non mal moral susceptible d'être condamné. Il doit échapper au blâme et l'outrage n'est dû qu'à la sensibilité de l'outragé. Sous réserve des conditions de développement de la maladie qui reposent d'abord sur un premier contact avec des objets, et l'expression d'une préférence. Ce premier contact est volontaire, en dépit des interdictions. Il s'agit alors le plus souvent de discuter de la

[138] Pickard, 2017.

responsabilité de l'addict dans ce premier contact, et la question de la transgression d'une règle et de l'outrage ce faisant, reviennent.

Ensuite, même si l'addiction est involontaire, le fait de chercher ou non l'aide des structures de soin est aussi une question de choix volontaire. Il ne suffit pas d'être contraint pour que l'action soit involontaire, il faut aussi que cette même action ne soit pas quelque chose que l'on aurait tout à fait pu vouloir, et l'addict doit prouver sa bonne volonté. Ni les AA ni le BDMA ne protègent totalement les addicts du blâme dû à l'outrage. En passant d'une volonté malfaisante à un cerveau dérangé, l'approche maladie du BDMA avec son idée de hijacking, partage des similarités avec le traitement du XVIIe siècle d'un addict possédé, le modèle est même qualifié de possession séculaire[139]. L'essentialisation des addicts inscrit l'addiction dans leur nature mais n'empêche pas la stigmatisation[140] et n'a pas les résultats protecteurs escomptés[141]

Contre le modèle moral, et le modèle maladie, nous avons donc proposé un modèle de responsabilité limité, qui autorise le qualificatif de maladie pour des raisons pratiques d'accès aux soins et pour l'absence d'incompatibilité théorique entre maladie et responsabilité. Il reprend la responsabilité au modèle moral, la tempère et refuse la condamnation morale associée. La responsabilité peut être admise sans qu'y soit associé le blâme entendu comme blâme affectif. Nous pensons aussi qu'il est possible d'envisager un blâme détaché, pour reprendre le lexique de Pickard.

Le blâme affectif est généré par la colère née du sentiment provoqué par l'outrage que représente l'addiction. Il nous semble que la reconnaissance du statut moral complexe de l'addict, des tensions qui

[139]Reinarman, 2005 ; Room, 2004 ; Hammer, Dingel, & al. 2013.
[140] Rise & Halkjelsvik 2019.
[141] Heyman, 2013 ; Heather & al. 2018. ; Pickard, Ahmed & Foddy 2015 ; Hall, Carter & Forlini, 2015 ; Hart, 2017.

existent au sein même de son moi doit nous faire envisager la possibilité d'une transgression qui ne soit pas le fait d'un individu foncièrement malfaisant. Que la réponse peut alors se contenter d'être dirigée contre la transgression sans y ajouter une réponse contre une supposée défiance qui aurait accompagné la transgression.

Conclusion

1) Ce que nous avons proposé

Nous avons défendu l'hypothèse selon laquelle l'addiction est un désordre s'inscrivant dans un spectre. Nous pensons que cette approche spectrale est la mieux à même de rendre compte des formes variées de son expression et qu'elle pose des fondations solides pour unifier le phénomène et en proposer une explication sur la base d'un mécanisme commun à toutes les formes d'addiction. Des disciplines différentes s'intéressent au sujet à partir de leur propre contexte théorique en s'appuyant sur des concepts qui leur sont spécifiques. Certaines des dimensions de l'addiction sont exprimées à partir d'arrière-plans théoriques divers, usant de mots et de concepts qui semblent communs mais avec des significations différentes spécifiques des champs concernés. Ce trouble dans le langage représente selon nous la principale source de confusion et la philosophie à ici son rôle à jouer dans la mise à plat des significations afin de proposer un panorama compréhensible. Le processus de réduction à la biologie entamé n'est aujourd'hui qu'un objectif à long terme et il est toujours nécessaire d'aborder l'addiction sur la base de ces contextes différents, aux différents niveaux explicatifs, il nous faut avant de réduire, rendre cohérentes les connaissances apportées par les différents champs du savoir.

La recherche sur l'addiction se concentre principalement sur le circuit cérébral de la récompense et est intégrée dans le Brain Disease Model of Addiction issu du National Institute on Drug Abuse (NIDA)

l'agence fédérale américaine qui supervise la recherche scientifique sur l'usage de drogue et l'addiction. Le BDMA est un *hard médical model*, un de l'addiction comme pathologie mentale reposant sur une explication neurobiologique à visée réductionniste. Cependant malgré des décennies de travaux, peu de résultats pratiques utilisables pour le diagnostic comme pour le traitement en ont émergé[1]. Le diagnostic reste clinique quant au traitement, si la littérature le concernant se concentre essentiellement sur les usages possibles des avancées des neurosciences biologiques, il repose, comme le recommande le NIDA[2] sur un usage de la pharmacologie qui reste symptomatique (contre les comorbidités associées, le manque, pour remplacer la drogue d'abus…) et s'appuie sur une constellation variée de thérapies comportementales et psychologiques[3] aux objectifs et aux fonds théoriques variés et parfois conflictuels. D'autre part, l'addiction du BDMA, compulsive, chronique, et récidivante se heurte à la description qu'en fait la clinique et l'épidémiologie. Le dernier DSM inclut la possibilité d'évolution de la maladie dans le sens de la guérison comme de l'aggravation et les arrêts spontanés sont des phénomènes bien connus de l'histoire naturelle de l'addiction. L'étude de l'addiction repose sur une approche holiste qui prend en compte toutes les dimensions possibles du phénomène, biologique, personnelle, comportementale, sociale, légale, et le projet hégémonique du BDMA est, du point de vue de sa capacité à organiser les connaissances pour donner de l'addiction un panorama descriptif et explicatif cohérent et possédant des applications pratiques, dans l'impasse.

Il s'agit alors de prendre acte de cet échec et de proposer sans verser dans une attitude antiscientifique une voie de sortie.

---

[1] Welberg, 2011.
[2] NIDA. *Principles of Effective Treatment. National Institute on Drug Abuse*. 18 Septembre 2020.
[3] Xu & LaBar, 2019.

Pour comprendre où nous en sommes, nous avons présenté les origines et les développements du concept d'addiction qui est le nôtre dans la vie de tous les jours, et du modèle neurobiologique actuel. Tout en retraçant les origines des neurosciences de l'addiction, nous avons insisté sur le fait que ces développements se sont déroulés dans un contexte de fortes controverses autour de la théorie du choix et de la rationalité. Le BDMA est ancré dans des structures institutionnelles et politiques issues de ce que l'on appelle la théorie du choix rationnel.

Nous avons souligné que le diagnostic de l'addiction repose toujours sur ce que fait l'addict et sur la présence de préjudices conséquences de ses actes au plan personnel et social. Notre incapacité à identifier l'addiction sur la seule base d'indices neurobiologiques nous fait donc dépendre d'évaluations morales. L'addiction n'est pas uniquement une conduite qu'il est difficile de contrôler, elle est difficile à contrôler malgré des raisons évidentes de sa nocivité, et parmi ces raisons, les réactions de l'environnement social liées à la transgression de normes sont d'une importance capitale. Tant que la description neurobiologique sera incomplète, la dimension morale restera centrale dans l'addiction. Nous défendons donc la réduction à la biologie comme une perspective programmatique valable, une possibilité encore à réaliser.

Nous avons ensuite proposé un compte rendu descriptif de l'addiction soutenu par l'état de l'art et fait l'hypothèse que l'addiction doit être considérée comme un trouble du spectre pour réussir à englober la variabilité de son expression. Nous avons plaidé pour un retour de l'addiction dans le domaine de l'akrasie sur la base des principaux résultats de la tradition behavioriste concernant le choix et le comportement.

Sur cette base, nous proposons qu'il existe un mécanisme commun pour unifier le spectre, les addictions spécifiques, sous le concept d'Addiction. Ce mécanisme s'exprime aujourd'hui à différents niveaux et

la synthèse est encore à venir, mais le spectre nous semble un cadre théorique qui permet d'organiser la cohérence de ces différents niveaux explicatifs.

D'autre part, considérer l'addiction comme akrasie fait courir le risque d'une dilution du concept. Nous avons défendu la position selon laquelle le concept d'addiction est un concept utile et valable, qu'il peut entrer dans le giron de l'akrasie mais qu'il possède des caractéristiques spécifiques, comme sa récurrence, sa nature transgressive et aux conséquences néfastes, le fait qu'à un de ses extrême il tend vers la compulsion qui le repousse hors de limites de l'akrasie. De plus nous pensons qu'il existe certains objets auxquels nous pouvons être addicts et d'autres non mais que leur impact sur nos circuits cérébraux sur lesquels reposent l'addiction diffère principalement en raison de paramètres contextuels et culturels. On ne peut aujourd'hui exprimer ce qui fait l'addiction qu'en termes de rapport à un objet. Les propriétés pharmacologiques peuvent être importantes mais ni nécessaires ni suffisantes. Nous soutenons également que l'addiction comportementale est une forme d'addiction légitime et avons fait l'hypothèse d'un mécanisme général qui met en évidence l'importance du stress et son effet sur le système de récompense. L'une de nos principales propositions est qu'il y a toujours un noyau comportemental dans l'addiction. Qu'elle est toujours une addiction à un certain type de comportement d'adaptation qui est d'abord considéré comme efficace par l'addict.

Nous proposons ensuite que l'addiction peut être considérée comme une maladie, sous certaines conditions et défendons une approche pragmatique ; la question est moins de savoir si l'addiction est une maladie que savoir quand il est utile de dire à un addict qu'il est malade.

L'addiction, en revenant dans le giron de l'akrasie n'est plus (obligatoirement) compulsive; elle est l'expression d'un choix dont nous

avons défini les caractéristiques spécifiques. Il est intertemporel, repose sur la prédominance d'un mode d'évaluation et de réponse rapide aux récompenses proches par rapport à un mode plus analytique mais plus lent. Nous avons proposé que la raison de cette prédominance tient à l'importance de la récompense associée à l'option addictive en raison de ses propriétés pharmacologiques d'une part, si elle en possède, mais qu'elle est aussi liée au contexte personnel, au type de valeur que nous lui accordons. Le choix addictif a un jour été le nôtre et sa réactualisation rappelle une décision qui a été la nôtre, une jurisprudence concernant un jugement que nous avons rendu. Nous avons proposé que l'addiction se manifeste par une structure de choix spécifique, qui remet toujours au centre l'option addictive. Ce choix est toujours un choix relatif à cette option qui apparaît comme le seul terme de l'équation et la sortie de l'addiction passe selon nous par l'explicitation claire de ce que pourrait être une option alternative qui ne se définit pas par rapport aux termes de l'option addictive.

Enfin, considérée comme un choix, l'addiction remet la question du statut moral de l'addict. Nous avons fait l'hypothèse qu'en plus d'être une transgression, l'addiction est considérée comme un outrage. c'est cet outrage qui justifie la stigmatisation et la punition de l'addict. Or, il nous semble avec Hanna Pickard qu'une attitude qui reconnaît la responsabilité de l'addict sans y ajouter un blâme outragé serait plus efficace et plus juste.

Nous avons voulu présenter un cadre de travail pour permettre la prise en compte de l'addiction et favoriser l'articulation harmonieuse des connaissances apportées par les différentes disciplines qui s'y intéressent. En plus du travail de synthèse encore à réaliser à propos de l'addiction elle-même nous allons aborder deux sujets à la marge de cette problématique qui nous paraisse présenter un intérêt, la question de la guérison et celle de la possibilité d'existence d'une addiction collective.

Nous reviendrons ensuite à des considérations plus générales concernant l'intérêt pratique de la recherche sur l'addiction au plan de ses apports pour la question morale.

2)Deux extensions possibles de nos propositions

a) Qu'est-ce que la rémission ?

Nous n'avons qu'à la marge abordé la question de la guérison. Aujourd'hui la science de la guérison en est à ses débuts,[4] il n'existe pas de consensus à propos de ce qu'est et ce que devrait être une guérison. Des mots comme rémission, abstinence, traitement… sont utilisés sans qu'il en existe de définition claire et le traitement comme la guérison sont évalués en fonction de facteurs individuels sans proposition évidente quant à ce qu'est une rémission, si elle est possible et ce que peut bien signifier qu'être guéri d'une addiction. On retrouve donc dans le champ du traitement et de la guérison la même confusion que dans celui de l'addiction en général. Nous pensons que nous pourrions faire usage de ce que nous avons proposé ici dans le champ de la guérison.

D'abord, nous pourrions déterminer quel type de stratégies et de pratiques sont réellement à l'œuvre dans le traitement. Nous pourrions en évaluer les similitudes et les divergences afin de proposer des pistes pour élaborer une stratégie de rétablissement rationnelle. Il nous semble

[4] Inanlou, Bahmani, Farhoudian & Rafiee, 2020.

que le versant psychologique et comportemental des thérapies actuelles pourrait être divisé en deux types d'approches. Un premier qui se concentre sur la dissuasion des mauvaises habitudes acquises par le conditionnement et qui repose sur des stratégies de conditionnement telles que les thérapies cognitivo-comportementales ou le *contingency management*, et d'autre part, des thérapies plus existentielles, comme la psychanalyse, les programmes en 12 étapes, qui visent à mettre en lumière les raisons personnelles qui donnent du sens à l'addiction pour l'addict. Elles intègrent l'addiction et sa guérison dans des narrations inscrites dans des cadres moraux et des systèmes de croyance.

Les premières approches consistent à apprendre et désapprendre, les secondes à reconnaître et redéfinir. Notre hypothèse selon laquelle toutes les addictions spécifiques partagent un même phénomène d'addiction comportementale, que les addicts sont addicts à une activité qui a d'abord été une stratégie d'adaptation renforcée, nous pousse à proposer que les thérapies comportementales et psychologiques agissent avant tout sur ce renforcement. Les premières par des stratégies de renforcement, les autres de manière plus indirecte, en agissant sur les croyances fondamentales et les raisons à partir desquelles nous reconnaissons comme nôtre et rationalisons nos stratégies renforcées afin de développer des croyances qui participent à leur évaluation, leur mise en place et leur changement. Cela nous donnerait l'occasion, au-delà de la simple revue des stratégies existantes, de déterminer ce que signifie guérison, de nous attaquer à l'expression «*once an addict, always an addict*» promue par les groupes comme les AA et le BDMA. Cela revient à nous demander si l'addiction est quelque chose que l'on fait ou que l'on est. De nous demander si elle est une part de nous, s'il est possible de changer ce que l'on est et ce que cela signifie. Il s'agirait alors de se demander ce que la guérison veut dire en première personne et du point de vue des neurosciences, comment elles peuvent nous aider à concevoir ce qui se passe dans le cerveau d'un ex addict, comment se manifeste la guérison.

Il semble alors que cette question doit être évalué à tous les niveaux impliqués dans l'addiction, de la cellule au moi, du point de vue de l'individu comme du point de vue social voire légal pour pouvoir proposer un cadre d'étude de la guérison et élaborer des objectifs cohérents au traitement de l'addiction

b) L'addiction comme phénomène collectif

Nous nous sommes inscrits dans une tradition individualiste, selon laquelle les comportements trouvent leurs causes dans les individus. Or l'addiction trouve une extension dans un domaine qui n'implique pas un individu mais des groupes humains. L'exemple contemporain le plus marquant est celui de la *dépendance* de nos sociétés aux activités produisant des dommages à notre environnement. La crise climatique exemplifie un phénomène d'addiction collective qui pose question quant à sa nature et à son explication fonctionnelle.

D'abord, cette crise climatique consiste en des comportements que nous savons délétères depuis longtemps mais que nous n'arrivons pas à réfréner malgré les preuves concordantes. On pourrait arguer qu'il n'existe pas de solution alternative qui ne présenterait pas ces préjudices mais il reste alors la question de la sobriété envisageable qui permettrait au moins de réduire les dommages mais à laquelle nous avons le plus grand mal à nous conformer. Les comportements qui sont à la source de la crise climatique ressemblent en tout point à une addiction. Cette relation d'analogie mériterait d'être étudiée de plus près quant à sa dynamique et ses mécanismes. On pourrait observer qu'il existe des positions et des intérêts divergents. Certains comportements mis en cause sont justifiés par des arguments qui peuvent relever de la self-deception, comme la contestation des rapports du GIEC par des

individus sans compétence particulière sur le sujet, comme quand nous sous-évaluons les dommages qui nous sont promis par les autorités médicales, malgré des preuves diagnostiques irréfutables comme un alcoolique qui boit malgré son début de cirrhose. On voit à l'œuvre une concurrence entre des positions défendues par des individus ou des structures qui ont des intérêts divergents et utilisent des stratégies pour faire advenir le comportement qui sert leur visées. Cela rappelle le conflit des intérêts dans le marché supposé par Ainslie mais ce marché est justement une métaphore tirée de nos comportements collectifs.

Nous n'avons pas de réponse à apporter quant à ce qui se trame, mais il nous semble intéressant de nous demander s'il ne s'agit que d'une relation d'analogie entre comportement individuel et collectif. De nous demander quels sont les mécanismes qui sous-tendent ce processus et d'en trouver l'origine légitime. D'autre part, l'existence de comportements collectifs de type addictif, leur prise en compte, leur mise à jour, si elle est justifiée, devrait modifier le regard que nous portons à titre individuel sur les addicts qui ne feraient alors pas plus preuve d'irresponsabilité que nous ne le faisons collectivement.

La dimension collective est importante comme contexte agissant sur le phénomène individuel de l'addiction, mais envisager des structures collectives, voire la société elle-même, comme susceptibles d'être victimes d'addiction propose un changement de cadre, un pas de côté qui ouvre des perspectives nouvelles sur l'addiction, sur la façon de la considérer et plus généralement sur les relations entre individus et sociétés et particulièrement le terme explicatif final qui est l'objet de la controverse entre holisme et individualisme.

3)Le rôle moral de la science

La neurobiologie se heurte dans l'addiction à une difficulté qui lui est habituelle ; elle est incapable de définir l'addiction seule, en nous débarrassant de la nécessité de faire appel au lexique et aux concepts sociaux. Les promesses des neurosciences restent des promesses et aucune maladie mentale n'a jamais été décrite et expliquée ainsi, l'addiction ne fait pas exception. Nous avons des pistes, des éléments du puzzle, de grands espoirs et des projets, mais rien de plus concret. Nous n'avons proposé ici que de nous départir de présupposés qui nous empêchaient de proposer un modèle neurobiologique cohérent, qui ne fasse pas violence aux phénomènes. Quelques pistes ont été proposées mais même en revendiquant l'espoir qu'une réduction soit possible et que son idée même puisse fonder un projet de recherche, nous sommes encore loin du compte. Il semble cependant que les neurosciences peuvent nous apporter leur lumière là où on ne les attend pas forcément.

Une approche scientifique de l'addiction ne nie pas qu'elle pose problème, qu'elle soit à l'origine de souffrances, mais elle cherche à expliquer comment elle se produit, avec, l'idée, sans doute, de permettre, par une meilleure connaissance d'intervenir sur le phénomène et d'en contrecarrer les effets négatifs. La science fournit aussi des éléments pour l'évaluation normative. Les mécanismes explicatifs de l'addiction que nous défendons s'accordent avec un addict en tension, à la responsabilité limitée et n'implique pas de malveillance de sa part[5], Répondre à l'addiction par une réaction outragée peut s'expliquer par le nombre de normes transgressées, par l'image inacceptable que nous renvoie l'addict de lui-même et le degré de souffrance qui l'entoure et dans laquelle il a une responsabilité, mais ce que nous savons de l'addiction ne justifie pas que l'on laisse libre court à ces émotions légitimes. Il n'est pas dans notre

[5] Il peut être addict et malveillant, mais la malveillance n'est pas nécessaire pour être addict.

propos de condamner les réactions individuelles de colère, mais les institutions sont là pour proposer un traitement qui, parce que l'institution est garante d'une forme de lucidité objective, au moins en s'intéressant aux faits selon tous les points de vue en présence et en mettant à jour les raisons de chacune des parties. Une lucidité qui ne verse pas dans les excès du sentiment. Nous pensons avec Nussbaum que les émotions nous informent d'une évaluation, qu'elles expriment des jugements de valeurs qu'elles sont des *«réponses intelligentes à la perception de valeurs«*[6]. Notre colère exprime une réaction hostile à une situation que nous trouvons mauvaise, et l'addiction, sous de nombreux aspects, relève du mal. Mais ni d'un mal absolument volontaire qui mériterait punition ou absolument involontaire qui pourrait justifier qu'on se protège de l'irresponsable qui en est l'auteur. Un mal perpétré par des individus à la responsabilité relative, en conflit, capables de lutter, si ce n'est de vaincre. Ce qui ressort de ce que nous avons proposé, c'est que le blâme affectif n'est en rien justifié. On ne peut fonder sur les résultats des neurosciences, au sens large, l'idée d'une transgression volontaire et revendiquée. L'addiction semble même se caractériser par le manque d'assurance quant à ce que l'addict veut et veut revendiquer. Seul le sentiment de l'outrage justifie le blâme affectif, et *la science*, ici, montre que rien ne le justifie.

Nos discours à propos de l'addiction sont criblés de croyances fausses, d'idées énoncées sous couvert de science que cette dernière n'a soit jamais prises au sérieux soit démontré l'inanité[7]. Les croyances sincères, comme le mensonge assumé, sont justifiés par un intérêt qu'avec le maximum de bienveillance nous pouvons considérer qu'il relève d'un rejet viscéral du mal et d'une attention particulière pour le bien public[8]. Nous défendons l'idée selon laquelle nos croyances peuvent

[6] Nussbaum, 2001, p.1.
[7] La théorie de l'escalade, la soi-disant dangerosité cérébrale de certaines substances, ou l'innocuité d'autres, les sevrages mortels…
[8] La malhonnêteté restera de toute façon imperméable aux arguments.

être motivées et donc une forme de subjectivité intrinsèque à nos choix et nos engagements. Mais nous défendons aussi que la pratique de la science, ses méthodes d'évaluation communautaires, en faisant se confronter des opinions entachées d'un certain degré de subjectivité, garantit, par sa confrontation au réel extérieur et par la soumission aux critiques des autres subjectivités, un certain accès à l'objectivité. Alerté de notre tendance à préférer certaines options, il s'agit aussi de garder à l'œil nos préférences, de viser une certaine lucidité, qui, en suivant Fingarette, nous semble un objectif éthique important et le meilleur moyen si ce n'est de nous prémunir de notre tendance à la self-deception, au moins celui de ne pas en être totalement dupes.

La science doit pouvoir faire entendre sa voix pour permettre un débat et des décisions collectives. Elles peuvent être arbitraires, histoires de goûts, mais elles ne seront acceptées que si elles se présentent telles qu'elles sont. Burroughs expliquait le sens du titre de son roman, *Le Festin Nu* parle de montrer crûment ce qui se trouve piqué au bout de la fourchette, montrer sans fard ce qu'il en est vraiment. Si le traitement de Burroughs est on ne peut plus sibyllin, il nous semble que la science a exactement cette faculté de mettre en lumière, sans embellir ni condamner ce qui se tient en face de nous pour nous permettre de faire la part des choses entre ce qui est, ce que nous voulons, et comment y arriver. Cela commence par débusquer les motivations subjectives et les influences, clarifier les propositions, coordonner les langages des champs. Par essayer de

> comprendre comment les choses, entendues au sens le plus large possible, s'articulent les unes aux autres, au sens le plus large possible.[9]

[9] Sellars, 1960, p.7.

Bibliographie

Abraham, K., «Les Relations Psychologiques Entre la Sexualité et l'Alcoolisme.» (1908). Trad. Barande, I., Grin, E., in *Écrits Psychanalytiques Classiques sur les Toxicomanies* Chassaing, J.-L., Paris, Association Freudienne Internationale, 1998, p.137-148.

Abraham, K., «Examen de l'Etape Prégénitale la Plus Précoce du Développement de la Libido.» (1916). Trad. Barande, I., Grin, E., in *Écrits Psychanalytiques Classiques sur les Toxicomanies*, Chassaing, J.-L., Paris, Association Freudienne Internationale, 1998, p.149-174.

Aebischer, P., Schultz, W., «The Activity of Pars Compacta Neurons of the Monkey Substantia Nigra is Depressed by Apomorphine.» *Neuroscience Letters*, 50,1-3, 1984, p.25-29.

Agar, M.H., «Into that whole ritual thing: Ritualistic drug use among urban American heroin addicts». in *Drugs, rituals and altered states of consciousness*. Du Toit B.M., Rotterdam, Balkema, 1977, p.137-148.

Agassi, J., «Methodological Individualism and Institutional Individualism.», in *Rationality: The Critical View*. Agassi J., Jarvie I.C., Nijhoff International Philosophy Series, vol 23. Springer, Dordrecht, 1987.

Aguéev, M., *Roman avec cocaïne*, (1934), trad. du russe Chweitzer, L. Paris, Éditions Belfond, Coll. 10/18, 1983.

Ahmed, S.H., «Imbalance between drug and non-drug reward availability: a major risk factor for addiction.» *European Journal Pharmacology,* 526, 2005, p9-20.

Ahmed, S.H., «The origin of addictions by means of unnatural decision.» *Behavioral and Brain Sciences*, 31, 2008, p.437-38.

Ainslie, G., «Specious reward: A behavioral theory of impulsiveness and impulse control». *Psychological Bulletin*, 82, 4, 1975, p.463-496

Ainslie, G., *Picoeconomics: The strategic interaction of successive motivational states within the person*. Cambridge University Press. 1992.

Ainslie, G., «Palpating the elephant: Current theories of addiction in light of hyperbolic delay discounting», in *Addiction and choice: Rethinking the relationship*, Heather, N., Segal, G., Oxford University Press. 2017 p.227-244.

Ainslie, G., *Anatomie de la volonté*., trad. Ferreira, A., Presses universitaires de Paris Ouest 2018.

Alexander, B.K., Beyerstein, B.L., Hadaway, P.F., Coambs, R.B., «The effects of early and later colony housing on oral ingestion of morphine in rats». *Pharmacology, Biochemistry, & Behavior*, 15, 1981, p.571-576.

Allais, M., «Fondements d'une Théorie Positive des Choix Comportant un Risque et Critique des Postulats et Axiomes de l'Ecole Américaine.» *Économétrie*, 1952, p.257-331.

Allais, M., «Le Comportement de l'Homme Rationnel Devant le Risque.» *Econometrica*,

21, 1953a, p.503-546.

Allais, M., «La Psychologie de l'Homme Rationnel Devant le Risque. La théorie et l'Expérience,» *Journal de la Société de Statistique de Paris*, 1953b, p.47-73.

Allais, M., «The So-called Allais Paradox and Rational Decisions under uncertainty», in *Expected Utility Hypotheses and the Allais Paradox. Theory and Decision Library*, Allais, M., Hagen, O., vol 21. Springer, Dordrecht. 1979.

Américan Medical Association, *Manual on Alcoholism,* 1967.

Animal Farm. «Editorial». *Nature*, 506, 2014, p.5.

Anscombe, G.E.M., *L'intention*.(1957), Gallimard, 2002.

Aristote, *Ethique à Nicomaque.* 1150a 11-13.

Arpaly, N., Schroeder, T., *In Praise of Desire*, New York: Oxford University Press, 2014.

Badiani, A., Berridge, K.C., Heilig, M., Nutt, D.J., Robinson, T.E., «Addiction Research and Theory: a Commentary on the Surgeon General's Report on Alcohol, Drugs, and Health.» *Addiction Biology*, vol. 23, no. 1, 2018, p.3-5.

Badiani, A., Belin, D., Epstein, D., Calu, D., Shaham, Y., «Opiate Versus Psychostimulant Addiction: the Differences Do Matter.» *Nature Reviews Neuroscience*, 12, 11, 2011, p.685-700.

Bahji, A., Brietzke, E., Soares, C., Stuart, H. «Recent Advances in Biomarkers of Addiction: A Narrative Review.» *The Canadian Journal of Addiction*, 12, 1, 2021, p.6-12.

Baillarger,J., «Application de la physiologie des hallucinations à la physiologie du délire considéré d'une manière générale. Théorie de l'automatisme». in *Recherches sur les maladies mentales*, tome 1, Paris, 1890, p.494-500.

Baler, R.D., Volkow, N.D., «Drug Addiction: the Neurobiology of Disrupted Self-control.» *Trends in Molecular Medicine*, 12, 12, 2006, p.559-566.

Balleine, B.W., O'Doherty, J.P., «Human and Rodent Homologies in Action Control: Corticostriatal Determinants of Goal-directed and Habitual Action.» *Neuropsychopharmacology* 35, 2010, p.48-69

Balzac, Honoré de, *Traité des Excitants Modernes.* (1838), La Petite Collection, Berg International, 2015.

Basile Le Grand, *Homélie contre l'Ivrognerie.* Trad. Abbé AUGER., ed. Guyot Aux Trois Vertus Théologales, Lyon 1827.

Baum, D., «Legalize it all. How to win the war on drugs», *Harper's magazine* Avril 2016.

Baum, W.M., «The correlation-based law of effect.» *Journal of the Experimental Analysis of Behavior,* 1973, 20, 137-153.

Baum, W.M., «The Harvard Pigeon Lab Under Herrnstein», *Journal of the Experimental*

Analysis of Behavior, 77, 3, 2002, p.347-355.

Baumeister, R.F., « Ego Depletion and Self-Control Failure: An Energy Model of the Self's Executive Function », *Self and Identity*, 1, 2, 2002, p.129-136.

Baumeister, R.F, Bratslavsky, E., Muraven, M., Tice, D.M., «Ego depletion: is the active self a limited resource ?» *J Pers Soc Psychol.*, 1998, 74, 5, 1998, p.1252-65.

Baumeister, R.F., & Heatherton, T., «Self-regulation failure: An overview» *Psychological Inquiry*, 7, 1996, p. 1-15.

Baxter, L.R.Jr., Schwartz, J.M,, Bergman, K.S., Szuba, M.P., Guze, B.H., Mazziotta, J.C., Alazraki, A., Selin, C.E., Ferng, H.-K., Munford, P., Phelps, M.E., «Caudate glucose metabolic rate changes with both drug and behavior therapy for obsessive-compulsive disorder.» *Arch Gen Psychiatry*, 49, 9, 1992, p.681-689.

Battalio, R.C, Green,L., Kagel, J.H., «Income-Leisure Tradeoffs of Animal Workers,» *American Economic Review*, 71, 4, 1981, p.621-632

Becker, G.S., *The Economic Approach to Human Behavior*. (1976), The University of Chicago Press. 1990.

Becker, G.S., *The Economic Way of Looking at Life.* Nobel Lecture, 9 Décembre 1992.

Becker, G.S., *Accounting for Tastes*. Harvard University Press Cambridge, Massachusetts, London, England 1996.

Becker, G.S., Grossman, M., Murphy, K.M., «Rational Addiction and the Effect of Price on Consumption.» *The American Economic Review*, 81,2, 1991, p.237-241.

Becker, G.S., Grossman, M., Murphy, K.M., «The Market for Illegal Goods: The Case of Drugs.» *Journal of Political Economy*. 114, 2006 p.38-60.

Becker, G.S., Murphy, K.M., «A Theory of Rational Addiction», *The Journal of Political Economy*, 96, 4, 1988, p.675-700.

Becker, G.S, Murphy, K.M., Grossman, M. «The Economic Theory of Illegal Goods: the Case of Drugs», *NBER Working Paper* No. 10976 2004

Bentham, J., *An Introduction to the Principles of Morals and Legislation,* (1789), Dover Publications Inc., 2007.

Bentham, J., *The Works of Jeremy Bentham*, (Bowring edition), 1843. http://www.laits.utexas.edu/poltheory/bentham/rr/index.html.

Bergeret, J., «Aspects Économiques du Comportement d'Addiction». in *Le Psychanalyste à l'Écoute du Toxicomane*, Bergeret, J., Fain, M., Bandelier, M., Paris, Dunod, 1981, p.9-26.

Berkson, J., «Limitations of the Application of Fourfold Table Analysis to Hospital Data». *Biometrics Bulletin*. 2, 3, 1946, p.47-53.

Bernard, H.. «Alcoolisme et Antialcoolisme en France au XIXe siècle : autour de Magnus Huss». In: *Histoire, économie et société*, 3, n°4. *Santé, Médecine et Politiques de Santé*. 1984, p.609-628.

Bernfeld, S., «Les études de Freud sur la cocaïne», (1953) in *De la Cocaïne*. Freud, S. Ed. Byck, R., Bruxelles, Editions Complexe, (1963), 1976. p.278-306.

Bernoulli, D., «Specimen Theoriae Novae de Mensura Sortis.» '1738), trad. Sommer, L., «Exposition of a New Theory on the Measurement of Risk,» *Econometrica*, Vol. 22, No. 1, 1954, p.23-36.

Berridge, K.C., «The Debate Over Dopamine's Role in Reward : the Case for Incentive Salience.» *Psychopharmacology*. 191, 2007, p.391-431.

Berridge, K.C., «Is Addiction a Brain Disease ?» *Neuroethics*. 10, 1, 2017, p.29-33.

Berridge, K.C., Valenstein E.S., «What Psychological Process Mediates Feeding Evoked by Electrical Stimulation of the Lateral Hypothalamus?» *Behav Neurosci.* 105, 1991, p.3-14.

Big Book https://www.aa.org/pages/en_US/alcoholics-anonymous ou en français https://www.aa.org/pages/fr_FR/read-the-big-book-and-twelve-steps-and-twelve-traditions.

Bill W. «Carl Jung Letters.» *A.A. Grapevine*, 19, 8, 1963.

Bleuler, E., «Alcool et Névroses.» 1911. trad. Mahoudeau, C., Maugeais, P., in *Écrits Psychanalytiques Classiques sur les Toxicomanies* Chassaing, J.-L., Paris, Association Freudienne Internationale, 1998, p.195-200.

Blocker, J.S.Jr., *American temperance movements : cycles of reform,* Boston, Twayne Publishers, 1989.

Bockover, M.I., Fingarette, H., *Rules, Rituals, and Responsibility: Essays Dedicated to Herbert Fingarette*. Open Court, 1991.

Bourdieu, P., *Science de la Science et Réflexivité Cours au Collège de France, 2000-2001*, Raisons d'agir, 2001.

Bouveresse, J., *Prodiges et Vertiges de l'Analogie,* Paris, Raisons d'Agir Editions, 1999.

Bouveresse, J., *Bourdieu, Savant et Politique,* Marseilles, Agone, 2004a.

Bouveresse, J., *Essais IV Pourquoi pas des Philosophes ?* Marseilles, Agone, 2004b.

Bouveresse, J., *Essais VI Les Lumières des Positivistes.* Marseilles, Agone, 2004c.

Boyancé, P., «Platon et le Vin». *Bulletin de l'Association Guillaume Budé* : Lettres d'humanité, 1951, 10, p.3-19.

Brant, Sébastien, *La Nef des Fous*. (1494), trad. Nicole Taubes, Corti Les Massicotés, 2004.

Bratman, M.E., «Practical reasoning and weakness of the will.» *Noûs*. 13, 2 1979, p.153-171.

Bratman M.E., *Intention, Plans, and Practical Reason*, Cambridge, Harvard University Press, 1987.

Bratman M.E., *Faces of Intention: Selected Essays on Intention and Agency*, Cambridge, Cambridge University Press, 1999.

Bratman, M., *Structures of Agency*. Oxford University Press, 2007.

Braudel, F., *Civilisation matérielle, économie et capitalisme, XVe-XVIIIe siècles*, Armand Colin, Paris, 1979.

Brecher, E.M., *Licit and Illicit Drugs. The Consumers Union Report on Narcotics, Stimulants, Depressants, Inhalants, Halluncinogens, and Marijuana—Including Caffeine, Nicotine, and Alcohol.* Little, Brown and Company, Boston. 1972.

Brodeur, J.-P. «Justice distributive et justice rétributive», *Philosophiques*, 24, 1, 1997, p.71-89.

Bromberg-Martin, E.S., Matsumoto, M., Hikosaka, O., «Dopamine in Motivational Control : Rewarding, Aversive, and Alerting.» *Neuron*, 68, 9, 2010, p.815-834.

Broussais, François Joseph Victor, *L'Irritation et la Folie.* (1828) L'Harmattan, Paris, 2006.

Brustlein, C., «Clausewitz et l'équilibre de l'offensive et de la défensive», *Stratégique*, 97-98, 2009, p.95-122.

Bunker, E., *Les Hommes de Proie*, (*Dog Eat Dog* 1994), trad. Michalski, F., Payot Rivages/Noir, 2000.

Bunney, B.S., Aghajanian, G.K., Roth, R.H., «Comparison of Effects of L-DOPA, Amphetamine and Apomorphine on Firing Rate of Rat Dopaminergic Neurons.» *Nature New Biol*., 245, 1973, p.123-125.

Burgess, B., «How a stigmatic structure enslaves addicts», in *Addiction and choice: rethinking the relationship*, Nick Heather, N., Segal, G., Oxford, Oxford University Press, 2017, p.409-425.

Bush, R.R., Mosteller, F., «A Mathematical Model for Simple Learning.» *Psychological Review*, 58, 5, 1951, p.313-323.

Burroughs, W.S., *Junky,* (1953), trad. Cullaz, C. & Major, J.R., Folio, Gallimard, 2008.

Burroughs, W.S., *Le Festin Nu (Naked Lunch)* (1959), trad. Kahane, E.H., Folio, Gallimard, 2002.

Canguilhem, G., «L'objet de l'histoire des sciences», in, *Études d'histoire et de philosophie des sciences,* Paris, Vrin, 1968), 7e éd. Augm, Paris, Vrin, 1994, p.9-23.

Camerer, C., «Bounded Rationality in Individual Decision Making.» *Experimental Economics*. 1, 1998, p.163-183.

Campeny E, López-Pelayo H, Nutt D, et al. «The blind men and the elephant: Systematic review of systematic reviews of cannabis use related health harms», *Eur Neuropsychopharmacol*, 33, 2020, p.1-35.

Charlton, W., *Weakness of Will*. Oxford & New York. Basil Blackwell. 1988.

Chassaing, J.-L., *Ecrits Psychanalytiques Classiques sur les Toxicomanies,* Chassaing, J.-L., Paris, Association Freudienne Internationale, 1998.

Chein, I., «Psychological function of drug use», in *Scientific Basis of Drug Dependence*, Steinberg, H., J.&A. Churchill Ltd London 1969.

Chein, I., Gerard, D.L., Lee, R.S., Rosenfeld, E.. *The road to H.: Narcotics, delinquency, and social policy*. Basic Books, 1964.

Chen, C.M., Yi, H.-Y., Falk, D.E., Stinson, S.Dawson, D.A., Grant, B.F., *Alcohol Use and Alcohol Use Disorders in the United States: Main Findings from the 2001-2002 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC).* Bethesda, MD, National Institutes of Health, 2006.

Chen, C.M., Yi, H.-Y., Dawson, D.A., Stinson, F.S., Grant, B.F., *Alcohol Use and Alcohol Use Disorders in the United States, a 3-Year Follow-Up: Main Findings from the 2004-2005 Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC).* Rockville, MD, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 2010.

Childress, A.R., Mozley, P.D., McElgin, W., Fitzgerald, J., Reivich, M., O'Brien, C.P., «Limbic Activation During Cue-induced Cocaine Craving.» *Am. J. Psychiatry* 156, 1999, p.11-18.

Chung, S.-H., Herrnstein, R.J., «Choice and delay of reinforcement.» *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 10, 1, (1967), p.67-74. Repris dans *The Matching Law*, Rachlin, H., Laibson, D.,I., Russell Sage Foundation New York, Harvard University Press, Cambridge & Londres, 1997, Chpt 5.

Churchland, P.M., *A neurocomputational Perspective*, 1992, Cambridge, MIT Press, trad. D. Fisette & P. Poirier, *Philosophie de l'esprit* - États des lieux, Paris, Vrin, 2000, p.86.

Clark, T.W., «Determinism and Destigmatization: Mitigating Blame for Addiction.» *Neuroethics* 14, 2021, p.219-230.

Clausewitz, von C. *De la Guerre* (1832), trad. Murawiec, L., Paris, Perrin, 1999.

Coates, D.J., Tognazzini, N.A., *Blame: Its Nature and Norms*, New York: Oxford University Press. 2013,

Coles, A.S., Kozak, K., George, T.P., «A Review of Brain Stimulation Methods to Treat Substance Use Disorders.» *Am J Addict*. 27, 2, 2018, p.71-91.

Colombo, M.,»Deep and Beautiful. The Reward Prediction Error Hypothesis of Dopamine.» *Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences* 45, 2014, p.57-67.

Comings, D.E., «Tourette Syndrome: A Hereditary Neuropsychiatric Spectrum Disorder», Annals of Clinical Psychiatry, 6,4, 1994, p.235-247.

Conway, K.P., Compton, W., Stinson, F.S., Grant, B.F., «Lifetime comorbidity of DSM-IV mood and anxiety disorders and specific drug use disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions.» *J Clin Psychiatry*. 67,2, 2006, p.247-257.

Corvisier, A., *La Guerre*, Essais historiques, PUF, 1995.

Cottier, J.F, Pascasius, Mode d'Emploi in *Pascasius ou Comment Comprendre les Addictions Suivi du Traité sur le Jeu* (1561) Nadeau,L. & Valleur, M. Champ Libre, Presse Universitaire de Montréal, 2014. p.69-79.

Craver, C.F., *Explaining the Brain: Mechanisms and the Mosaic Unity of Neuroscience.* Oxford University Press, 2007.

Crimmins, J.E., «Bentham and Utilitarianism in the Early Nineteenth Century» in *The Cambridge Companion to Utilitarianism*. Eggleston, B., & Miller, D.E., Cambridge University Press, 2014, p.38-60.

Crocq, M.A., «Historical and cultural aspects of man's relationship with addictive drugs», *Dialogues Clin Neurosci*., 9, 4, 2007 p.355-61.

Crow, T.j. «A Map of the Rat Mesencephalon for Electrical Self-Stimulation.» *Brain Research*, vol. 36, no. 2, 1972, p.265-273.

Crowley, R.M., «Littérature, Psychanalytique sur l'Addiction à la drogue» (1938), trad. Petit, P., in *Écrits Psychanalytiques Classiques sur les Toxicomanies* Chassaing, J.-L., Paris, Association Freudienne Internationale, 1998, p.51, 66.

Cullerre, Alexandre. *Les Frontières de la Folie.* Éd. J.-B. Baillière et fils, Paris, 1888.

Davenport-Hines, R., *The Pursuit of Oblivion. A Global History of Narcotics.* (2001) W. W. Norton & Cie., 2004.

Davison, D., Paradoxe de l'irrationalité. (1991) Editions de L'éclat. 2002.

Davidson, D., «Comment la faiblesse de la volonté est-elle possible ?» (1969) trad Engel, P. in *Actions et événements*, , Presses Universitaires de France 1993, p.37-65.

Dawson, D.A., Grant B.F., Stinson F.S., Chou P.S., Huang B.Ruan W.J., «Recovery from DSM-IV alcohol dependence: United States, 2001-2002.» *Addiction*. 100, 3, 2005, p.281-292.

De Luca, V., Jaffro, L., Nayfeld, N., «Responsabilité Pénale, Libre Arbitre et Troubles Mentaux : le Cas de l'Addiction» *Archives de Politique Criminelle*, 2022, in press.

De Mijolla, A., «La Psychanalyse en France (1893-1965).» in *Histoire de la Psychanalyse*, (1982), Ed. Jaccard, R., tome II, Paris, Hachette, 1985. p.9-105.

De Villiers, P.A.,, Herrnstein, R.J., «Toward a law of response strength.», *Psychological Bulletin*, 83, 6, (1976), p1131-1153. Repris dans *The Matching Law,* Rachlin, H., Laibson, D.,I., Russell Sage Foundation New York, Harvard University Press, Cambridge & Londres, 1997, Chpt 2.

Delgado, M., Nystrom L., Fissell, C., Noll, D., Fiez, J., «Tracking the Hemodynamic Responses to Reward and Punishment in the Striatum», *Journal of Neurophysiology*, 84,6, 2000, p.3072-3077.

Delille, E., «Usages et mésusages de la notion de précurseur en histoire des sciences et des techniques, en particulier en histoire de la psychiatrie : À propos d'un échange épistolaire entre Henri Ellenberger et Georges Canguilhem (1967)», *Revue d'histoire des sciences*, 2, 2017, p.327-350.

Demazeux, S., *Qu'est-ce que le DSM ?* Ithaque, 2013.

Deneau, G., Seevers.M.H., «Drug Dependence.» in *Evaluation of Drug Activities*, Laurence D.R., & Bacharach A.L., 1964, p.167-179.

Deneau, G., Yanagita, T., Seevers, M.H., «Psychogenic Dependence to a Variety of Drugs in the Monkey.» *Pharmacologist,* 6, 1964, p.182.

Deneau, G.,, Yanagita, T., Seevers, M.H., «Self-Administration of Psychoactive Substances by the Monkey.» *Psychopharmacologia*, 16, 1, 1969, p.30-48.

Dennett, D.C., *Brainstorms: Philosophic Essays on Mind and Psychology*. Bradford Books, 1978.

Dennett, D.C., *Freedom Evolves*. Penguin Books, 2003.

Dennett, D.C., *Elbow Room: the Varieties of Free Will Worth Wanting*. Bradford Book, 2015.

Dennet, D.C., et Caruso, G.D., *Just Deserts: Debating Free Will*, Cambridge, Polity, 2021,

Descombey, J.P., «La Dépendance Alcoolique, Problèmes de Théorie Freudienne et de Technique Psychothérapeutique», *L'information psychiatrique*, 58, 4, 1982.

Deutsch, J.A., «A New Type of Behavior Theory.» *Brit. J. Psychol.* 44, 1953, p.304-317.

Di Chiara, G., et A. Imperato. «Drugs Abused by Humans Preferentially Increase Synaptic Dopamine Concentrations in the Mesolimbic System of Freely Moving Rats.» *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 85, 14, 1988, p.5274-5278.

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders : DSM-III. American Psychiatric Association, 1981.

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-III-R. American Psychiatric Association, 2000.

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV-TR. American Psychiatric Association, 2000.

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-V. American Psychiatric Association, 2013.

Diaz-Mataix, L., Artigas, F., Celada, P., «Activation of Pyramidal Cells in Rat Medial Prefrontal Cortex Projecting to Ventral Tegmental Area by a 5-HT1A Receptor Agonist.» *Eur. Neuropsychopharmacol.* 16, 2006, p.288-296.

Dickson, C.T., «A Jolt to the Field: A Self-generating and Self-propagating Ephaptically Mediated Slow Spontaneous Network Activity Pattern in the Hippocampus» *J.Physiol.*, 597, 1, 2019, p.3.

Dorfman, J., *The Economic Mind in American Civilization,* New York, Vol. 3, 1949.

Dommett, E., Coizet, V., Blaha, C.D., Martindale, J., Lefebvre, V., Walton, N., Mayhew, J.E., Overton, P.G., Redgrave, P., «How Visual Stimuli Activate Dopaminergic Neurons at Short Latency.» *Science* 307, 2005, p.1476-1479.

Du Toit, B.M., *Drugs, rituais and altered states of consciousness.* Rotterdam, Balkema, 1977.

Durkheim, E., *les formes élémentaires de la vie religieuse*. (1912), Paris, Quadrige, PUF, 2013.

Eaton, W.W., Regier, D.A., Locke, B., Z., Taube, C.A., «The Epidemiologic Catchment Area Program of the National Institute of Mental Health.», *Public Health Rep.*, 96, 4, 1981, p.319-325.

Econométrie Paris 12-17 Mai 1952. Editions CNRS, 1953.

Edwards, G, Gross, M.M., «Alcohol Dependence: Provisional Description of a Clinical Syndrome.» *Bmj*, 1, 6017, 1976, p.1058-1061.

Edwards, G., «Addiction, reductionism and Aaron's rod». *Addiction*. 1994;89(1):9-22.

Eisenberg, L., Guttmacher, L., «Were we all asleep at the switch? A personal reminiscence of psychiatry from 1940 to 2010». *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 122, 2, 2010, p.89-102.

Elster, J., «*Le laboureur et ses enfants : deux essais sur les limites de la rationalité*» trad. Gerschenfeld, A., Paris, Propositions, Les Editions de Minuit, 1986.

Elster J., *Strong Feelings,* Bradford Books, 1999.

Elster, J., *Agir contre soi: La faiblesse de volonté*. Odile Jacob, 2007.

Engel, P., «Akrasia pratique et akrasia épistémique». *Le Philosophoire*, 29, 2007, p.63-79.

Engelhardt, H.T., «The Concepts of Health and Disease», in *Evaluation and Explanation in the Biomedical Sciences. Philosophy and Medicine, vol 1.* Engelhardt, H.T., Spicker, S.F., Springer, Dordrecht 1975.

Erlenmeyer, E., «Ueber Cocainsucht», *Deutsche Medizinal-Zeitung,*. 7, 44, 31. 1886, p.483-484,

Ehrenberg, A., *La Fatigue d'être soi.* Odile Jacob, 2000.

Ehrenberg, A., *La Société Du Malaise.* Odile Jacob, 2012.

Ehrenberg, A., *La mécanique Des Passions: Cerveau, Comportement, societé.* Odile Jacob, 2018.

Erasme, *Eloge de la Folie*. '1511), Trad. De Laveaux, T., Mille et une nuits. 1997.

Esquirol, E., *Des maladies mentales : considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal*. vol. 2, Paris, J.-B. Baillière 1838.

Everitt, B.J. «Neural and Psychological Mechanisms Underlying Compulsive Drug Seeking Habits and Drug Memories - Indications for Novel Treatments of Addiction.» *Eur. J. Neurosci.* 40, 2014, p.2163-2182.

Everitt, B.J., Belin, D., Economidou, D., Pelloux, Y., Dalley, J.W., Robbins, T.,W.. «Neural Mechanisms Underlying the Vulnerability to Develop Compulsive Drug-seeking Habits and Addiction.» *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*., 363, 2008, p.3125-3135.

Everitt, B.J., Robbins, T.W., «Neural Systems of Reinforcement for Drug Addiction : From Actions to Habits to Compulsion.» *Nat Neurosci*., 8, 2005, p.1481-1489.

Everitt, B.J., Robbins, T.W., «From the Ventral to the Dorsal Striatum: Devolving Views of Their Roles in Drug Addiction.» *Neurosci. Biobehav. Rev*. 37, 2013, 1946-1954

Everitt, B.J., Robbins, T.W., «Drug Addiction: Updating Actions to Habits to Compulsions Ten Years On.» *Annu. Rev. Psychol*. 67, 2016, p.23-50.

Ey, H., *Etudes psychiatriques, (*1950), Perpignan, CREHEY Cercle de Recherche et d'Edition Henri Ey 2007.

Faucher, L., Forest, D., *Defining mental disorder: Jerome Wakefield and his critics*. Cambridge, MA, MIT Press. 2021.

Feil, J., Sheppard, D., Fitzgerald, P.B., Yücel, M., Lubman, D.I., Bradshaw, J.L., «Addiction, Compulsive Drug Seeking, and the Role of Frontostriatal Mechanisms in Regulating Inhibitory Control.» *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 35, 2, 2010, p.248-275.

Fenichel, O. *La Théorie Psychanalytique des Névroses.* (1945), Trad. Schlumberger, M., Pidoux, C., Cahen, M. & Fain, M., ed. PUF, 1987.

Ferbos, C., & Magoudi, A., *Approche Psychanalytique des Toxicomanies*, PUF, 1986.

Ferenczi, S., «Le Rôle de l'Homosexualité dans la Pathogénie de la Paranoïa.» (1911a). trad. Dupond, J., Viliker, M., Garnier, P., in *Écrits Psychanalytiques Classiques sur les Toxicomanies*, Chassaing, J.-L., Paris, Association Freudienne Internationale, 1998, p.175-184.

Ferenczi, S., «Alcool et Névroses, Réponse à la Critique de M. le Prof. E. Bleuler.» (1911b). trad. Mahoudeau, C., Maugeais, P., in *Écrits Psychanalytiques Classiques sur les Toxicomanies*, Chassaing, J.-L., Paris, Association Freudienne Internationale, 1998, p.201-206.

Ferreira, A, Petretti, C., Vasina, B., *Biologie de l'Alimentation Humaine : Tome 2*, Studyrama, 2014.

Ferster, C.B., Skinner, B.F., *Schedules of Reinforcement.* Appleton Century Crofts, New York, 1957.

Fingarette, H., *The Self in Transformation: Psychoanalysis, Philosophy, & the Life of the Spirit*. Harper, Row, 1965.

Fingarette, H., *Self-Deception*.(1969) Routledge, K. Paul, 2000.

Fingarette, H., «Addiction and Criminal Responsibility.» *The Yale Law Journal*, 84, 3, 1975, p.413.

Fingarette, H., The Problem of the Self in the Analects.» *Philosophy East and West*, 29, 2, 1979, p.129.

Fingarette, H., «Action and Suffering in the Bhagavadgita.» *Philosophy East and West*, 34, 4, 1984, p.357.

Fingarette, H., *Heavy Drinking: the Myth of Alcoholism as a Disease*. University of California,

1988.

Fingarette, H., *Confucius-the Secular as Sacred*. Heibonsha, 1989.

Fingarette, H., *Confucius: Du Profane Au sacré*. EBOUND, Canada, 2014.

Fingarette, H,. «Response to Lehman's Article 'Alcoholism, Freedom and Moral Responsibility.'» *International Journal of Law and Psychiatry*, 13, 1-2, 1990, p.123-126.

Fingarette, H., *Mapping Responsibility: Explorations in Mind, Law, Myth, and Culture*. Open Court, 2004.

Fingarette, H, Fingarette Hasse, A., *Mental Disabilities and Criminal Responsibility*. University of California Press, 1979.

Foddy, B., et Savulescu, J., «A Liberal Account of Addiction.» *Philosophy, psychiatry, & psychology,* 17, 2010, p.1-22.

Forest, D., *Histoire des aphasies*, Paris, Pratiques Théoriques, P.U.F. 2005.

Forest, D., *Neuroscepticisme. Les Sciences du Cerveau Sous le Scalpel de l'Épistémologue*, Ithaque, 2014.

Forest, D, Le Bidan, M., «Présentation et traduction de «Action, ability and health» de Lennart Nordenfelt», in *Philosophie de la médecine. II, Santé, maladie, pathologie*, Giroux, E., Lemoine, M., Vrin, Textes clés, 2012, p.257-294.

Foucault, M., *Il faut défendre la société. Cours au Collège de France, 1975-1976*, Paris, Hautes Etudes, Gallimard, Seuil, 1997.

Foucault, M., *Les Anormaux. Cours au Collège de France, 1974-1975*, Paris, Hautes Etudes, Gallimard, Seuil, 1999

Fouquet, P. «Réflexions Cliniques et Thérapeutiques sur l'Alcoolisme.» *L'Évolution Psychiatrique*, 16, 2, 1951, p.231-251.

Fouquet, P., et Clavreul J. *Une Thérapeutique de l'Alcoolisme* Paris, P.U.F., 1956

Frankfurt, H.G., «Alternate Possibilities and Moral Responsibility», *Journal of Philosophy,* 66, 23, 829, 1969, reprint in *The Importance of What we Care About*., (1998), Frankfurt, H.G., Cambridge University Press, 2003 p.1-10.

Frankfurt, H.G., «Freedom of the will and the concept of a person», *Journal of Philosophy* 68, 1, 1971, p.5-20, reprint in *The Importance of What we Care About*., (1998), Frankfurt, H.G.,Cambridge University Press, 2003 p.11-25.

Frankfurt, H.G., «Coercion and moral responsibility». in *Essays on Freedom of Action*. Ted Honderich, Routledge and Kegan Paul. 1973, p.65. reprint in *The Importance of What we Care About*., (1998), Frankfurt, H.G., Cambridge University Press, 2003 p.26-46.

Frankfurt, H.G., «What are we morally responsible for» in *The Importance of What We Care About,* (1998), Frankfurt, H.G., Cambridge University Press. 2003, p.95-103.

Franks, N.P., Lieb, W.R., «Where do general anaesthetics act?» *Nature*, 274, 1978, P.339-42.

Franks, N.P., Lieb, W.R., «Do general anaesthetics act by competitive binding to specific receptors?» *Nature,* 310, 1984, p.599-601.

Franks, N.P., Lieb, W.R., «Are the biological effects of ethanol due to primary interactions with lipids or with proteins?» *Alcohol Alcohol*. 1, 1987, p.139-45.

Franks, N.P., Lieb, W.R., «Seeing the light: protein theories of general anesthesia.» *Anesthesiology*. 2004, 101, 2004, p.235-7.

Fraser, S., «The Future of 'Addiction': Critique and Composition», *International Journal of Drug Policy,* vol. 44, 2017, p.130-134.

Freud, A., *Le Moi et les Mécanismes de Défense*, (1949), Trad. Anne Berman, PUF, 2003.

Freud, S., «De la Coca.» (1884), in *De la Cocaïne* Freud, S., ed Byck, R., Bruxelles, Editions Complexe, (1963), 1976. p75-98.

Freud, S., «Contribution à la Connaissance de l'Action de la Cocaïne.» 1885. in *De la Cocaïne* Freud, S., ed Byck, R., Bruxelles, Editions Complexe, (1963), 1976. P.113-121.

Freud, S., *Dora : Fragment d'une Analyse d'Hystérie*. (1905) Trad. Cohen Skalli, C., Paris. Petite Bibliothèque Payot, , 2010.

Freud, S., *Deuil et Mélancolie.* (1917), Payot, 2011.

Freud, S., «Dostoïevski et le parricide.» (1928), *Revue Française de Psychosomatique,* 1, 39, 2011, p.109-125.

Freud, S., Die Ichspaltung in Abwehrvorgang. *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse Imago*, 25, 3/4, 1940, p.241-244.

Freud, S., *De la Cocaïne* (1963) ed Byck, R., Bruxelles, Editions Complexe, (1963), 1976.

Freud, S., *L'hypnose*, éd. Borch-Jacobsen, M., Paris, L'iconoclaste, 2015.

Friedman, M., «The role of monetary policy», *American Economic Review*, 58, 1968, p.1-17.

Friese, M., Loschelder, D.D., Gieseler, K., Frankenbach, J., Inzlicht, M., «Is Ego Depletion Real? An Analysis of Arguments.» *Pers Soc Psychol Rev*., 23, 2, 2019, p.107-131.

Fritsch, G, Hitzig, E., «Ueber Die Elektrische Erregbarkeit des Großhirns.» *Arch. Anatom. Physiol*. Leipzig., 37, 1870 p.300-332.

Furst, P,T., *Flesh of the Gods.* New York, Washington, Praeger Publishers, 1972.

Gantt, H.W., «Contributions to the Physiology of the Conditioned Reflex.» *A.M.A. Arch. Neural. Psychiat*., 37, 1937, p.848-855.

Garavan, H, Pankiewicz, J., Bloom, A., Cho, J.K., Sperry, L., Ross, T.J., Salmeron, B.J., Risinger, R., Kelley, D., Stein, E.A., «Cue-induced Cocaine Craving: Neuroanatomical Specificity for Drug Users and Drug Stimuli.» *Am. J. Psychiatry* 157, 2000, p.1789-1798.

German, D.C., Sanghera, M.K., Trulson, M.E., «In Vivo and in Vitro Electrophysiological Studies of Mouse Dopamine Neurons.» *Progr. Neuro-Psychopharmacol., Biol. Psychiatr., Suppl*. 1983, p.171-172.

Gifford, S., 2008. «The Psychoanalytic Movement in the United States, 1906-1991». in *History of Psychiatry and Medical Psychology*. Wallace, E.R., Gach, J., Boston, Springer, 2008, p.629-656.

Giroux, E., «La théorie holistique de Lennart Nordenfelt» in *Après Canguilhem: Définir la santé et la maladie*, É. Giroux, Presses Universitaires de France, Paris, 2010 p111-144.

Giroux, E., Lemoine, M., *Philosophie de la médecine. II, Santé, maladie, pathologie*, Vrin, Textes clés, 2012.

Gloor, P., «Autonomic Functions of the Diencephalon.». *A.M.A. Archives of Neurology & Psychiatry*, 71(6), 1954, p.773-790.

Glover, E., «L'Étiologie de l'Alcoolisme.» (1928). Trad. Noiville, P., in *Écrits Psychanalytiques Classiques sur les Toxicomanies*,. Chassaing, J.-L., Paris, Association Freudienne Internationale, 1998, p.385-396.

Glover, E., «Présentation et Traitement de la Toxicomanie- Royal Society of Medicine : Psychiatry.» (1931). Trad. Chassaing, O., Chassaing, J.-L. in *Écrits Psychanalytiques Classiques sur les Toxicomanies*, Chassaing, J.-L., Paris, Association Freudienne Internationale, 1998, p.397-403.

Glover, E., «Sur l'Étiologie de l'Addiction à la Drogue.» (1932a). Trad. Petit, P., in *Écrits Psychanalytiques Classiques sur les Toxicomanies*, Chassaing, J.-L., Paris, Association Freudienne Internationale, 1998, p.404-442.

Glover, E., «Problèmes Communs en Psychanalyse et en Anthropologie : Rituel de Drogue et Addiction.» (1932b). Trad. Petit, P., in *Écrits Psychanalytiques Classiques sur les Toxicomanies*, Chassaing, J.-L., Paris, Association Freudienne Internationale, 1998, p.443-472.

Gollwitzer, P., «Implementation intentions: strong effects of simple plans», *The American Psychologist*, 54, 1999, p.493-503.

Goodman, Aviel. «Addiction: Definition and Implications.» British Journal of *Addiction*, 85, 11, 1990, p.1403-1408.

Goody, J., «Religion and ritual: the definitional problem». British Journal ofSociology 1961, 12, 2, 1961.

Goto, Y., Grace, A., A., «Dopaminergic Modulation of Limbic and Cortical Drive of Nucleus Accumbens in Goal-directed Behavior.» *Nat Neurosci*. 8, 2005, p.805-812.

Grace, A.A., «Phasic Versus Tonic Dopamine Release and the Modulation of Dopamine System Responsivity: A Hypothesis for the Etiology of Schizophrenia.» *Neuroscience*. 41, 1991, p.1-24.

Grant, B.F., Hasin D.S., Stinson F.S., Dawson D.A., Chou S.P., Ruan W. J., Pickering, R.P., «Prevalence, correlates, and disability of personality disorders in the United

States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions.» *J Clin Psychiatry*, 65, 2004, p.948-58.

Grant, J., Brewer, J., Potenza, M., «The neurobiology of substance and behavioral addictions», *CNS Spectrums*, 11, 12, 2007 p.924-930.

Grantham, G., «Rationality Revised: The Evolution of an Axiom in Economics.» in *The Social Sciences and Rationality* ed. van den Berg, A., Meadwell, H., Routledge, 2004, p.41-80.

Gross, M.m. «Physical Dependence And Alcohol Withdrawal Syndrome In Man.» *CNS and Behavioural Pharmacology*, 1976, p.75-88.

Grund, J.-P.C. *Drug Use as a Social Ritual: Functionality, Symbolism and Determinants of Self-Regulation*. Rotterdam: Instituut voor Verslavingsonderzoek, 1993.

Hall, W., Carter, A., Forlini, C., «The brain disease model of addiction: is it supported by the evidence and has it delivered on its promises?», *Lancet Psychiatr*. 2, 2015, p.105-10.

Hall, W., Weier, M., «Lee Robins' studies of heroin use among US Vietnam veterans.» *Addiction*, 112, 1, 2017, p.176-180.

Hammer, R., Dingel, M., Ostergren, J., Partridge, B., McCormick, J., Koenig, B.A., «Addiction: Current Criticism of the Brain Disease Paradigm». *AJOB Neurosci.,* 4, 3, 2013, p.27-32.

Hart CL. Viewing addiction as a brain disease promotes social injustice. *Nat Hum Behav,* 1, 0055, 2017

Hart, H.L.A., *Punishment and Responsibility : Essays in the Philosophy of Law*, 2e éd., Oxford, Oxford University Press, 2008.

Hartmann, H., «Cocaïnomanie et Homosexualité.» (1924). Trad. Lacroute, R., Lerude, M., Rath, C.D., in *Écrits Psychanalytiques Classiques sur les Toxicomanies*, Chassaing, J.-L., Paris, Association Freudienne Internationale, 1998, p.303-324.

Hasin, D.S., Stinson, F.S., Ogburn, E., Grant, B.F., «Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV alcohol abuse and dependence in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions.» *Arch Gen Psychiatry.* 64, 7, 2007, p.830-842.

Heather, N., «Addiction as a form of akrasia: Rethinking the relationship». in *Addiction and Choice: Rethinking the Relationship*, N. Heather and G. Segal, Oxford, Oxford University Press, 2016, p.133-148.

Heather, N., Best, D., Kawalek, A., Field, M., Lewis, M., Rotgers, F,, Wiers, R.W., & Heim, D., «Challenging the Brain Disease Model of Addiction: European Launch of the Addiction Theory Network.» *Addiction Research & Theory*, 26, 4, 2018, p.249-255.

Hebb, D.0., *The Organization of Behavior*. New York, Wiley, 1949.

Heim, D., «Addiction: Not just brain malfunction (Letter)». *Nature*, 507. 2014, p.40.

Helzer, J.E., Robins, L.N., Davis, D.H., «Antecedents of narcotic use and addiction. A study of 898 Vietnam veterans.» *Drug Alcohol. Depend.,* 1, 1976, p.183-90.

Hempel, C.G., «The Logic of Functional Analysis.» in *Aspects of Scientific Explanation,* Hempel, C.G., New York: The Free Press and London: Collier-MacMillan 1965, p.297-330. (Réimprimé à partir de *Symposium On Sociological Theory*, Gross, L., New York: Harper & Row, 1959.)

Herrnstein, R.J., «Some factors influencing behavior in a two-response situation», *Transactions of the New York Academy of Sciences* , 21, (1 Series II), 1958, p35-45.

Herrnstein, R.J., «Relative and absolute strength of response as a function of frequency of reinforcement.» *J Exp Anal Behav.*, 4, 3, (1961), p.267-72. Repris dans *The Matching Law,* Rachlin, H., Laibson, D.,I., Russell Sage Foundation New York, Harvard University Press, Cambridge & Londres, 1997, Chpt 1.

Herrnstein, R.J., «Method and theory in the study of avoidance.», *Psychological Review*, 76, 1, 1969, p.49-69.

Herrnstein, R.J., «Derivatives of matching.» *Psychological Review*, 86, 5, (1979), p.486-495. Repris dans *The Matching Law,* Rachlin, H., Laibson, D.,I., Russell Sage Foundation New York, Harvard University Press, Cambridge & Londres, 1997, Chpt 3.

Herrnstein, R. J., «Melioration as behavioral dynamism», in *Quantitative Analyses of Behavior: Matching and Maximizing Account.* Commons, M.L., Herrnstein, R.J., Rachlin, H., Cambridge, Ballinger. (1982), p.433-458. Repris dans *The Matching Law*, Rachlin, H., Laibson, D.,I., Russell Sage Foundation New York, Harvard University Press, Cambridge & Londres, 1997, Chpt 4.

Herrnstein, R.J., «Behavior, Reinforcement and Utility.» *Psychological Science,* 1,4, 1990, p.217-224.

Herrnstein, RJ., *The Matching Law*, Rachlin, H., Laibson, D.,I., Russell Sage Foundation New York, Harvard University Press, Cambridge & Londres, 1997.

Herrnstein, R.J., Heyman, G.M. «Is matching compatible with reinforcement maximization on concurrent variable interval, variable ratio ?» *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 31, 2, 1979, p.209-223.

Herrnstein, R.J., Murray, C., *The Bell Curve: Intelligence and Class Structure in American Life*, New York, Free Press, 1994.

Herrnstein, R., J., Prelec, D., «Melioration : a Theory of Distributed Choice», *Journal of Economic Perspectives. 5*, (1991) p.137-156. Repris dans *The Matching Law*, Rachlin, H., Laibson, D.,I., Russell Sage Foundation New York, Harvard University Press, Cambridge & Londres, 1997, Chpt 14.

Herrnstein, R.J., Prelec, D., «A theory of addiction.' in *Choice over time*. Loewenstein G., & Elster, J., Russell Sage Foundation. (1992) p.331-360. Repris dans The Matching Law, Rachlin, H., Laibson, D.,I., Russell Sage Foundation New York, Harvard University Press, Cambridge & Londres, 1997, Chpt 9.

Herrnstein, R.J., Vaughan, W.Jr., «Melioration and behavioral allocation». in *Limits to action*, J.E.R. Staddon, New York: Academic Press, 1980, p.143-176

Hess, W.R., *Beitrage zur Physiologie des Hirnstammes: I. Die Methodik der lokalisierten Reizung und Ausschaltung subkortikaler Hirnabschnitte.* Leipzig, George Thieme Verlag, 1932,

Hess, W.R., *Die Functionelle Organisation des Vegetativen Nervensystem*. Basel, Benno Schwabe, 1948.

Hess, W.R., *Diencephalon*. New York, Grune & Stratton, 1954.

Hess, W.R., *Hypothalamus and Thalamus: Documentary pictures*. Stuttgart, George Thieme Verlag, 1956.

Hess, W.R., Brugger, M., «Das Subkortikale Zentrum der Affektiven Abwehrreaktion.» *Helvet. Physiol. Pharmacol. Acta,* 1,1943, p.33-52.

Hesslow, G., «Do we need a concept of disease?», *Theoretical Medicine*, 14, 1992, p.1-14.

Heyman, G.M., *Addiction : a Disorder of Choice.* Harvard, Harvard University Press, 2009.

Heyman, G.M.,. Addiction and choice: theory and new data. *Front Psychiatry*. 4, 31, 2013.

Hieronymi, P., «The Force and Fairness of Blame», *Philosophical Perspectives*, 18, 2004, p.115-148.

Himmelsbach, C.K. «Morphine, With Reference to Physical Dependence.» *Federat Proc*., vol. 2, 1943, p.201-203.

Hitchcock, C., Woodward, J., Explanatory Generalizations, Part II: Plumbing Explanatory Depth. *Noûs*, 37, 2, 2003, p.181-199.

Hobbes, T., *Léviathan,* (1651), trad. 1971, Tricaud, F., Paris, Dalloz, 1991.

Holton, R., «Intention and weakness of will», *Journal of Philosophy*, 96: 1999, p.24-62.

Holton, R., *Willing, Wanting, Waiting*, Oxford: Clarendon Press. 2009.

Hudson, J.I., Pope, H.G.Jr., «Affective Spectrum Disorder: Does Antidepressant Response Identify a Family of Disorders with a Common Pathophysiology ?» *Am. J. Psychiatry*, 147, 1990, p.532-564.

Hull, C.L., «*Principles of Behavior*. New York, D. Appleton-Century, 1943.

Huss, Magnus von. *Chronische Alkoholkrankheit Oder Alkoholismus Chronicus: Aus d. Schwed. übers. Mit Zusätzen Des Verf. Von Gerh. Van Dem Busch* . 1852.

Hyman, S.E., «Addiction: a disease of ;learning and memory.» *Am J Psychiatry*, 162, (8), 2005, p.1414-1422

Hyman, S.,E., «The Neurobiology of Addiction: Implications for Voluntary Control of Behavior.» *The American journal of bioethics* : AJOB. 7. 2007, p.8-11.

Inanlou, M., Bahmani, B., Farhoudian, A., Rafiee, F., «Addiction Recovery: A Systematized Review». *Iran J Psychiatry*, 15, 2, 2020, p.172-181.

Jacquet, L., *L'Alcool. Etude Économique Générale, ses Rapports avec l'Agriculture, le Commerce, la Législation, l'Impôt, l'Hygiène Individuelle et Sociale,* Paris, Masson Cie ed., 1912.

Jacquet, M.M,. & Rigaud, A., «Emergence de la Notion d'Addiction : Des Approches Psychanalytiques aux Classifications Psychiatriques.» in *Les Addictions*, Le

Poulichet, S., Paris, PUF. 2000. p.11-79.

James, W., *Psychology*, Henry Holt and Co., New York, 1893

Jellinek, E. M. «Phases in the Drinking History of Alcoholics.» *The American Journal of Psychology*, vol. 62, no. 4, 1949, p.606.

Jellinek, E. M. *The Disease Concept of Alcoholism.* Hillhouse Press, 1960.

Jentsch, J.D., Taylor, J.R., «Impulsivity Resulting From Frontostriatal Dysfunction in Drug Abuse: Implications For the Control of Behavior by Reward-Related Stimuli.» *Psychopharmacology*, Berl., 146, 1999, p.373-390.

Jones, E., «L'Épisode de la Cocaïne (1884-1887).» '1953). Trad. Berman A., in *De la Cocaïne* Freud, S., ed Byck, R., Bruxelles, Editions Complexe, (1963), 1976. p.33-53.

Jouanna, Jacques, «Le Vin et la Médecine dans la Grèce Ancienne», *Revue des Études Grecques*, tome 109, Juillet-décembre, 1996. p.410-434.

Juliusburger, O., «Contribution à l'Étude Psychologique de la Prétendue Dipsomanie.» (1912). Trad. Bernard, F., in *Écrits Psychanalytiques Classiques sur les Toxicomanies*, Chassaing, J.-L., Paris, Association Freudienne Internationale, 1998, p.233-241.

Juliusburger, O., «De la Psychologie de l'Alcoolisme.» (1913). Trad.Balbure, F., in *Écrits Psychanalytiques Classiques sur les Toxicomanies*, Chassaing, J.-L., Paris, Association Freudienne Internationale, 1998, p.242-261.

Juliusburger, O., «Alcoolisme et Psychosexualité.» (1916). Trad. Balbure, F., in *Écrits Psychanalytiques Classiques sur les Toxicomanies*, Chassaing, J.-L., Paris, Association Freudienne Internationale, 1998, p.262-274.

Jung, C. G. *Collected Works of C.G. Jung, Volume 18: The Symbolic Life: Miscellaneous Writings*. Trad. Adler, G. et Hull, R. F. C., Princeton University Press. 1976.

Kahneman, D., Slovic P., Tversky A., *Judgment Under Uncertainty: Heuristics and Biases*, Cambridge, Cambridge University Press, 1982.

Kahneman, D., Tversky A., «Prospect Theory: An Analysis of Decisions Under Risk», *Econometrica*, 47, 2, 1979, p.313-327.

Kahneman, D., Tversky A., «Choices, Values and Frames», *American Psychologist*, n° 39, 1984 p.341-350, 1984.

Kahneman, D., *Thinking Fast and Slow*. Penguin Random House UK. 2012.

Kalivas, P.W., Volkow, N.D., «The Neural Basis of Addiction: A Pathology of Motivation and Choice.» *Am. J. Psychiatry.* 162, 2005, p.1403-1413.

Kauder, E., «The Retarded Acceptance of the Marginal Utility Theory» *The Quarterly Journal of Economics*, 67, 1953, p.564ff.

Kauder, E., *History of Marginal Utility Theory*, (1965), Princeton University Press, 2016.

Kaufmann, W., *Existentialism: from Dostoevsky to Sartre*. Plume, 2004.

Kendler, K.S., «The impact of Diagnostic Miscalculation on the Pattern of Familial

Aggregation and Coaggregation of Psychiatric Illness.» *J. Psychiatr. Res*. 1987, p.215-291.

Kendler, K.S., «Clinical Validity.» *Psychol. Med.* 47, 1989, p.969-973.

Kendler, K.S., «Levels of Explanation in Psychiatric and Substance Use Disorders: Implications for the Development of an Etiologically Based Nosology.» *Molecular Psychiatry*, 17, 1, 2011, p.11-21.

Kendler, K.S., Parnas, J., *Philosophical Issues in Psychiatry. Explanation, Phenomenology and Nosology.* The John Hopkins University Press, Baltimore. 2008.

Kennett, J., Vincent, N.A., Snoek, A., «Drug addiction and criminal responsibility». in *Handbook of Neuroethics*, Levy, N., Clausen, J., Springer, Houten, 2014, p.1065-1083.

Kessler, R.C., Berglund, P.A., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K.R., Walters, E.E., «Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R).» *Archives of General Psychiatry*, 62, 6, 2005a, p.593-602.

Kessler, R.C., Chiu, W.T., Demler, O., Merikangas, K. R., Walters, E.E., «Prevalence, severity, and comorbidity of twelve-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R).» *Archives of General Psychiatry*, 62, 6, 2005b p.617-627.

Kety, S.S., Rosenthal, D., Wender, p.H., Schulsinger, F.,«The Types and Prevalence of Mental Illness in the Biological and Adoptive Families of Adopted Schizophrenics» in *The Transmission of Schizophrenia*, Rosenthal, D., and Kety, S. S., Pergamon Press, Oxford, 1968, p.345-362.

Kielhorn, F.-W. «The History of Alcoholism: Brühl-Cramer's Concepts and Observations» *Addiction,* vol. 91, no. 1, 1996, p.121-128.

Killeen, P., Hall, «The principal components of response strength.» *Journal of the experimental analysis of behavior*. 75, 2001, p.111-34.

Koob, G.F, LeMoal, M., «Drug Abuse: Hedonic Homeostatic Dysregulation.» *Science,* 278, 1997, p.52-58.

Koob, G.,F, Le Moal, M. «Drug Addiction, Dysregulation of Reward, and Allostasis.» *Neuropsychopharmacology*. 24, 2001, p.97-129.

Koob, G.F, Volkow, N.D., «Neurobiology of Addiction: a Neurocircuitry Analysis.» *The Lancet Psychiatry*, vol. 3, no. 8, 2016, p.760-773.

Kurti, A.N., & Dallery, J., «Review of Heyman's Addiction: A Disorder Of Choice», *Journal of Applied Behavior Analysis* , 2012, 45, p.229-240.

Kwako, L.E., Bickel, W.K., Goldman. D., «Addiction Biomarkers: Dimensional Approaches to Understanding Addiction.» *Trends Mol. Med*., 24, 2, 2018 p.121-128.

Lasagna, L, Mosteller, F., Von Felsonger, J.M., Beecher, H.K., «A study of the placebo response.» *Am J Med*. 16,(6), 1954, p.770-779.

Lazarus, R.S., Folkman, S., *Stress, appraisal and coping*, New York, Springer-Verlag, 1984.

Le Moal, M., «Voiles Toutes Vers le Passé», *Psychotropes*, vol. 15, 2009, p.45-51.

Lecoutre, M., «L'ivresse et l'ivrognerie dans le regard de l'autre : représentations des individus ivres en France du XVIe au XVIIIe siècle.», *Sciences humaines combinée*s [Online], 2, 2007.

Lehman, W., «Alcoholism, Freedom, and Moral Responsibility.» *International Journal of Law and Psychiatry*, vol. 13, no. 1-2, 1990, p.

Leshner, A.I., «Addiction is a Brain Disease, and it Matters». *Science* 278, 5335, 1997, p.45-47.

Levine, H.G., «The discovery of addiction: Changing conceptions of habitual drunkenness in America.» *J. Stud. Alcohol,* 39, 1978, p.143-174.

Lewis, M., *The Biology of Desire. Why Addiction is not a Disease.* Scribe Publications, 2015.

Lindesmith, Alfred R. *Opiate Addiction*. Principia Pr., 1947.

Ljungberg, T., Apicella, P., & Schultz, W., «Responses of Monkey Dopamine Neurons During Learning of Behavioral Reactions.» *Journal of Neurophysiology*, 67, 1, 1992, p.145-163.

Locke, J., *Essai sur l'Entendement Humain* (1690), trad. P. Coste, (1735), Classiques de la Philosophie, Le Livre de Poche, Paris, 2009.

Loewenstein, G. «A Visceral Account of Addiction». in *Getting Hooked: Rationality and Addiction*, Elster, J., Skog, O., Cambridge: Cambridge University Press. 1999, p235-264.

Loucks, R.B., «Preliminary Report of a Technique for Stimulation or Destruction of Tissues Beneath the Integument and the Establishment of Conditioned Reactions With Faradization of the Cerebral Cortex.», *J. Comp. Psychol*., 16, 1933, p.439-444.

Loucks, R.B., «The Experimental Delimitation of Neural Structures Essential for Learning: the Attempt to Condition Striped Muscle Responses With Faradization of the Sigmoid Gyri.» *J. Psychol*, 1, 1935 p.5-44.

Loucks, R.B., «Studies of Neural Structures Essential for Learning. II. The Conditioning of Salivary and Striped Muscle Responses to Faradization of Cortical Sensory Elements, and the Action of Sleep Upon Such Mechanisms.» *J. comp. Psychol*., 25, 1938, p.318-332.

Loucks, R.B., «Methods of Isolating sStimulation Effects With Implanted Barriers.» in *Electrical Stimulation of the Brain. (Subcortical Integrative Systems).* Sheer, D.E., Houston, University of Houston Press, 1957.

Loucks, R.B., & Gantt, W.H., «The Conditioning of Striped Muscle Responses Based Upon Faradic Stimulation of Dorsal Roots and Dorsal Columns of the Spinal Cord.» *J. Comp. Psychol.*, 25, 1938 415-426.

Lowenbach, H., Gantt, H.W., «Conditioned Vestibular Reactions.» *J.Neurophysiol*., 3, 1940, p.43-48.

Loewenstein, G., Elster, J. *Choice Over Time*, New York Russell Sage Press 1992.

Lowenstein, W., *Ces Dépendances Qui Nous Gouvernent, Comment s'en Libérer?* Calman-Levy, 2005.

Lucas, R.E.Jr.,Rapping, L.,A., «Price Expectations and the Phillips Curve.» Amer. Econ. Rev. 59, 3, 1969, p342-350.

Lucas, R.E,Jr., «Expectations and the neutrality of money,» Journal of Economic Theory, 4, 2, 1972, p.103-124.

Mackintosh, N. J. *The psychology of animal learning*. New York: Academic Press, 1974.

Magnan, Valentin. *De l'Alcoolisme, des Diverses Formes du Délire Alcoolique et de Leur Traitement.* Ed. A. Delahaye, Paris, 1874.

Maric, N., Myin-Germeys, I., Delespaul, P., Graaf, R., Vollebergh, W., van Os, J., «Is our concept of schizophrenia influenced by Berkson's bias?» *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 39, 2004, p.600-605.

Marshall, A., *Principals of Economics*. 9th (variorum) ed. (1890). Reprint, London: Macmillan, 1961

Marx, N., «Contribution à la Psychologie de la Cocaïnomanie.» (1923). Trad. Mahoudeau, C., Maugeais, P., in *Écrits Psychanalytiques Classiques sur les Toxicomanies*, Chassaing, J.-L., Paris, Association Freudienne Internationale, 1998, p.289-302.

Massin, S., «La notion d'addiction en économie : la théorie du choix rationnel à l'épreuve.» *Revue d'Economie Politique*, 5, 121, 2011, p.713-750.

McAllister, W.B., *Drug Diplomacy in the Twentieth Century : An International History*. Routledge, 2000.

McClennen E. F., *Rationality and Dynamic Choice*, New York, Cambridge University Press, 1990.

McClure, S.M., Daw, N.D., Montague, P.R., «A Computational Substrate for Incentive Salience.» *Trends Neurosci.* 26, 2003, p.423-428

McClure, S.M., Laibson, D., Loewenstein, G., Cohen, J., «Separate Neural Systems Value Immediate and Delayed Monetary Rewards», *Science*, 306,5695, 2004, p.503-507.

McDougall, J., *Dialogue avec Sammy. Contribution à l'Étude de la Psychose Infantile.* (1960), 2001, Payot.

McDougall, J., L'Économie Psychique de l'Addiction, *Revue Française de Psychanalyse*, 2, 68, 2004, p.511-527.

Mclellan, A.T., Lewis, D.C., O'brien, C.P., & Kleber, H.D.. «Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation.» *JAMA*, 284, 13, 2000, p.1689-95.

McLellan, A., Mckay, J., Forman, R., Cacciola, J., Kemp, Jack., «Reconsidering the evaluation of addiction treatment: From retrospective follow-up to concurrent recovery monitoring.» *Addiction*. 100. 2005, p.447-58.

Mele, A.R., *Irrationality: An Essay on Akrasia, Self-Deception, and Self-Control. Oxford*,

Oxford University Press, 1987.

Mele, A.R., «Akratics and Addicts,» *American Philosophical Quarterly*, 39: 2002,, p.153-167.

Mele, A.R., *Backsliding.* Oxford University Press. 2012.

Menger, C., *Principles of Economics,* (1871), trad. James Dingwall & Bert F., Hoselitz, Ludwig von Mises Institute 2007. disponible ici https://cdn.mises.org/Principles%20of%20Economics_5.pdf

Menger, K., *Selected Papers in Logic and Foundations, Didactics, Economics,* Reidel Publishing Company, 1979.

Menges, L., «The Emotion Account of Blame,» *Philosophical Studies*, 174: 2017, p.257-273.

Merton, R., K. *The Sociology of Science,* University of Chicago Press, 1973

Merton, R.K., "Singletons and Multiples in Scientific Discovery: A Chapter in the Sociology of Science» *Proceedings of the American Philosophical Society* 105, *5*, The Influence of Science upon Modern Culture, Conference Commemorating the 400th Anniversary of the Birth of Francis Bacon Oct. 13, 1961, p.470-486.

Méthot, P., «Darwin et la médecine : intérêt et limites des explications évolutionnaires en médecine», in *Les mondes darwiniens: L'évolution de l'évolution. Volume 2,* Heams, T.,, Huneman, P., Lecointre, G., Silberstein, M., Éditions Matériologiques, Paris, 2011, p.831-870..

Meyer, H.H., «Zur Theorie der Alkoholnarkose». *Arch Exp Pathol Pharmacol*. 42, 1899, p.109-18.

Miller, J.-A., «Vie de Lacan», *La Cause Freudienne*, 3, 79, 2011, p.305-343.

Milner, P.M., Milner, B.A., «Donald Olding Hebb, 22 July 1904 - 20 August 1985.» *Biographical Memoirs of Fellows of the Royal Society*, 42, 1996, p.193-204.

Mises, L. von, *Human Action : A Treatise on Economics* , 1949.

Morel, Bénédict Auguste. *Traité Des dégénérescences Physiques, Intellectuelles Et Morales: De L'espèce Humaine Et Des Causes Qui Produisent Ces variétés Maladives*. J.B. Baillière, 1857.

Mongin, P., «Le paradoxe d'Allais. Comment lui rendre sa signification perdue ?» *Revue économique*, *5*, 65, 2014, p.743-779.

Montague, P.R., *You Brain is Almost Perfect : How we Make Decisions*. New York. Plume, 2007.

Montague, P.R., Berns, G., «Neural economics and the biological substrates of valuation», *Neuron*, 36,2, 2002, p.265-284.

Moscati, I., «How Economists Came to Accept Expected Utility Theory: The Case of Samuelson and Savage», *Journal of Economic Perspectives*, 30, 2, 2016, p.219-236.

Murphy, S.R.,»Drug Diplomacy and the Supply-Side Strategy: A Survey of United States Practice», *Vanderbilt Law Review*, 43, 1259, 1990.

Muth, J.F., «Rational expectations and the theory of price movements.» Econometrica 29, 3, 1961, p.315-335.

Nagendra, S.P., «The concept of ritual in modern sociological theory». *The academic journals of India*. 1971.

Nash, J.F., «Equilibrium Points in N-Person Games.» *Proc Natl Acad Sci U S A.* 36, 1, 1950a, p.48-49.

Nash, J.F., «The Bargaining Problem.» *Econometrica*, 18, 2, 1950b, p.155-162.

Nash, J.F., «Two-Person Cooperative Games.» *Econometrica*, 21, 1, 1953, p.128-140.

Nelson, R., *Economics as religion: From Samuelson to Chicago and Beyond*, Penn State University Press, 2002.

Nesse, R.M., «On the difficulty of defining disease: a Darwinian perspective», *Med Health Care Philos*. 4, 1, 2001, p.37-46.

Neumann, J. von, Morgenstern, O., *Theory of Games and Economic Behavior.* (1944), Princeton University Press. 3rd édition, 1953.

NIDA. *Principles of Effective Treatment. National Institute on Drug Abuse*. 18 Septembre 2020.

Nordenfelt, L., *On the Nature of Health: An Action-theoretic Approach*, Reidel, Dordrecht, 1995.

Nordenfelt, L., *Action, ability and health: Essays in the philosophy of action and welfare*. Kluwer, Dordrecht 2000.

Nordenfelt, L., «On concepts and theories of addiction», *Philosophy, Psychiatry & Psychology*, 17, 1, 2010, p.27-30.

Nussbaum, M., *Upheavals of Thought: The Intelligence of Emotions*. New York: Cambridge University Press, 2001.

Nutt, D.J., Lingford-Hughes, A., Erritzoe, D., Stokes, P.R., «The Dopamine Theory of Addiction: 40 Years of Highs and Lows.» *Nature Reviews Neuroscience*, vol. 16, no. 5, 2015, p.305-312.

O'Brien, C.P., McLellan, A.T., «Myths about the Treatment of Addiction.» *The Lancet*, 347, 1996, p.237-240.

O'Connor, T., Sandis, C., *A Companion to the Philosophy of Action*. Blackwell, 2012.

O'Donnell, P., «Dopamine Gating of Forebrain Neural Ensembles.» *Eur J Neurosci.* 17, 2003, p.429-435.

Office of the Surgeon General (US). *Facing Addiction in America: The Surgeon General's Report on Alcohol, Drugs, and Health*, Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US); Reports of the Surgeon General. Washington (DC), US Department of Health and Human Services, 2016. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/n/surgaddict/pdf/,

Olds, J., «Pleasure Centers in the Brain.» *Scient. Am.* 195, 1956, p.105-116.

Olds, J., «Hypothalamic Substrates of Reward.» *Physiol, Rev*. 42, 1962, p.554-604.

Olds, J., «Do Reward Neurons and Drive Neurons Exist ?» in, *Psychopathology of Human Adaptation*, Serban. G., New York, Plenum Publishing Corporation, 1976.

Olds, J., Killiam, K.F., Bach-Y-Rita, P., «Self-stimulation of the Brain Used as a Screening Method for Tranquilizing Drugs.» *Science*, 124, 1956, p.255-256.

Olds, J & Milner P., «Positive Reinforcement Produced by Electrical Stimulation of Septal Area and Other Regions of Rat Brain.» *J Comp Physiol Psychol.,* vol. 6, no. 47, 1954, p.419-427.

Ott, P.J., Tarter, R.E., Ammerman, R.T., *Sourcebook on Substance Abuse: Etiology, Epidemiology, Assessment, and Treatment*, Needham Heights, MA, Allyn & Bacon, 1999.

Padosch, S.A., Lachenmeier, D.W., Kröner, L.U., «Absinthism: a Fictitious 19th Century Syndrome With Present Impact.» *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy,* 10, 2006, p.1-14.

Pareto, V. *Manuel d'Economie Politique*, trad. Alfred Bonnet, Paris, 1909.

Parot-Locatelli, F., «Réflexions critiques sur la thérapie comportementale» *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 19, 1978 p.67-76.

Pascasius, «Traité sur le Jeu», (1561) trad. Jean-François Cottier in *Pascasius ou Comment Comprendre les Addictions Suivi du Traité sur le Jeu*, Nadeau, L., Valleur, M., Champ libre, 2014.

Pedinielli, J.-L., Rouan, G., Bertagne, P., *Psychopathologie Des Addictions*. Presses Universitaires De France, 1997.

Pedinielli, J.-L., Bonnet, A., «Apport de la Psychanalyse à la Question de l'Addiction.» *Psychotropes*, 14, 2008, p.41-54.

Peele, S., «Redefining addiction. I. Making Addiction a Scientifically and Socially Useful Concept.» *Int. J. Health Serv.* 7, 1, 1977, p.103-124.

Peele, S., «Redefining Addiction II. The Meaning of Addiction in Our Lives.« *J Psychedelic Drugs*, 1979, 11, 4, p.289-297.

Peele, Stanton. *The Addiction Experience*. Hazelden, 1980a.

Peele, S,. (1980a). «Addiction to an Experience.» *Am. Psychol.*, 35, 11, 1980b, p.1047-1048.

Peele, S., «Addiction to an Experience: a Social Psychological Pharmacological Theory of Addiction.», *NIDA Res. Monogr.*, 30, 1980c, p.142-146.

Peele, S.. «How Can Addiction Occurs With Other Than Drug Involvements?» *Br. J. Addict.*, 80, 1, 1985, p.23-25.

Peele, S., *The Meaning of Addiction: an Unconventional View*. Jossey-Bass Publishers, 1998.

Peele, S., et Brodsky, A., *Love and Addiction*. (1975), Broadrow Publications, 2015.

Penfield, W., Rasmussen, T., *The Cerebral Cortex of Man*. New York: Macmillan, 1950.

Persky, J., «Retrospectives: The Ethology of Homo Economicus», *The Journal of Economic Perspectives*, 9, 2,1995, p.221-231.

Pharo, P., «Sociologie cognitive et morale de l'addiction», *Revue Française de Sociologie*, 51, 2010, p.692-719.

Phillips, A.W.H., «The Relation between Unemployment and the Rate of Change of Money Wage. Rates in the UK, 1861-1957», *Economica*, 25, 100, 1958, p.283-299.

Pickard, H., «Responsibility without blame: empathy and the effective treatment of personality disorder», *Philosophy, Psychiatry, Psychology* 18, 2011, p.209-224.

Pickard, H., «Irrational blame», *Analysis* 73, 4, 2014, p.613-626.

Pickard, H., «Responsibility without Blame for Addiction». *Neuroethics* 10, 2017, p.169-180.

Pickard, H., Ahmed, S.H., «How do you know you have a drug problem? The role of knowledge of negative consequences in explaining drug choice in humans and rats», in *Addiction and choice: Rethinking the relationship,* Heather, N., Segal, G., Oxford University Press, 2017, p.29-48.

Pickard, H., Ahmed, S.H., Foddy, B., «Alternative models of addiction», *Front Psychiatry*, 6, 20, 2015.

Pickens, R., *Behavioral Pharmacology: A Brief History, Advances in Behavioral Pharmacology Vol. 1,* Thompson, T., Dews P.B., Academic, New York, 1977.

Pickens, R., Harris, W.C., «Self-administration of O-amphetamine by Rats.» *Psychopharmacologia* BerL, 12, 1968, p.158-163.

Pinel, Philippe. *L'aliénation Mentale ou la Manie : Traité Médico-philosophique.* (1800), L'Harmattan, Paris, 2006.

Pollak, R., «Habit Formation and Dynamic Demand Functions.» *Journal of Political Economy*, 78, 4, 1970, p.745-63,

Praag, H.M. van, Kahn, R.S., Asnis, G.M., Wetzer, S., Brown, S.L., Bleich, A., Korn, M.L., «Denosologication of Biological Psychiatry or the Specificity of 5-HT Disturbances in Psychiatric Disorders.» *J. Affect. Disord*. 13, 1987, p.l-8.

Prelec, D., «Matching, Maximizing, and the Hyperbolic Reinforcement Feedback Function,» *Psychological Review*, 89, 1982, p.189-230.

Poulot, D., *Question Sociale, Le Sublime ou Le Travailleur Comme Il Est en 1870 Et ce qu'Il Peut Être.* (1872), 2em Ed. Londres, Forgotten Books, 2017.

Rachlin, H., «Behavioral economics without anomalies.» *J Exp Anal Behav.* 64, 3, 1995a, p397-404.

Rachlin, H., «Self-control: Beyond commitment.» *Behavioral and Brain Sciences*, 18, 01, 1995b, p.109-121.

Rachlin, H., *The Science of Self Control*, Harvard University Press, Cambridge,

Massachusetts, London, England, 2000.

Rachlin, H., «Teleological Behaviorism», *The Behavior Analyst*, 36, 2013, p.209-222.

Rachlin, H., Green, L., Kagel, J.H., Battalio, R.C., «Economic demand theory and psychological studies of choice». in *The psychology of learning and motivation*, G.H. Bower, Vol. 10. New York, Academic Press, 1976, p.129-154.

Rachlin, H., Green, L., Tormey, B., «Is there a decisive test between matching and maximizing?» *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 50, 2, 1988, p.113-123.

Rachlin, H., Kagel, J., Battalio, R., «Maximization theory in behavioral psychology.,», *Behavioral and Brain Sciences*, 4, 3, 1982, p.371-388.

Rado, S., «Les Effets Psychiques de l'Intoxication ; Un Projet de Théorie Psychanalytique de l'Addiction aux Drogues.» (1926). Trad. Chassaing, J.-L., in *Écrits Psychanalytiques Classiques sur les Toxicomanies*, Chassaing, J.-L., Paris, Association Freudienne Internationale, 1998, p.325-346.

Rado, S., «La Psychanalyse des Pharmacothymies.» (1933). Trad. Martin, E., Bry, A., in *Écrits Psychanalytiques Classiques sur les Toxicomanies*, Chassaing, J.-L., Paris, Association Freudienne Internationale, 1998, p.347-366.

Rado, S., «Combattre l'Asservissement Narcotique et Autres Formes d'Affections Liées Aux Narcotiques.» (1962). Trad. Chassaing, O., Chassaing, J.-L., in *Écrits Psychanalytiques Classiques sur les Toxicomanies*, Chassaing, J.-L., Paris, Association Freudienne Internationale, 1998, p.367-380.

Radoilska, L, «Depression, decisional capacity, and personal autonomy». in *The Oxford Handbook of Philosophy and Psychiatry.* Fulford, K.W.M., Davies, M., Gipps, R. et al. Oxford University Press. 2013 p.1155-70.

Radoilska, L., Fletcher, K., «Lessons from akrasia in substance misuse: A clinicophilosophical discussion», *BJPsych Advances*, 22,4, 2016, p.234-241.

Rapport, D.J., Turner, J.E. «Economic models in ecology.» *Science*, 195, 1977, p.367-373.

Rawls, J., «Foreword to The Methods of Ethics». *The Methods of Ethics,* Indianapolis, Hackett Publishing Company, 7e ed, 1981, p.V-vi.

Rayer, Pierre. *Mémoire sur le Delirium Tremens.* Éd. J.-B. Baillière et fils, Paris, 1819.

Reddish, D. «Addiction as a Computational Process Gone Awry,» *Science*, 306, 2004, p.1944-1947.

Reich, W., «The Spectrum Concept of Schizophrenia Problems for Diagnostic Practice.» *Arch. Gen. Psychiatry*, 32, 1975, p.489-498.

Reinarman, C., «Addiction as accomplishment: The discursive construction of disease», *Addiction Research and Theory*, 2005;13, 4, 2005, p.307-320.

Rescorla, R.A., Wagner, A.R., «A Theory of Pavlovian Conditioning : Variations in the Effectiveness of Reinforcement and Non Reinforcement.» in *Classical Conditioning II: Current Research and Theory*, A.H., Prokasy, W.F., New York, Appleton-CenturyCrofts, 1972, p.64-69.

Rise, J., Halkjelsvik, T., «Conceptualizations of Addiction and Moral Responsibility», *Front. Psychol*., 10, 2019, 1483.

Robins, LN. *The Vietnam drug user returns: final report,September 1973. For sale by the Superintendant of Documents*. Washington, DC: US Government Printing Office; 1974.

Robins, L.N., «Vietnam veterans' rapid recovery from heroin ad-diction: a fluke or normal expectation ?» *Addiction* 88, 1993, p1041-54

Robins, L.N., Davis D.H., Goodwin D.W., «Drug use by US Armyenlisted men in Vietnam: a follow-up on their return home.» *Am J Epidemiol.* 99, 1974a, p.235-49

Robins, L.N., Davis, D.H., Nurco, D.N., «How Permanent Was Vietnam Drug Addiction?» *American Journal of Public Health* 64, 12 (suppl.), 1974b, p.38-43.

Robins, L.,N., Helzer J.E., Davis D.H. «Narcotic use in South-east Asia and afterward: an interview study of 898 Vietnam returnees.» *Arch Gen Psychiatry*, 32, 1975, p.955-61.

Robins, L.N. Helzer, J.E., Hesselbrock M., Wish, E., «Vietnam Veterans Three Years after Vietnam: How Our Study Changed Our View of Heroin,» *American Journal on Addictions* 19, 3, 2010, p.203-211.

Robins, L. Murphy, G. E., «Drug use in a normal population of young Negro men.» *American Journal of Public Health*, 57, 1967, p.1580-1596.

Robinson, T.E, Berridge, K.C., «The Neural Basis of Drug Craving: An Incentive-Sensitization Theory of Addiction.» *Brain Res Brain Res Rev*. 18, 1993, p.247-291.

Robinson, T.E., Berridge, K.C., «Addiction.» *Annual Review of Psychology*, 54, 1, 2003, p.25-53.

Rogeberg, O., «Taking Absurd Theories Seriously: Economics and the Case of Rational Addiction Theories.» *Philosophy of Science*, 71, 3, 2004, p.263-285.

Romo, R., & Schultz, W., «Dopamine Neurons of the Monkey Midbrain: Contingencies of Responses to Active Touch During Self-initiated Arm Movements.» *Journal of Neurophysiology*, 63, 3, 1990, p.592-606.

Room, R., «The cultural framing of addiction». *Janus Head*, 6, 2, 2004, p.221-234.

Rorabaugh, W.J. *The Alcoholic Republic, an American Tradition*. Oxford University Press, 1979.

Rosenblueth, A., Wiener, N., Bigelow, J., «Behavior, Purpose and Teleology.» *Philosophy of Science*, 10, 1, 1943, p.18-24.

Rosenfeld, H.A., «La Psychopathologie de la Toxicomanie et de l'Alcoolisme». (1964) trad. Gibeault, A., Gibeault, M., Miller, J., Vincent, M., in *Écrits Psychanalytiques Classiques sur les Toxicomanies,* Chassaing, J.-L., Paris, Association Freudienne Internationale, 1998, p.67, 98.

Rosenzweig, S., «Some Implicit Common Factors in Diverse Methods of Psychotherapy.» *American Journal of Orthopsychiatry*, 6 (3), 1936, p.412-15.

Rosse, R.B., Fay-McCarthy, M., Collins, J.P.Jr, Risher-Flowers, D., Alim, T.N., Deutsch, S.I., «Transient Compulsive Foraging Behavior Associated With Crack Cocaine Use.» *Am J Psychiatr.* 150, 1993, p.155-156.

Rosso, A.M., «Poppy and Opium in Ancient Times: Remedy or Narcotic?» *Biomedicine International,* 2010, 1, p.81-87.

Rush, B, et al. «Une Enquête Sur Les Effets Des Spiritueux Sur Le Corps Et L'esprit Humains.» *Psychotropes*, vol. 17, no. 3, (1784) 2011, p.179.

Rush, B, *Medical inquiries and observations, upon the diseases of the mind,* Philadelphia, Kimber & Richardson, 1812.

Ryle, G., *La notion d'esprit*. (1949). Payot, 2005..

Sachs, H., «Sur la Genèse des Perversions.» 1923. Trad Rausch, T., Chassaing, J.-L., in *Écrits Psychanalytiques Classiques sur les Toxicomanies*, Chassaing, J.-L., Paris, Association Freudienne Internationale, 1998, p.275-288.

Satel, S., Lilienfeld, S.O., «Addiction and the brain-disease fallacy», *Frontiers in Psychiatry,* 4, 141, 2014.

Savage, L.J., *The Foundation of Statistics.* (1954), 2nd édition, New York, Dover Publications, 1972.

Scanlon, T.M., *Moral Dimensions : Permissibility, Meaning, Blame*, Cambridge, MA, Harvard University Press, 2008.

Scanlon, T.M.,«Interpreting Blame», in *Blame: Its Nature and Norms*, Coates, D.J., Tognazzini, N.A., New York: Oxford University Press. 2013, p.84-99.

Schmidt, C., «La Théorie de l'Addiction rationnelle ; bilan et perspectives.» *Psychotropes*, 4, 20, 2014, p.71-95.

Schneider, S.M. & Morris, E.K., «A History of the Term Radical Behaviorism: From Watson to Skinner.» *The Behavior Analyst*, 10, 1, 1987, p.27-39.

Schoeman, F, «Alcohol, addiction and responsibility» in *Rules, Rituals, and Responsibility: Essays Dedicated to Herbert Fingarette.* Bockover, M.I., Fingarette, H., Open Court, 1991. p14

Schultz, W., «Responses of Midbrain Dopamine Neurons to Behavioral Trigger Stimuli in the Monkey.» *J. Neurophysiol.* 56 p.1439-1462, 1986.

Schultz, W., «Behavioral Theories and the Neurophysiology of Reward.» *Annu Rev Psychol*. 57, 2006, p.87-115.

Schultz, W., «Dopamine Reward Prediction-error Signalling: a Two-component Response.» *Nat Rev Neurosci.* 17, 3, 2016, p.183-195.

Schultz, W., «Recents Advances in Understanding the Role of Phasic Dopamine Activity.» *F1000 Research*, 8, (Rev. 1680). 2019.

Schultz, W., Dayan, P., Montague, P.R., «A Neural Substrate of Prediction and Reward.» *Science*, 275, 1997, p.1593-1599.

Schultz, W., Romo, R.,«Dopamine Neurons of the Monkey Midbrain: Contingencies of Responses to Stimuli Eliciting Immediate Behavioral Reactions.» *Journal of Neurophysiology*, 63, 3, 1990, p.607-624.

Schumpeter, J.A., *History of Economic Analysis*, (1954), Routledge, Taylor & Francis, 2006.

Schwartz, J., «Neuroanatomical aspects of cognitive-behavioural therapy response in obsessive-compulsive disorder: An evolving perspective on brain and behaviour.» *British Journal of Psychiatry*, 173, S35, 1998, p.38-44.

Seligman, M.E.P., Walker, E.F., Rosenhan, D.L., *Abnormal Psychology,* W W Norton & Co Inc, 2001.

Sellars, W., «Philosophy and the scientific image of man» (1960) in *Science Perception and Reality*., Sellars, W., Ridgeview Pub. Co. 1991.

Sellars, W., *Empirisme et Philosophie de l'Esprit*, (1963), trad. Cayla, F., Combas, France, l'Eclat, 1992.

Sellars, W.. *Philosophical Perspectives: History of Philosophy*.(1967) Ridgeview Pub. Co., 1991.

Serra, D., «Un aperçu historique de l'économie expérimentale : des origines aux évolutions récentes.» *Revue d'économie Politique*, 122, 5, 2012, p.749-786

.

Setiya, K., *Reasons Without Rationalism. Princeton*, Princeton University Press 2007.

Seward, J,P., «Introduction to a Theory of Motivation in Learning.» *Psychol. Rev*., 69, 1952, p.405-413.

Shaffer, H.J., «The most important unresolved issue in the addictions: conceptual chaos». *Subst Use Misuse*.32, 11, 1997 p.1573-1580

Shentoub S.A., De Mijolla A., *Pour une Psychanalyse de l'Alcoolisme*, (1973), Payot, 2004.

Sher, G., *In Praise of Blame*, Oxford, Oxford University Press, 2006.

Shiflett, M.W., Brown, R.A., Balleine, B.W., «Acquisition and Performance of Goal-directed Instrumental Actions Depends on ERK Signaling in Distinct Regions of Dorsal Striatum in Rats.» *J. Neurosci*. 30, 2010, p.2951-2959.

Shimp, C.P., «Perspectives on the behavioral unit: Choice behavior in animals», in *Handbook of learning and cognitive processes*, *Vol.2.* Estes, W.K., Hillsdale, N.J.: Erlbaum, 1975.

Shizgal, P., Bielajew, C., Corbett, D., Skelton, R., Yeomans, J., «Behavioral Methods for Inferring Conduction Velocity and Anatomical Linkage: I. Pathways Connecting Rewarding Brain Stimulation Sites. *J. Comp. Physiol. Psychol*. 94, 1980, p.227-237.

Shorter, E., *A history of psychiatry: From the era of the asylum to the age of Prozac*. John Wiley & Sons. 1997.

Sidgwick, H., *Miscellanious Essays and Addresses*, MacMillan, London, 1904.

Siegel, S., «Wilkie Collins: Victorian Novelist as Psychopharmacologist.» *J. Hist. Med. Allied Sei*., 38, 1983, p.161-175.

Simmel, E., «Alcoholism and Addiction», *The Psychoanalytic Quarterly*, 17:1, 1948, p.6-31.

Simon, H.A., *Reason in Human Affairs* , Basil Blackwell, Oxford, 1983.

Skinner, B.F., *The Behavior of Organisms*. NewYork, D. Appleton-Century, 1938.

Skinner, B. F., «What is the experimental analysis of behavior?» *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 9, 3, 1966a, p.213-218.

Skinner, B.F., «Operant behavior.», in *Operant Behavior: Areas of Research and Application*. Honig, W.K., Appleton Century Crofts, New York, 1966b. p.12-32.

Skinner, B.F., «Herrnstein and the evolution of behaviorism.» *American Psychologist*, 32, 12, 1977, p.1006-1012.

Skinner, B.F.,. «Some thoughts about the future.» J. *Exp. Anal. Behav.,* 45, 1986, p.229-35.

Skog, O.-J., «Rationality, Irrationality, and Addiction - Notes on Becker's and Murphy's Theory of Addiction». in *Getting Hooked: Rationality and Addiction.* Elster, J., Skog, O.J., Cambridge, Cambridge University Press, 1999, p.173-207.

Smart, J.J.C., «Free Will, Praise and Blame», *Mind*, 70, 1961, p.291-306.

Smith, L., «How a racist hate-monger masterminded America's War on Drugs» *Timeline*. 2018.

Solomon, R., Racism and Its Effect on Cannabis Research. Cannabis Cannabinoid Res. 2020 Feb 27;5(1):2-5.

Solomon, R.L., Corbit, J.D., «An Opponent-process Theory of Motivation.II. Cigarette Addiction.» *J. Abnorm. Psychol.* 81, 1973, p.158-71.

Solomon, R.L., Corbit, J.D., «An Opponent-process Theory of Motivation. I. Temporal Dynamics of Affect.» *Psychol Rev*. 81, 1974, p.119-145.

Spitzer, R.L., Williams, J.B.W., *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-III-R*. The Assoc., 1987.

Staddon, J.E.R., *Limits to action*. New York: Academic Press, 1980.

Staddon, J.E.R., «Rationality, Melioration, and Law-of-effect Models for Choice.» *Psychological Science*, 3, 2, 1992, p136-141.

Staddon, J.E.R., Cerutti, D.T., «Operant conditioning.» *Annual Review of Psychology*, 54, 2003, p.115-144.

Standing in the Shadows: The Legacy of Harry J. Anslinger DEA Museum Lecture Series, October 15, 2014.

Stein, L., «Effects and Interactions of Imipramine, Chlorpromazine, Reserpine, and Amphetamine on Self-Stimulation : Possible Neurophysiological Basis of Depression.» *Recent Adv. biol. Psychiat*., 4, 1962, p.288-308.

Steinfels, G.F., Heym, J., Jacobs, B.L., «Single Unit Activity of Dopaminergic Neurons in Freely Moving Cats.» *Life Sci*., 29, 1981, p.1435-1442.

Sterdyniak, H., «Maurice Allais, itinéraire d'un économiste français», *Revue d'Economie Politique*, 2, 121, 2011, p.119-153.

Stigler, G.J.,. «The Development of Utility Theory. I,» *Journal of Political Economy,* University of Chicago Press, 58, 1950a p.307-307.

Stigler, G.J.,. «The Development of Utility Theory. II,» *Journal of Political Economy,* University of Chicago Press, 58, 1950b, p.373-373.

Stigler, G.J., Becker, G.S. «De Gustibus Non Est Disputandum.» *A.E.R.* 67, 1977 p.76-90.

Stinson, F.S,, Grant, B.F., Dawson, D.A., Ruan, W.J., Huang, B., Saha, T., «Comorbidity between DSM-IV alcohol and specific drug use disorders in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions.» *Drug Alcohol Depend.* 80, 1, 2005, p.105-116.

Strawson, P.F., «Freedom and Resentment», *Proceedings of the British Academy*, 48, 1962, p.1-25.

Sueur, L., «Les Classifications des Maladies Mentales en France dans la Première Moitié du XIXe siècle.», *Revue historique*, no 586 (2), 1993, p.483-510.

Sutton, R.S., Barto, A.G., «Toward a Modern Theory of Adaptive Networks: Expectation and Prediction.» *Psychological Review,* 88, 2, 1981, p.135-170.

Sutton, R.S., Barto, A.G., «Proceedings of the Ninth Annual Conference of the Cognitive Science Society (Seattle, WA, 1987)» in *Learning and Computational Neuroscience.* Gabriel, M., Moore, J., Cambridge, MA, MIT Press, 1989.

Szasz, Thomas. *Ceremonial Chemistry: the Ritual Persecution of Drugs, Addicts, and Pushers*. Syracuse University Press, 2003.

Szasz, Thomas. *The Myth of Mental Illness*. J. Norton Publishers, 1974.

Tassin, Jean-Pol «L'humeur Comme Médiateur. Mood as a Mediator», *Psychotropes,* vol. 18, 2012, p.55-63.

Tatum, A.L., and M.H. Seevers. «Theories Of Drug Addiction.» *Physiological Reviews*, vol. 11, no. 2, 1931, p.107-121.

Tausk, V., «A Propos de la Psychologie du Délire d'Action des Alcooliques.» 1913. Trad. Dupleix, J., Descombey, in *Écrits Psychanalytiques Classiques sur les Toxicomanies* Chassaing, J.-L., Paris, Association Freudienne Internationale, 1998, p.207-232.

Terray, E.. «Clausewitz au XXIe siècle : Permanences et Métamorphoses de la Guerre» in Dillens, A.M., La guerre et l'Europe. Bruxelles, Presses de l'Université Saint-Louis, 2001.

Teuber, H.-L., «Physiological Psychology.» *Annu. Rev. Psychol.*, 6, 1945, p.267-296.

Thaler, R., Sunstein, C., *Nudge : la méthode douce pour inspirer la bonne décision,* trad. Pavillet, M.F., Vuibert, Paris, 2012.

Thorn, C.A., Atallah, H., Howe, M., Graybiel, A.M., «Differential Dynamics of Activity Changes in Dorsolateral and Dorsomedial Striatal Loops During Learning.» *Neuron* 66, 2010, p.781-795

Thorndike, E.L., «Animal Intelligence: an Experimental Study of the Associative Processes.» in *Animals*. Macmillan, New York, 1898.

Thorndike, E.L., *Animal Intelligence: Experimental Studies*. Macmillan, New York, 1911.

Tolstoï, L., *Pourquoi les Hommes Usent-ils de Stupéfiants*, (1890), trad. Michel Peter, Le Castor Astral, 1996.

Turner, R.M. *In the Eye's Mind : Vision and the Helmholtz-Hering Controversy*. Princeton, N.J, Princeton University Press. 1994.

Tversky, A., Kahneman, D.. «The framing of decisions and the psychology of choice.» *Science*.;211, 4481, 1981, p.453-458.

Vaillant, G.E., *The natural history of alcoholism : Causes, patterns and paths to recovery*. Cambridge, M.A., Harvard University Press, 1983.

Vaillant, G.E., *The Natural History of Alcoholism Revisited*. Cambridge, Massachusetts, Harvard University Press. 1995.

.

Vaillant, G.E. «A 60-year follow-up of alcoholic men». *Addiction*, 98, 2003, p.1043-1051.

Vaillant, G.E., Hiller-Sturmhofel, S.,. «The natural history of alcoholism». Alcohol Health & Research World 20 (3), 1996 152-161.

Valleur, M., «La Nature des Addictions», *Psychotropes*, vol. 15, 2009a, p.21-44.

Valleur, M. «Les chemins de l'ordalie». Topique, 107, 2009b, p.47-64.

Valleur, M., «Les Addictions, la Science et les Approches de Sens. (Pour un Dialogue avec J.-P. Tassin)», *Psychotropes*, vol. 18, 2012a, p.65-75.

Valleur, M., «Définir l'Addiction», Hôpital Marmottan, 2012b, http://www.hopital-marmottan.fr/publications/VALLEUR%20-%20Definir_l_addiction,%202012.pdf.

Valleur, M. «Un classique de l'addictologie : la 83e lettre à Lucilius de Sénèque», *Psychotropes*, 25, 2019, p.185-195.

Vallois, N., «De la Récompense à l'Utilité : la Trajectoire Economique du Behaviorisme de 1961 à Nos Jours», *Cahiers d'Economie Politique*, 1, 72, 2017, p.27-68.

Villard, P., Pathologie et thérapeutique de l'ivresse dans l'antiquité classique, Histoire des sciences médicales. 16, 1982, p.193-198.

Villard, P., «Ivresses dans l'Antiquité classique», *Histoire, économie et société*, 1988, 7e année, 4. *Toxicomanies : alcool, tabac, drogue.* p.443-459.

Volkow, N.D.,»Stigma and the Toll of Addiction», *N Engl J Med,* 382, 2020, p.1289-1290.

Volkow, N.D., Fowler, J.S., Wolf, A.P., Hitzemann, R,, Dewey, S., Bendriem, B., Alpert, R., Hoff, A.. «Changes in Brain Glucose Metabolism in Cocaine Dependence and Withdrawal.» *Am. J. Psychiatry* 148, 1991, p.621-626

Volkow, N.D., Hitzemann, R., Wang, G.J., Fowler, J.S., Wolf, A.,P., et al. «Long-Term fFrontal Brain Metabolic Changes in Cocaine Abusers.» *Synapse* 11, 1992, p.184-190.

Wakefield, J.C., «Disorder as Harmful Dysfunction: A Conceptual Critique of DSM-III--R's Definition of Mental Disorder.» *Psychological Review*, 99, 2, 1992a, p.232-247.

Wakefield, J.C., «The Concept of Mental Disorder: On the Boundary between Biological Facts and Social Values.» *American Psychologist*, 47, 3, 1992b, p.373-388.

Wakefield, J.C., «Addiction and the concept of disorder, Part 1: Why addiction is a medical disorder», *Neuroethics*, 10,1, 2017a, p.39-53

Wakefield, J.C., Addiction and the concept of disorder, Part 2: Is every mental disorder a brain disorder?» *Neuroethics,* 10, 1, 2017b, p.55-67.

Wakefield, J.C., «Can the harmful dysfunction analysis explain why addiction is a medical disorder?: Reply to Marc Lewis.» (Letter to the Editor). *Neuroethics*, 10, 2 , 2017c, p.313-317.

Wakefield, J.C., «Why addiction is a medical disorder: Commentary on Berridge and Pickard», *Brains Blog*. 2017d.

Wakefield, J.C., «The harmful dysfunction analysis of addiction: Normal brains and abnormal states of mind», in *The Routledge handbook of philosophy and science of addiction*, H. Pickard, H., Ahmed, S.H., New York: Routledge, 2019, p.90-101.

Wakefield, J.C, «Addiction from the harmful dysfunction perspective: How there can be a mental disorder in a normal brain», *Behav Brain Res*, 389, 2021, 112665.

Wakefield, J.C., «Biological function hierarchies and indeterminacy of dysfunction: Supplementary reply to Garson», in *Defining mental disorder: Jerome Wakefield and his critics*, Faucher, L., Forest, D., Cambridge, MA, MIT Press, 2021, p385-396.

Wallace, R.J., *Responsibility and the Moral Sentiments*, Cambridge, MA: Harvard University Press, 1994.

Wallace, R. J., «Dispassionate Opprobrium: On Blame and the Reactive Sentiments», in *Reasons and Recognition: Essays on the Philosophy of T. M. Scanlon*, Wallace, R.J., Kumar, R., Freeman, S., New York: Oxford University Press, 2011, p.348-372.

Walras, L., *Eléments d'Economie Politique Pure ; ou, Théorie de la Richesse Sociale,* (1874a) Paris *R*. Bichon et R. Durand-Auzias éditeurs. 1926. Gallica BNF.

Walras, L., «Principe d'une théorie mathématique de l'échange.», *Journal des économistes*, 34, 1874b, p.5-22.

Warner, J, «Resolv'd to drink no more»: addiction as a preindustrial construct.. *Journal of Studies on Alcohol*, *55*, 6, 1994, p.685-691.

Warner, L.A., Kessler, R.C., Hughes, M., Anthony, J.C., Nelson, C.B., «Prevalence and correlates of drug use and dependence in the United States. Results from the National Comorbidity Survey.» *Arch Gen Psychiatry*, 52, 3, 1995, p.219-229.

Warrand, A., *L'irresponsabilité Pénale pour Cause de Troubles Mentaux*, Sciences de l'Homme

et Société. Dumas, 2022.

Watson, G., «Two Faces of Responsibility», *Philosophical Topics*, 24, 2, 1996, p.227-248.

Watson, J.B., «Psychology as the Behaviorist Views it». *Psychological Review*, 20, 1913, p.158-177

Watson, J.B., *Behaviorism*. New York, People's Institute, 1924.

Watson, J.B., *Behaviorism (rev. ed.).* Chicago: University of Chicago Press, 1930.

Weber, Max. *L'éthique Protestante du Capitalisme.* (1904-1905) Trad J.P. Grossein. Tel Gallimard, 2003.

Weizsacker, C.C. von, «Notes on endogenous change of tastes.» *Journal of Economic Theory*, 3, 4,1971, p.345-372,

Welberg, L., «Addiction: from mechanisms to treatment». *Nat Rev Neurosci*., 12, 11, 2011, p.621.

West, R., Brown, J., *Theory of Addiction*. John Wiley & Sons, 2013.

Wickelgren, I., «Getting the Brain's Attention.» *Science*, 278, 5335, 1997, p.35-37.

Wiener, N., *La Cybernétique. Information et Régulation Dans le Vivant et la Machine.* (1949), Trad, Le Roux, R., Vallée, R., Vallée-Lévi, N., Paris, Seuil, 2014.

Wise, R.A., «Catecholamine Theories of Reward: A Critical Review.» *Brain Research*, vol. 152, no. 2, 1978, p.215-247.

Wise, R.A., «Action of Drugs of Abuse on Brain Reward Systems.» *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, vol. 13, 1980, p.213-223.

Wise, R.A., «The Anhedonia Hypothesis: Mark III.» *Behav Brain Sci.* 8, 1985, p.178-186

Wise, R.A., «Dopamine, Learning and Motivation.» *Nat. Rev. Neurosci. 5*, 2004, p.483-494.

Wise, R.A., Bozarth, M.A. «A Psychomotor Stimulant Theory of Addiction.» *Psychol. Rev.* 94, 1987, p.469-92

White, A.R., *Attention*. Blackwell, 1964.

White, N.M., «A Functional Hypothesis Concerning the Striatal Matrix and Patches: Mediation of SR Memory and Reward.» *Life Sciences*, 45, 21, 1989, p.1943-1957.

White, N.M., «Addictive Drugs as Reinforcers: Multiple Partial Actions on Memory Systems.» *Addiction*, 91, 7, 1996, p.921-950.

Winick, C., «Maturing Out of Narcotic Addiction.» *Bulletin on Narcotics,* 14, 1962, p.1-7.

Winokur, G., «The Division of Depressive Illness Into Depression Spectrum Disease and Pure Depressive Disease». *Int Pharmacopsychiatry*, 9, 1974, p.5-13.

Xu, B., LaBar, K.S., «Advances in understanding addiction treatment and recovery». *Sci Adv*. 16, 5, 10, 2019, eaaz6596.

Yeomans, J.S., «Absolute Refractory Periods of Self-stimulation Neurons.» *Physiol. Behav.* 22, 9, 1979, p.911-919.

Yerushalmi, Y., «Série Z: Une Fantaisie Archivistique». *Le Débat*, 92(5), 1996, p.141-152.

Yin, H.H., Knowlton, B.J., Balleine, B.W., «Lesions of Dorsolateral Striatum Preserve Outcome Expectancy but Disrupt Habit Formation in Instrumental Learning.» *Eur. J. Neurosci.* 19, 2004, p.181-189.

Yin, H.H., Ostlund, S.B., Knowlton, B.J., Balleine, B.W., «The Role of the Dorsomedial Striatum in Instrumental Conditioning.» *Eur. J. Neurosci.* 22, 2005, p.513-523.

Yokel, R.A., Wise, R.A., «Increased Lever Pressing for Amphetamine After Pimozide in Rats: Implications for a Dopamine Theory of Reward.» *Science*, 187, 1975, p.547-549.

Yorke, C., «Revue Critique de la Littérature Psychanalytique sur l'Addiction à la Drogue.» (1970), Trad. Petit, P., in *Écrits Psychanalytiques Classiques sur les Toxicomanies*, Chassaing, J.-L., Paris, Association Freudienne Internationale, 1998, p.99-133.

Ziegler, H.P., «Electrical Stimulation of the Brain and the Psychophysiology of Learning and Motivation.» *Psychol Bull.* 54, 5, 1957, p.363-82.

Zinberg. N.E., *Drug, set, and setting: The basis for controlled intoxicant use.* New Haven, Yale University Press, 1984.

Zola, E., *La Fortune des Rougon.* (1871) Paris, Le Livre de Poche, 2004.

Zola, E., *La Curée.* (1872), Paris, Le Livre de Poche, 1996.

Zola, E., *Le Ventre de Paris.* (1873), Paris, GF, Flammarion, 1971.

Zola, E., *L'assommoir*. (1877), Paris, Le Livre de Poche, 2019.

Zola, E., *Nana.* Paris, (1880), Le Livre de Poche, 1965.

Zola, E., *Le Roman Expérimental.* (1880), Paris, GF, Flammarion, 2006.

Zola, E., *Au Bonheur des Dames.* (1883), Paris, Folio, 1980.

Zola, E., *Travail : Les Quatre Évangiles II*, (1901), CreateSpace, 2015.

Zuger, A., «A General in the Drug War», *New York Times,* 13 juin 2011.

Table des Matières

Introduction

Le «chaos conceptuel» du champ de l'addiction **1**

Un objet de réflexion, deux lignes opposées **3**

L'addiction comme objet philosophique ***5***

Ce que nous proposons dans cette thèse **8**
D'où vient l'addiction 8
Addiction, choix et vie morale. 9
Les implications du spectre de l'addiction 11

Première partie : D'où vient l'addiction

Chapitre I. Genèse du concept **17**
De la transgression à la maladie 17
Etymologie, mot, signification 17
Une transgression morale 19
Folie et intempérance 21
L'excès plus que l'objet 21
De la folie 24
Les objets 26
Naissance de l'addiction maladie 31
Le cas Pascasius 32
Rush et la propagation de l'addiction maladie 40
Paternité de l'addiction maladie 44
Évolutions modernes et prise en charge sociale 50
Le XIXe siècle ; une rencontre entre un produit et une personne 50
Le XXe siècle ; l'inexorable et la liberté 71
Alcooliques Anonymes ; les programmes en 12 étapes. 73
Histoire et principes 73
Les 12 étapes 76
Le concept (américain) classique d'addiction maladie 83
Contre la maladie ; la psyché, le social, la personne et la liberté 86

Chapitre II. Quelles voies explicatives et thérapeutiques ? **91**
La Psychanalyse 92
La tâche aveugle 92

Aspects théoriques 96
Freud 96
De l'étiologie sexuelle aux états limites 98
De la psychanalyse à la psychologie du Moi 118
L'évolution américaine 122
La Psychologie comportementale 122
Vers les neurosciences cognitives 126
Le cas français 129
Le silence de Lacan 131
Fouquet et l'alcoologie 135
Joyce McDougall, l'introduction du terme addiction en France 138
USA et France, Galien et Hippocrate 144
La neurobiologisation 154
De la dépendance physique à la dépendance psychologique 154
Neuropsychologie de la récompense 159
Le renforcement par stimulation électrique du cerveau 159
Naissance de l'hypothèse dopamine 168
L'addiction comme modèle de renforcement, du plaisir à la récompense 177
Un modèle explicatif des propriétés addictives des drogues 182
Le «brain model». 184
Fonction dopaminergique ; aimer, vouloir, apprendre 189
Liking 191
Le rôle de la dopamine ; désir et apprentissage 195
Wanting 202
Learning 215
Le consensus biologique ; le BDMA 228
le modèle 228
Binge / intoxication 229
Sevrage/Affects Négatifs 231
Préoccupation/Anticipation 232
Forces, faiblesses et résistances 235

Chapitre III. Unité et pluralité ; genèse du spectre 249
Descriptions psychiatriques, DSM 249
De l'addiction, à la dépendance, à l'addiction 249
La dépendance 249
Neurobiologie et dépendance 252
Renaissance de l'addiction 261
Une nouvelle définition 263
Le DSM-V 267
L'addiction comme spectre 276
La notion de spectre. 276
Réévaluation sous l'angle du spectre 279
Où va l'addiction ? 283

Bilan 291

Deuxième partie : Addiction, choix et vie morale

Introduction **303**

Chapitre I. Les Sceptiques **315**
Szasz, l'antipsychiatrie et la chimie cérémonielle 317
Le mythe de la pathologie mentale 317
L'addiction est un mythe comme les autres 319
Le modèle psycho-social de Peele 325
Herbert Fingarette un scepticisme indéterministe 341
Concepts fingarettiens, 341
Self-deception 341
Passivité et patients 347
La responsabilité est conventionnelle 351
Le mythe du libre arbitre et le moi confucéen 354
Heavy drinking : Le mythe de l'alcoolisme maladie 356
Les alcooliques anonymes et le concept classique de l'alcoolisme maladie 358
Qu'est-ce que l'alcoolisme maladie ? 358
L'origine du concept : les valeurs avant les faits 360
Contre-arguments 364
Le mythe de la perte de contrôle 364
Une étiologie confuse 368
De l'(in)efficacité des traitements 369
Contre les Alcooliques Anonymes 373
De l'alcoolisme au «heavy drinking» 376
Activité centrale, style de vie 377
La place de la volonté 381
Aider 384
Alcoolisme et addiction(s) 387
Alcoolisme et self-deception 389
Le modèle maladie relève de la self-deception 390
Le modèle maladie crée de la self-deception 393
L'excès de boisson n'est pas de la self-deception 398
Morale, responsabilité, culpabilité ; le moi fingarettien 400
Le modèle maladie et le statut moral des buveurs 400
Irresponsabilité, culpabilité morale, culpabilité légale 405
Dispense de responsabilité 405
L'impossible condamnation morale 408
De la responsabilité légale 409
Le système Fingarette 413

Chapitre II. Critiques de l'idéal de rationalité forte au cœur du BDMA **421**
Gene Heyman, l'addiction comme un trouble de la décision 424
Un phénomène soumis au contexte 426
Epidémiologie et description du phénomène 434

Le pathologique et l'involontaire 440
Addiction et choix : les théories économiques idéalistes de la rationalité 453
La théorie du choix rationnel ; une théorie idéaliste 453
Becker et son approche économique du comportement humain 460
L'addiction rationnelle de Becker et Murphy 467
Stabilité et universalité des goûts mais inversion des préférences 478
Critiques de l'addiction rationnelle 482
L'addiction rationnelle et le BDMA ont une même origine ; la TCR 492
L'addict du BDMA est lui aussi un maximisateur 493
L'irrationalité de l'addict du BDMA est un dysfonctionnement 495
Le BDMA est l'application compassionnelle de la TCR 498
Un individualisme particulier 505
Economie, psychologie et comportement 508

Chapitre III. Le type de choix qu'est l'addiction. 513
Processus du choix 514
Richard Herrnstein l'addiction comme choix distribué 515
Qu'est-ce qu'un choix ? 515
La Matching law 519
Melioration 525
Implications 529
Les pathologies du choix 533
L'addiction comme Primrose Path de Herrnstein et Prelec 535
Présentation générale 535
L'addiction rationnelle est mise à mal par l'addiction 538
Mécanismes du Primrose Path 541
Des biens aux courbes d'utilité particulières 543
Une affaire de goût 544
Le behaviorisme selon Herrnstein 545
Choisir c'est maximiser quelque chose 548
L'héritage herrnsteinien 548
Rachlin et le retour de la maximisation : l'importance du self-control. 553
Concepts 554
La rationalité comme forme vide 554
Se protéger de l'impulsivité ; l'importance du self-control 555
La récompense n'est pas l'utilité 558
La Relative Addiction 560
L'héritage behavioriste 563
Quel moi ? 563
Le dépassement du behaviorisme 567
Réforme de la rationalité : la compatibilité avec la biologie 571
Reward learning 571
Montague et le cerveau quasi parfait 572
Rationalité limité et économie comportementale 578
Le paradoxe d'Allais 579
Kahneman et Tversky deux systèmes de prise de décision 583
L'addiction est un choix intertemporel marquant notre rationalité limitée 589

Chapitre IV. L'addiction comme akrasie **593**
L'anatomie de la volonté de George Ainslie ; l'addiction comme akrasie. 597

Conséquences de l'escompte hyperbolique 600
Une monnaie commune pour un mécanisme unique. 602
L'addiction ne viole pas les règles de la motivation 605
Le marché interne des intérêts et la volonté 607
Conséquences pour le concept d'addiction 614
Tous les comportements sont motivés 614
L'addiction est un choix de l'option court termiste dans un choix intertemporel 615
Les problèmes que posent Ainslie à l'addiction 615

Bilan **619**

Troisième partie : Les implications du spectre de l'addiction

Une maladie sans abolition du contrôle volitionnel

Généralités **637**
Une description minimale 637
Pertinence et limites des modèles animaux 639
Propositions 647

Chapitre I. Le cœur de l'addiction est akratique **653**
L'addiction peut relever de l'akrasie 654
L'addiction est une faiblesse de volonté. 655
L'addiction peut être de l'akrasie synchronique 657
Le consentement n'empêche pas l'addiction 660
L'ignorance est difficilement concevable 661
Le consentant de bonne foi 664
Le diagnostic est une affirmation de l'akrasie 666
Les bornes de l'addiction ; du libre au contraint 668
L'addict a la liberté de résister 668
L'addiction comme contrainte relative 671
La perte de contrôle compulsive comme extremum théorique 673
Les spécificités de l'addiction 678
Les limites de l'addiction akrasie 680
Propositions 682

Chapitre II. Le type de choix qu'est l'addiction **685**
L'addiction est un manque de contrôle 685
L'acquisition des actions de l'addiction ; entre cognition et réflexe 685
Les modes de l'évaluation 685
L'addiction ; des actions cognitivement évaluées qui ont acquis le droit d'être "réflexes" 686
L'addiction procède d'une difficulté à réfréner des actions préalablement évaluées 689
Une limitation du contrôle pas une perte de liberté 689
Les limites de notre rationalité 692
L'addiction relève de décisions anciennes 695
Il existe deux types d'intentionnalité 697
Les intentions d'un moi parcellaire 697

L'addiction tient à des intentions jurisprudentielles. 698
La structure de choix de l'addiction 703
L'addiction ne propose pas un choix entre a et b mais entre b et ¬b 706
La nécessité d'envisager le festin nu 709

Chapitre III. L'unité de l'addiction 713
L'addiction sans drogue est une addiction 714
Les problèmes posés par l'addiction comportementale 714
Causalité biologique 718
Toutes les formes de l'addiction ont en commun un versant comportemental 720
L'activation du circuit dopaminergique fait la récompense 720
L'addiction est une addiction à la récompense 725
Le stress est au cœur de l'addiction 727
Un objet acquiert le statut de récompense en générant un inconfort qu'il peut dissiper 727
L'addiction implique l'axe du stress 729
Dans l'addiction la dimension négative du stress devient gratifiante 730
Caractérisation des objets d'addiction 733
La récompense est subjective 734
L'addiction nécessite un attachement préjudiciable en raison de la transgression d'une norme 735
Les normes impactent le caractère addictogène des objets 738

Chapitre IV. L'addict comme malade sans abolition du contrôle volitionnel 741
Les limites de l'approche lésionnelle 744
L'addiction comme maladie 746
On ne peut pas la qualifier sur une base biologique 746
Affirmer l'importance des normes mais éviter le relativisme 748
Le terme maladie est justifié et discutable 752
Quel malade est l'addict ? 753
L'intérêt du qualificatif 753
Un malade sans abolition du contrôle volitionnel 755

Chapitre V. Le statut moral de l'addict 759
Mal et préjudices 762
Les préjudices sont évalués en 1ere et 3e personnes 762
Les préjudices relèvent du mal que l'on subit et de celui que l'on fait 763
L'addiction n'exclut pas la responsabilité 764
La gamme étendue de la responsabilité morale 764
Il y a dans l'addiction un fond intentionnel qui m'engage 766
Le statut moral de l'addiction est celui de l'akrasie 766
Tant qu'il y a conflit avec moi-même il y a responsabilité 767
L'assignation de responsabilité est nécessaire 768
La responsabilité et le blâme 770
Le blâme interpersonnel a une valeur d'alerte 772
Dépassionner le blâme institutionnel ; pour un blâme détaché 774
La Responsabilité sans blâme selon Pickard 774
Le blâme sans hostilité 776
Responsabilité légale ; la transgression et l'outrage 778
Pour une conception relative du libre arbitre 778
L'hostilité vise ce qu'est l'addict pas seulement ce qu'il fait 780
L'addict est considéré comme coupable d'outrage 782

Aux origines de l'outrage 784
Le modèle maladie ne protège pas du blâme affectif 789

Conclusion

Ce que nous avons proposé **793**

Deux extensions possibles de nos propositions **798**
Qu'est-ce que la rémission ? 798
L'addiction comme phénomène collectif 800

Le rôle moral de la science **802**

Bibliographie **807**