

# PRATIQUE & RECHERCHES

*En Santé  
Mentale*

# N° 23

ISSN 1157-5135

## JOURNÉE DE PONTORSON



**REVUE DE L'ASSOCIATION  
CROIX-MARINE  
DE BASSE-NORMANDIE**

**30 F**

# 1 2 3 sommaire

**1** .....Éditorial

**2** .....Infos Fédération

## **Journée-rencontre de Pontorson, 20 mars 1999 : les C.A.T.T.P.**

**3** .....Introduction à la journée  
*Dr Golse*

**6** .....Hôpital de jour ou CA.T.T.P.?  
*E. Jarri et J.-F. Biardeau*

**8** .....La notion de C.A.T.T.P. en psychiatrie de l'enfant  
*Dr Bösiger*

**11** .....Le CA.T.T.P. La Bonde, quelle pertinence pour qui ?  
*Mmes Corbet, Vasselin et Delaplace*

**15** .....Le CA.T.T.P. Saint-Hilaire  
*F. Cosse*

## **PRATIQUE ET RECHERCHES**

### **REVUE DE L'ASSOCIATION CROIX-MARINE BASSE-NORMANDIE**

Fondation du Bon-Sauveur, 50360 PICAUVILLE  
Tél. 02 33 21 84 00 (poste 8466) - Fax 02 33 21 85 14

Directeur de la publication : Jean-François GOLSE  
Responsable de la rédaction : Philippe LAMOTTE  
Secrétaire de rédaction : Maryse CORBET  
Secrétaire adjointe : Marie-Line HAMELIN  
Comité de rédaction : J.- N. LETELLIER  
J. ANDERSON, M. PITON,  
G. BOITTIAUX, B. NOUHAUD  
T. JEGARD

Composition et impression :

Photos :

Secrétariat :

Dépôt légal :

LOCOMOTIVE  
02 33 07 54 09  
COURCY  
P. LAMOTTE  
PICAUVILLE  
02 33 21 84 66

2<sup>e</sup> trimestre 1999

En couverture :

**La Néréïde.**

Vieux grément des années  
1930, La Néréïde organise  
des sorties pour les usagers  
des C.A.T.T.P.

## Soins de réadaptation

Ce mot qui sonne peut être un peu bizarrement encore à nos oreilles commence pourtant à se répandre comme en témoigne son emploi dans le *Schéma Régional d'Organisation de la Psychiatrie de Basse-Normandie* (page 9). Il convient de rappeler ici, dans cette revue, qu'il s'agit d'un concept Croix-Marine largement développé depuis de nombreuses années, notamment par le docteur JOLIVET, ancien président de la Fédération. De quoi s'agit-il ?

Ce terme ne peut se comprendre que comme élément d'un ensemble conceptuel, articulé avec la classification de Wood (déficience, incapacité et handicap), concernant les soins et la place du malade mental dans la société.

C'est ainsi que sont distingués pour le malade mental trois moments, trois espaces temps d'un parcours, d'un soin au sens large du terme ; trois moments qui se superposent, s'intriquent et se succèdent et que seul l'effort de théorisation peut, pour un moment, disjointre :

- Le temps du « *soin curatif* » (formule qui frise le pléonasme) ou espace temps thérapeutique : c'est le temps du soin chimiothérapique, psychothérapique ou autre, dont le but est le retour pour le patient à une maîtrise de sa pensée et de ses actes, la restauration en quelque sorte de la qualité de la relation que la personne entretient avec elle-même. Il n'échappe à personne que le temps de ce seul soin suffit dans la plupart des cas.
- Le temps du soin de réadaptation ; « *les soins de réadaptation s'organisent autour de deux pôles : la gestion de la vie quotidienne... et la mise en place d'une activité, d'une formation ou d'un travail* » (S.R.O.S. de psychiatrie 1998). Ce temps est en effet celui du soin étayé par différents éléments de réalité issus de la vie sociale, culturelle ou économique. Ce soin naît de l'articulation entre éléments de vie quotidienne (logement, loisirs, activités...) et travail psychique effectué à partir de ces éléments. Le soin curatif bien entendu se poursuit durant cette phase.
- Le temps de la réhabilitation psychosociale, terme un peu compliqué mais qui a l'avantage de situer les choses clairement dans le champ du social, introduisant une rupture avec le champ du sanitaire. Dans le champ social en ce sens que l'initiative se situe du côté du social qui s'adapte pour faire une place aux personnes présentant un handicap lié à une maladie mentale (par exemple textes qui favorisent l'insertion des travailleurs handicapés par la maladie mentale, création de places en C.A.T. ou Atelier Protégé, etc.).

Cette clarification des concepts, dès que l'on a fait l'effort de dépasser son apparente complexité permet une vision d'ensemble simple et non simpliste, du champ dans lequel nous œuvrons. Mais le succès d'un concept amène souvent le désir de le prolonger. C'est ainsi que la notion du soin de réadaptation suggère l'idée de structures spécifiques de soins de réadaptation, au risque d'une séparation excessive des domaines du soin au détriment du continuum nécessaire. Et à bien y regarder, le C.A.T.T.P. tel que vous le découvrirez dans cette revue, n'est-il pas l'un des lieux, voire le lieu privilégié du soin de réadaptation ?

Le Président,  
Jean-François GOLSE.

## SERGE LOQUET, DÉLÉGUÉ RÉGIONAL DE BASSE-NORMANDIE

### Rappel journées nationales

Les 20, 21 et 22 septembre se tiendront à Nice, au Palais des Congrès, les 48<sup>e</sup> Journées Nationales de formation continue de la Fédération d'aide à la santé mentale Croix-Marine autour du thème :

**« Précarité des troubles psychiques, quelle politique? »**

les inscriptions sont dès maintenant possibles.

### Régionalisation (suite)

Le conseil national des coordinations, réuni les 15 janvier et 17 mai, a de nouveau débattu du futur statut des régions. Les grandes lignes de force de ce chantier, déjà ancien, ont reçu les avis positifs du Conseil d'Administration et du Conseil National des coordinations.

L'idée générale est de proposer aux régions deux types de structuration, formule associative et formule de délégation, chacune avec ses avantages et ses contraintes, même si l'une, la formule associative, semble mieux répondre aux aspirations profondes des régions.

Il s'agit, désormais d'établir des statuts types d'association régionale comportant un certain nombre d'éléments clefs, notamment à propos des articulations avec la Fédération ainsi que la question financière.

## Proposition pour la journée Croix-Marine d'Alençon

*Jeudi 28 octobre 1999 de 9 h 30 à 17 heures. Salle de cinéma du Centre Social CPO.*

### **ART ET THÉRAPIE**

**(thème "le Père")**

Animateur : Monsieur P. Jean-Jacques, professeur de philosophie au Lycée Marguerite de Navarre.

- 9h .....Accueil
- 9h30 .....Introduction (Dr J.-C. Andersson)
- 10h .....Atelier d'expression du CPO sur le thème du Père
- 10h30 .....*"Un père, à quoi ça sert"*, Dr Ph. Geissler
- 11h .....Atelier de peinture du service de santé mentale e l'Aigle *"Palettes de père"*, P. Rigot
- 11h30.....*"Sommes de pères"*, compilation de l'atelier d'écriture sur le thème du père à partir des productions de l'atelier d'expression du CPO, Dr Edy
- 12h .....Discussion
- 12h30 à 14h.....Visite de l'exposition de l'atelier d'expression du CPO par N. Legendre (animatrice culturelle)  
REPAS
- 14h30 .....Atelier théâtre du CH de Caen (Mme Boblin) avec projection vidéo
- 15h15 .....Art-thérapie : ses lieux communs, spécificité scientifique. Propos sur l'art-thérapie à dominante musicale (R. Forestier, directeur de formation, AFRATAPEM, Tours)
- 16h15 .....Discussion

## **Introduction à la journée**

Par le Dr J.-F. Golse

**E**n ouverture de ces journées régionales Croix-Marine sur le thème des C.A.T.T.P., il nous avait paru utile de procéder à une sorte d'état des lieux sur la base d'une enquête à partir de questionnaires adressés à tous les secteurs de Basse-Normandie.

Ce sont 15 secteurs adultes sur 20 qui ont répondu à cette enquête soit 75 % des secteurs bas-normands et seulement 3 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile sur 9. Ceci s'expliquant aisément si l'on relit la définition du C.A.T.T.P., structure « *visant à maintenir ou à favoriser une existence autonome par des actions de soutien et de thérapeutique de groupe* ». Cette définition s'appliquant plus volontiers à la psychiatrie adulte qu'à la psychiatrie infanto-juvénile.

Sans reprendre dans les détails, question par question les résultats de cette enquête, ce qui serait trop long pour l'espace imparti, je m'appliquerai surtout à faire sortir les faits saillants qui méritent d'être relevés.

Je traiterai en premier lieu très rapidement les C.A.T.T.P. pour enfants, le petit nombre des questionnaires

remplis (4 pour 3 secteurs) ne donnant pas une assise suffisante à cette enquête.

Dire simplement qu'il s'agit de structures ouvertes récemment, fonctionnant toutes à partir d'un C.M.P. voisin assurant pour la moitié d'entre elles un service de restauration, ouvertes tous les jours mais fermées durant les vacances scolaires; d'une façon générale, ces C.A.T.T.P. pour enfants disposent d'une équipe pluridisciplinaire étoffée, ayant développé des liens de complémentarité avec les C.M.P. Les prises en charge sont à la fois collectives et individuelles, et utilisent de nombreuses activités médiatrices. De nombreux partenariats sont mis en place avec diverses institutions dont la justice ce qui est une particularité de ces structures infanto-juvéniles.

Les 15 secteurs adultes ayant répondu à l'enquête ont rempli pour leur part 26 questionnaires correspondant à autant de C.A.T.T.P. Ce qui revient à dire que la plupart des secteurs comptent parmi leurs outils de travail plusieurs C.A.T.T.P. : en effet si cinq secteurs n'ont qu'un C.A.T.T.P., six en ont deux, trois en ont trois.

À la marge, un secteur a six C.A.T.T.P., nombre important s'ex-



pliquant par le fait que la moitié de ces C.A.T.T.P. sont en fait des modalités fonctionnelles d'intervention en maison de retraite; ce qui souligne d'emblée les caractéristiques majeures des C.A.T.T.P. bas-normands, à savoir leur extrême diversité. L'ouverture de ces C.A.T.T.P. après un pic en 87 (14 ouvertures pour cette seule année) s'est étalée toutes ces dernières années au rythme de deux ou trois ouvertures par an avec une décélération depuis 1995 (deux ouvertures en trois ans).

Ce pic de 87 objective un phénomène bien connu en psychiatrie à savoir que la pratique précède les textes. Il s'en suit une vague de changement d'appellation dès que le texte vient officialiser une pratique. Ces C.A.T.T.P. se trouvent dans des secteurs disposant à la fois d'hôpitaux de jour et de C.M.P.; un seul secteur ne dispose pas d'hôpital de jour mais a 3 C.A.T.T.P. La moitié des secteurs ont noté que l'ouverture d'un C.A.T.T.P. a permis de diminuer le nombre de places en hôpital de jour.

Tous ces C.A.T.T.P. sont situés à l'extérieur de l'hôpital, une majorité d'entre eux, 18 sur 26, dépend au

moins pour partie en ce qui concerne l'équipe de soins d'une ou plusieurs autres structures : C.M.P. et hôpital de jour essentiellement mais aussi hospitalisation temps plein, tous les cas de figure étant possibles.

L'équipe soignante est bien entendu pluridisciplinaire mais les questionnaires tels qu'ils ont été remplis soulignent que ces structures sont essentiellement des lieux infirmiers, des lieux d'appropriation au sens noble du terme, du soin par l'équipe infirmière. Corrélativement, les psychiatres semblent moins présents dans ces structures. L'importance de l'équipe infirmière

à-dire les C.A.T.T.P. ouverts matin et après-midi du lundi au vendredi inclus avec juste quelques variations concernant l'amplitude des horaires et les heures d'ouverture : 8 h 30, 9 h 00, 9 h 30, 10 h 00 pour le matin et 16 h 00, 16 h 30, 17 h 00, 17 h 30 pour l'après-midi.

Les C.A.T.T.P. « à temps partiel » au nombre de 12, ceux-ci n'étant pas ouverts tous les jours. C'est ainsi que deux d'entre eux sont ouverts 8 demi-journées, trois autres 4 demi-journées et qu'à l'extrême certains d'entre eux ne sont ouverts qu'à temps très partiel : une demi-journée par semaine.

Il s'agit là surtout d'une sorte de procédure de contrôle du bien fondé des indications ou peut-être surtout de l'acceptation par le patient du projet de soins défini avec l'équipe du C.A.T.T.P. Est ainsi mentionnée à 4 reprises l'existence d'un contrat de soins ou d'une période d'essai.

Se cherche ainsi à mon sens l'équilibre entre la nécessité pour le secteur de pouvoir procéder à des indications et la nécessité pour le C.A.T.T.P. de se réappropriier ces indications et de rester acteur de son projet thérapeutique.

Les demandes sont d'origine très diverses; par ordre de grandeur les indications proviennent d'abord de l'hôpital puis du C.M.P., des médecins généralistes dont la présence en troisième position est encourageante si l'on parle en terme de partenariat ou de réseau, les organismes sociaux et les usagers eux-mêmes à égalité et enfin les familles.

Ce sont toutes les pathologies qui peuvent être admises au C.A.T.T.P. dès lors que le patient peut respecter les règles du fonctionnement du C.A.T.T.P., notamment le fonctionnement en groupe. Il n'en demeure pas moins que la psychose chronique reste la pathologie la plus fréquemment citée ce qui n'est pas pour surprendre. Cela dit, deux types de C.A.T.T.P. apparaissent comme bien particuliers :

- un C.A.T.T.P. défini par une population cible, les personnes âgées en l'occurrence (se référer à l'article qui suit sur ce C.A.T.T.P.) ;
- et trois C.A.T.T.P. définis par un lieu à savoir les maisons de retraite où sont suivis tous les types de pathologie.

En ne tenant pas compte du cas particulier des C.A.T.T.P. qui inter-



est très variable d'un C.A.T.T.P. à l'autre, allant de 0.2 Équivalent temps plein pour le C.A.T.T.P. le moins bien pourvu à 5 E.T.P. pour celui disposant de l'équipe la plus étoffée.

À cette disparité de moyens correspond fort logiquement une disparité des temps d'ouverture. On peut à cet égard distinguer deux types de C.A.T.T.P. :

Les C.A.T.T.P. ouverts « à temps complet » au nombre de 13 c'est-

Les modalités d'admission montrent deux grandes tendances :

- d'une part, l'admission relève d'une indication extérieure que l'on parle d'admission directe ou d'admission sur indication médicale. Ce type d'admission est mentionné à 20 reprises ;
- d'autre part, est mentionnée à 16 reprises l'existence d'un mode d'admission après entretien préalable avec principalement l'équipe infirmière 8 fois ou le psychiatre référent 6 fois.

viennent dans les maisons de retraite, les patients pris en charge vivent dans une grande majorité à leur domicile, en famille ou non (87 %) mais aussi en appartement associatif (9 %) ou thérapeutique (1 %).

À noter que de façon peu fréquente les patients dans 16 cas sur 25, peuvent être hospitalisés parallèlement à la prise en charge en C.A.T.T.P. dans une autre structure de soins, hôpital temps complet ou hôpital de jour.

Les techniques de soins montrent l'existence généralisée à une exception près d'un projet individuel pour chaque patient et la prévalence des prises en charge collectives, seulement 5 C.A.T.T.P. n'incluant pas une dimension de groupe à leur projet thérapeutique.

Les actes techniques sont majoritairement (18 sur 25) laissés à d'autres structures notamment les C.M.P. (10 fois). De même les consultations médicales sont préférentiellement laissées au C.M.P. (15 fois sur 25). Par contre, les entretiens infirmiers sont mentionnés dans tous les cas sauf un et une référence infirmière nominative existe dans 15 C.A.T.T.P. sur 25.

Les activités thérapeutiques proposées sont d'une extrême diversité ; que d'imagination ! La seule façon d'en rendre compte est de les citer toutes par ordre d'importance (en nombre) décroissant :

**Relaxation, jeux, visites culturelles, marches et randonnées, peinture et dessin, piscine, gymnastique, stimulation mnésique, cuisine, vidéo, musique et chant, journal, jardinage, ping-**



**pong, terre cuite et modelage, tricot, couture, esthétique, sport, vélo, cinéma, photo, vieux grèements, sorties, collage, jeux dramatiques, théâtre, art floral, restaurant, repas thérapeutiques, tennis, langues étrangères, escalade, informatique, cheval.**

Dans plus de la moitié des cas, et cela ressort bien à la lecture des activités citées, le C.A.T.T.P. utilise des structures extérieures pour ses activités mais il existe également de nombreuses activités de partenariat qui impliquent plus que le simple usage d'un plateau technique.

Certains C.A.T.T.P. en effet, conçoivent leur travail comme étant par essence tourné vers l'extérieur ; c'est ainsi qu'un C.A.T.T.P. a pu citer à lui seul un travail de partenariat avec 12 partenaires extérieurs.

Enfin, le C.A.T.T.P. est une structure évolutive. 19 des 25 C.A.T.T.P. qui ont répondu à cette enquête envisagent en effet une évolution au sein de leur structure, cette évolution allant dans le sens de l'augmentation du temps d'ouverture, de la diversification des techniques de soins, de l'étoffement de l'équipe mais aussi dans le sens de l'autonomisation de la structure, de son ouverture sur la cité et de la redé-

finition de ses fonctions par rapport aux autres structures du secteur. Le C.M.P. quant à lui est défini comme le lieu du soin individuel, du premier soin, du suivi « léger » ; c'est un lieu plus fortement médicalisé et technicisé, c'est enfin le lieu de l'évaluation de l'orientation vers le C.A.T.T.P. entre autre.

En conclusion, le C.A.T.T.P. se définit comme :

- un lieu de soins plus léger, plus souple que l'hôpital de jour, structure plus solide et contenant ;
- s'adressant à des pathologies de tous ordres évoluant au long cours, avec cependant une prévalence de la psychose chronique. L'existence de C.A.T.T.P. plus ciblés (personnes âgées, maison de retraite) en faible nombre ne remet pas en cause cette orientation dominante ;
- un lieu faiblement médicalisé où le soin infirmier est prévalent ;
- mettant en œuvre préférentiellement les techniques de groupe et utilisant de nombreuses activités médiatrices, ce qui témoigne de la créativité et de l'inventivité des équipes soignantes ;
- un lieu ouvert sur la cité et articulé avec de nombreux partenaires extérieurs ce qui en fait un lieu d'insertion et de resocialisation.

L'ensemble des équipes souligne la grande complémentarité existant entre C.M.P., C.A.T.T.P. et hôpital de jour même si le C.A.T.T.P. a pris une part de l'activité de l'hôpital de jour. L'hôpital de jour étant une alternative à l'hospitalisation, il semble que le C.A.T.T.P. soit au moins pour partie une alternative à l'alternative à l'hospitalisation.

# Hôpital de jour ou C.A.T.P. ?

Par E. JARRI et J.-F. BIARDEAU

**L**e secteur d'Alençon est l'un des quatre secteurs de psychiatrie adulte de l'Orne. Géographiquement, il occupe le quart du département et représente une population de 82 000 habitants dont environ 14 000 sont âgées de plus de 60 ans.

Outre un équipement sanitaire comprenant des unités d'hospitalisation à temps complet, un centre médico-psychologique, une unité de soins de jour, un appartement thérapeutique, etc., le secteur d'Alençon a mis en place, depuis 1987, une unité de soins ambulatoires spécifique pour les personnes âgées souffrant de troubles mentaux. Initialement, cette unité a été développée pour assurer une continuité de soins au domicile des patients ou en institution, après une hospitalisation en milieu spécialisé. Actuellement, l'équipe travaille essentiellement pour limiter les hospitalisations brutales souvent confusantes.

Elle permet de maintenir à domicile, tant que cela conserve un sens, des personnes âgées dépendantes ou de préparer, de manière coordonnée avec les différents partenaires, une entrée en institution. Elle apporte également un soutien psychologique aux familles en dédramatisant les situations, en déculpabilisant l'entourage, et en restituant les proches dans leur rôle affectif.

Il faut noter que ces actions sont mises en place en coordination avec une consultation de psychogériatrie. Cependant, après deux années de fonctionnement, l'équipe de soins à domicile a exprimé le besoin de se doter d'un outil supplémentaire dans la prise en charge des personnes âgées sous la forme d'un lieu accueil. Grâce à l'expérience acquise sur le terrain pendant ces deux années, l'équipe a pu définir de manière claire les caractéristiques, les objectifs et les moyens à mettre en œuvre.

## 1- Les caractéristiques

Les caractéristiques de cette structure étaient de plusieurs ordres, la population devait tout d'abord répondre à deux critères pour être accueillie :

- être âgé au minimum de 60 ans (toutefois, cette limite d'âge peut être abaissée lorsque la personne souffre de troubles importants liés à une pathologie démentielle);
- vivre à domicile (et non pas en institution, type maison de retraite).

Ensuite, concernant les pathologies, il n'y avait pas de critère, la population susceptible d'être accueillie pouvait souffrir de troubles mnésiques, troubles anxiodépressifs, psychoses stabilisées... cette hétérogénéité de la population nécessitait une grande souplesse d'adaptation de la structure.



## 2- Les objectifs

Ils ont été définis par l'équipe et concernaient à la fois la personne suivie et son entourage.

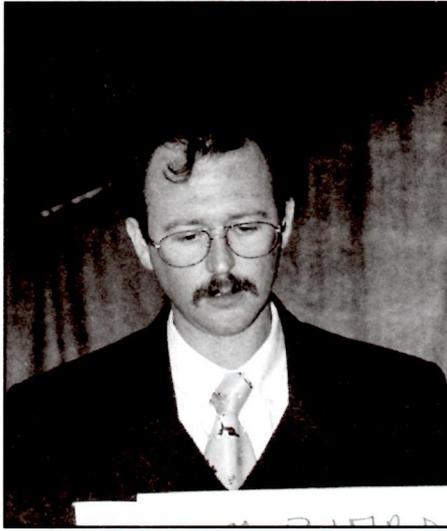
Pour la personne suivie : le maintien de l'autonomie et de l'identité, la création d'un lieu d'écoute et d'expression différent du milieu familial. Pour l'entourage : l'aide aux aidants.

## 3- Les moyens à mettre en place

Par rapport au maintien de l'autonomie et de l'identité :

- un accueil souple et de courte durée permettant à la personne d'éviter une coupure avec son environnement social habituel et une perte des repères.
- La prise en charge n'ayant pas de caractère obligatoire, c'est une proposition médicale et non une prescription médicale ;
- un accueil adapté à chaque personne en fonction de ses besoins et de ses possibilités ;
- la possibilité de modification de la prise en charge peut être demandée par chacun des participants (personne suivie, entourage, équipe...) à tout moment.

Les moyens à mettre en place pour la création d'un lieu d'écoute et d'expression :



Ci-contre : Elizabeth JARRI.  
Ci-dessus, Jean-François BIARDEAU.

- d'abord, un accueil en groupe visant à mobiliser les capacités de communication et à stimuler les capacités affectives ;
- puis, la proposition d'activités variées, tels que jeux de société, atelier de stimulation mnésique, atelier peinture, soins esthétiques, etc. permettant le maintien des fonctions cognitives, la reconsolidation de l'identité et du narcissisme et la revalorisation de la personne ;
- enfin, la possibilité d'accueil plus personnalisé en tête-à-tête, soit lors de la première venue, soit en cas de troubles anxieux ou mnésiques importants.

Les moyens à mettre en place pour l'entourage étaient principalement l'accueil de la personne âgée qui permet aux proches de se retrouver et d'investir un temps leur appartenant.

Après la définition de ces objectifs et moyens à mettre en place, il a fallu définir le cadre institutionnel de cette structure. En se référant à l'arrêté du 14 mars 1986, relatif aux équipements et services de lutte contre

les maladies mentales, il semblait qu'il existait deux types de structures susceptibles de répondre à ces demandes : d'une part l'hôpital de jour, d'autre part le C.A.T.T.P., bien qu'ayant en commun la possibilité d'accueil ponctuel, ces deux structures se différencient par leur vocation.

En effet, l'hôpital de jour assure des soins polyvalents individualisés et intensifs, alors que le C.A.T.T.P. a pour but de maintenir ou de favoriser une existence autonome par des actions de soutien et de thérapie de groupe s'inscrivant mieux dans une dynamique de prise en charge ambulatoire. De même, dans son fonctionnement, il apparaissait, que le C.A.T.T.P. permettait par exemple :

- la possibilité de prolonger l'activité psychogériatrique du C.M.P.
- d'orienter le travail vers une autonomisation essentiellement basée sur la relation à autrui,



- d'offrir une réponse ponctuelle et rapide à la demande exprimée par la personne âgée ou son entourage.

Ainsi, le texte régissant le fonctionnement du C.A.T.T.P. étant relativement peu contraignant, il permettait la mise en place d'une structure répondant, par son organisation et

ses possibilités d'action, aux demandes de l'équipe.

Le secteur d'Alençon s'est donc doté, en 1990, d'un C.A.T.T.P. pour personnes âgées. Après une période de rodage d'environ neuf mois au rythme d'une demi-journée par semaine, le centre a ouvert ses portes à plein temps en septembre 1990.

### Le fonctionnement

Le C.A.T.T.P. est ouvert du lundi au vendredi de 9 heures à 17 heures. L'accueil est assuré au sein du C.A.T.T.P. par demi-journée, laps de temps assez court, ce qui permet d'éviter une coupure avec l'environnement habituel. Afin d'éviter une « dépendance » trop importante de la personne à la structure, le nombre de prises en charge est limité à trois demi-journées par semaine.

Schématiquement, il existe deux types de prise en charge :

**d'une part**, en individuel, pour le plus souvent des ateliers de stimulation mnésique ou en cas de troubles importants,

**d'autre part**, des activités en groupe.

Les groupes sont constitués en fonc-

tion des possibilités des personnes et non pas en fonction des pathologies. Cependant, quels que soient les troubles présentés, nous avons pu constater que la part affective est très souvent prédominante. Ainsi, les activités proposées au C.A.T.T.P. sont centrées sur la stimulation affective qui, très souvent, va retentir sur les résultats cognitifs. De même, lors des ateliers de stimulation mnésique, nous portons nos efforts sur la convivialité plus que sur l'amélioration des résultats. On peut aussi noter qu'il n'y a pas de nombre limité de places.

**CENTRE D'ACCUEIL  
À TEMPS PARTIEL  
80, rue St Blaise  
61000 ALENÇON**

Actuellement, l'équipe est constituée de :

- un praticien hospitalier responsable de la structure assurant une demi-journée de consultation par mois ;
- un interne assurant une demi-journée de consultation par semaine ;
- une surveillante une heure par semaine pour l'équipe (échange d'informations), participation aux réunions de synthèse et institutionnelles ;
- deux temps plein infirmier au C.A.T.T.P. ;
- deux temps plein infirmier répartis à 50 % sur le C.A.T.T.P. et 50 % pour l'équipe de soins à domicile ;
- un psychologue assurant deux demi-journées par semaine de

consultation plus axées sur l'aide aux familles ;

- un psychologue pour la régulation de l'équipe, trois heures par mois ;
- interventions ponctuelles d'infirmiers ayant une formation spécifique : art thérapie, esthétique.

La création du C.A.T.T.P. a permis de regrouper dans un même endroit le bureau de consultation, le lieu d'accueil et le bureau de l'équipe intervenant à domicile.

Ceci a contribué à former une véritable unité spécifique de psychogériatrie ambulatoire apte à répondre de manière adaptée, cohérente et rapide aux demandes de soins.

## La notion de C.A.T.T.P. en psychiatrie de l'enfant

Par le Dr T. BÖSINGER, Médecin-chef

### Une définition en négatif

Il existe, me semble-t-il, une certaine dérive des pratiques actuelles consistant à requalifier sous la rubrique « Activité thérapeutique à temps partiel », des soins strictement identiques à ceux pratiqués sous le vocable « hôpital de jour ». Ce glissement conceptuel tient pour une grande part au fait que les soignants en psychiatrie (et tout spécialement en pédopsychiatrie) connotent fortement et de manière négative, le terme

« hôpital » : asile, enfermement, stigmatisation infamante et publique, aliénation irréversible, camisole chimique, etc...

Inutile de préciser que nous communiquons projectivement notre façon de vivre l'hôpital aux parents de nos patients. Dès lors, leurs réticences nous paraissent « naturelles », alors que ce ne sont que de simples identifications à l'agresseur.

Nombre d'intersecteurs de pédopsychiatrie, dans un mouvement sincère bien qu'un peu mégalo-mane, s'identifient à Pinel et au



désenchaînement des fous. Ceci témoigne d'une méconnaissance (ou plutôt d'une non-assimilation « en profondeur »), de l'évolution des pratiques institutionnelles et sectorielles en psychiatrie. D'autre part, la fermeture des structures d'hospitalisation pédopsychiatrique ne fait que déplacer le problème, à savoir que la vraie folie (le non-sens) se trouve maintenant souvent traitée dans le milieu médico-social.

Le C.A.T.T.P. permet donc un

détournement de sens, tout comme le sigle C.A.S.P.E. Personne ne peut définir exactement en quoi consiste un C.A.T.T.P. pour enfants (il en va différemment en psychiatrie adulte).

En pédopsychiatrie, les termes C.A.S.P.E. et C.A.T.T.P., relèvent davantage du principe de plaisir que de celui de réalité. Il s'agit de « banaliser » les lieux de soin (cf. les voitures de police). Réalité qui, telle que pratiquée par nos équipes, est en fait précisément fort différente.

## **Une définition plus rigoureuse**

La circulaire du 11 décembre 1992 relative aux orientations de la politique de santé mentale en faveur des enfants et adolescents fait mention des C.A.T.T.P. dans le cadre des soins ambulatoires. Ces C.A.T.T.P. évitent de rompre la fréquentation de l'école et évitent l'extension non justifiée de la dénomination hôpital de jour. Pour nous, comme dit précédemment, il conviendrait plutôt de veiller actuellement, à l'extension non justifiée de la dénomination C.A.T.T.P.

Les groupes C.A.T.T.P. existant dans le service sont, de fait, des « groupes thérapeutiques ». Ces groupes se définissent par :

### **Un cadre thérapeutique**

Toute psychothérapie suppose un cadre dans lequel se déroule le processus psychothérapique. Le cadre est l'ensemble des éléments pratiques, techniques et théoriques qui permettent le fonctionnement de la thérapie et l'individualise comme telle, ainsi l'organisation des horaires, le lieu de déroulement des séances, les modalités techniques utilisées, les moyens de communication, la théorie qui en rend compte, etc.

Difficile de s'appuyer sur de seules déclarations ludiques : « le C.A.T.T.P. c'est un truc chouette, plein de richesse, de créativité, d'émotion. Il ne faut pas le normaliser, c'est un endroit où l'on fait du bidouillage et du bricolage dans le sens noble du terme, c'est-à-dire de « l'expérimentation ».

« Cette diversification est une richesse et une formalisation ferait courir le risque d'une sclérose, on serait stérilisé dans le figé. »

### **Font partie de notre cadre thérapeutique**

#### 1-Des soignants

Pas d'équipe se consacrant à temps complet à cette activité (contrairement aux hôpitaux de jour ou aux C.A.T.T.P. pour adultes). Les soignants impliqués doivent être formés à la conduite de groupe, à l'animation de groupes thérapeutiques. La formation à une médiation particulière ne constitue pas une compétence suffisante.

#### 2-Une inscription dans la hiérarchie institutionnelle

Chaque groupe thérapeutique dirigé par deux soignants co-thérapeutes, est régulé, c'est-à-dire, doit rendre compte de son action



*Une intervention du public*

à une personne tierce, puis à un second niveau à l'ensemble de l'équipe lors des réunions de synthèse.

L'institution est le groupe d'appartenance des thérapeutes, comme la famille est celui des enfants.

#### 3-Une durée et une fréquence

La pratique semble indiquer qu'au-delà de 2 séances hebdomadaires de 1 h 30, le cadre thérapeutique, de par l'ampleur de sa « caisse de résonance institutionnelle », s'assimile à celui de l'hôpital de jour. Il est par exemple des enfants qui ont besoin de presque deux heures pour simplement « poser leurs valises », se mettre en syntonie avec le dispositif soignant. Dès lors, l'hôpital de jour semble plus indiqué.

#### 4-Un rapport à l'école

Les groupes thérapeutiques ont lieu hors temps scolaire, alors que les soins en hôpital de jour prennent du temps à l'école (généralement la moitié lorsqu'il s'agit d'enfants qui ont accès à la parole).

#### 5-Une nourriture terrestre savamment dosée

Donner de la nourriture à un enfant, la partager avec lui, n'est pas chose anodine. C'est pourquoi la notion de repas thérapeutique est exclue du champ d'application des groupes thérapeutiques. Par contre, un goûter, affaire moins complexe, peut y trouver place.

#### 6-Un travail avec les parents

Éviter le sentiment parfois fort de mise à l'écart et d'exclusion des soins.

Prendre en compte la blessure narcissique que représente pour eux la pathologie de leur enfant.

Travailler une requalification parentale, qui ne s'appuie pas



Cela reste sans doute exact pour les pathologies envahissantes (autisme, psychoses) dont on voit mal comment elles pourraient être traitées uniquement en groupe thérapeutique/C.M.P.

À l'inverse, une instabilité impor-

tant sur des conseils pouvant réactiver des sentiments d'incompétence, d'insécurisation et d'exigences insupportables, que sur des potentialités non reconnues.

Par contre, la notion de lieux (locaux, disposition et utilisation des pièces), si importante en matière de soins institutionnel en hôpital de jour, n'est pas pertinente pour nos C.A.T.T.P. « enfants ». Ces thérapies se déroulent dans les locaux des C.M.P. ou des hôpitaux de jour.

De ces points découlent des indications et des axes de travail précis. La classification nosographique habituelle n'est pas pertinente lorsqu'il s'agit de décider si un enfant peut au mieux bénéficier d'une prise en charge en hôpital de jour ou en groupe thérapeutique.

Tout se passe comme si l'institution pédopsychiatrique fonctionnait en fonction d'un thermomètre clinique bien singulier, une sorte d'échelle de gravité :

- Troubles légers (névrotiques) = C.M.P. et thérapies individuelles.
- Troubles moyens (limites, anaclitiques, dysharmonies) = C.A.T.T.P.
- Troubles graves (psychoses, autisme) = hôpital de jour.

tante, un état dépressif anaclitique, peuvent nécessiter l'ampleur soignante de l'hôpital de jour, les groupes thérapeutiques n'offrant parfois que des réponses insuffisantes à ces problématiques complexes et multifactorielles.

### Que cherche-t-on à travailler?

Essentiellement :

- La manière qu'a un enfant de négocier sa relation dans un groupe.
- Sa faculté à y prendre la parole en son nom.
- Ses inhibitions, son instabilité dans la relation à ses pairs, ses figures parentales, aux figures sociétales (les règles communes)...

Intervient la fonction contenante du groupe dans sa capacité à capter en retenant et à limiter en évitant les débordements, porte ouverte à l'inexprimable.

Aménager un lieu de pensées, une aire de symbolisation.

Le concept de holding (Winnicott), ou maintien, représente un soutien physique et psychique de l'enfant par sa mère, cette dernière lui offrant non seulement ses bras mais aussi le support de son moi afin qu'il puisse émerger progressivement de la confusion originelle dans laquelle il se trouve avec elle.

Ce holding suppose durabilité et sécurité. Il favorise chez l'enfant l'apparition du sentiment d'exister en tant que personne.

Un travail de narration, de mise en représentation avec l'enfant lui permet de penser et de se remémorer ses expériences vécues ailleurs que dans le lieu de soin. HOCHMANN parle à ce propos de travail de « mise en histoire » rattachant aussi ceci à l'activité de rêverie maternelle décrite par BION, rêverie organisatrice des éléments bruts, improductifs projetés par l'enfant en éléments utilisables pour sa pensée. L'étagage pour HOCHMANN étant alors « une manière de penser ensemble ».

### Les moyens utilisés

Tout groupe est géré par deux co-thérapeutes (l'un plus participant, l'autre observant un peu comme l'œil sans tain en thérapie systémique).

À partir de là, les supports et acteurs de ce travail peuvent varier à l'infini.

Par exemple :

- groupe expression corporelle (psychomotricien-infirmier) ;
- groupe corps et langage (psychomotricien-orthophoniste) ;
- groupe « marionnettes » (infirmiers) ;
- groupe à séquences successives (jeux libres, lecture d'un livre, expression artistique, jeux de société).

**Docteur Thierry BÖSIGER**  
Médecin-chef

Service de Psychiatrie de  
l'enfant et de l'adolescent

7, rue Saturnin  
50300 AVRANCHES



# Le C.A.T.T.P. La Bonde, quelle pertinence pour qui ?

Par Mmes CORBET, VASSELIN et DELAPLACE

**T**ous les patients accueillis ont un passé institutionnel plus ou moins long.

L'appartement occupé par le C.A.T.T.P. est considéré par les soignants comme un espace virtuel, en ce sens où il est utilisé comme un lieu de passage, on y prépare la semaine à venir avec la réunion du jeudi et on y restitue ce qui s'est passé pendant les différentes activités proposées. Ce n'est en aucun cas un lieu d'activité. C'est un lieu où l'on pense les activités.

Outre les activités organisées par le C.A.T.T.P. avec les soignants, nous utilisons un réseau associatif, outil irremplaçable quant à la réadaptation sociale. Les associations offrent un support très dynamique et vivant incomparable pour nous. Nous travaillons essentiellement avec trois associations de loi 1901. Ces associations ont été créées à l'initiative de services de santé mentale mais toutefois, pour 2 d'entre elles, ouvertes à toutes autres personnes extérieures à la psychiatrie.

**ARC-EN-CIEL**, association à vocation artistique, s'organise autour des arts plastiques.

**AMARRAGE**, association qui s'organise autour de la restauration de bateaux traditionnels, de la navigation et de la recherche sur les traditions maritimes.

De même qu'il utilise les autres associations, le C.A.T.T.P. utilise l'association **UNAFAM-PASSERELLE** comme espace d'activité concrète ayant pour spécificité la gestion du quotidien. Une convention a été passée entre l'UNAFAM-Passerelle et la Fondation Bon-Sauveur, elle stipule la mise à disposition du secteur GO2 d'un appartement associatif « PASSERELLE » d'une capacité de 4 places.

L'UNAFAM assure la location et la gestion financière, le secteur psychiatrique est chargé des indications d'entrée parmi une population de personnes en difficulté psychologique ne nécessitant pas de soins constants.

Pour reprendre l'aspect législatif, on peut, semble-t-il, établir un consensus autour de l'injonction législative à laquelle il répond. D'abord en la circulaire du 15 mars 1960, qui élabore les premiers fondements du secteur, puis plus tard celle de 1970 qui instaure la sectorisation et surtout celle de 1985 qui modifie la loi hospitalière et unifie la gestion des activités de sectorisation et leurs financements, invitant clairement à trouver des alternatives à l'hospitalisation complète.

La psychiatrie est invitée à se redéployer sans coûter plus cher. Créer des structures d'accueil plus légères, épurer la prise en charge et ne conserver que le soin, ou

comment transformer l'asile en hôpital. On sent poindre le caractère transitoire que devra revêtir l'hospitalisation, l'hôpital deviendra un lieu de soins spécifiques et ne restera plus un endroit où l'on vivait en attendant peut-être rien, ou pour la personne psychotique en évitant d'attendre la mort.

On le voit, il n'est pas toujours simple de faire rimer santé publique, coûts sociaux avec santé mentale.

De plus, historiquement, le mouvement thérapeutique face à la maladie mentale s'inverse, de l'enchaînement via l'asile, on arrive à la sectorisation et l'idée d'être au plus près des personnes, dans leur cadre de vie. De l'enfermement on arrive à l'éclatement géographique des structures, on parle beaucoup « d'insertion » et de « lien social ». Est-ce là le progrès de la psychiatrie, est-ce là le sens de l'évolution thérapeutique ?

**Y a-t-il une pertinence clinique à la création d'une telle structure ?**

**Qu'a-t-elle permis ?**

Outre la nécessité administrative, la pertinence d'une telle structure est aussi révélée par le soignant, dans son rôle face à la psychose, comme conséquence de cette confrontation.

Cette non-résignation, la nôtre face au destin psychotique nous entraîne dans un mouvement créa-

teur, un échappement, une fuite en avant génératrice d'idées, peut-être un équivalent défensif de notre propre refus d'être mortel. Il y aurait alors pour nous, soignants psychiatriques, une nécessité d'agir et, sortir des murs serait aussi sortir de la néantisation psychotique. La création, sublimation notable, relève toujours de l'ordre défensif.

Comme le souligne Marcel SASSOLAS :

*« La psychiatrie caresse la psychose dans le sens du poil, elle permet aux processus psychotiques de poursuivre l'essentiel de leur œuvre, soit irrémédiablement aller, sans bouger, sans avancer dans le temps, sans être dans l'histoire, vers le néant pour échapper à la mort ».*

Nous avons d'abord transformé le séjour du patient psychotique à l'asile pour le mettre à l'hôpital, dans un lieu de soins spécialisés, il s'agit maintenant de sortir de l'hôpital, d'aller à l'extérieur, vers des structures légères, plus légères... et pour qui? Pour le soignant cet allègement est protecteur pour son propre psychisme, l'efficacité défensive est remarquable, la difficulté réside plutôt dans l'exploitation thérapeutique de cette initiative défensive. L'ouverture de structures telles que le C.A.T.T.P. serait alors une réponse défensive de notre part, active contre les défenses mortifères du psychotique, instaurant notre propre refus d'être happé par cette inertie psychotique. Alléger la structure c'est alléger cette confrontation défensive,

c'est aussi pouvoir prendre la distance nécessaire à l'élaboration du sens que peut revêtir un tel cadre de soins.

Dans l'après-coup, c'est peut-être nous éviter de « faire » des activités pour « faire » du soin.

En effet, face au soignant actif et parfois activiste, la psychose a un charme fou, exerce une attraction très forte. Devant le vide ainsi personnifié, le sentiment d'omnipotence et le désir de réparation ne tardent pas à émerger.

Beaucoup de choses sont envisageables et de nombreux projets peuvent voir le jour, *a priori*...



Cet engouement narcissique, nous le connaissons tous, c'est cette séduction narcissique à laquelle Racamier fait référence : « pouvoir se penser le seul interlocuteur qui peut venir en aide, céder aux plaisirs grisants de l'omnipotence suscitée par le patient psychotique » n'est pas si désagréable, tant qu'on ne la nomme pas.

Le « dégonflement » narcissique incontournable qui suit est souvent un peu plus douloureux et empreint de belles désillusions parfois nécessaires. On y gagne en cohérence et surtout en humilité. Dans le soin au psychotique, on

constate souvent une disproportion entre les moyens mis en œuvre et l'importance relative du résultat obtenu, et notamment le temps « excessivement » long que cela peut prendre, quand on peut l'appeler le « temps qui passe ».

Comme nous le précisons, nous utilisons aussi, l'association Arc-en-Ciel et l'association Amarrage. Quels sont les apports de ces deux temps associatifs?

On peut tout d'abord, noter pour nombre de patients, une grande assiduité, une mobilisation certaine autour des ateliers.

Dans ces associations, existe un prolongement institutionnel notable et évident, cela reste un dispositif de soins pour les patients puisqu'ils y sont accompagnés d'un ou plusieurs soignants de la structure.

Tout ce qui est opérant dans le cadre du C.A.T.T.P. continue ainsi à l'être dans l'association, il

n'y a pas de rupture nette et franche, il y a une continuité lors de ce changement de lieu. Le lien s'étirole mais ne se rompt pas, c'est la même histoire qui se continue, ailleurs et aussi avec d'autres personnes.

Les associations offrent un espace diversifié, un lieu différent, où il est possible de continuer ce qui a été mis en œuvre ailleurs.

La présence du soignant établit un pont entre les deux lieux et entre les activités, elle assure la transmission de l'investissement narcissique et permet d'intégrer l'idée de rupture que représente ce changement de cadre.

En étant présent, le soignant signe l'intérêt qu'il porte à cette autre structure, à ces autres intervenants, agit la confiance qu'il leur montre et permet un glissement du patient vers autre chose, vers d'autres personnes.

Ces associations sont des lieux distincts, mais considérés comme complémentaires dans notre approche thérapeutique, elles offrent une diversité dans l'expérience et aident à structurer une histoire qui peut ainsi s'enrichir.

Pour revenir à la notion de soin au C.A.T.T.P., quelle est la pertinence des activités mises en place par les soignants ?

Que dire de l'accompagnement du symptôme psychotique ? C'est une démarche faite de lenteur, voire de grande lenteur, parce que la psychose retient le temps, parce que la psychose mange le temps, nos dispositifs thérapeutiques ne peuvent se construire hors ces considérations, notre cheminement ne peut être scandé que de cette façon si particulière et si spécifique. Au C.A.T.T.P. on agit ce qu'on nomme les activités spécifiques de ce lieu.

Elles constituent surtout le médiateur de la relation au patient, ce qui, dans la psychose, n'est pas la moindre des choses.

La nature de ces ateliers, certes diverse, reste secondaire à cette idée de tiers, de médiation. La qualité première de ces activités est d'instituer un tiers réel un tiers à agir, un tiers à vivre. Cela représente beaucoup de temps investi, beaucoup de moyens pour des résultats peu visibles mais souvent considérables au regard de la clinique.

Ce tiers réel constitué par ces activités permet de contourner la difficulté majeure de la personne psychotique, celle d'être présente à



sa propre activité mentale. Penser est douloureux.

Le patient psychotique se méfie de lui-même plus que de tout et possède une connaissance intuitive de la faiblesse de son fonctionnement psychique et en particulier de la menace que peuvent représenter les stimulations affectives capables de faire voler en éclats son système défensif.

Pour cela le C.A.T.T.P. reste un lieu de vie parallèle où le psychotique se mobilise dans sa pathologie et non pour un improbable ailleurs que serait ce « lieu d'insertion », comme on dit, rendant compte du « lien social », celui-là même qui signifie l'altérité.

C'était l'idée première, ce sur quoi reposait le fondement même du C.A.T.T.P., « créer du lien social » dans une dynamique centrifuge. Commencer par « faire » des activités à partir du C.A.T.T.P. avec un accompagnement pour aller ensuite les « faire » en dehors et sans accompagnement. Ces activités étaient alors le vecteur de la personne et de son investissement. Il nous est rapidement apparu que cette première approche du C.A.T.T.P. ne pouvait être viable puisqu'en dehors de considérations cliniques mais bien près de nos aspirations.

Nous voulions plus que tout avoir des solutions, faire des choses utiles avec un résultat visible, sortir la personne psychotique de son isolement relationnel, lui faire voir le monde, en bref, aborder de front le problème de la psychose, remplir le vide.

Nous avons ainsi eu quelque souci à contenir notre propre sentiment d'omnipotence, avec mise à l'œuvre de tentatives de résolution et pourquoi pas de disparition des symptômes, symptômes tellement lourds, tellement frustrants pour les soignants.

On aurait aimé que les patients s'investissent, mais s'investissent dans quoi, dans qui, quand le mode défensif psychotique consiste à vivre hors de soi, hors de sa propre intériorité.

Ce qu'on voulait c'est « créer du lien social » comme on dit, quand, dans la psychose, l'idéal tend à éviter tout stimulus psychique interne ou externe et donc ceux occasionnés par la relation à l'autre, relation qui suscite nombre d'attentes, de gratifications mais aussi de désenchantements et de frustrations.

### **Que faire, que dire, sans se démobiler ?**

Comment maintenir l'existence d'un lien de nous à eux sans ren-

forcer ce système défensif par une position frontale de notre part? Il nous a semblé que la situation de groupe, telle que nous la proposons, serait la moins dangereuse, ou tout au moins, la plus acceptable.

Le fonctionnement de groupe, au travers des activités, ne sollicite pas directement la personne, mais lui permet d'être là, sans nécessairement agir la relation aux autres, sans qu'il y ait de commerce relationnel, obligatoire et institué.

La « réunion du jeudi » trouverait ainsi sa pertinence au regard de cet abord clinique.

Elle comporte une obligation dans le fait de la présence physique de chacun. Le but avoué et réel est celui de la mise en place d'un planning pour la semaine à venir et aussi d'une discussion proposée autour d'un thème choisi.

Ce thème reste l'étagage aux probables échanges, au mieux les formalise, mais n'est surtout pas une priorité en soi.

Que dire de cette entrevue, de cette rencontre entre toutes les personnes qui font le C.A.T.T.P. au quotidien?

Pour certains, les échanges existent, ces échanges sont riches, divers, lorsqu'ils sont dans les murs, pour d'autres, c'est le silence, le silence absolu, mais venir est déjà un gros investissement et tous sont là.

C'est alors que la relation est médiatisée, instrumentalisée, qu'interviennent des éléments de type transférentiel, un lien vivant à l'autre.

Contrairement à la névrose où l'in-

térêt est d'éliminer le tiers dans l'approche psychothérapique pour vivre et exploiter le transfert, dans la psychose, il y a nécessité du tiers réel pour atteindre l'autre dans son état de vivant. Pour le patient ce tiers lui permet d'être présent à sa propre activité psychique, comme par procuration.

Pour les soignants, cette position n'est pas toujours très confortable, cette intrusion au-delà de sa présentation, au-delà de son image peut aussi susciter des positions contre agressives compréhensibles. La nature des échanges confine à l'intime, et trouver une juste mesure dans les réponses à apporter n'est pas toujours aisé.

Que dire pour ne pas trop en dire, pour ne pas rien en dire?



## Conclusion

S'il existe des C.A.T.T.P. c'est, entre autre, parce que la loi nous y a invités, mais c'est aussi la conséquence d'une initiative défensive, mais toutefois créatrice.

L'allègement ainsi occasionné du cadre de soins conduit à sa diversité et donc à la pluralité des investissements.

Cela peut aussi être un lieu d'accueil à temps partiel pour la psychose, pour une certaine forme

d'expression psychotique, à des moments donnés.

Lors de périodes d'expression délirante plus aiguë, le C.A.T.T.P. n'a plus cette capacité d'accueil, le dispositif est trop envahi par le symptôme et se trouve être, de ce fait, une réponse insuffisante.

Il constitue une des réponses possibles, un mode d'accompagnement de la psychose dans un temps indéterminé, dans un temps qui compte mais qui ne se compte pas, un lieu d'accueil pour la psychose.

Ce cadre de soins n'est pas une fin en soi, mais bien un moyen pour tenter de comprendre, un moyen pour rester en relation avec la personne psychotique, et peut-être pour elle un moyen d'investir

affectivement cette relation sans risque destructeur pour son psychisme.

Un autre intérêt de l'allègement de la structure est de pouvoir la déplacer, investir d'autres lieux, d'autres personnes, diversifier les expériences et ainsi enrichir l'histoire de chacun.

Le glissement des investissements ainsi

opéré, permet de suggérer le vécu de la rupture, permet de s'y confronter sans basculer dans le néant, sans connotation inévitablement mortifère.

Le C.A.T.T.P. devient alors pour le soignant un moyen irremplaçable de pouvoir s'absenter de la relation qu'il a lui-même initiée, sans créer du vide, de pouvoir se penser autre qu'omnipotent auprès du psychotique.

L'allègement est aussi celui du poids de la culpabilité.



Mme HERY, M. COSSE, Mme VIVET

## Le C.A.T.T.P. Saint-Hilaire

Par F. COSSE

**L**e C.A.T.T.P. a été ouvert en 1994 pour répondre aux besoins identifiés par l'équipe de secteur. Sont prises en charge essentiellement des personnes atteintes de psychoses affectées d'une atteinte modérée de leur autonomie, dont la difficulté majeure est d'investir l'Autre dans le tissu social « ordinaire ». La plupart ont été hospitalisées en milieu spécialisé, pour des hospitalisations souvent courtes et souvent multiples. Les moyens thérapeutiques sont d'abord des moyens humains, sous la forme d'une équipe pluri-professionnelle au sein de laquelle les rôles se répartissent :

- **trois infirmières** consacrent deux heures de leur temps professionnel au C.A.T.T.P., deux fois par semaine, le lundi et le jeudi. Elles ont un rôle de préparation des séances, d'animation des groupes thérapeutiques et de suivi individualisé des objectifs de soins.
- **Le médecin**, en tant que prescripteur, intervient également sur le C.M.P. pose les indications et utilise le C.A.T.T.P. pour optimiser certaines prises en charge.
- **Le psychologue** a un rôle de régulation, d'aide à la réflexion au sein de l'équipe, de facilitation. Il participe aux indications. Il consacre une heure par semaine au C.A.T.T.P.

- **Le surveillant** fait un travail de coordination des actions, il est garant du projet et des objectifs.

Le cadre réglementaire régissant l'existence des C.A.T.T.P. est flou... Le contenant est suffisamment vaste et tolérant pour que les soignants y mettent ce qu'ils veulent. C'est certainement une réponse à une nécessité.

Plutôt que de s'interroger sur la pertinence du C.A.T.T.P. en tant que structure, il nous paraît plus important de nous interroger sur la pertinence de ce qui s'y fait.

La souplesse de définition d'un C.A.T.T.P. permet en effet d'y faire beaucoup de choses. Il est fondamental de penser avant tout de ne pas y faire n'importe quoi. Le travail sur l'autonomie est un parti pris, au point de ne pas raisonner en terme de prise en charge de telle ou telle pathologie, mais bien d'axer l'évaluation des besoins des patients en terme d'autonomie. L'approche

symptomatologique relève du rôle du C.M.P.

Le C.A.T.T.P. remplit un rôle d'insertion culturelle et sociale, amenant le patient à redevenir sujet de son histoire, non pas comme porteur-symptôme de sa maladie, mais bien comme acteur de sa propre existence, de sa relation aux autres, et bien sûr de sa relation à lui-même. La relation de confiance est ici essentielle, c'est la condition *sine qua non* pour travailler sur la confiance en soi, facteur d'autonomie.

Le C.A.T.T.P. est une structure que l'on peut qualifier de « **perméable** », car conformément à la pure définition de ce terme, elle se veut influencée directement par son milieu. C'est en cela que le C.A.T.T.P. s'inscrit résolument dans le concret, lieu de rencontre des réalités de chacun, dans la subjectivité libre et assumée car les patients acteurs de ces rencontres sont en permanence en position de redécider librement

leur adhésion à cette prise en soin qui leur propose de constituer un repère chronologique de leur existence sociale. L'espace et le temps du C.A.T.T.P. sont le point de rencontre privilégié où soignants et soignés se retrouvent et se repèrent, pour une réappropriation de leur



temps et de leur identité. Le C.A.T.T.P. est défini avant tout comme une structure extrêmement adaptable. Si la nécessité pour toute structure de soin de s'adapter aux besoins des patients est une évidence, la démarche qui régit le projet d'existence du C.A.T.T.P. est plus radicale. Elle définit le C.A.T.T.P. comme fait pour évoluer, être souple et tenir en permanence compte des besoins évalués. C'est la seule garantie de dynamique, et en fin de compte d'existence, d'une structure qui ne peut fonctionner qu'en interdépendance à la satisfaction des usagers. Sa versatilité et son adaptabilité en font un lieu propice à la logique de projet et à la recherche de qualité... Il s'agit pour le C.A.T.T.P. de garantir sa perméabilité en évoluant constamment au plus près des besoins des usagers et des possibilités de l'équipe soignante. La formalisation de cette logique est importante, pour ne pas perdre le sens de cette démarche, cette formalisation se fait sous forme de travail hors séances, de phases d'évaluation, de réflexion et d'écriture de projet. Concrètement se pose en temps quasi-réel la question de l'adéquation de la réponse à la demande et aux besoins identifiés. Le C.A.T.T.P. est une structure résolument faite pour sans cesse s'adapter aux gens et au temps, et évoluer avec eux...

## **GROUPE OUVERT**

**Thérèse HERY**

### **Groupe animé par deux infirmières référentes**

Il a lieu dans les locaux du C.M.P., lieu spécifique, avec un temps déterminé d'une heure.

Les indications du C.A.T.T.P. sont



faites par l'équipe pluridisciplinaire au cours de la synthèse, le psychiatre peut le prescrire au cours d'une consultation ou cela peut être proposé par l'infirmière lors d'entretiens, mais toujours avec l'accord du médecin.

On peut le définir comme un atelier d'expression avec support télévisuel, à vocation relationnelle où toutes les pathologies peuvent être admises.

Qui dit groupe ouvert, dit qu'à chaque séance un nouveau patient peut y être intégré ou inversement un des patients du groupe peut ne pas revenir. Le contrat passé entre les soignants et la personne soignée se veut relativement souple. Néanmoins, le nombre maximum de huit personnes ne peut être dépassé. Ce nombre a été défini par l'équipe pour que chaque patient puisse intervenir.

### **Comment fonctionne-t-il?**

Afin que les patients puissent s'investir dans cette activité, ils peuvent choisir à l'aide du programme télé, une semaine à l'avance par exemple, un sujet d'actualité qui sera enregistré.

La cassette est visualisée et ensuite, il y a discussion autour du thème choisi qui bien souvent dévie, mais en fait le but recherché est l'échange.

Ce groupe est donc orienté vers la dynamique de la communication où on y apprend à s'écouter mutuellement, à discuter, échanger, à rencontrer d'autres personnes. L'infirmière y a un rôle de modérateur et d'animateur du groupe. Pour les patients c'est un repère dans le temps, un rendez-vous hebdomadaire très important.

Ainsi, la réflexion d'une patiente qui ne sortait plus de chez elle à son mari : « Je dois partir, j'ai une réunion importante au C.M.P. »

### **Les objectifs sont :**

ouvrir son esprit sur le monde extérieur, accepter le regard de l'autre, dépasser l'angoisse de la confrontation en s'exprimant, respecter les règles de la communication, parvenir à se faire entendre, maîtriser ses réactions affectives, développer la maîtrise du langage, enrichir ses connaissances par le support vidéo, palier à des hospitalisations répétées.

En fonction de ces objectifs, il est fait une évaluation individuelle ou de groupe. Cette évaluation est faite une fois par mois pour savoir où on en est par rapport aux objectifs de départ. Par exemple, lors de la deuxième évaluation, les patients nous ont fait remarquer que cette activité les a fait sortir de chez eux et leur a permis la rencontre et le dialogue avec d'autres personnes qui sont elles-mêmes confrontées à ces difficultés, telles que l'isolement et les problèmes relationnels.

Les patients n'ont, pour la plupart, pas d'obligations sociales, alors le C.A.T.T.P. peut avoir pour objectif de palier à ces manques. Il y a fonction de resocialisation.

## **GROUPE FERMÉ**

**Catherine VIVET**

La base de travail étant des exercices de relaxation mis au point en collaboration avec un relaxologue, dans le cadre de la formation continue « la relaxation dans le soin ». La relaxation est une médiation autre que le langage.

### **Pour qui?**

En règle générale, pour toute pathologie accessible à cette prise en soins. Mais surtout pour des personnes inhibées (ralentissement du processus chimique, biologique ou physiologique, inhibition, phénomène d'arrêt, de blocage ou de ralentissement) avec des difficultés à s'exprimer et à se mouvoir. Le groupe est formé de quatre personnes atteintes de psychoses stabilisées.

### **Comment se fait l'orientation?**

- Par l'équipe pluridisciplinaire du C.M.P. lors de réunions de synthèse où l'indication a été le plus souvent proposée;
- dans le cadre de l'élaboration d'une démarche de soins;
- ou la personne elle-même.

### **Le fonctionnement de l'activité**

Elle se déroule dans les locaux du C.M.P., de fréquence hebdomadaire, dure une heure et demie. Le groupe est dit fermé car sa composition est fixée à quatre participants. La durée est de six mois. Il est impossible de renouveler l'activité pour les participants du même groupe afin d'éviter la chronicisation de l'activité et d'en garder le

sens. La première séance est l'occasion de présenter l'activité aux participants, de fixer la date de commencement des exercices, la date de fin, y compris la date d'évaluation. Présenter l'activité veut dire aussi expliquer les exercices de relaxation et la progression de chaque séance. Pendant cette première séance, chaque participant fixe son objectif avec l'aide du groupe, selon les critères établis ensemble.

### **Les critères d'évaluation portent surtout sur :**

- le mieux-être corporel;
- le gain d'autonomie soit la capacité de décider pour soi;
- la création de lien social, ce qui importe est la rencontre avec les autres participants dans le cadre du C.A.T.T.P. et à l'extérieur;

- La structuration du temps, avoir un but sortir de chez soi;
- une capacité à utiliser la technique de détente seul, en dehors du groupe.

L'évaluation se fait à la dernière séance, elle est individuelle, suivie d'une discussion avec le groupe des participants. Si l'activité est adaptée, elle ne sera pas renouvelée, le participant est invité à utiliser seul certaines techniques qu'il a pu comprendre.

Si l'activité n'a pas apporté ce qui était souhaité par le participant, l'évaluation doit permettre d'affiner la demande et de cerner les difficultés rencontrées. Une autre orientation peut être faite vers une autre action de soins.

Possibilité de régulation avec le psychologue.

