

**EMPRISES ET
DÉPRISES
INSTITUTIONNELLES
EN PSYCHIATRIE.**

**QUAND LES
NEUROLEPTIQUES À ACTION
PROLONGÉE INTERROGENT
LES JEUX D'ÉCHELLE DE
*L'INSTITUTION TOTALE***



Tonya Tartour

Post-doctorante en sociologie au Cermes3 / IFRIS
tonya.tartour@sciencespo.fr

Introduction

Des politiques de santé (mentale) entre désinstitutionalisation et détotalisation

- Politiques de contrôle de l'augmentation des coûts de santé et fermeture de lits hospitaliers + critique de l'arbitraire de l'institution psychiatrique (antipsychiatrie, etc.)
 - Développement des suivis à l'extérieur de l'institution : Virage ambulatoire ; Basculement de la charge sur l'entourage ; Transfert vers le (médico-)social ; modalités de suivi à l'extérieur même sous contrainte (programmes de soins)
- *L'institution* ne disparaît pas mais prend de nouvelles formes : Neuroleptiques à action prolongée (NAP)
- *1966 : Mise sur le marché du 1^{er} neuroleptique à action prolongée = injection intramusculaire, le produit se libère progressivement pendant plusieurs semaines*
 - *Dans le contexte de la désinstitutionalisation / sectorisation : ouverture de l'asile sur la ville avec la création de dispensaires (centres médico-psychologiques) pour le suivi en ville*
 - *Lente appropriation de cette technologie galénique par les professionnels ; augmentation de la vitesse de progression à partir de 2003 (AMM du Risperdal Consta)*

Introduction

Méthodologie

- Ethnographie (en cours) dans deux centres médico-psychologiques (CMP) d'un établissement de psychiatrie en région parisienne
 - *19 journées d'observation (travail infirmier, consultations IPA, injections)*
 - *Entretiens auprès des patients injectés (N=6)*; des psychiatres prescripteurs (N=11); des pharmaciens (N=3) ; des infirmiers (N=6)*
 - Archives dossiers patients dans l'établissement
 - *100 dossiers 1960'*
 - *100 dossier 1970'*
 - *100 dossiers 1980'*
 - Données de remboursement de l'assurance maladie de 2000 à 2020
- Comment les NAP transforment la prise en charge des personnes schizophrènes ?
- Comment une innovation technico-scientifique transforme les pratiques et les organisations ?

Introduction

Déprises et reprises institutionnelles (Rostaing, 2009)

- *Déprises institutionnelles* : transfert (externalisation) des compétences, autrefois entièrement honorées par la prison, à d'autres institutions (construction et maintien des bâtiments, santé, etc.) + Des formes d'atténuation de l'emprise institutionnelle, notamment sur les corps
- *Reprises institutionnelles* : renforcement de l'emprise et resserrement sur quelques missions / persistance de l'esprit de l'institution

Discipline comme « *volonté intériorisée par voie de suggestion, de prévention et de manipulation variables du milieu* » (Foucault, 1976, p.75-76)

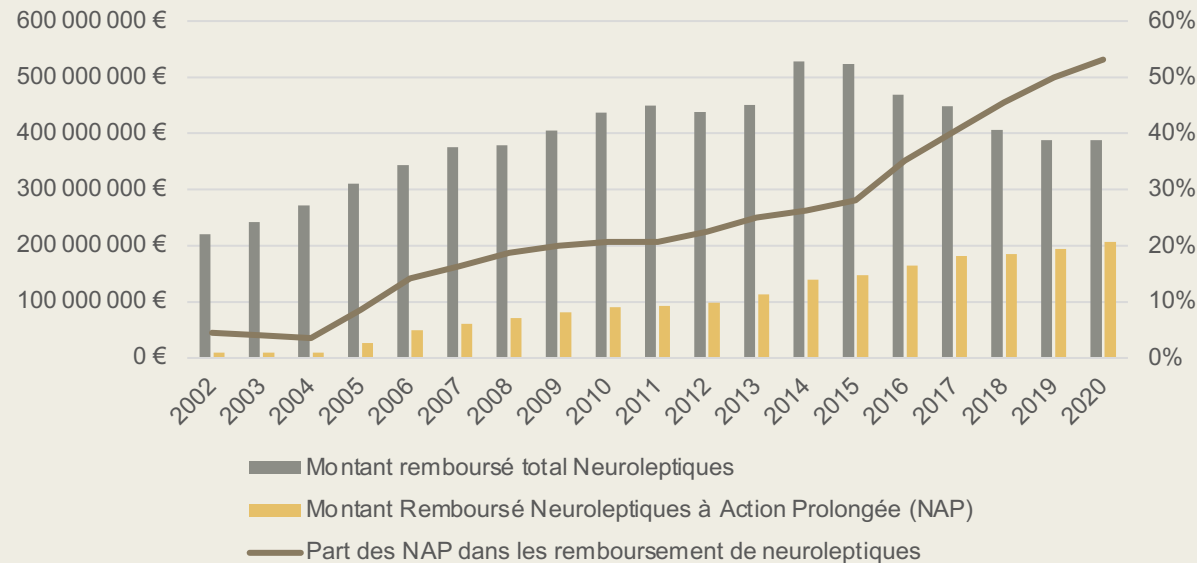
Plan de la présentation

1. La *déprise institutionnelle* comme objectif de la prescription des NAP ?
2. Des emprises aux reprises institutionnelles
3. Révélation et persistance de l'« esprit » institutionnel

Conclusion : les conséquences méthodologiques de la *détotalisation* / *désinstitutionnalisation*

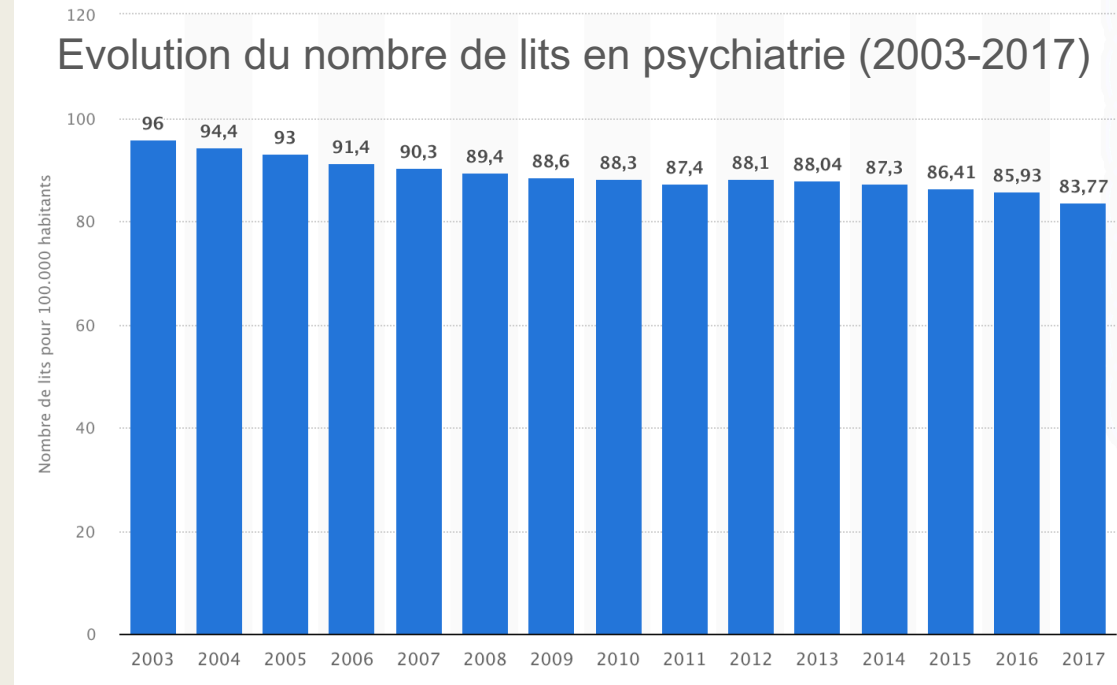
1. La *déprise institutionnelle* comme objectif de prescription des NAP ? (1/3)

Dynamique de prescription des NAP en France (2002-2020)



Source : Données de remboursement de l'assurance maladie (2002-2020)

Evolution du nombre de lits en psychiatrie (2003-2017)



Source : Statistique annuelle d'établissements 2003-2017.

Attention : les injections ont un coût beaucoup plus élevé sur les comprimés (pour l'Abilify : 18 € la boîte vs. 240 € l'injection).

1. La *déprise institutionnelle* comme objectif de prescription des NAP ? (2/3)

- Transfert du rôle d'accueil et d'hôtellerie
 - *Vider les lits, réduire les coûts* : « et ils (les labos) ont pas tort ! Ils disent ça fait moins d'hospitalisation, c'est vrai ! Une journée d'hospitalisation ça coûte ... » (Dr. G)
 - *Interroger la place des proches dans l'institution totale* : retrait de la « charge du traitement » à la famille : « je lui ai dit qu'en le passant sous retard elle n'avait plus à s'occuper du traitement et que du coup ça allait aussi modifier leur relation à tous les deux, que ça n'allait plus être un enjeu presque affectif. Et ça a apaisé les choses entre eux, du coup ils ne s'engueulaient plus » (Dr. H) → Déprise ou reprise ?
- Atténuation de l'emprise hospitalière :
 - *Rendre l'institution « désirable » et « discrète »* : « L'idée de dédramatiser le traitement retard c'est de le présenter comme une chance » (Dr. O) ; « c'est discret. Ils peuvent partir en vacances, en week-end. » (Dr. G)
 - *Normaliser / dédramatiser les traitements institutionnels* : « « Moi je peux en ambulatoire, le proposer, au CMP (...). C'est devenu... il y a énormément de patients sous forme retard ! Par rapport à avant. Avant, on le réservait uniquement aux patients lourds, qui prenaient pas leurs traitements... Maintenant, un jeune qui va bien, qui serait capable de prendre son traitement per os, qui travaille, et bien il préfère le traitement retard » (Dr. G)

1. La *déprise institutionnelle* comme objectif de prescription des NAP ? (3/3)

- *Permettre du choix dans la contrainte* : « Dans la contrainte, il faut toujours laisser du choix. Donc le patient il vient faire son injection, mais on peut lui dire (...) « vous voulez passer le matin ou l'après-midi ? » On laisse un choix. Ensuite, quand c'est possible « est-ce que vous voulez qu'on fasse dans le bras ou dans la fesse ? » ; et puis « quel bras ? Le droit ? Le gauche ? » et ça, ça permet dans la contrainte de remettre de la liberté. » (Dr. H)

→ L'existence de la molécule en forme retard participe à la décision de prescription :

« Le fait que la forme retard existe, ça entre dans la décision de prescription. Notamment à l'hôpital. On va avoir davantage l'idée de la compliance. Donc, pour moi en tout cas, c'est la compliance. Donc c'est vrai qu'un patient qui vient déjà au CMP, déjà il vient, donc on se dit qu'il y a plus de chance qu'il prenne bien son traitement. Alors qu'à l'hôpital, ils sont souvent hospitalisés sous contrainte, ils ne veulent pas être là, et là il faut effectivement réfléchir à trouver une molécule qu'on pourra mettre en retard à la fin de l'hospitalisation. » (Dr. H)

« si je mets de la quétiapine (Xeroquel), je sais que je me ferme une porte » (Dr. O)

2. Des emprises aux reprises institutionnelles (1/3)

- Resserrement sur la mission de médication de l'institution psychiatrique
 - *Le traitement comme condition sine qua non ou menace* : « Je sais que si je ne viens pas, je retourne à l'hôpital. On me l'a dit et ça m'est arrivé. Et ça je ne veux pas. » (M. K) / « *Après c'est de dire* » *si vous prenez pas bien votre traitement, vous risquez de revenir à l'hôpital.* » (Dr. H)
- Organisation (exogène) d'un rythme chimique / Non-maîtrise du temps :
 - *L'injection donne un « rythme » à la prise en charge qui permet de mieux organiser le travail de l'équipe et de séquencer la vie du patient (qui participe de la mortification/reconstruction du « moi »)*
 - *Dimension rituelle de l'institution (que l'on impute très souvent aux personnes psychotiques)*

2. Des emprises aux reprises institutionnelles (2/3)

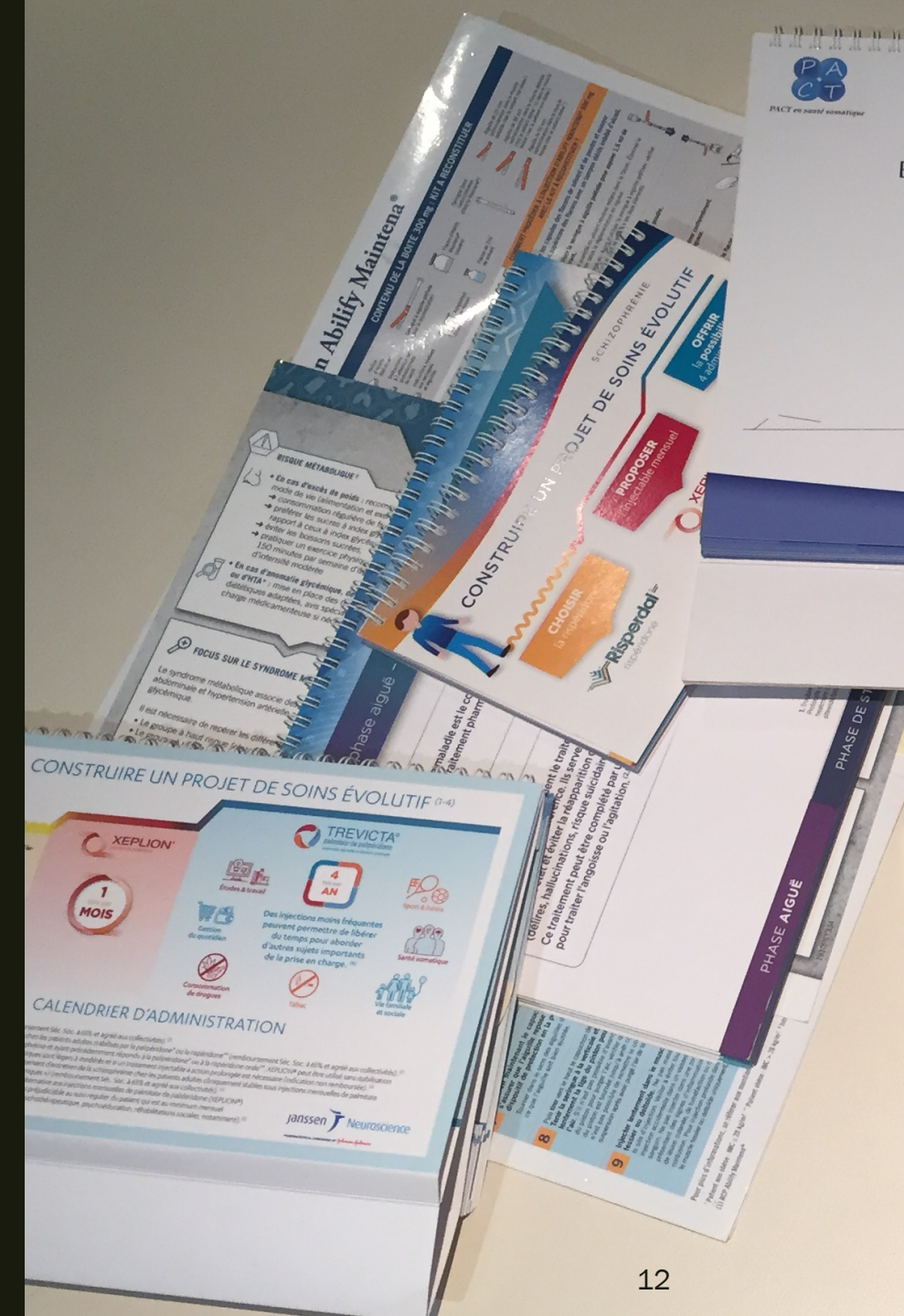
- Attention, une contrainte peut en cacher une autre :
 - *Notamment dans le cadre des soins sans consentement* « Parfois, le mode d'hospitalisation va nous aider à décider (...). (Dans les cas d'hospitalisation à la demande du représentant de l'Etat), les patient dont on va demander la levée au Préfet, se dire qu'il a un traitement retard et le noter, ça va peut-être être lus en faveur d'espérer que le Préfet lève la mesure de soin sous contrainte. C'est pas un argument majeur, mais on peut l'avoir en tête. Et d'ailleurs, c'est parfois ce qu'on explique au patient pour le motiver. Lui dire « Vous savez, si vous voulez que le préfet lève l'hospitalisation, bah ce serait mieux que vous ayez un traitement retard. Le préfet il sera rassuré de savoir que vous prenez bien votre traitement. Il acceptera plus facilement votre sortie de l'hôpital » ».
 - *Si le patient ne vient pas, il est appelé par l'infirmier du CMP.* « Mais si au bout de trois jours, il n'est toujours pas venu, l'infirmier va nous en parler (au médecin). Et à ce moment-là il y a différentes options : soit on le rappelle nous – et parfois quand c'est le médecin qui appelle ça marche mieux - si le patient est en programme de soins, on peut lui rappeler que s'il ne vient pas, il retourne à l'hôpital ; parfois on peut appeler les familles » (Dr. H)

2. Des emprises aux reprises institutionnelles (3/3)

- **Persistance et renouvellement de la dominance médicale dans la négociation :**
 - *« Il y a une forme de rapport de force » (Dr. O)*
 - ***La forme retard offre plus de marges de manœuvre au médecin : organisation, diminution, étendre les délais... puis passage à la forme per os.***
 - ***Le traitement est toujours une « monnaie d'échange » pour sortir de l'hôpital ou obtenir un service de la part de l'institution :** « Après j'ai quand même dit aussi à la mère, parce que, elle aussi, quand ça n'allait pas – c'est toute l'ambivalence – il n'allait pas bien, elle ne lui donnait pas le traitement mais quand ça n'allait pas il fallait tout de suite venir, agir et faire quelque chose. » (Dr. H)*
- **Mais relativiser l'abandon des autres missions puisque l'injection est un « soin » :** *« C'est aussi l'occasion de faire un entretien, d'être reçu. On prend la tension artérielle. On prend aussi soin du patient. Il ne vient pas que pour son injection, il ne vient pas que pour ça. Et alors comment ça va et quelles sont les nouvelles. C'est aussi ça le soin autour de l'injection. » (Dr. H)*
 - *Réorganisation interne des missions de l'institution avec un glissement de tâches vers l'équipe infirmière*
 - *Le recours à l'injection fonctionne si l'alliance thérapeutique est stabilisée*

3. Révélation et persistance de l'« esprit » institutionnel (1/2)

- Au-delà du traitement comme condition, la persistance du soupçon de non-observance :
 - // avec la contraception : « méthodes sans erreur d'utilisation » (Ventola, 2016)
 - Accent sur les « risques d'échappement » du patient
 - **Partie intégrante de la stratégie de vente des labos** : « Les labos se sont focalisés sur les 2-3 premières années et c'est vrai qu'ils ont fait un lobby très intelligent qui est de dire (...) « Bon, vous pensez que combien de patients vont arrêter leur traitement après la première hospitalisation ? » Tous les psychiatres disent que « oui, plus de la moitié des patient vont arrêter ». (...) Donc, là, (le visiteur médical) nous dit « ben voyez, pourquoi vous ne le mettez pas sous injection retard? » et il a raison ! » (Dr. G)



3. Révélation et persistance de l'« esprit » institutionnel (2/2)

- Les NAP comme révélateurs de l'*incertitude* (Legrand, 2020) qui sature l'art de prescrire des psychiatres
 - *Un moyen de sécuriser la prise du traitement* : « ça joue le même rôle que l'hôpital, dans la dimension de surveillance de la prise du traitement qui existe à l'hôpital » (Dr. M)
 - « Au moins je sais ce qu'il a. Je le voyais aller plus ou moins bien en fonction des prises et une fois qu'il a été mis sous retard ... » (Dr. H)
 - *Si les médecins ne peuvent être sûrs de la prise qu'avec l'injection* « ça pose quand même question sur les effets des traitements qui ne sont peut-être pas si efficaces que ça... » (Dr. M)
- Entre iatrogénie hospitalière et iatrogénie médicamenteuse : la iatrogénie comme caractéristique de l'institution totale et la préférence des patients

Conclusion

- L'ouverture / La détotalisation de l'institution
 - *De quelle institution parle-t-on ?*
 - *Faut-il conserver la notion lorsque les murs sont tombés ?*
- La difficulté méthodologique d'enquêter sur l'ouverture des institutions (voir Velpry, 2008)
 - *Moins approprié au temps ethnographique : pas un lieu unique, suivre le flux des patients*
 - *Réclame un intérêt appuyé pour les méthodes de tracing / surveillance*
 - *Quelles traces écrites ? (Hess, Ledebur, 2011)*

Bibliographie

- Foucault, Michel. *Dits et écrits : 1954-1988. Tome III (1976-1979)*. Bibliothèque des sciences humaines. Paris: Gallimard, 2000.
- Hess, Volker, et Sophie Ledebur. « Taking and Keeping: A Note on the Emergence and Function of Hospital Patient Records ». *Journal of the Society of Archivists* 32, n° 1 (1 avril 2011): 21-33.
<https://doi.org/10.1080/00379816.2011.563102>.
- Legrand, Julia. « L'incertitude psychiatrique : une sociologie de la prescription de psychotropes en psychiatrie publique ». Thèse de sociologie sous la direction de Régine Bercot et Livia Velpry, Paris 8, 2020.
- Rostaing, Corinne. « Interroger les changements de la prison. Des processus de déprise et de reprise institutionnelle ». *Tracés. Revue de Sciences humaines*, n° 17 (1 novembre 2009): 89-108.
- Velpry, Livia. *Le quotidien de la psychiatrie. Sociologie de la maladie mentale*. Sociétales. Paris: L'Harmattan, 2008.
- Ventola, Cécile. « Le genre de la contraception : représentations et pratiques des prescripteurs en France et en Angleterre ». *Cahiers du Genre* 60, n° 1 (4 avril 2016): 101-22.

Introduction

	Rostaing, 2009 sur le cas de la prison	Hypothèse sur les NAP
Déprises institutionnelles	transfert (externalisation) des compétences, autrefois entièrement honorées par la prison, à d'autres institutions (construction et maintien des bâtiments, santé, etc.) + Des formes d'atténuation de l'emprise institutionnelle, notamment sur les corps	Transfert du rôle d'accueil / d'hôtellerie à l'extérieur (proches ou autres institutions) Atténuation de l'emprise hospitalière sur les corps
Reprises institutionnelles	renforcement de l'emprise et resserrement sur quelques missions	Resserrement sur la mission de médication Intériorisation de la contrainte = discipline comme « volonté intériorisée par voie de suggestion, de prévention et de manipulation variables du milieu » (Foucault, 1976, p.75-76) <i>« ça joue le même rôle que l'hôpital, dans la dimension de surveillance de la prise du traitement qui existe à l'hôpital » (Dr. M)</i>