

on ne dispose pas encore d'indicateurs biologiques fiables de l'addiction, même dans le cas des addictions aux drogues. Les psychiatres ou les addictologues sont loin de pouvoir utiliser l'imagerie médicale ou les tests génétiques pour établir ou confirmer un diagnostic individuel d'addiction. Cela ne signifie pas que les personnes souffrant d'une addiction ne présentent aucune différence neurobiologique ou génétique. Bien au contraire. De nombreuses différences existent à toutes les échelles d'organisation neuronale du cerveau (neurotransmetteurs, synapses, neurones, régions cérébrales et circuits). Toutefois, ces différences ne sont pas propres à l'addiction.

Elles peuvent représenter des adaptations secondaires non spécifiques à l'addiction ou aux conditions de vie associées. Le cerveau est un organe plastique où les différentes structures s'adaptent rapidement à leur usage. Par exemple, si les conditions de vie incitent l'usager de drogues à se soucier plus du présent que du futur et donc si les fonctions d'anticipation à long terme sont sous-activées, le volume des aires corticales sous-tendant ces fonctions diminuera. De plus, ces différences ne sont pas assez discriminantes, ce qui limite encore leur utilisation pour un diagnostic médical individuel – un argument qui s'applique aussi aux différences génétiques.

En l'absence de critères biologiques, les psychiatres ont recours à des critères comportementaux pour le diagnostic de l'addiction. Les critères les plus utilisés aujourd'hui sont ceux définis dans le *Manuel statistique et diagnostique des troubles mentaux*. Ces critères sont définis principalement d'après les informations fournies par les patients eux-mêmes. Imparfait, ils sont révisés et précisés environ tous les dix ans. Dans la nouvelle révision de 2013, à laquelle ont participé des psychiatres du monde entier, l'addiction est définie comme un désordre de l'usage de drogues entraînant une souffrance ou un handicap cliniquement significatif (c'est-à-dire d'une intensité telle qu'il requiert une aide médicale). Le simple usage répété d'une drogue, même s'il peut conduire à terme

à une addiction, n'est pas considéré comme un désordre comportemental.

Ce désordre est défini par la présence pendant au moins un an d'au moins 2 critères parmi 11 possibles, la gravité du désordre comportemental augmentant avec le nombre de critères positifs (voir l'encadré page 21).

Contrairement à l'usage non médical du concept d'addiction, les psychiatres en charge de la révision des critères d'addiction ont décidé de ne pas étendre le diagnostic de l'addiction à toutes les addictions comportementales, à l'exception du jeu pathologique. Ce choix s'explique sans doute par leur volonté de ne pas banaliser le diagnostic de l'addiction en l'absence d'éléments de preuve suffisants. Pour mieux comprendre cette décision, analysons la signification des critères de l'addiction. Nous allons voir que, dans le contexte sociétal actuel, il est impossible de diagnostiquer une éventuelle addiction au sucre en s'appuyant sur ces critères.

■ L'AUTEUR



Serge AHMED est directeur de recherche au CNRS (CNRS-UMR 5293) au sein

de l'Institut des maladies neurodégénératives, à l'Université de Bordeaux 2.

L'importance du contexte sociétal

On distingue deux grandes catégories de critères. Les premiers décrivent le vécu subjectif et personnel de l'addiction. Ils incluent : le désir impérieux de consommer une drogue particulière (critère 1) ; le besoin d'augmenter les doses pour compenser la diminution ressentie des effets recherchés (2) ou pour éviter ou soulager le manque (3) ; le désir persistant de s'abstenir ou de réduire sa consommation (4) ; le sentiment que la consommation devient incontrôlable, car elle est plus importante que voulue (5) et car elle continue malgré la prise de conscience des problèmes causés (6). La coexistence du critère 4 avec les autres critères subjectifs de l'addiction permet de comprendre les conflits et la souffrance psychologiques qui assaillent la personne dépendante aux drogues. Elle désire s'abstenir, mais continue à désirer la drogue et à augmenter les doses malgré les conséquences délétères.

La seconde catégorie rassemble les critères objectifs, qui décrivent les conséquences psychosociales de l'addiction et sont donc en principe vérifiables grâce au témoignage

En chiffres

■ Un Français moyen consomme 25 kilogrammes de sucre raffiné par an.

■ Chez les adolescents, une cannette de boisson sucrée par jour suffit pour prendre un kilogramme en un an.

■ Un Français de 18 ans et plus sur sept est obèse selon l'étude ObEpi 2012.



■ BIBLIOGRAPHIE

S. Ahmed, *Sucres, addiction et obésité*, *Obésité*, vol. 7, pp.3-9, 2012.

K. Kendler, *The dappled nature of causes of psychiatric illness : replacing the organic-functional/hardware-software dichotomy with empirically based pluralism*, *Molecular Psychiatry*, vol. 17, pp. 377-388, 2012.

P. Peretti-Watel et J.-P. Moati, *Le principe de prévention*, Seuil, 2009.

J.-P. Tassin, *Le jeu, une drogue comme les autres ?*, *Pour la Science*, n° 372, pp. 28-31, 2008.

A. Brandt, *The Cigarette Century*, Basic Books, 2007.

Le site de concertation autour de la révision du *Manuel statistique et diagnostique des troubles mentaux* : <http://www.dsm5.org>

de l'entourage. Ces critères incluent : beaucoup de temps consacré à rechercher, à se procurer une drogue ou à récupérer de ses effets (7) ; l'incapacité à remplir ses obligations professionnelles, familiales ou scolaires du fait de la consommation (8) ; l'abandon de toute autre activité à cause de la consommation de drogue (9) ; la persistance de la consommation malgré les problèmes sociaux ou personnels causés (10) et malgré les dangers encourus (11). Ces conséquences ne sont bien sûr pas toujours indépendantes les unes des autres. Par exemple, le critère 7 peut causer ou aggraver les critères 8 et 9, lesquels sont fortement liés.

En pratique, on constate que l'expression comportementale de la plupart de ces critères dépend du contexte sociétal dans lequel l'addiction survient : ils ne deviennent manifestes que dans un contexte restrictif, hostile et stigmatisant. Le désir de consommer de la drogue persiste malgré l'interdit, celui de s'abstenir s'intensifie, et la souffrance psychologique engendrée alors révèle à l'individu sa propre perte de contrôle. Ces conséquences psychosociales et la souffrance associée sont

bien réelles, mais elles dépendent beaucoup des valeurs et des normes sociales et légales en vigueur dans la société à un moment donné de son histoire.

Ce point est capital, car il montre que l'addiction peut demeurer invisible et muette dans certains contextes sociétaux et se révéler dans d'autres. Serait-ce le cas aujourd'hui pour l'addiction au sucre, voire pour les autres addictions comportementales ? C'est ce que suggère l'histoire récente du tabagisme, qui illustre comment une addiction peut apparaître au grand jour dans un certain contexte sociétal. Le tabagisme pathologique est un exemple d'autant plus intéressant qu'il est à la fois une addiction aux drogues (la nicotine) et une addiction comportementale (le rituel de la cigarette).

Comment l'addiction au tabac a été révélée

Jusqu'à la fin des années 1980, les cigarettes – comme les boissons sucrées aujourd'hui – étaient un bien de consommation courante recherché, valorisé et valorisant. Des millions d'hommes et de femmes de tout âge, de toute profession et de toute classe sociale fumaient quotidiennement des cigarettes. Les médecins et les psychiatres eux-mêmes étaient de gros fumeurs. À cette époque, la consommation de cigarettes provoquait peu ou pas d'effets comportementaux indésirables et peu de conséquences psychosociales négatives manifestes (à part peut-être quelques conflits entre fumeurs et non-fumeurs au travail ou au sein de la famille). De plus, hormis une escalade initiale de la consommation de cigarettes, les fumeurs ne présentaient aucun des autres critères, subjectifs ou objectifs, de l'addiction et surtout aucune souffrance cliniquement significative. De fait, le tabagisme n'était pas reconnu comme une addiction. Bien sûr, les fumeurs avaient déjà été informés et prévenus des dangers de la cigarette sur la santé, notamment du risque élevé de contracter un cancer du poumon. Mais ces dangers semblaient lointains, incertains et intangibles, les millions de fumeurs invétérés paraissant en parfaite santé.

Tout a basculé dans les années 1990 (en 1991 en France, avec la loi Evvin) après

Critères retenus pour le diagnostic de l'addiction

Dans la nouvelle version du *Manuel statistique et diagnostique des troubles mentaux* (DSM-V) à paraître en mai 2013, 11 critères ont été retenus pour le diagnostic de l'addiction :

- Un usage répété de la substance qui empêche de remplir les obligations au travail, à l'école ou dans la famille.
- Un usage répété de la substance dans des situations dangereuses.
- Une persistance de l'usage malgré les problèmes sociaux ou interpersonnels causés ou aggravés par les effets de la substance.
- Une tolérance définie soit par un besoin d'augmenter les doses de la substance pour atteindre les effets désirés, soit par une diminution des effets de la substance après usage répété de la même dose.
- Un sevrage pouvant se manifester soit par un syndrome de sevrage caractéristique de la substance, soit par un usage de la substance visant à soulager ou à éviter les symptômes du manque.
- La substance est souvent consommée au-delà des quantités voulues ou plus longtemps que prévu.
- Un désir persistant ou des tentatives ratées d'arrêter ou de contrôler l'usage de la substance.
- Beaucoup de temps consacré à se procurer ou à utiliser la substance, ou à récupérer de ses effets.
- L'abandon de toute autre activité à cause de l'usage de la substance.
- La persistance de l'usage de la substance malgré la prise de conscience d'avoir un problème physique ou psychologique causé ou aggravé probablement par la substance.
- Le désir impérieux d'utiliser une substance spécifique.

la reconnaissance générale des dangers du tabagisme passif chez les non-fumeurs et des effets pharmacologiques de la nicotine sur les circuits neuronaux de la récompense – effets souvent comparés par les scientifiques à ceux de la cocaïne ou de l'héroïne. Dès lors, le gouvernement ne pouvait plus s'accommoder de la liberté individuelle des fumeurs, considérés jusque-là comme libres de leur choix et inoffensifs. Il ne pouvait plus se contenter d'informer le public sur les dangers du tabagisme, en espérant que la rationalité des fumeurs, leur désir de rester en bonne santé et leur souci de ne pas nuire à autrui feraient le reste. S'en est suivi un ensemble de mesures restrictives visant à inciter les fumeurs existants à arrêter (ou à moins fumer) et les non-fumeurs à ne pas commencer, telles que l'interdiction de la publicité pour les cigarettes, l'imposition d'un âge minimum légal pour l'achat de tabac, l'augmentation du prix des cigarettes et l'interdiction de fumer dans de nombreux lieux publics. En France, l'État a cédé son monopole sur la production et la vente de cigarettes en 1995. Dans les pays anglosaxons, ces mesures ont été accompagnées d'une campagne antitabac musclée qui a entraîné une dégradation de l'image des fumeurs et des cigarettes. Les fumeurs ont été de plus en plus assimilés à des drogués et les cigarettes à de pseudo-sérings libérant dans le cerveau des doses de nicotine.

Dans ce nouveau contexte sociétal restrictif, hostile et stigmatisant où l'on ne pouvait plus nier ou dénier les dangers du tabagisme, nombre de fumeurs ont choisi, avec succès, de s'abstenir – pour la majorité sans aide médicale ou professionnelle. En revanche, d'autres ont continué à fumer, s'exposant aux conséquences psychosociales négatives créées par les nouvelles mesures restrictives et la stigmatisation. Avant ce basculement contextuel historique, rien ne permettait de distinguer ces deux grandes classes de fumeurs. Tout s'est passé comme si le changement de contexte sociétal, en poussant des millions de fumeurs à l'abstinence, avait exposé au grand jour une classe de fumeurs pathologiques bien réelle, mais

restée jusque-là invisible et muette. Est-ce à dire que la persistance d'un comportement de consommation dans un contexte sociétal restrictif, hostile et stigmatisant serait la marque tant recherchée distinguant l'addiction de la normalité ?

Ce n'est pas si simple. Il est vrai que l'abstinence volontaire exclut du diagnostic de l'addiction les fumeurs capables de s'arrêter de leur propre chef. Cependant, le statut pathologique des fumeurs persistants malgré un contexte sociétal restrictif, hostile et stigmatisant est plus ambigu. Parmi ces fumeurs résistants, tous n'ont pas nécessairement développé une compulsion pathologique et perdu le contrôle de leur consommation. Beaucoup continuent à fumer sans désir d'abstinence, sans regret ni souffrance. Certains parce qu'ils jugent avoir de bonnes raisons de continuer à fumer, même s'ils sont en désaccord avec le reste de la société. D'autres parce qu'ils ont peu d'alternatives accessibles pour obtenir de la satisfaction ou du plaisir. D'autres encore parce que la cigarette les aide à soulager une souffrance ou un handicap psychologique qu'ils ne savent pas soulager autrement. Or sans désir personnel d'abstinence ou de modération, pas de tentatives d'arrêt et sans

La persistance d'un comportement de consommation dans un contexte sociétal restrictif serait-elle la marque tant recherchée distinguant l'addiction de la normalité ?

tentative d'arrêt, pas d'incapacité d'arrêter, de conflit de motivation, de souffrance ni de demande d'aide.

Selon cette analyse, le désir persistant de s'abstenir et l'incapacité d'arrêter malgré un contexte sociétal restrictif, hostile et stigmatisant marquerait la ligne de démarcation entre comportements de consommation normal et pathologique. Seuls les consommateurs désirant l'abstinence, mais ne pouvant y parvenir sans aide professionnelle, souffriraient d'une addiction. Cela dit, l'absence du désir d'abstinence dans un contexte sociétal restrictif, hostile et stigmatisant ne garantit pas en soi l'absence d'une addiction. Il est en effet possible que certains consommateurs vivent

dans un environnement social « protégé » où la stigmatisation de leurs comportements et les conséquences psychosociales négatives associées ne seraient pas suffisamment prégnantes pour faire naître chez eux un désir d'abstinence. En d'autres termes, un désir d'abstinence couplé à une incapacité d'arrêter indiquent bien qu'il y a addiction, mais l'absence de ce désir n'atteste pas nécessairement l'absence d'addiction.

Doit-on restreindre l'accès au sucre ?

Ces nuances expliquent pourquoi l'extension du concept d'addiction à tous les comportements de consommation hédonistes reste délicate et doit se faire avec prudence. Ignorer ces nuances et négliger cette prudence reviendrait à bafouer les libertés individuelles, y compris celle de se nuire à soi-même en connaissance de cause et sans nuire aux autres. Dans les sociétés de consommation modernes, la ligne à ne pas franchir entre le normal et le pathologique se situe bien dans le désir personnel du consommateur de s'abstenir ou de limiter sa consommation. Nous avons vu avec l'exemple du tabagisme que la société peut se transformer radicalement pour provoquer et entretenir ce désir chez les consommateurs. Elle n'a toutefois pas le droit de contraindre les personnes résistantes, car leur résistance n'est pas nécessairement causée par une addiction, sauf bien sûr si cette résistance nuit à autrui.

Dans le cas de la possible addiction au sucre, cela signifie qu'on ne pourra trancher la question qu'après basculement du contexte sociétal actuel, favorable à la consommation de sucre raffiné ajouté, vers un contexte sociétal restrictif, hostile et stigmatisant. Si dans ce nouveau contexte, certains consommateurs éprouvent le désir de s'abstenir ou de limiter leur consommation, mais sont dans l'incapacité d'y accéder sans aide, alors on pourra parler d'addiction au sucre. Le grand enjeu est de savoir si les éléments de preuve scientifique sur les dangers du sucre (épidémiologiques, expérimentaux, cliniques) sont suffisants pour justifier un tel basculement sociétal. ■