

TABLE D'ÉCHANGES DE SMES CONNECT

PRESCRIPTION – DÉPRESCRIPTION DE NEUROLEPTIQUES

*POUR QUI, POURQUOI PRESCRIT-ON ? ET QUAND
DÉPRESCRIRE ?*



1. INTRODUCTION

Cette année, le Smes a choisi de se pencher sur la question de la prescription et la déprescription de neuroleptiques. Pour qui, pourquoi prescrit-on ? Et quand déprescrire ?

La déprescription est un thème régulièrement abordé, mais généralement limité au public des personnes âgées et aux médicaments antidépresseurs ou anxiolytiques. La déprescription des neuroleptiques est un sujet peu débattu, qui reste souvent l'apanage des médecins psychiatres malgré le fait que les effets indésirables de ces traitements puissent avoir un impact important pour les patient·es et dans les soins de première ligne. La chronicisation des pathologies, les abandons de suivi chez le psychiatre, les enjeux de responsabilité font que ces traitements sont parfois maintenus sans que leur nécessité ne soit réinterrogée.

Les neuroleptiques ou antipsychotiques sont des médicaments psychotropes et des tranquillisants majeurs. Ces traitements sont dits symptomatiques, ce qui signifie qu'ils n'agissent pas sur les causes des troubles, mais uniquement sur leurs symptômes.

Les effets indésirables sont régulièrement rapportés comme un motif de plaintes et d'interruption du traitement chez les patient·es à qui ces neuroleptiques sont prescrit. Dans certains cas, c'est leur inutilité qui est mise en avant, dans d'autres cas, c'est la lourdeur de ce type de médication, qui entrave une série d'activités ou la capacité de se sentir en lien avec son corps, ses émotions ou sa créativité. A l'inverse, certain·es professionnel·les ou patient·es peuvent avoir d'emblée une méfiance envers ces traitements là où ils pourraient apporter un bénéfice.

Au centre de cette réflexion, on voit apparaître les questions de la responsabilité médicale, de la place et du pouvoir décisionnel des patient·es, de l'évolution de la littérature scientifique sur les neuroleptiques, de la médication comme réponse parfois unique, mais aussi des alternatives possibles, de l'approche de la réduction des risques, et surtout du dialogue entre « soignant·e » et « soigné·e ». Cette table ronde vise à discuter des différents points de vue pour élargir nos compréhensions vers une vision multipolaire, plus riche et nuancée.

Cette table d'échanges a été introduite par Fabian Colle, (médecin dans l'Équipe Mobile de Smes Support) et César Richelle (chargé de projet de Smes Connect). César a expliqué le processus de co-construction intersectoriel qui a permis d'élaborer le contenu de cette journée. Le Smes a une fois de plus pu compter sur son large réseau pour constituer un comité de pilotage regroupant des représentant·es de plusieurs organisations (EspéranceS asbl, DMG ULB, CHU Brugmann, Prison de Haren, une pair-aidante, UCLouvain) et dont les membres ont été chaleureusement remerciés pour leur investissement.



Fabian a introduit la thématique en redéfinissant les neuroleptiques, leurs indications et leurs effets indésirables. Il a retracé certains contextes, autre que le contexte psychiatrique classique, dans lesquels les neuroleptiques sont prescrits : détentions, centres fermés, secteur du handicap, maisons de repos, drogues et addictions....

La matinée s'est déroulée autour de 4 tables d'échanges portant chacune une sous-thématique qui nous a permis d'explorer collectivement ce sujet sous divers angles :

- Sécurité versus responsabilisation
- Que faire face à une prescription importante ?
- Comment améliorer la relation prescripteur·rice - patient·e ?
- Quelles alternatives ?

Deux temps d'échanges étaient organisés à chaque table. Les participant·es ont ainsi pris part à deux discussions distinctes, chacune portant sur une sous-thématique différente.

Plus de 40 personnes ont participé à cette matinée, issues de secteurs variés : aide aux personnes sans-abri, santé mentale, drogues et addictions, aide aux personnes âgées, milieu carcéral, santé générale, aide sociale, enseignement supérieur. De nombreuses professions étaient représentées : psychologues, assistant·es sociaux·ales, médecins généralistes, psychiatres, travailleur·euse·s psycho-social·ales, pair-aidant·es, etc. Cette diversité a permis d'apporter un regard croisé sur la thématique proposée.

Le présent rapport propose une synthèse de l'ensemble de ces échanges.



2. COMPTE RENDU SYNTHÉTIQUE DES ÉCHANGES

1. SÉCURITÉ VERSUS RESPONSABILISATION

Une stagiaire médecin généraliste présente à la table introduit la discussion car elle ne comprend pas pourquoi sa maître de stage prescrit rapidement des neuroleptiques aux patient·es. Manque de temps lors des consultations ? Manque de concertation entre collègue·s soignant·es ? Ou non prise en compte de la « réalité patient·e », du savoir expérientiel de cette dernier·ère ? Autant de questions abordées autour de cette table.

De quelle responsabilité parle-t-on ?

Du côté des patient·es, le choix éclairé et donc le plein consentement n'est pas toujours possible pour des raisons liées à l'état de la personne ou dans des contextes de mesures protectrices ou d'hospitalisation sous contrainte. Difficile dans ces moments aigus de parler de responsabilisation des patient·es qui parfois ne peut sembler possible que dans un second temps, lors des échanges avec les soignant·es et une fois la situation d'urgence dépassée.

Du côté des prescripteur·rice·s, l'obligation de soin est omniprésente... cependant le·la patient·e n'est pas obligé·e d'accepter le soin. Le refus d'un traitement est théoriquement toujours possible et ne correspond pas nécessairement à un refus de soins.

Là où le bât blesse, pour les participant·es à la table, c'est dans la communication qui est faite autour de la prise ou non prise de neuroleptiques. Les prescripteur·rice·s ont l'obligation légale d'informer les patient·es en toute transparence sur les conséquences (positives comme effets indésirables) de la médication. En pratique, c'est loin d'être la norme. Trop souvent, le biais d'autorité (soignant·e/soigné·e) empêche les patient·es d'accéder à toutes les données nécessaires pour s'approprier leur traitement en toute connaissance de cause. Le·la patient·e n'ose pas toujours poser des questions ni remettre en question la médication voire le diagnostic même. Globalement, les droits des patient·es ne sont pas toujours connus ni appliqués au mieux. Nous continuerons à traiter cette question dans le sous-chapitre 3 « Comment améliorer la relation prescripteur·rice - patient·e ? ».

De quelle sécurité parle-t-on ?

Au-delà de la question de la relation soignant·e/soigné·e, c'est plus largement le rapport à la « peur » qui est interrogé : qui a peur de quoi ? Une personne schizophrène est-elle plus dangereuse qu'une autre ? A-t-on peur pour sa propre intégrité physique/psychique quand on soigne une personne en « crise » ? Dans quelle mesure le·la soignant·e sera-t-il·elle tenu·e responsable dans le cas d'un accident ?



Autour d'une table, on constate une augmentation des prescriptions de neuroleptiques au fil des ans. Ce constat s'accompagne de la question de sa fonction. Pourquoi et pour qui prescrit-on ? Un participant conclut à partir de ses années d'expérience en tant que psychiatre que « dans 90% des cas, il n'y a pas d'alternative aux médicaments, que l'essai d'arrêt reste sans succès et qu'une prescription évite finalement beaucoup de désastres ». La prescription apparaît comme l'outil principal de la gestion de crise. La prescription de neuroleptiques serait « la méthode la plus efficace, rapide et performante », dicit le psychiatre. Un participant met en avant l'importance « des usages pour compliance » dans lesquels la prescription vise à « réguler les comportements déviants », que ce soit pour des raisons de gestion ou de protection de la personne et/ou de la société.

Les participant·es mettent ici en évidence le rôle implicite que jouent les neuroleptiques dans la régulation institutionnelle. Dans des contextes de sous-effectif, de manque de temps et de saturation des dispositifs, la prescription peut devenir un outil de gestion du comportement, visant à maintenir la sécurité, la tranquillité ou la continuité, permettant par exemple à un·e bénéficiaire de rester dans la structure d'hébergement. Cette fonction institutionnelle interroge directement l'indication réelle du traitement et pose la question éthique de savoir si l'objectif est prioritairement le soin de la personne ou l'adaptation de celle-ci aux contraintes du cadre.



2. QUE FAIRE FACE À UNE PRESCRIPTION IMPORTANTE ?

Polymédication, parcours fragmenté et enjeux de coordination

Les échanges font apparaître l'existence de nombreuses situations de polymédication, parfois extrêmes, avec l'association de nombreux psychotropes, dont plusieurs neuroleptiques. Ces situations sont rarement le fruit d'une stratégie thérapeutique cohérente, mais plutôt le résultat de parcours de soins discontinus, marqués par des hospitalisations successives, des changements fréquents de lieux de vie et une multiplicité de prescripteur·rice·s. Dans ces contextes, la prescription s'accumule par ajouts successifs, sans toujours être réévaluée, ni replacée dans une vision longitudinale de la situation clinique.

Les participant·e·s soulignent la difficulté d'identifier clairement les prescripteur·rice·s impliqué·e·s, les indications initiales des traitements et les objectifs thérapeutiques poursuivis. Le secret médical, l'absence de médecin référent·e et la pénurie de psychiatres limitent fortement la circulation d'informations cliniques pertinentes. Une participante parle du manque de formation des médecins généralistes concernant les neuroleptiques. Les professionnel·le·s non-médecins, bien qu'en contact étroit avec les personnes, disposent de peu de leviers pour initier une réévaluation pharmacologique, sauf dans de rares situations où un·e pharmacien·ne alerte sur des doubles prescriptions.

Confusion symptomatique

Un point central des discussions concerne la difficulté d'interprétation clinique des symptômes observés. L'agitation, symptôme fréquemment rencontré, peut relever d'un trouble psychotique, d'un état de stress intense, d'un sevrage ou d'une consommation de substances, mais aussi constituer un effet secondaire direct des neuroleptiques, ce qui peut contribuer à une confusion dans l'interprétation du dit « symptôme ». Dans la pratique, cette confusion conduit fréquemment à une augmentation des doses ou à l'ajout de nouvelles molécules, renforçant la spirale de la surprescription. Il devient très difficile de mener une évaluation clinique rigoureuse en présence d'un grand nombre de molécules différentes, combiné à de multiples facteurs contextuels susceptibles d'accroître le stress et l'agitation.

Déprescription : conditions, risques et limites

La déprescription est identifiée comme une démarche pertinente dans de nombreuses situations, notamment face aux effets indésirables, à la perte de fonctionnalité sociale ou plus simplement suite à la demande explicite des personnes. Elle est toutefois décrite par certain·e·s participant·e·s comme un processus long, nécessitant une diminution progressive. Les craintes de décompensation, de mise en



danger ou de rupture institutionnelle constituent des freins majeurs, tant pour les soignant·es que pour les structures.

Les échanges soulignent que la déprescription ne peut être envisagée sans un cadre contenant, un accompagnement quotidien et une coordination interdisciplinaire, conditions rarement réunies dans les situations de grande précarité. Pour les participant·es, la personne qui prend les médicaments doit se trouver au centre des décisions : recevoir les informations sur son traitement, être entendue sur les effets qu'elle constate ainsi que sur ses craintes et ses attentes constitue un préalable essentiel. Une condition qui sera traitée au travers des deux prochaines tables, tant elle constitue l'essence du soin.

Des pistes de solutions

Une première piste consiste à désigner, dans les institutions, une personne de référence chargée de centraliser les ordonnances et les contacts avec les médecins, en particulier en l'absence de médecin généraliste. Cette centralisation permettrait de limiter la multiplication des prescripteur·rices, notamment dans des contextes de « shopping médical »¹, et de favoriser le recours à une seule pharmacie. Le contact direct avec les prescripteur·rices doit être encouragé.

Le maintien d'un lien de longue durée avec une intervenant·e ou une organisation est essentiel pour évaluer la situation dans le temps et mieux comprendre l'origine de l'agitation et les circonstances dans lesquelles elle survient. Sans cette continuité, l'analyse clinique repose sur des moments ponctuels et reste partielle.

Une meilleure connaissance des contextes de vie, parfois « inhabituels », permet de distinguer agitation, colère, stress ou psychose lorsqu'ils s'inscrivent dans des situations de traumatismes, de nonaccès aux droits ou de violences sociétales. Ceci n'est possible que dans un contexte où les soignant·es ont le temps de dialoguer avec les patient·es.

L'approche de réduction des risques, notamment en cas de décrochage médicamenteux, met l'accent sur le maintien du lien et est une approche centrée sur les ressources des personnes et de leur réseau plutôt que sur les seuls symptômes.

Enfin, La prescription devrait être envisagée comme un moment de dialogue sur les bénéfices et les risques du traitement, adapté à la situation de chaque patient·e. Elle devrait également faire l'objet d'une

¹ Le shopping médical correspond à une stratégie intentionnelle de consultation de plusieurs prescripteur·rices, sans coordination, visant à obtenir un médicament — le plus souvent un psychotrope à potentiel addictif — indépendamment de l'indication médicale réelle.



réévaluation régulière, ce qui invite à interroger la place accordée à la qualité de la collaboration de soins par rapport aux seules indicateurs cliniques ou au volume de consultations.

3. COMMENT AMÉLIORER LA RELATION PRESCRIPTEUR·RICE – PATIENT·E ?

Contexte, coordination et circulation de l'information

La relation prescripteur·rice – patient·e s'inscrit souvent dans des contextes complexes, marqués parfois par un cumul de problématiques, précarité, santé mentale et/ou drogues et addictions. La médication peut alors prendre toute la place dans la relation de soin. Il existe fréquemment plusieurs prescripteur·rices qui ne communiquent pas entre elles-eux, ce qui favorise un « mille-feuille de prescriptions ». Le·la médecin généraliste est parfois le·la seule à avoir une vue globale et joue un rôle de coordinateur·rice, sans toujours disposer du temps nécessaire.

L'élargissement de la collaboration aux pharmacien·nes est identifié comme important, notamment via les concertations médico-pharmaceutiques. Les pharmacien·nes peuvent alerter sur l'accumulation de médicaments par exemple DPP², même si ces outils sont peu utilisés et contraints par le RGPD. On constate autour de la table que les mécanismes d'information restent insuffisants ou peu formalisés et que trop souvent les acteur·rices de soins sont peu au courant du contexte global de la personne.

Relation, pouvoir et temporalité de la prescription

Le lien et la confiance sont essentiels pour favoriser une relation de soins qui fait soin. Rendre la personne actrice des soins la concernant implique de mentionner explicitement qui détient le pouvoir sur la prescription, sa poursuite ou son arrêt. L'information doit comprendre les droits des patient·es (arrêt du traitement, risques) et se fera dans les deux sens, au fil d'un dialogue portant sur les traitements prescrits ou envisagés.

La contrainte reste fréquente en situation de crise, souvent faute d'alternatives. Elle s'impose pour apaiser la personne, mais aussi pour apaiser les familles ou les soignant·es et soulève la question : pour qui prescrit-on ?

La temporalité est centrale dans la relation soignant·e-soigné·e : en situation de crise, créer un contexte d'apaisement est important. La parole des patient·es est souvent peu entendue, malgré leur savoir expérientiel sur les traitements et le fait qu'ils·elles soient les premières personnes concernées. Il est possible d'ouvrir des espaces de dialogue, même dans des moments de crise, ce qui permet de

² Dossier Pharmaceutique Partagé



rééquilibrer l'asymétrie de la relation et de proposer du lien plutôt que de la contrainte. La crise devrait être un moment où l'on intensifie le dialogue plutôt que de le suspendre.

On comprend au travers des échanges que la peur d'être sans médication peut être présente des deux côtés. Elle est liée au fait que certains diagnostics ne peuvent pas encore se penser sans la prise de neuroleptiques. Dans ce contexte, l'entourage (famille, structures d'hébergement, institutions) intervient fortement sur la question de la médication. Des recherches récentes démontrent que suivre un traitement sans médicament est possible, il paraît dès lors important d'en tenir compte.

L'arrêt de la médication est parfois considéré comme une crise, même en l'absence de comportements extrêmes et peut conduire à l'exclusion de certaines structures. L'approche du Dialogue Ouvert³ est évoquée comme piste pour inclure la personne, les soignant·e·s et l'entourage, dans l'équilibre délicat de la (dé)prescription et de la prise de médicaments psychotropes.

Alternatives, déprescription et conditions de possibilités

La médication n'est pas la seule solution, mais elle devient parfois la seule disponible. Le manque de temps, le sous-effectif et la culture du chiffre limitent les possibilités de concertation et d'évaluation. Quand du temps est consacré aux patient·e·s, la relation de soins s'améliore.

Des pratiques de déprescription existent (notamment le service « Les Bambous » du Centre hospitalier Jean Titeca). Le suivi rapproché ou institutionnel permet parfois de prendre le risque de diminuer ou d'arrêter un neuroleptique et d'observer les effets, y compris la redécouverte de la personne sans médicament. La déprescription est liée à la question du diagnostic, souvent stigmatisant et posé à vie. Penser en termes de fonctionnements ou d'épisodes plutôt que de diagnostics est évoqué comme une piste.

Les pair-aidant·e·s, les associations de patient·e·s et autres intervenant·e·s psycho-sociaux·les jouent un rôle clé dans la mise en place de concertations, d'information et de soutien. Le collectif permet de diminuer la peur. Il ne faut pas attendre que le système change pour faire évoluer les pratiques.

³ L'Open Dialogue est une approche de santé mentale développée en Finlande dans les années 1980, combinant une pratique clinique et une organisation spécifique des soins. Elle mobilise rapidement une équipe dédiée qui accompagne la personne et ses proches dans la durée, en privilégiant le dialogue collectif et la responsabilité partagée. Elle favorise les interventions à domicile, limite les hospitalisations et retarde autant que possible les traitements médicamenteux. Les professionnels, formés à une approche systémique, s'impliquent dans le processus et s'appuient sur les ressources du réseau plutôt que sur la seule logique médicale.



Des participant·es souhaitent rappeler que les médicaments sont produits par des firmes pharmaceutiques qui n'ont pas intérêt à la déprescription. L'information au sujet des médicaments neuroleptiques provient principalement des firmes qui les produisent.

Les pistes de réflexions

Agir dès la formation des prescripteur·rices, leur apprendre à sortir d'une relation strictement bilatérale et souvent hiérarchique avec les patient·es, pour reconnaître que les professionnel·les agissent au sein d'un système et que la parole des personnes concernées et de leur entourage est essentielle.

Les stages pour les professionnel·les sont des moments clés : on y apprend autant des bonnes que des mauvaises pratiques, et les professionnel·les de terrain y ont une réelle capacité d'influence. La pratique des rapports d'étonnement, c'est-à-dire le fait de donner à rédiger un rapport sur une bénéficiaire par une toute nouvelle personne (stagiaire, nouvel·le engagé·e), peut questionner les évidences institutionnelles. Pratique plus franche encore, le fait d'inviter les bénéficiaires à co-écrire ou à valider tout rapport les concernant.

L'élaboration de plans de crise (par exemple le WRAP : Wellness Recovery Action Plan) en partenariat avec les bénéficiaires peut donner force à leur voix et permettrait de les impliquer dans les décisions qui seront prises les concernant. Néanmoins, cela pose la question de l'accessibilité de ces informations dans les moments critiques, ainsi que de la validité de ces plans de crise aux yeux des soignant·es, puisque les directives qu'ils contiennent sont souvent négligées.

Enfin, aborder le traitement en termes de « ce à quoi il expose » et pas seulement de « ce qu'il permet » ouvre une réflexion plus complète sur ses effets réels.





4. QUELLES ALTERNATIVES ?

Poser la question des alternatives à la prescription des neuroleptiques, c'est d'abord reconnaître implicitement la place centrale qu'elle occupe dans les dispositifs de soins mais c'est aussi postuler comme allant de soi la nécessité de réfléchir à d'autres façons de faire soin. Ce postulat, largement partagé par les participant·e·s des deux groupes, a été le point de départ de la réflexion de la table ronde.

Sur quels constats s'appuie-t-il ?

Constat des participant·e·s soignant·e·s et travailleur·euse·s sociaux·ales : on assisterait actuellement à une augmentation de la prescription des neuroleptiques, y compris chez un public de plus en plus jeune. Un participant parle « d'un réflexe contemporain archaïque » et s'interroge sur « son caractère automatique ». Une travailleuse partage son désarroi grandissant à accueillir en réinsertion de plus en plus de jeunes sédatisés par leur traitement, « sans moyen d'interroger le suivi et la légitimité de la prescription ». Cette impuissance est renforcée « dans des situations de grande précarité où c'est parfois le·la médecin généraliste qui, faute de psychiatre, renouvelle les ordonnances ».



Le constat d'un usage « camisole » des médicaments qui s'éloigne de la question stricte du soin, résonne avec la réflexion d'une participante : « Comment entendre quelque chose qu'on étouffe ? Quelle est la fonction laissée aux symptômes ? ».

Une évidence traverse les réflexions du groupe : les alternatives aux médicaments reposeraient avant tout sur de l'écoute et sur la construction de liens mais cela nécessite du temps... que les soignant·es et travailleur·euses sociaux·ales n'ont pas ! Le sentiment d'un conflit insoluble entre le besoin de temps et les impératifs d'efficacité s'installe, et avec lui le sentiment paralysant, voir désespérant, qu'on saurait comment faire mais qu'on n'en a pas les moyens.

Les usages, les représentations et les expériences

Pourtant, en prolongeant la discussion, le constat n'est pas si définitif qu'il n'y paraît. Au-delà de ce qu'on peut faire, il y a ce qu'on pourrait faire et qu'on ne fait pas. Une participante raconte qu'elle a pensé utiliser la salle de contention de l'unité psychiatrique où elle travaille comme « une salle où on pourrait aller crier quand on en a besoin » mais proposer cette idée dans son unité ne lui semble pas si évident. Un participant complète : « Un travailleur qui reste avec les patients au lieu d'être dans le bureau, peut ne pas être bien perçu. Il a l'air de renvoyer à ses collègues qu'ils n'en font pas assez ». Les usages et les représentations d'un groupe, d'une institution, et au-delà, d'une société influent sur les pratiques. Elles ne peuvent pas s'appréhender sous le seul prisme des moyens.

Le témoignage simple et optimiste d'une travailleuse en psychiatrie vient appuyer cette idée. Elle a pris l'habitude de passer du temps dans une salle de son unité avec les personnes qui sont là. Elle explique qu'elle écoute, qu'elle accueille, que surtout elle « n'exige rien et n'hésite pas à poser une main sur un dos ou une épaule si elle sent que ça peut faire du bien » : « Ça marche », dit-elle, « en général les personnes sont calmes ou retrouvent le calme, elles sont bien ». Le témoignage suscite l'adhésion du groupe et révèle un besoin tangible et partagé de créativité et d'humanité dans le travail, éloigné de « la place assommante accordée au diagnostic et la stigmatisation qui en découle » dénoncée par une participante.

Une seule personne autour de la table indique être concernée par la prise de neuroleptiques. Elle partage un témoignage que les professionnel·les entendent rarement, celui de son arrêt total de prise des médicaments. Elle raconte qu'elle a mené son sevrage seule et contre avis médical. Son chemin est tout sauf linéaire. Il a impliqué des essais, des erreurs, des reprises de traitement. Il illustre comment le savoir expérientiel ne rejoint pas toujours le savoir académique. Des professionnel·les répondent en soulignant l'intérêt et le manque de tels témoignages. Une médecin psychiatre soulève la question autrement en affirmant s'appuyer sur son savoir académique comme expérientiel dans sa pratique : « on n'est pas qu'un



psychiatre, on est une personne ». Une autre participante surenchérit : « j'ai été à la fois usagère et soignante ».

Les pistes de réflexions

Dans le prolongement des constats partagés sur l'importance de l'écoute et des liens, un participant rappelle qu'au-delà de la prescription d'une substance « le médicament, c'est des relations ». Il invite à sortir du champ sémantique purement médical, des discussions réduites aux effets secondaires pour redonner sa place au langage et « créer de la mémoire de la traversée ».

La question des alternatives à la prescription contient en creux la difficulté de penser l'articulation des pratiques et des approches. Si personne dans les groupes n'a semblé s'inscrire dans un « OU » radical (des alternatives qui impliqueraient d'exclure l'usage des médicaments), reste à penser de quel « ET/OU » parle-t-on quand on parle d'alternative ? Autrement dit, si la médication est centrale dans les dispositifs de soin, elle n'est pas pour autant le centre à partir duquel penser l'articulation des pratiques.

Une participante nous rappelle que les déterminants de la santé, qui incluent les caractéristiques individuelles, les conditions de vie (éducation, environnement physique, vie sociale etc.) mais aussi les systèmes sociaux et politiques, permettent de penser les différents niveaux d'influence de la santé d'une personne. Les déterminants de la santé soulèvent non seulement la question de l'alternative en amont de la prescription en la posant en termes de prévention mais aussi l'extraient d'une question purement médicale pour en faire un enjeu global et social. Des réactions normales à des situations extrêmes sont trop souvent pathologisées et psychiatrisées, notamment lorsqu'elles sont liées à des contextes de détention, de sans-chez-soi ou de parcours migratoires.

La dernière piste de réflexion prolonge la précédente autour de la question des enjeux démocratiques et politiques de la prescription. Il a été rappelé que les patient·es ont des droits, que « l'horizontalité est facteur d'alliance dans l'engagement dans le soin ». Elle implique, pour se décaler de la verticalité de l'autorité du savoir, de « reconnaître qu'on ne sait pas » sans renoncer à développer nos connaissances. Pour cela, « la création d'un observatoire des médicaments conséquents serait nécessaire », de même que « la possibilité de construire sa pratique de dé-prescription sur des données solides ».





3. CONCLUSION

Les échanges de cette matinée mettent en évidence un constat clair : la prescription des neuroleptiques, loin d'être un acte purement médical et individuel, s'inscrit dans un système contraint, marqué par la pénurie de ressources, la fragmentation des parcours de soins et une pression sécuritaire. Dans ce contexte, les neuroleptiques remplissent souvent des fonctions qui dépassent le soin stricto sensu : gestion de crise, régulation institutionnelle, maintien de l'ordre ou de l'hébergement. Cette réalité doit être nommée, car elle conditionne directement les pratiques de prescription et rend toute réflexion sur la déprescription complexe, parfois risquée, et rarement soutenue.

Le rapport met en lumière une surprescription fréquemment liée à l'accumulation non réévaluée des traitements, à la confusion clinique entre symptômes, effets indésirables et contextes de vie, ainsi qu'à l'absence de coordination entre prescripteur-riche-s. La déprescription apparaît comme pertinente dans de nombreuses situations, mais la plupart des médecins se sentent démunis face à cette idée. Afin de créer des circonstances plus favorables, on pourrait l'envisager dans un contexte de continuité de suivi, d'un cadre contenant, avec un temps clinique et des concertations interdisciplinaires, incluant les proches ou la famille des bénéficiaires. Or ces conditions sont précisément celles qui font défaut dans les situations de désinvestissement du secteur social-santé, ou pour des personnes qui cumulent des problématiques tel que grande précarité, de santé mentale et/ou de drogues et addictions.

Au cœur de ces enjeux se trouve la relation prescripteur-riche-patient-e. L'asymétrie de pouvoir, le manque d'information sur les bénéfices et les risques, la faible reconnaissance du savoir expérientiel et la place



centrale de la contrainte en période de crise fragilisent l'alliance thérapeutique. Considérer que c'est le rôle de chaque soignant·e de se mettre aux côtés de chaque personne bénéficiaire des soins implique de considérer la prescription comme faisant partie d'un processus de dialogue, réversible et inscrit dans une temporalité, et non comme un acte définitif ou uniquement protecteur. La crise ne devrait pas suspendre ce dialogue, mais au contraire en renforcer les conditions.

Les alternatives à la médication, largement évoquées, ne relèvent pas uniquement d'un manque de moyens. Elles interrogent aussi les représentations professionnelles, les usages institutionnels et la capacité collective à valoriser l'écoute, la présence, la créativité et le lien comme des outils de soin à part entière. L'opposition binaire entre médicaments et alternatives apparaît peu opérante : il s'agit plutôt de penser leur articulation, sans faire de la médication le centre exclusif autour duquel tout s'organise, ni l'unique réponse proposée à des comportements humains inhabituels ou dérangeants.

Plusieurs pistes concrètes émergent de ces échanges : centraliser les prescriptions et les informations cliniques, renforcer le rôle de coordination du·de la médecin généraliste et des pharmacien·ne·s, soutenir la continuité du lien, intégrer les pair-aidant·e·s (rétablissement) et les proches, développer des plans de crise réellement accessibles, questionner les diagnostics figés, et agir dès la formation des prescripteur·rice·s pour ouvrir la pratique à une approche plus horizontale et systémique.

Enfin, la question de la prescription et de la déprescription des neuroleptiques dépasse le champ clinique : elle est éthique, sociale et politique. Elle interroge les droits des patient·es, les déterminants sociaux de la santé, les logiques institutionnelles et les rapports de pouvoir qui traversent le soin. Reconnaître ce que l'on ne sait pas, documenter les pratiques, produire des données indépendantes et créer des espaces collectifs de réflexion apparaissent comme des conditions indispensables pour faire évoluer les pratiques. La prescription ne peut rester une réponse par défaut ; elle doit redevenir un choix discuté, situé et partagé.

