

« **RdRD : y a-t-il des risques à appliquer la réduction des risques ?** »

Jeudi 29 septembre 2016 à Saint Jean Bonnefonds

ARGUMENTAIRE

L'audition publique du 7/8 avril 2016 sur « la réduction des risques et dommages liés aux conduites addictives » la définit comme « une politique de santé » : le projet de cette journée des 5^{èmes} Rencontres Cliniques est de réfléchir sur les dangers ou risques éventuels dans l'application de cette nouvelle politique.

On résumera ici la RdRD par le slogan « **plutôt le care que la cure** » rappelant avec force aux intervenants en addictologie, la nécessité du faire « **AVEC** » les personnes que nous avons en charge en privilégiant une « **stratégie d'alliance** » et « **une approche gradualiste** » ; elle se place en rupture avec les postures d'« **inconditionnalité** » vis-à-vis de l'abstinence ayant trop longtemps induit dans les soins des effets d'échecs/de nonaccès aux soins et renforçant dans la société le paradoxe de banalisation de certains produits/stigmatisation de certains consommateurs.

Le premier risque de la RdRD peut être considéré comme « historique » et largement réduit par sa reconnaissance officielle récente : c'est le risque de ce militantisme très actif dont elle a fait l'objet ces dernières années. Militantisme des « usagers » mais aussi de certains soignants qui les amenaient à un très intense prosélytisme auprès des patients « nouveaux ». Ainsi on peut renvoyer dos à dos les prosélytes de la RdRD et ceux de l'abstinence, tous peu enclins à vraiment écouter les demandes qui leur sont faites et à adopter une vraie attitude d'accompagnement. Mais, si ce risque est diminué par les recommandations rédigées, il reste présent et donc nous devons rester vigilants.

Le deuxième risque de la RdRD est lui aussi largement réduit par les recommandations d'avril 2016 qui, explicitement, excluent le risque de cantonner la RdRD aux seuls risques infectieux et donc aux seuls comportements de prise de produits. En effet, à ce faire, on peut toujours craindre ce glissement éthique où, sous prétexte d'éviter les produits ou les habitudes trop dangereuses, le soignant glisse dans un rôle de dealer et/ou de simple agent de contrôle social.

Cela nous conduit au **troisième risque** de la RdRD positionnée comme un changement radical et global (« pas seulement une approche alternative du soin mais un nouveau regard porté sur les phénomènes d'addictions inscrivant dans la société une situation de rupture morale, idéologique et politique ») : donc c'est le risque pour nous soignants de n'être pas prêts pour un changement de cette ampleur. En effet on peut craindre que notre regard clinique soit insuffisamment habitué à une « clinique du risque » qu'il nous est urgent de travailler/affiner.

D'où **le quatrième risque** de la RdRD qui prône la disponibilité du soignant vis-à-vis des demandes et choix du patient (un accompagnement « là où ils sont, là où ils en sont ») : c'est le risque d'appropriation et surtout de labellisation de la disponibilité à l'autre, qualité indispensable à notre pratique soignante qui, heureusement, est depuis longtemps la référence de la plupart d'entre nous, abstinence ou autres. En fait, cette posture de disponibilité ne s'acquière que par un travail permanent de critique/élaboration de la relation soignante, et la « labellisation RdRD » pourrait amener certains soignants à se suffire de s'en réclamer et croire ainsi pouvoir s'exonérer de la réflexion permanente sur certaines limites à ne pas dépasser : sous prétexte d'« accompagnement » du patient selon les préceptes de la RdRD, il n'est pas question d'être toujours d'accord avec lui, notamment quand ses choix/ses projets de changement nous apparaissent plus risqués que son état actuel...nous savons bien qu'une alliance thérapeutique vraie passe parfois par prendre le risque de la rupture !

Enfin **le cinquième risque** de la RdRD est plutôt idéologique parce qu'on ne peut que douter, même si c'est écrit en préambule que « l'ensemble de cette démarche n'est pas un postulat philosophique ou idéologique mais elle repose sur le constat du désastre des politiques précédentes » : c'est le risque de croire que le risque est un « angle d'attaque » sans risques... Tout d'abord, dans la pathologie addictive, il paraît vite illusoire de penser que nos patients seront plus accessibles/abordables en mettant en exergue la problématique de la réduction/prise de risques plutôt que la problématique abstinence/consommation : que ce soit en les abordant par RdRD, abstinence ou autres... il est probable que certains patients y seront sensibles, d'autres seront en rejet total et la plupart resteront d'une ambivalence totale parce que la « dimension risque » fait partie inhérente du processus addictif autant que les dimensions consommation, plaisir, relation au produit etc...Donc l'abord clinique « par le risque » est absolument nécessaire mais il ne sera sûrement pas plus simple/aisé, alors que nous serions tentés de nous en laisser convaincre et prêts à le penser : pour les soignants ayant l'expérience de la « politique qualité », la prééminence actuelle de la prévention des risques en établissement de santé y instille souvent une ambiance bizarre et pas forcément une qualité et une efficacité soignante améliorées.

De là à se demander si la RdRD n'est pas la déclinaison dans les soins en addictologie de l'idéologie ambiante de nos sociétés obnubilées par le risque, tout comme l'abstinence était devenue le paradoxe caricatural de nos sociétés du « toujours plus consommer » : se posent alors de fortes interrogations pour concevoir une politique de prévention qui, trop axée sur le Risque, pourrait vite renforcer cette tendance sociétale et risquer d'être contre-productive....

Nous le savons tous depuis notre enfance, « Assurancetourix », ça sonne forcément faux !