

# ▲ Les Centres d'accueil thérapeutique à temps partiel des Hauts-de-France



**F2RSM Psy**

Fédération régionale de psychologues  
en psychiatrie et soins de jour Hauts-de-France

#### Les auteurs

Lola Cohen, étudiante en sociologie, stagiaire

Laurent Plancke, responsable de l'observatoire régional de la psychiatrie et de la santé mentale

Alina Amariei, chargée d'études

#### Directeur

Dr Thierry Danel

#### Composition couvertures

Jean Chelala

#### Photographie couvertures

Établissement public de santé mentale de l'Agglomération lilloise, direction de la communication

#### Relecture et corrections

Sophie Giaretti

Remerciements : les auteurs remercient les 21 professionnels (cadres infirmiers, infirmier-ères, médecin et éducatrices) qui nous accordé un entretien portant sur leur CATTp.

# TABLE DES MATIÈRES

1. INTRODUCTION .....	5
2. MÉTHODES.....	6
2.1 <i>Étude quantitative</i> .....	6
2.1.1 Recensement des CATTTP.....	6
2.1.2 La statistique d'activité des établissements de santé (SAE).....	6
2.1.3 Le Recueil d'informations médicalisé en psychiatrie (RIMP) .....	6
2.1.4 Rapprochement des 2 sources.....	7
2.1.5 Analyses statistiques.....	7
2.2 <i>Entretien avec les professionnels des CATTTP</i> .....	7
3. RÉSULTATS.....	8
3.1 <i>Chiffres-clés 2017</i> .....	8
3.2 <i>Activité et patientèle des CATTTP</i> .....	9
3.2.1 Les Hauts-de-France comptent 145 CATTTP.....	9
3.2.2 En moyenne, environ 120 patients par an en CATTTP pour adultes et 50 en infanto-juvénile.....	11
▪ Plus de 3 CATTTP sur 5 accueillent des adultes.....	12
3.2.3 Les professionnels intervenant en CATTTP.....	12
3.2.4 Caractéristiques de l'activité.....	13
▪ Une activité majoritairement en groupe.....	13
▪ Très peu d'actes sans consentement .....	14
3.2.5 Les profils des patients pris en charge en CATTTP.....	15
▪ Un peu plus d'hommes que de femmes .....	15
▪ Âge : quadragénaires et quinquagénaires sont les plus nombreux.....	15
▪ Avant tout des troubles psychotiques chez les hommes, des troubles de l'humeur chez les femmes.....	17
▪ 26 actes en CATTTP par an et par personne suivie.....	17
3.2.6 Une intensité de prise en charge très variable.....	19
▪ Analyse bivariée (Tableau 2).....	19
▪ Régression logistique (Tableau 3).....	20
3.2.7 Les CATTTP en milieu pénitentiaire .....	21
3.3 <i>Enseignements des entretiens semi-directifs</i> .....	22
3.3.1 Caractéristiques des centres rencontrés .....	23
▪ Des objectifs sanitaires mais aussi sociaux.....	24
▪ Des références théoriques rares.....	28
▪ Une individualisation revendiquée .....	30
▪ Des activités support diversifiées.....	31
▪ Le groupe comme support thérapeutique .....	32
3.3.2 Liaisons .....	32
▪ Environnement du centre.....	32
▪ Des centres étroitement reliés aux CMP.....	33
▪ Les liens avec les autres unités du service .....	34
▪ Passage infanto-juvénile à adulte.....	34
▪ Les liens avec les organismes extérieurs.....	35
3.3.3 Des ressources souvent limitées.....	40

▪ Les métiers des CATTp .....	40
▪ Des groupes de petite taille, des files actives limitées.....	42
▪ Des limites exprimées quant au financement des activités .....	42
3.3.4 Les patients et leur parcours .....	43
▪ Critères de sélection/non sélection .....	43
▪ Des durées le plus souvent indéterminées .....	46
▪ Mais des réévaluations régulières .....	47
▪ Les sorties et l'après-CATTp .....	47
▪ Le passage problématique d'un dispositif à l'autre (l'entre-deux).....	47
▪ La famille : surtout en secteur infanto-juvénile.....	48
4. DISCUSSION.....	50
4.1 Synthèse des principaux résultats .....	50
4.2 Limites de l'étude .....	52
5. ANNEXES .....	54
5.1 Comparaison des effectifs produits par la SAE et le RimP.....	54
5.2 Nomenclature de troubles mentaux et du comportement dans la Cim10 [29]	55
5.3 Âges moyens.....	55
5.4 Activités menées dans les CATTp rencontrés .....	56
5.5 Principaux sigles et acronymes.....	57
5.6 Index des illustrations .....	58
5.6.1 Cartes .....	58
5.6.2 Tableaux.....	58
5.6.3 Figures.....	58
5.7 Bibliographie.....	59

# 1. Introduction

---

En décidant de mener une étude sur les Centres d'activité thérapeutique à temps partiel (CATTP), la Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale Hauts-de-France a choisi de s'intéresser à un segment peu exploré et peu théorisé de l'offre de soins psychiatriques en France. Ces centres trouvent leur origine dans la politique de secteur, de fermeture de lits d'hospitalisation à temps plein et de développement d'alternatives à l'hospitalisation, dont les fondements sont inscrits dans la circulaire de 1960 [1]. Les contours, extrêmement larges, de ces centres sont fixés en 1986 [2] et les centres seront créés, sans planification particulière, dans les années 1980 en milieu libre, à partir des années 2000 en milieu pénitentiaire.

Seules dix notices bibliographiques contenant le mot clé CATTP sont référencées dans *Google Scholar* ; il s'agit surtout de retours d'expériences [3-5] rendant compte de l'histoire de centres ou de l'utilisation de techniques support, comme l'art-thérapie [3]. Ces centres sont souvent guidés par les approches psychanalytiques [6].

Les CATTP s'inscrivent dans le contexte de l'élargissement du champ d'intervention de la psychiatrie, initialement limitée aux soins, et désormais associée aux programmes de santé mentale, aux objectifs beaucoup plus larges (prévention, réhabilitation, inclusion ...) rassemblant un nombre croissant d'acteurs (professionnels de santé de 1<sup>re</sup> ligne, communes, bailleurs ...) [7].

L'étude qui fait l'objet du présent rapport s'est appuyée sur l'exploitation de bases médico-administratives et d'entretiens avec des professionnels intervenant en CATTP (cadres infirmiers le plus souvent) ; elle vise à décrire leur nombre, leur activité, leur patientèle, mais également leur fonctionnement : références théoriques, objectifs, activités-support, ressources humaines et techniques ...

Initialement programmé en 2020, un audit croisé inter-établissements de la Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale Hauts-de-France devait également porter sur ces centres ; il a été reporté en raison de l'épidémie de Covid-19.

- Cadre réglementaire

Des expériences de centres d'accueil thérapeutique sont décrites durant les années 70 : par exemple, le centre pour enfants créé au sein du Centre hospitalier Fondation Vallée dans le Val-de-Marne, à la fin des années 70, afin de « *créer un cadre particulier pour ces enfants aux pathologies limites de façon à leur assurer un accueil à temps limité de l'ordre de deux à trois demi-journées par semaine, dans un dispositif institutionnel qui dispose d'une gamme étendue de supports éducatifs adaptés aux différents âges.* » Il est précisé dans ce rapport d'expérience que « *Le dispositif s'est situé à la charnière entre la pratique institutionnelle et le travail en réseau où se développent les liaisons avec des intervenants qui se situent dans la communauté* ». [8]

Le premier texte législatif fixant les contours des CATTP est un arrêté du 14 mars 1986 du Ministère des affaires sociales et de la solidarité nationale ; il fixe pour objectif aux CATTP de « *maintenir ou favoriser une existence autonome par des actions de soutien et de thérapeutique de groupe* » [2].

Les CATTP n'ont pas d'existence juridique propre. Ils constituent des unités de services (secteurs) de psychiatrie, gérés par des établissements de santé, publics ou privés d'intérêt collectif (Espic).

Dans le cadre de son effort permanent de mieux connaître et décrire l'offre psychiatrique dans les Hauts-de-France, l'étude sur les CATTP a donc été décidée et confiée, d'avril à septembre 2020, à Lola Cohen, stagiaire à la F2RSM Psy et étudiante en Master 2 de sociologie à l'Université de Lille.

Puisse ce rapport apporter des informations et des analyses utiles sur ces centres dont plus de 13 000 personnes ont pu bénéficier dans les Hauts-de-France en 2017.

## 2. Méthodes

---

Le présent rapport présente les résultats d'une étude à la fois quantitative et qualitative.

Nous avons, d'une part, utilisé deux bases médico-administratives portant sur l'activité et la patientèle des services de psychiatrie et, d'autre part, mené des entretiens semi-directifs avec des professionnels des CATT pour disposer d'informations sur la genèse, les fondements théoriques, les critères d'admission, les personnels et le fonctionnement des CATT.

### 2.1 Étude quantitative

Nous avons procédé à une enquête en vue de recenser les CATT et à l'analyse de deux bases médico-économiques comprenant des données sur le public et l'activité des CATT.

#### 2.1.1 Recensement des CATT

Une enquête à partir de listes existantes, des sites Internet des établissements de santé autorisés en psychiatrie (publics et privés d'intérêt collectif) et d'appels téléphoniques auprès des services a été menée en avril-mai 2020, en vue de recenser les CATT selon leur type, leur établissement gestionnaire, leur département d'implantation. Leurs adresses ont également été recueillies afin de déterminer leurs longitudes et latitudes et de créer une carte de leur implantation.

#### 2.1.2 La statistique d'activité des établissements de santé (SAE)

Depuis 1995, l'enquête SAE est une enquête annuelle obligatoire menée par le Ministère en charge de la santé (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Drees) auprès des établissements de santé<sup>1</sup>. Elle a pour objet de décrire l'activité, la patientèle et les ressources humaines des services hospitaliers (urgences, cardiologie, etc.). Pour les établissements ayant une activité en psychiatrie, un bordereau psychiatrie décrit le nombre de professionnels (médecins, psychologues, infirmiers ...), le nombre de lits, de séjours, de journées de séjour, d'actes ambulatoires, de patients ... en psychiatrie générale, en psychiatrie infanto-juvénile et en psychiatrie en milieu pénitentiaire.

Dans ce bordereau, 2 variables portent sur les CATT : leur nombre et le nombre d'actes dans ces centres par établissement et par type de secteur.

#### 2.1.3 Le Recueil d'informations médicalisé en psychiatrie (RimP)

Créé en 2007 et géré par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih), le RimP est un recueil obligatoire pour l'ensemble des établissements ayant une activité autorisée en psychiatrie<sup>2</sup>.

Le RimP se compose de deux bases : les actes ambulatoires (en CMP, au domicile du patient, dans des services ...) et les séjours (à temps complet (hospitalisation temps plein, hospitalisation à domicile, séjours thérapeutiques, placement familial, appartements thérapeutiques, centre de postcure) ou à temps partiel (hôpital de jour, hôpital de nuit).

L'activité en CATT est décrite dans la base des actes ambulatoires, dont nous avons extrait – pour l'année 2017, les lignes comprenant :

- une forme d'activité codée 31 (Accueil et soins en centre d'accueil thérapeutique à temps partiel) ou
- un lieu de l'acte codé L11 (Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel) et
- un domicile dans les Hauts-de-France ou un établissement de prise en charge implanté dans les Hauts-de-France.

Dans le RimP, les actes ambulatoires en psychiatrie sont documentés sur les variables suivantes :

---

<sup>1</sup> <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/etablissements-de-sante-sociaux-et-medico-sociaux/article/la-statistique-annuelle-des-etablissements-sae>

<sup>2</sup> Dans les Hauts-de-France, deux établissements ayant une activité dans cette discipline n'ont pas d'autorisation de l'Agence régionale de la santé : le Centre hospitalier universitaire d'Amiens, qui gère un service de consultation et de liaison, ainsi que le Centre hospitalier de Montdidier, gérant le secteur de psychiatrie adulte 80Go3 avec le Centre hospitalier spécialisé Philippe Pinel à Amiens. Ces 2 établissements ne participent donc pas au RimP.

- Établissement : code Finess<sup>3</sup>
- Prise en charge : métier du professionnel, mois, lieu, type et mode légal de l'acte
- Patient : identifiant permanent patient (IPP, attribué par l'établissement), âge, sexe, zone de résidence<sup>4</sup>, diagnostics (principal et associés)

L'activité des **CATTP implantés dans les Hauts-de-France** a été décrite avec la base initiale.

La patientèle **prise en charge dans les CATTP des Hauts-de-France** a été décrite à partir d'une base constituée à l'individu (à partir d'un identifiant anonyme construit par concaténation du code Finess et du code IPP). Cette seconde base était constituée des variables suivantes : identifiant anonyme, âge, sexe, établissement, mode légal de prise en charge, zone de résidence, nombre, mois et type d'actes en 2017, diagnostic principal, autres diagnostics posés en 2017<sup>5</sup>. Hormis pour cette dernière variable, la situation des patients était décrite au 1<sup>er</sup> acte enregistré dans les bases.

- Files actives moyennes

Les files actives moyennes ont été calculées par la méthode suivante : le nombre de patients distincts décrits dans le RimP a été calculé par établissement et type de service (adulte, infanto-juvénile et pénitentiaire), puis divisé par le nombre de CATTP déclaré dans la SAE en 2017<sup>6</sup>.

- Suivi régulier et intensif

Nous avons considéré comme suivi régulier et intensif toute prise en charge en CATTP en 2017 sans interruption avec au moins quatre actes chaque mois<sup>7</sup>.

#### 2.1.4 Rapprochement des 2 sources

Les effectifs (nombre d'actes et nombre de patients distincts) publiés sur le site de la SAE ont été comparés à ceux calculés à partir du RimP, puis les établissements classés en deux modalités :

- codage constant si effectifs égaux ou proches (à 5% près) ;
- codage inconstant dans les autres cas.

#### 2.1.5 Analyses statistiques

Les variables ont fait l'objet d'une étude descriptive : les moyennes et écarts-types des variables quantitatives ont été calculés, de même que les effectifs et pourcentages, par modalité de variables individuelles, pour les variables qualitatives. La variable de régularité a fait l'objet d'une analyse bivariée ; le test du Chi-2 a été utilisé afin de vérifier la significativité des écarts. Une analyse multivariée par régression logistique a été menée afin de rechercher les facteurs associés au suivi régulier, en incluant les variables ayant introduit une valeur du p du test du Chi-2 inférieure à 0,2 dans l'analyse bivariée.

Les calculs ont été réalisés sous SAS 9.4 (SAS Institute, Cary, NC, USA) et Excel Microsoft 365 (Microsoft, Redmond, WA, USA), les représentations graphiques sous Excel.

## 2.2 Entretien avec les professionnels des CATTP

Nous avons tiré au sort un CATTP sur dix, avec contrôle de la représentation de chacun des cinq départements de la région, de l'équilibre entre CATTP pour adultes et enfants-adolescents et entre types d'établissement (EPSM et CH) pour mener des entretiens semi-directifs avec des professionnels y exerçant. Ont été également interviewés les professionnels d'un centre implanté en milieu pénitentiaire et du centre relié à l'intersecteur d'addictologie. Lors de l'appel dédié à la prise de rendez-vous, le cadre de santé était ciblé, pour ses connaissances *a priori* larges sur le CATTP : organisation, ressources, références théoriques ...<sup>8</sup>

<sup>3</sup> Fichier national des établissements sanitaires et sociaux.

<sup>4</sup> Il s'agit d'un code territorial correspondant, le plus souvent, au code postal.

<sup>5</sup> Afin de disposer d'un maximum de diagnostics, ceux posés lors d'actes ambulatoires dans d'autres unités (CMP ...) ont également été inclus dans cette seconde base.

<sup>6</sup> Ainsi, par exemple, un établissement gérant 4 CATTP pour adultes et ayant suivi 190 patients dans ces centres, avait une file active moyenne de 47,5 patients par CATTP pour adultes.

<sup>7</sup> Les mois de juillet et d'août, donnant parfois lieu à fermeture, n'ont pas été pris en compte dans la régularité.

<sup>8</sup> Sur la profession des professionnels effectivement interviewés, voir p 23.

## 3. Résultats

---

### 3.1 Chiffres-clés 2017<sup>9</sup>

Établissements de santé gérant au moins un CATTP en Hauts-de-France : 31 (23 CH, 6 EPSM, 2 Espic)

Nombre de CATTP : 145

- Psychiatrie adulte : 90
- Psychiatrie infanto-juvénile : 40
- En milieu pénitentiaire : 12
- Addictologie : 3

Taux de prise en charge en CATTP : 0,22% de la population

Nombre d'actes : 334 703

Nombre de patients des CATTP domiciliés ou pris en charge dans les Hauts-de-France : 13 234

Nombre de patients domiciliés dans les Hauts-de-France pris en charge en CATTP : 12 679, soit

- 0,2% de la population régionale
- 5,9% des personnes prises en charge dans les services de psychiatrie (publics ou privés)

Nombre d'actes par patient en 2017 : 25 ( $\pm$ ET41)

Files actives moyennes en CATTP (et écarts-types) :

- Adulte : 118  $\pm$  83
- Infanto-juvénile : 51  $\pm$  27
- Pénitentiaire : 121  $\pm$  34

Actes en soins libres : 97,4% (2,6% en soins sans consentement)

Hommes : 51,2% - Femmes : 48,8%

Âge moyen : 38,6 ans

- Hommes : 33,7 ans
- Femmes : 44,0 ans

Diagnosics principaux les plus retrouvés

- 23,4% des hommes ont un diagnostic principal de troubles psychotiques (F2)
- 24,5% des femmes ont un diagnostic principal de troubles de l'humeur (F3), 20,1% de troubles névrotiques (F4)

Suivi intensif et régulier (suivi sans interruption avec au moins 4 actes chaque mois) : 20,4%

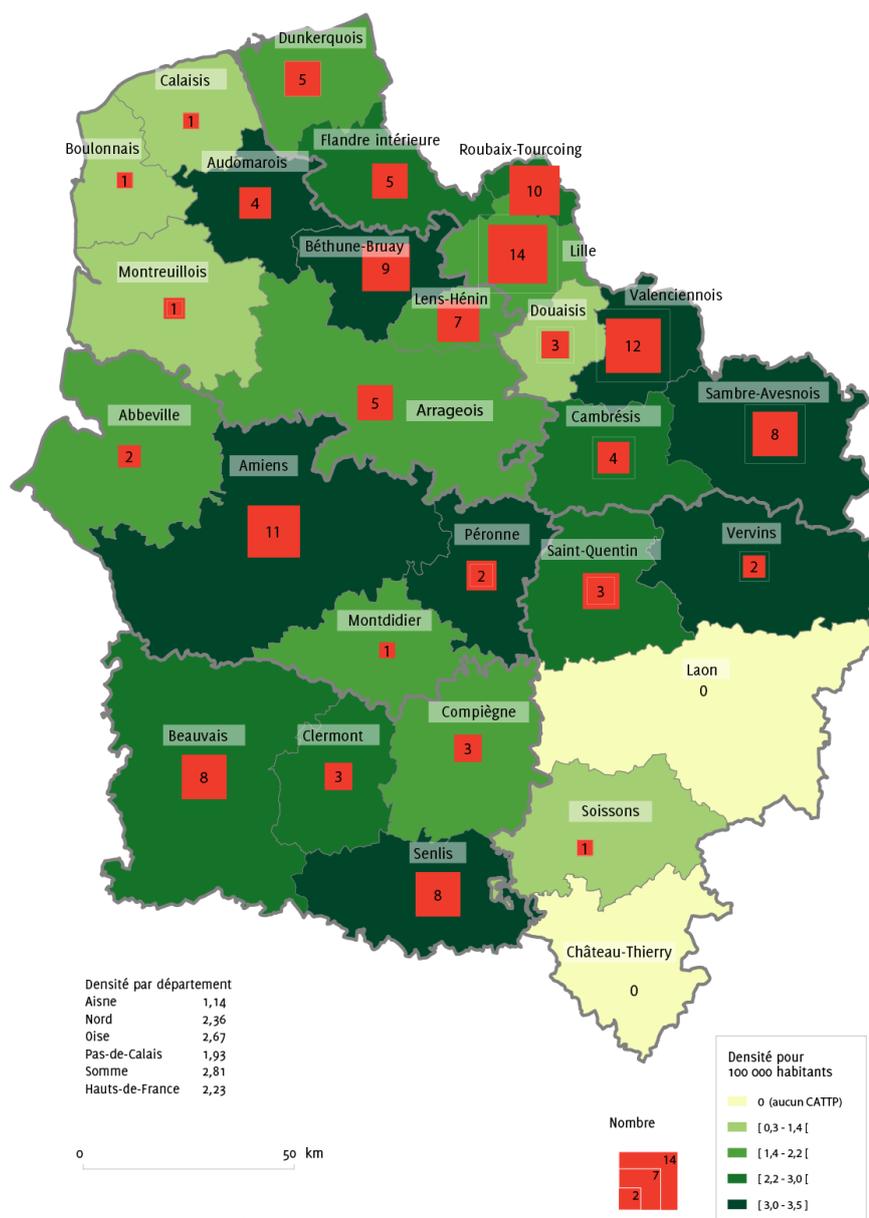
- Diagnostic
  - Démence (Fo) : 31,7%
  - Troubles psychotiques (F2) : 31,4%
  - Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques (F5) : 30,4%
- Âge
  - 50-59 ans : 26,1%
  - 60-69 ans : 29,1%
- Département (valeurs extrêmes)
  - Nord : 15,9%
  - Somme : 41,5%

---

<sup>9</sup> Sauf pour le nombre de CATTP, recensés en 2020, pour les besoins de l'étude.



Carte 2. Nombre et densité de CATTp pour 100 000 habitants par territoire de proximité. N =133.



Source : établissements. Cartographie : F2RSM Psy.

28 centres sont implantés dans le **Pas-de-Calais** ; les 12 CATTp infanto-juvéniles sont implantés à Arras et dans le bassin minier, laissant dépourvue une très large partie du territoire départemental. La bande littorale (Boulonnais, Calaisis et Montreuillois) et le sud de ce département n'en possèdent aucun. L'Audomarois et le territoire de Béthune-Bruay sont particulièrement bien dotés en CATTp, avec respectivement 3,27 et 3,06 centres pour 100 000 habitants.

Avec 6 CATTp, l'**Aisne** est le département des Hauts-de-France le moins doté, en nombre et en densité (1,14 centre pour 100 000 habitants) ; les territoires de Laon et de Château-Thierry n'en comptent aucun. Seul le territoire de Vervins présente une densité élevée pour la région, avec 3,07 CATTp pour 100 000 habitants. Enfin, il n'existe aucun CATTp pour enfants-adolescents dans ce département, ce qui constitue un cas unique.

L'**Oise** est un département bien doté en CATTp : 22 centres y sont implantés, soit une densité de 2,67 pour 100 000 habitants, la 2<sup>e</sup> de la région : 15 pour adultes, assez bien répartis dans l'espace départemental, sauf dans sa partie sud-est, et 7 en psychiatrie infanto-juvénile.

Avec 66 centres, le **Nord** dispose du plus grand nombre de centres de ce type ; la Sambre-Avesnois et le Valenciennois connaissent les densités les plus élevées de la région, respectivement 3,47 et 3,42 CATT pour 100 000 habitants, alors que le Douaisis est faiblement doté (1,22).

Au niveau départemental, la **Somme** présente la densité la plus élevée : 2,98 CATT pour 100 000 habitants. Dans ce département, on peut noter cependant la concentration des centres à Amiens : 4 CATT pour adultes et 4 pour enfants-adolescents sont implantés dans le chef-lieu départemental, soit la moitié des centres du département. Ce très grand nombre est à relier à l'organisation en 4 secteurs de la ville d'Amiens, ville de 134 057 habitants. Abbeville est la seule autre commune de la Somme dotée d'un CATT infanto-juvénile, ce qui laisse de très grands territoires non pourvus de ce type d'équipements.

Tableau 1. Nombre de CATT par type et département et densité pour 100 000 habitants. Hauts-de-France. 2017. N=133.

	Adulte*		Infanto-juvénile		Total	
	Nombre	Taux**	Nombre	Taux***	Nombre	Taux****
Aisne	6	1,43	0	-	6	1,12
Nord	45	2,24	16	2,70	61	2,35
Oise	15	2,38	7	3,64	22	2,68
Pas-de-Calais	16	1,41	12	3,59	28	1,91
Somme	11	2,44	5	4,20	16	2,80
Total	93	2,00	40	2,95	133	2,22

\*alcoolologie comprise (N=3) - \*\* Taux pour 100 000 habitants de 17 ans et plus - \*\*\* Taux pour 100 000 habitants de 0 à 16 ans - \*\*\*\*

\*\*\*\* Taux pour 100 000 habitants

### 3.2.2 En moyenne, environ 120 patients par an en CATT pour adultes et 50 en infanto-juvénile

En 2017, la file active en CATT des établissements a été obtenue pour 24 établissements gérant des centres pour adultes, 13 pour enfants-adolescents et 2 en milieu pénitentiaire<sup>11</sup> (cf. Tableau 1).

Une moitié des CATT pour adultes ont accompagné moins de 93 patients (valeur médiane), une autre moitié moins.

En psychiatrie infanto-juvénile la valeur médiane s'élevait à 53, en psychiatrie en milieu pénitentiaire à 121. Les amplitudes étaient élevées avec des rapports entre valeurs maximale et minimale de 22,4 dans les CATT pour adultes et de 16,3 pour les centres infanto-juvéniles.

<sup>11</sup> Les établissements ayant déclaré moins de 20 patients par CATT sur l'année (N=2) ont été écartés dans le calcul des files actives moyennes.

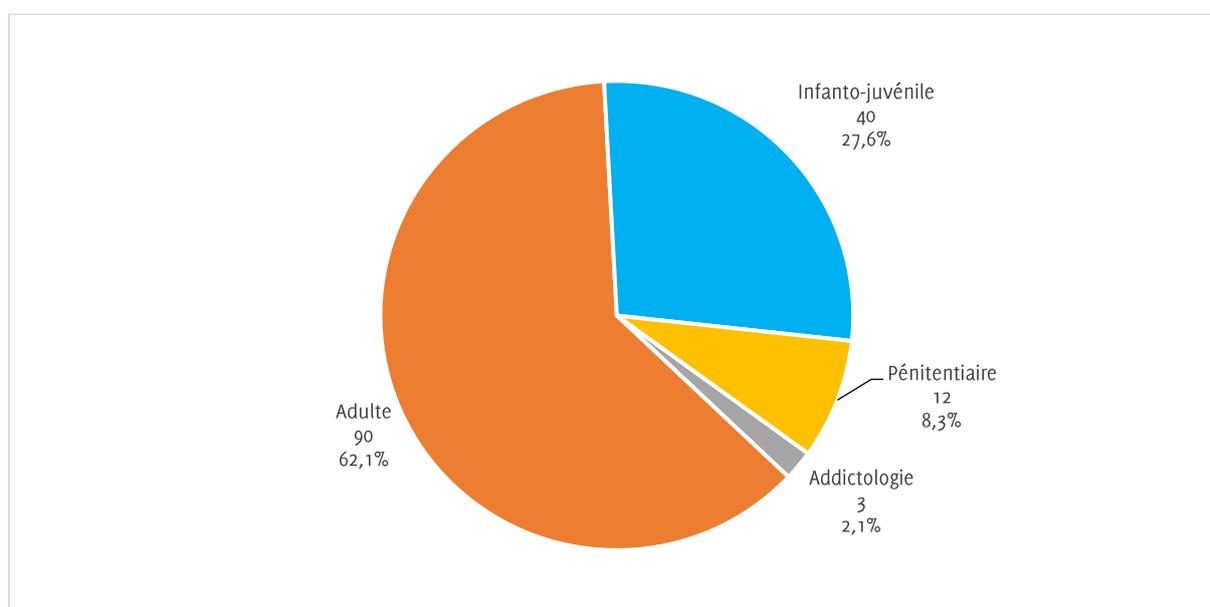
Tableau 1. Files actives des CATT : valeurs de la moyenne, de l'écart-type et des quartiles. Hauts-de-France. 2017.

Type de service	Adulte	Infanto-juvénile	Pénitentiaire
Renseignés	25	15	2
Moyenne et écart-type	118 ± 83	51 ± 27	121 ± 34
Minimum	19	7	97
1 <sup>er</sup> quartile	72	40,8	108,6
Médiane	93	53,5	120,8
3 <sup>e</sup> quartile	144	58,1	132,9
Maximum	426	114	145
Rapport max/min	22,4	16,3	1,5

Sources : SAE et RimP.

- Plus de 3 CATT sur 5 accueillent des adultes

Figure 1. Répartition des CATT des Hauts-de-France selon leur type. 2017. N=145.

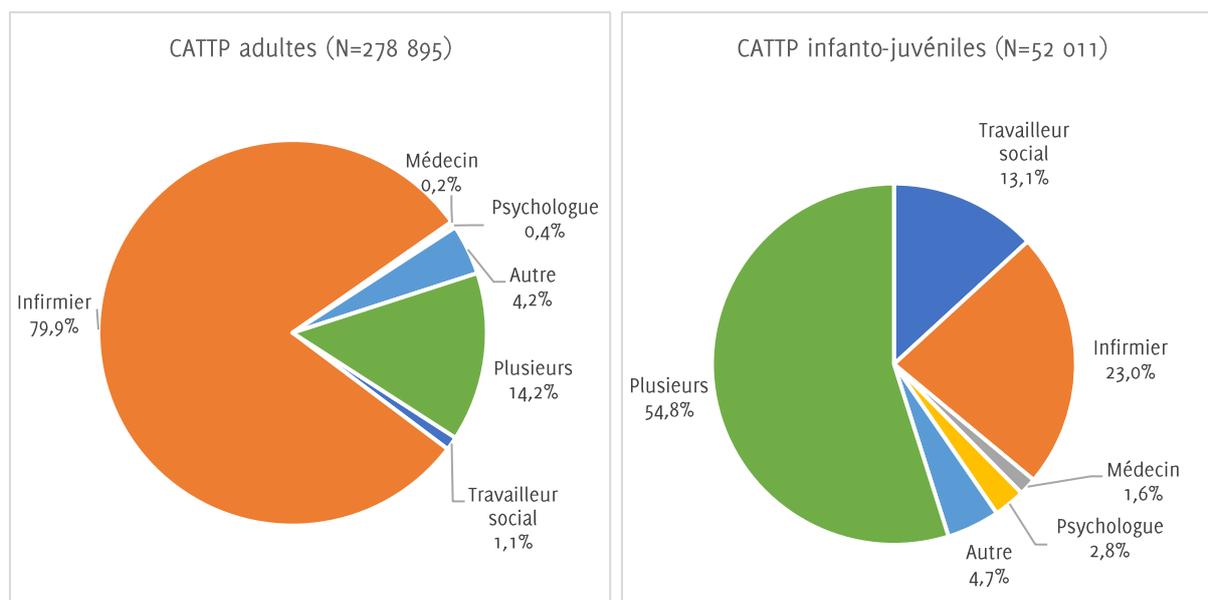


### 3.2.3 Les professionnels intervenant en CATT

Les infirmiers constituent la profession la plus représentée dans les services de psychiatrie en général et dans les CATT en particulier. Dans les centres pour adultes, les actes enregistrés par les infirmiers constituent 4/5<sup>e</sup> de l'ensemble des actes. Il en va différemment pour les centres infanto-juvéniles où la majorité des actes (54,8%) sont réalisés par plusieurs intervenants<sup>12</sup> et où les infirmiers seuls interviennent pour moins d'un acte sur quatre (24,0%).

<sup>12</sup> Il n'est pas assuré que les pratiques de codage soient constantes ; dans certains services, il est possible que deux actes soient enregistrés quand deux professionnels interviennent durant une séquence (un infirmier et un travailleur social accompagnant un groupe de patients pour une séance d'équithérapie par exemple), alors que dans d'autres un acte avec la modalité « plusieurs intervenants » sera codé. Ces différences probables rendent difficiles l'interprétation des résultats sur la profession des intervenants.

Figure 2. Répartition des actes réalisés en CATTp selon la profession de l'intervenant et le public des centres. Hauts-de-France. 2017.



Exemple de lecture : parmi les 278 895 actes ambulatoires en CATTp adultes enregistrés dans le RimP en 2017 dans les établissements des Hauts-de-France, 79,9% étaient réalisés par des infirmiers.

Beaucoup plus présents dans ces centres, les travailleurs sociaux (éducateurs de jeunes enfants, assistants sociaux ...) sont à l'origine de 13,1% des actes.

Les médecins et psychologues ont une intervention numériquement plus limitée, même si, comme il sera vu plus loin, les premiers sont à l'origine de la prescription de l'accueil en CATTp.

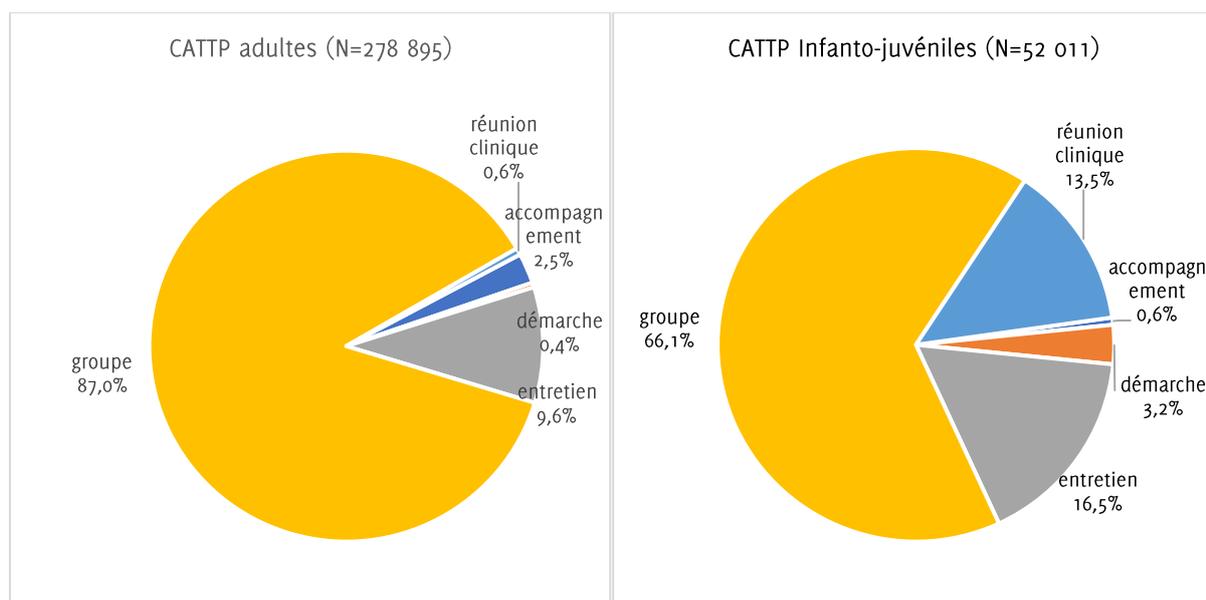
### 3.2.4 Caractéristiques de l'activité

- Une activité majoritairement en groupe

Logiquement, les actes les plus déclarés sont les activités de groupe : plus de quatre cas sur cinq en adulte (87,0%) et deux tiers des cas en infanto-juvénile (66,1%). Ils correspondent au fonctionnement fixé par l'arrêté de mars 1986 [2].

En 2017, sur l'ensemble des actes réalisés en CATTp dans la région Hauts-de-France (hors pénitentiaire), plus de 4 sur 5 (83,7%) sont des activités de groupes. Les entretiens concernent 1 acte CATTp sur 10 (10,7%).

Figure 3. Distribution des actes CATTp selon leur type et le public des centres. 2017.



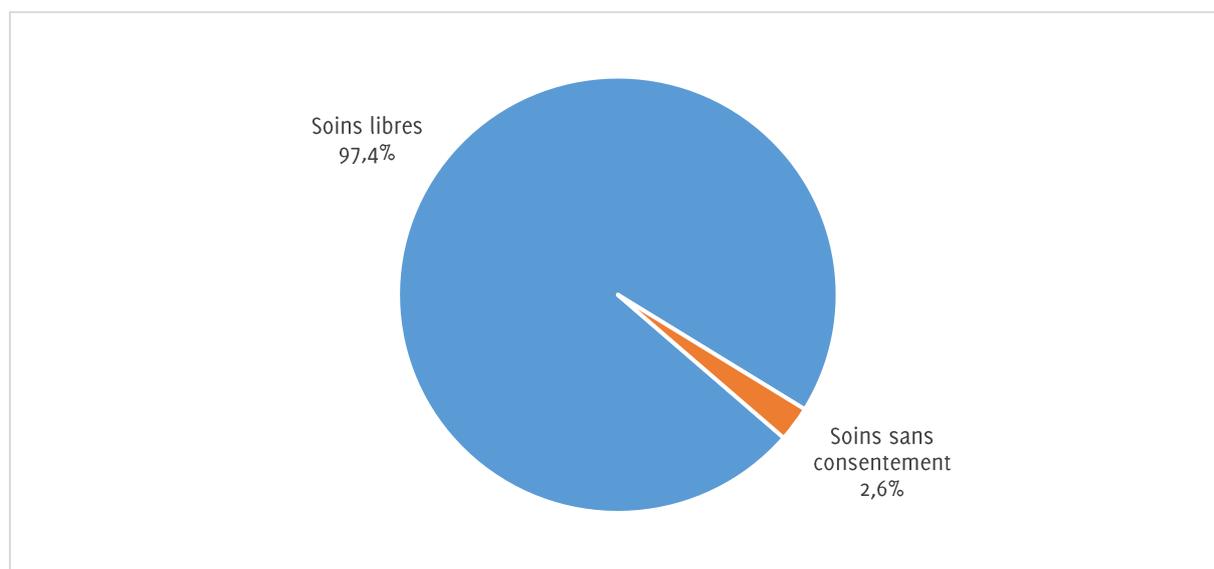
La part d'entretiens est plus élevée en CATTp infanto-juvénile qu'en CATTp adultes (16,5% contre 9,6%) ; il en va de même pour les réunions cliniques (13,5% contre seulement 0,6%).

■ *Très peu d'actes sans consentement*

Depuis 2011, les soins ambulatoires peuvent comprendre des soins sans consentement. Avant la réforme du 5 juillet 2011, les médecins ne disposaient que de sorties d'essai pour permettre une prise en charge ambulatoire ou en hospitalisation partielle tout en maintenant un cadre structurant et contraignant. Le texte de loi du 5 juillet 2011 a introduit les soins ambulatoires sans consentement, mis en œuvre dans le cadre de programmes de soins. Le législateur a ainsi dissocié la contrainte de soins de ses modalités de mise en œuvre : hospitalisation complète ou prise en charge alternative.

En 2017, 97,4 % des actes en CATTp dans la région Hauts-de-France sont des actes libres. Environ 8 500 actes CATTp interviennent dans le cadre de programmes de soins sans consentement, soit 2,6% ; les soins à la demande d'un tiers représentent plus de la moitié des actes non libres (51,7%).

Figure 4. Distribution des actes en CATTp selon leur mode légal. N=330 372.



### 3.2.5 Les profils des patients pris en charge en CATT

En 2017, 13 234 individus domiciliés ou pris en charge dans les Hauts-de-France sont accueillis en CATT. Parmi eux :

- 12 679 sont domiciliés dans les Hauts-de-France (et 45 hors région), soit 0,22% de la population régionale<sup>13</sup>.
- 13 189 sont pris en charge dans les Hauts-de-France (et 555 hors région).

Plus de trois quarts des personnes prises en charge en CATT dans la région (76,5%) le sont en psychiatrie adulte.

Tableau 4. Répartition des personnes prises en charge en CATT des Hauts-de-France réparties selon le type de secteur. 2017. N=13 189.

Secteur	N	%
Adulte	10 091	76,5%
Infanto-juvénile	2 760	20,9%
Pénitentiaire	338	2,6%
Total	13 189	100,0%

Dans la suite de cette partie du rapport, seuls les patients des secteurs infanto-juvéniles et adultes (N=12 851) sont décrits, ceux des CATT en milieu pénitentiaire faisant l'objet d'un focus, p 21.

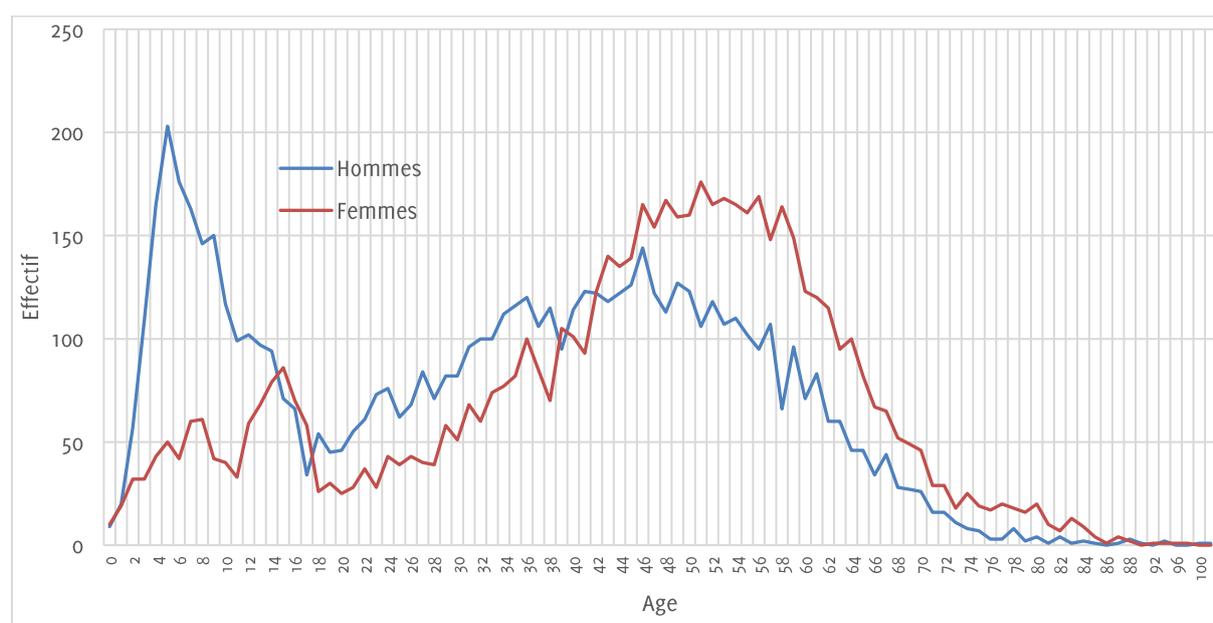
- *Un peu plus d'hommes que de femmes*

Il y a à peu près autant d'hommes que de femmes avec une légère prépondérance masculine (51,2%). Les hommes sont plus nombreux de 18 à 42 ans ; les femmes, à partir de 43 ans, deviennent plus nombreuses que les hommes (cf. Figure 5).

- *Âge : quadragénaires et quinquagénaires sont les plus nombreux*

L'âge moyen est de 46,8 ans ( $\pm 13,9$ ) en CATT pour adultes, de 9,3 ans ( $\pm 5,8$ ) en CATT infanto-juvénile<sup>14</sup>.

Figure 5. Personnes prises en charge en CATT adulte ou infanto-juvénile Hauts-de-France selon l'âge et le sexe. 2017. N=12 851.



<sup>13</sup> Cette fréquence peut être rapprochée de celle de 3,7% de la population prise en charge en service de psychiatrie en 2015 dans les Hauts-de-France.

<sup>14</sup> Les âges moyens détaillés par sexe, département de prise en charge et type de CATT sont présentés en annexe, p 58.

- Hommes

Les hommes ont en moyenne 43,8 ans ( $\pm 13,7$ ) en CATTP pour adultes et 8,8 ans ( $\pm 5,9$ ) en CATTP infanto-juvénile.

Un pic important est constaté chez les garçons de 5 ans (cf. Figure 5). Ce sont surtout les troubles du développement (code F8 dans la Cim10), et notamment les Troubles envahissants du développement (Ted, F84) qui sont décrits à cet âge, ainsi que des troubles de l'adaptation (F43) et des troubles des conduites (F91<sup>15</sup>). À partir de 6 ans, les effectifs masculins diminuent jusqu'à l'âge de 17 ans, puis augmentent assez régulièrement jusqu'à la quarantaine. Ensuite, le nombre d'individus pris en charge diminue de nouveau jusqu'à être très faible à compter de 70 ans.

- Femmes

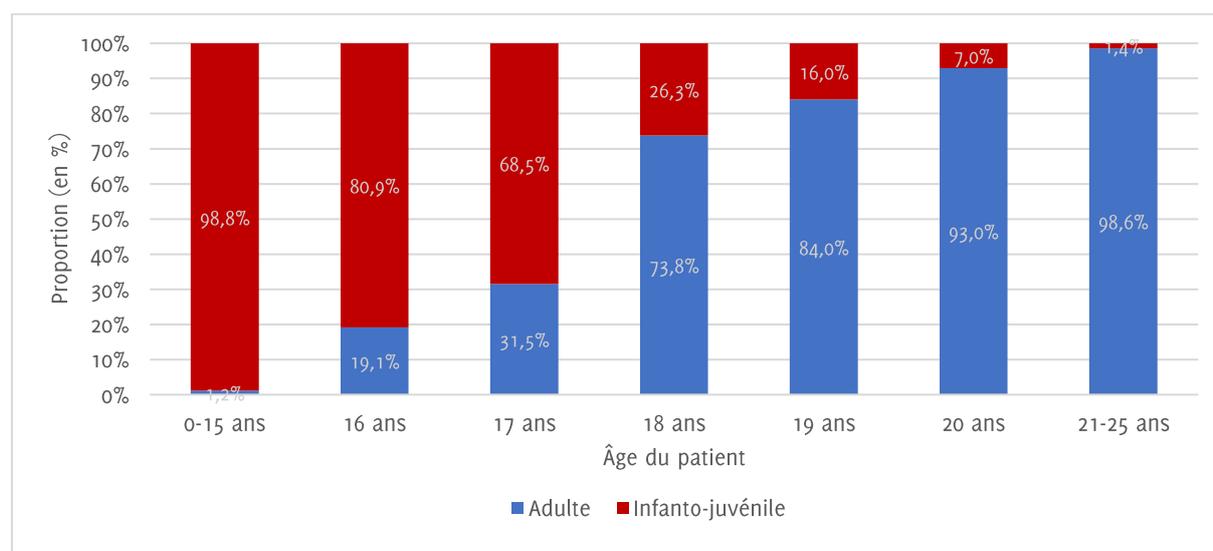
Les femmes ont en moyenne 49,4 ans ( $\pm 13,5$ ) en CATTP pour adultes et 10,5 ans ( $\pm 5,6$ ) en CATTP infanto-juvénile.

Un pic peut être observé à 15 ans chez les jeunes femmes, de moindre ampleur que celui observé chez les garçons de 5 ans. À partir de 18 ans, l'effectif féminin pris en charge augmente et les niveaux maximums sont enregistrés chez les quadragénaires et quinquagénaires. Tout comme chez les hommes, les effectifs diminuent ensuite rapidement, tout en restant très supérieurs à ceux de ces derniers.

- Les lieux de prise en charge des 0-25 ans

Chez les jeunes, plus l'âge est élevé plus la part de prise en charge en infanto-juvénile diminue au profit de la prise en charge en psychiatrie adulte.

Figure 6. Répartition des patients des CATTP selon leur âge et le service de psychiatrie les prenant en charge. Hauts-de-France. 2017. N=12 850. VM=1.



Exemple de lecture : en 2017, à 16 ans, 80,9% des patients suivis en CATTP le sont en service de psychiatrie infanto-juvénile et 19,1% en service de psychiatrie adulte.

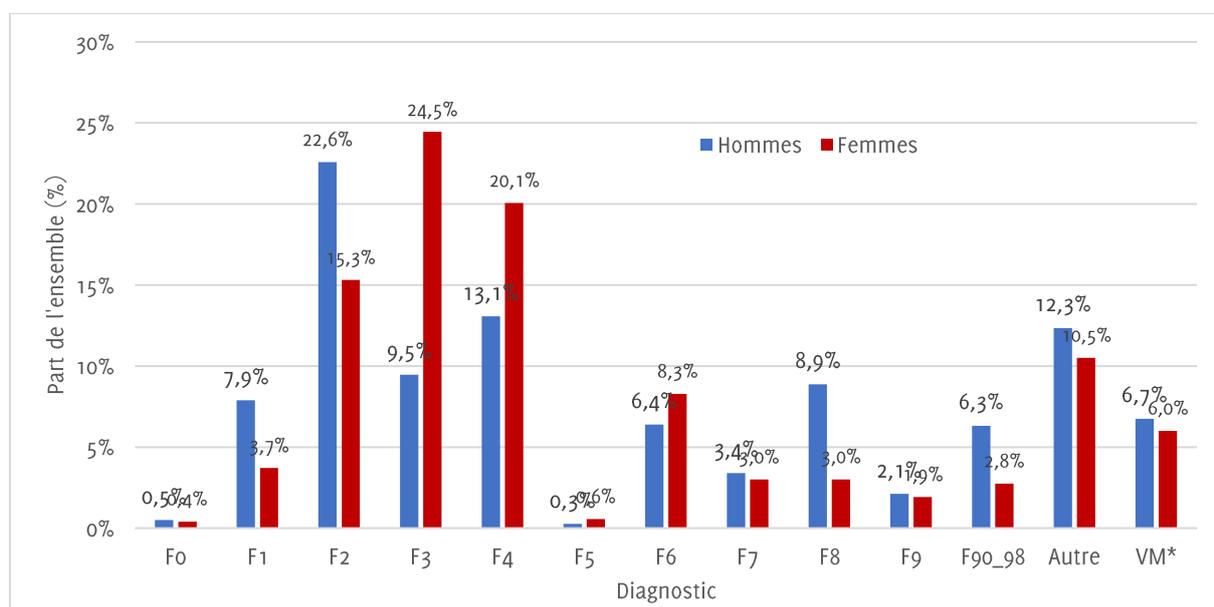
C'est entre 17 et 18 ans, que l'évolution est la plus marquée : moins d'un tiers des premiers sont accompagnées en psychiatrie adulte (31,5%) contre près de trois quarts en psychiatrie adulte (73,8%) pour les seconds. La transition entre infanto-juvénile et adulte se ferait donc surtout à compter de la majorité.

Il reste une part non négligeable de patients de plus de 18 ans en psychiatrie infanto-juvénile ; 16,0% à 19 ans, 7,0% à 20 ans et 1,4% entre 21 et 25 ans.

<sup>15</sup> Dans la Cim10, les troubles des conduites (F91) sont des « troubles caractérisés par un ensemble de conduites dyssociales, agressives ou provocatrices, répétitives et persistantes, dans lesquelles sont bafouées les règles sociales correspondant à l'âge de l'enfant ». La nomenclature des troubles mentaux considérés dans la Cim10 est présentée en annexe, p57.

- Avant tout des troubles psychotiques chez les hommes, des troubles de l'humeur chez les femmes

Figure 6. Répartition des personnes prises en charge en CATTP selon le sexe et le diagnostic principal (DP) posé au 1<sup>er</sup> acte. Hauts-de-France. 2017. N=12 851.



Exemple de lecture : 22,6% des hommes suivis en CATTP (N=1359) dans les Hauts-de-France avaient un diagnostic principal de troubles psychotiques (F2).

NB : 2180 personnes ont reçu plusieurs diagnostics principaux au cours de l'année. Seul celui codé lors du premier acte de l'année est pris en compte ici.

La schizophrénie et autres troubles psychotiques (F2) constituent le premier diagnostic décrit, avec 2502 personnes soit près d'une personne accueillie en CATTP sur cinq (19,5%), suivis des troubles de l'humeur (F3) et des troubles névrotiques (F4) avec respectivement 2185 et 2119 personnes. Les diagnostics de troubles mentaux organiques, dont la démence (Fo), sont très rarement décrits, tout comme les syndromes comportementaux associés (F5). Les diagnostics de retard mental (F7) sont un peu plus fréquents mais ne concernent que 422 individus soit 3,3% de l'ensemble. Il en va de même pour les troubles mentaux non spécifiés (F99) décrits chez 265 individus. Enfin, les troubles du comportement psychologique (F8), et les troubles du comportement et troubles émotionnels (F90 à F98) concernent respectivement 802 et 605 personnes.

Les diagnostics non psychiatriques (différents de F dans la Cim10) concernent un peu plus d'une personne sur 10 (N=1453, soit 11,3% de l'ensemble), alors que 818 patients ont un diagnostic inconnu (6,2%).

Les femmes ont beaucoup plus souvent pour diagnostic principal des troubles de l'humeur (F3) que les hommes (1259 femmes contre 648 hommes) (cf. Figure 6). Il en va de même pour les troubles névrotiques (F4) même si l'écart entre hommes et femmes est plus réduit. Ces derniers présentent plus souvent que les femmes des troubles psychotiques (F2) (1539 hommes et 963 femmes), des troubles du développement psychologique (F8) (612 hommes contre seulement 190 femmes) et des troubles du comportement et troubles émotionnels (F90 à F98).

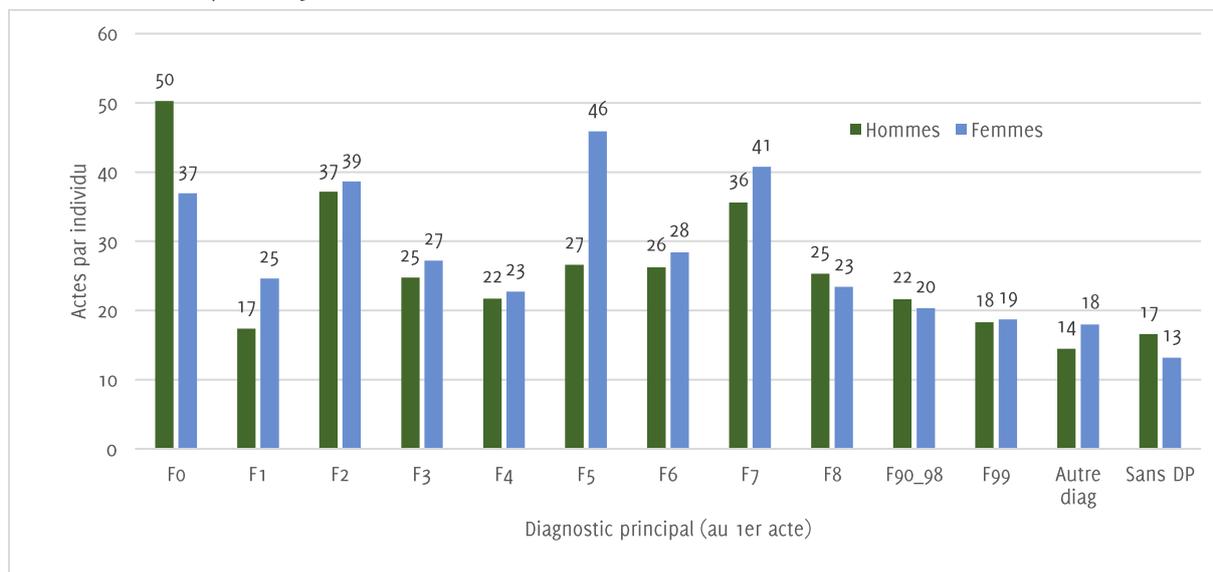
Les troubles du développement psychologique (F8) sont fréquents chez les garçons, comme nous l'avons décrit plus haut (cf. p 15).

- 26 actes en CATTP par an et par personne suivie

En 2017, une personne suivie en CATTP dans les Hauts-de-France donne lieu à 26 actes sur l'année. Très peu nombreux (34), les hommes avec un diagnostic de démence (Fo) connaissent le plus grand nombre d'actes (50 en 2017). Puis ce sont les femmes avec des syndromes comportementaux associés (F5) (46 actes par an), elles aussi peu nombreuses (34), et les femmes avec un retard mental (F7) (41

actes par an) qui sont un peu plus nombreuses (168) mais restent très minoritaires parmi l'ensemble des personnes prises en charge en CATTP.

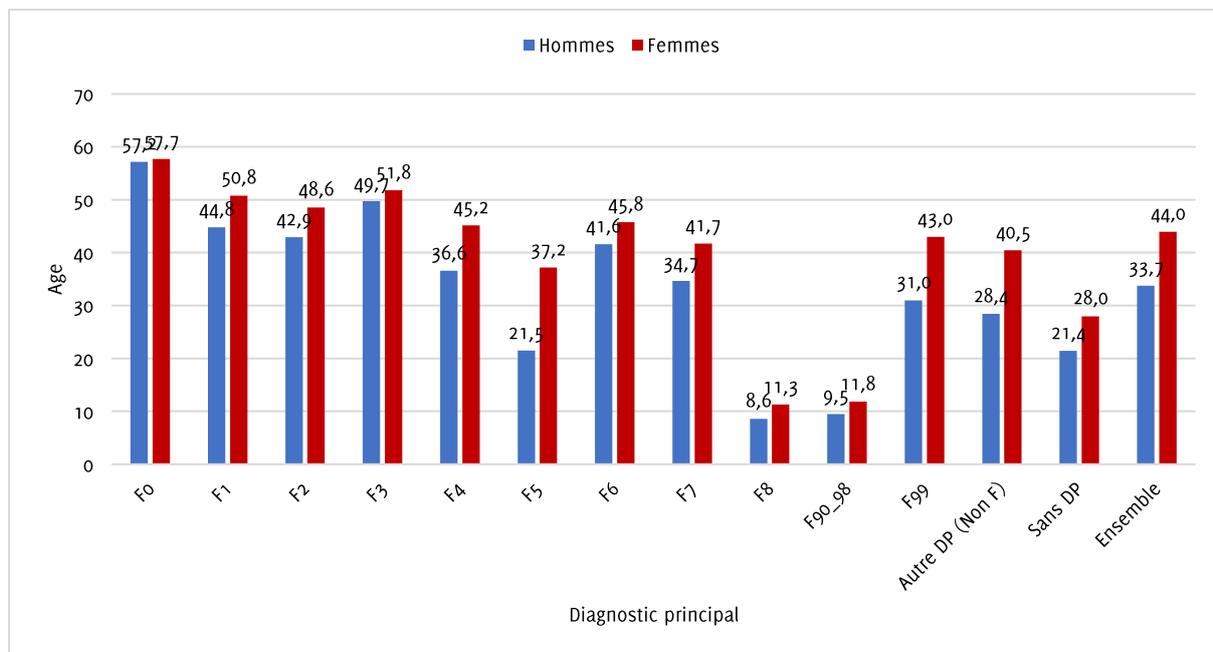
Figure 8. Répartition des personnes suivies en CATTP selon le nombre d'actes durant l'année, le sexe et le diagnostic principal. Hauts-de-France. 2017. N=12 851.



Exemple de lecture : les hommes présentant une addiction (diagnostic F1) ont donné lieu à 17 actes en 2017.

Logiquement, l'âge moyen des personnes présentant une démence est élevé (57 ans) ; ce diagnostic concerne majoritairement des personnes âgées. À l'inverse, les moyennes d'âges sont basses pour les personnes avec un diagnostic F8 et F90 à F98, correspondant à des troubles se manifestant durant l'enfance. Hormis pour les diagnostics en F90-F98 et F8, pour l'absence de diagnostic principal et pour les hommes avec un diagnostic F5, les moyennes d'âges sont toujours supérieures à 30 ans.

Figure 9. Âge moyen des personnes suivies en CATTP selon le diagnostic principal et le sexe. Hauts-de-France. 2017.



Exemple de lecture : les hommes présentant une addiction (diagnostic F1) suivis en CATTP ont un âge moyen de 44,8 ans.

### 3.2.6 Une intensité de prise en charge très variable

Nous avons créé une variable afin de mesurer à la fois la régularité et l'intensité des actes reçus en CATT par les individus, que nous avons croisée avec différentes variables (le sexe, l'âge, le diagnostic, le département de prise en charge et les soins, selon qu'ils sont avec ou sans consentement. Nous avons nommé « régulier » un suivi comprenant au moins un acte par mois (juillet et août n'ont pas été considérés, certains CATT étant fermés durant cette période) et « intensif » un suivi composé de 4 actes par mois et plus. Une personne suivie en CATT sur cinq (20,4%) connaît cette double situation en 2017.

#### ■ Analyse bivariée (Tableau 2)

La prise en charge des femmes en CATT est plus fréquemment régulière et intensive que celle des hommes. Concernant l'âge, le taux de prise en charge régulier et intensif concerne moins d'un patient sur huit avant 30 ans. S'ensuit une hausse de la régularité jusqu'à 69 ans puis une baisse de nouveau pour les 70 ans et plus.

Tableau 2. Répartition des personnes suivies en CATT selon la fréquence de leur suivi et différentes variables. Hauts-de-France. 2017. N=12851.

		Régulier et intensif		Autre	P chi2
		N	%	N	
Ensemble		2616	20,4%	10235	
Sexe	Masculin	1286	19,5%	5293	0,019
	Féminin	1330	21,2%	4942	
Âge	0-16 ans	363	13,6%	2307	<,0001
	17-29 ans	173	13,3%	1132	
	30-39 ans	329	18,1%	1485	
	40-49 ans	574	22,0%	2033	
	50-59 ans	692	26,1%	1963	
	60-69 ans	398	29,1%	969	
	70 ans et plus	87	20,1%	346	
Diagnostic	Autre	280	10,4%	2424	<,0001
	F0	19	31,7%	41	
	F1	135	19,5%	558	
	F2	768	31,4%	1677	
	F3	467	22,4%	1620	
	F4	364	18,7%	1578	
	F5	17	30,4%	39	
	F6	162	20,6%	624	
	F7	118	29,4%	284	
	F8	169	21,0%	637	
Département	Aisne	98	25,7%	283	<,0001
	Nord	1013	15,9%	5358	
	Oise	491	28,3%	1245	
	Pas-de-Calais	688	19,2%	2889	
	Somme	326	41,5%	460	
Mode légal	Soins libres	2530	20,3%	9957	0,116
	Soins sans consentement	86	23,6%	278	

Exemple de lecture : 19,5% des hommes pris en charge en CATT dans les Hauts-de-France en 2017 connaissent un suivi régulier et intensif (ils sont accueillis chaque mois et au moins quatre fois chaque mois).

Plus de trois personnes sur cinq présentant un diagnostic de démence et autres troubles mentaux organiques (F0), des troubles psychotiques (F2) ou des syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques (F5) connaissent un suivi régulier. Les personnes présentant un diagnostic ne relevant pas d'un trouble mental (autre) ou des troubles du comportement et troubles émotionnels (F9) connaissent des taux de régularité beaucoup plus faibles.

Les personnes suivies dans les CATTP de la Somme connaissent le taux de régularité le plus élevé des départements (41,5%). Dans le Nord et le Pas-de-Calais cette proportion est beaucoup plus faible (respectivement 19,2% et 15,9%).

Les personnes suivies sans consentement sont plus nombreuses à connaître un suivi régulier et intensif ; cependant, l'écart n'est pas significatif au seuil de 5% ( $p=0,116$ ).

En résumé, l'analyse bivariée fait ressortir que les femmes, les personnes entre 50 et 69 ans prises en charge dans le département de la Somme et celles présentant en diagnostic principal un trouble psychotique ou une démence connaissent significativement plus souvent un suivi régulier et intensif.

■ *Régression logistique (Tableau 3)*

Les variables d'intérêt (sexe, âge, diagnostic principal, département de prise en charge, mode légal des soins) ont été incluses dans un modèle d'analyse multivariée par régression logistique afin de rechercher les facteurs associés au suivi régulier.

Tableau 3. Résultats du modèle de régression logistique sur les facteurs associés à un recours régulier et intensif. Hauts-de-France. 2017.

Variable	Modalité	Odds ratio (OR)	Intervalle de confiance de Wald à 95%	p
Sexe	Hommes	Réf.	-	-
	Femmes	1,011	0,919-1,112	0,824
Âge	0-16 ans	Réf.	-	-
	17-29 ans	1,01	0,803-1,265	<,0001
	30-39 ans	1,42	1,150-1,756	0,113
	<b>40-49 ans</b>	<b>1,77</b>	<b>1,448-2,153</b>	<b>0,020</b>
	<b>50-59 ans</b>	<b>2,24</b>	<b>1,838-2,717</b>	<b>&lt;,0001</b>
	<b>60-69 ans</b>	<b>2,55</b>	<b>2,061-3,154</b>	<b>&lt;,0001</b>
	70 ans et plus	1,61	1,193-2,164	0,817
	Diagnostic principal	F1	Réf.	-
<b>Autre</b>		<b>0,60</b>	<b>0,471-0,754</b>	<b>&lt;,0001</b>
F0		1,67	0,926-3,018	0,254
<b>F2</b>		<b>1,79</b>	<b>1,449-2,213</b>	<b>&lt;,0001</b>
F3		1,08	0,868-1,351	0,0487
F4		0,97	0,778-1,225	0,001
F5		2,09	1,122-3,886	0,059
F6		1,06	0,819-1,383	0,103
<b>F7</b>		<b>1,78</b>	<b>1,326-2,389</b>	<b>0,001</b>
<b>F8</b>		<b>1,62</b>	<b>1,200-2,198</b>	<b>0,014</b>
F9	0,88	0,652-1,194	0,002	
Département de prise en charge	Aisne	Réf.	-	-
	Nord	1,64	1,283-2,098	0,463
	<b>Oise</b>	<b>2,20</b>	<b>1,933-2,505</b>	<b>&lt;,0001</b>
	<b>Pas-de-Calais</b>	<b>1,40</b>	<b>1,256-1,570</b>	<b>&lt;,0001</b>
	<b>Somme</b>	<b>3,38</b>	<b>2,867-3,974</b>	<b>&lt;,0001</b>
Mode légal des soins	Libres	Réf.	-	-
	Sans consentement	0,94	0,729-1,218	0,649

Exemple de lecture : les 50-59 ans ont 2,24 fois + de chances que les 0-16 ans d'avoir un suivi régulier et intensif.

Dans la régression logistique, le sexe n'introduit pas d'effet significatif sur la régularité du suivi en CATTP, de même que le mode légal des soins.

Concernant l'âge, entre 40 et 69 ans, plus la personne est âgée plus la probabilité qu'elle bénéficie d'un suivi régulier et intensif est élevée. Ainsi, les 40-49 ans ont 1,77 fois plus de probabilité que les 0-16 ans d'avoir un suivi régulier et intensif ; les 50-59 ans, 2,23 et les 60-69 ans 2,55. Pour les autres classes d'âges, une valeur de p supérieur à 5% et/ou un intervalle de confiance incluant la valeur 1 ne permettent pas de conclure à un effet significatif.

Concernant les diagnostics, les troubles psychotiques (F2), le retard mental (F7) et les troubles du développement psychologique (F8) sont significativement liés à une probabilité accrue de connaître un suivi régulier ; à l'inverse, les diagnostics non psychiatriques induisent une probabilité minorée.

Enfin, on retrouve une probabilité significativement majorée de suivi régulier avec une prise en charge dans le Pas-de-Calais (OR=1,40), l'Oise (OR=2,20) et, plus encore, dans la Somme (OR=3,38).

### 3.2.7 Les CATTP en milieu pénitentiaire

Douze CATTP sont implantés dans les unités de soins en milieu pénitentiaire dans les Hauts-de-France (cf. Carte 2, p 10). 338 personnes (2,6% des individus suivis en CATTP) y ont connu 3172 actes (soit 1% des actes réalisés en CATTP).

Ces centres constituent un sous-ensemble des Dispositifs de soins psychiatriques gérés par des centres hospitaliers ou des EPSM. La plupart sont de création récente (années 2000 et 2010).

Tableau 4. Caractéristiques des actes des CATTP en milieu pénitentiaire. Hauts-de-France. 2017. N=3172.

		N	%
Ensemble		3 172	100,0%
Sexe	Hommes	3 027 (9,6*)	95,4%
	Femmes	145 (6,3*)	4,6%
Type d'acte	Groupe	2 856	90,0%
	Entretien	314	9,9%
	Démarche	2	0,1%
Profession intervenant	Travailleur social	24	0,8%
	Infirmier	2 718	85,7%
	Médecin	1	0,0%
	Psychologue	321	10,1%
	Plusieurs intervenants, sans médecin	108	3,4%

\*Nombre d'actes par personne en 2017

NB : tous les actes réalisés en CATTP en milieu pénitentiaire le sont sous un mode de soins libres.

Tableau 5. Caractéristique des usagers des CATTP en milieu pénitentiaire. Hauts-de-France. 2017. N=338

		N	%
Ensemble		338	100,0%
Sexe	Hommes	315	93,2%
	Femmes	23	6,8%
Âge	18-29 ans	111	32,8%
	30-39 ans	104	30,8%
	40-49 ans	73	21,6%
	50-59 ans	37	10,9%
	60-69 ans	10	3%
	70 ans et +	3	0,9%
	F0	1	0,3%
	F1	32	9,5%
	F2	21	6,2%
Diagnostic principal au 1 <sup>er</sup> acte	F3	6	1,8%
	F4	43	12,7%
	F5	2	0,6%
	F6	114	33,7%
	F7	3	0,9%
	F8	1	0,3%
	F9	6	1,8%
	Autre diagnostic (Z)	89	26,3%
	Sans information	20	5,9%
	Moyenne	9,4	
Nombre d'actes par personne	Min	1	
	Max	88	
	Écart-type	10,0	

Les hommes représentent plus de neuf personnes suivies en CATTP sur dix (93,2%).

Dans plus de neuf cas sur dix, les actes sont des activités de groupe (93,2%). Plus de quatre actes sur cinq sont effectués par un ou des infirmier-s (85,7%) ; les médecins n'interviennent quasiment pas dans ces activités thérapeutiques (un seul acte a été décrit en 2017). Les psychologues, quant à eux, en concentrant 10,1% des actes, semblent davantage présents que dans les CATTP pour adultes.

Il s'agit de personnes jeunes ; 32,8% des personnes suivies en CATTP en milieu pénitentiaire ont entre 18 et 29 ans et 30,8% ont entre 30 et 39 ans. Les troubles de la personnalité et du comportement (F6) constituent le diagnostic décrit le plus souvent (33,7%) ; il est à souligner qu'environ une personne sur trois (32,3%) n'a pas de diagnostic codé ou un diagnostic en Z<sup>16</sup> .

Comparativement aux adultes suivis en CATTP en milieu libre, les patients des centres en milieu pénitentiaire :

- sont beaucoup plus souvent des hommes (93,2% vs 51,2%) ;
- sont plus jeunes (36,4 ans vs 46,8 ans) ;
- présentent en premier lieu des troubles de la personnalité et du comportement (33,7% vs 6,4%) ;
- sont suivis plus brièvement (9 actes en 2017 vs 26).

Dans le CATTP en milieu pénitentiaire créé en 2015 dont nous avons rencontré une infirmière, trois groupes de 6-8 personnes sont réunis chaque semaine, avec comme activités support le mandala : « *Le mandala, c'est pour les gens qui ont des difficultés à s'intégrer, qui sont très ... on va dire timides et renfermés sur eux-mêmes* », l'art créatif et le vidéo-débat, dont le thème actuel était l'alcool (les violences conjugales constitueront le prochain). Les patients sont sélectionnés et orientés par les deux psychologues, avec lesquels l'infirmière travaille en binôme. L'activité s'arrête au bout d'une heure et demie, puis un tour de table est organisé pour que les participants puissent exprimer leur ressenti à propos de la séance et de leur détention. Un contrat est signé avec les nouveaux participants, stipulant le nécessaire respect réciproque et l'exclusion en cas de manquement non excusé à trois séances. Pour cette infirmière, les temps d'activité comme le mandala sont propices aux confidences : « *on les voit différemment, ils se livrent plus au CATTP, même avec les autres détenus ; entre eux ils se parlent pendant l'activité et voilà, ils échangent des choses sur leur vécu en détention* ».

### 3.3 Enseignements des entretiens semi-directifs

Seize entretiens ont été menés, par téléphone le plus souvent<sup>17</sup>, de mai à juillet 2020 : neuf en centres pour adultes, cinq en centres pour enfants-adolescents, un en milieu pénitentiaire et un en addictologie. Les propos ont été intégralement retranscrits puis codés par thèmes et sous-thèmes. Vingt-quatre professionnels ont participé à ces entretiens (dans quatre cas, ils ont en effet été collectifs).

Il s'agissait majoritairement de cadres infirmiers (N=10) ou de cadres supérieurs de santé (N=3), mais ont également participé aux entretiens des infirmier-ère-s (N=6), un médecin, une éducatrice de jeunes enfants et une éducatrice spécialisée<sup>18</sup>.

Comme nous l'avons précisé plus haut, le seul cadre réglementaire régissant les CATTP est celui de l'arrêté du 14 mars 1986 du Ministère des affaires sociales et de la solidarité nationale, qui donne comme objectifs à ces centres de « *maintenir ou favoriser une existence autonome par des actions de soutien et de thérapeutique de groupe* » [9]. Leur appellation stipule que les CATTP ont une fonction d'accueil à visée thérapeutique, alors que l'arrêté précise que les actions sont groupales, ce qui les différencie des entretiens. L'analyse que nous avons faite du RimP **Erreur ! Source du renvoi introuvable.** a permis d'avoir la confirmation que dans 83,7% des cas, les actes réalisés en CATTP étaient des activités de groupe. Les entretiens représentent 10,7% de l'activité, ce qui suggère que les participants aux groupes peuvent être vus individuellement dans le cadre du CATTP, notamment pour leur admission dans le centre ou leur réévaluation.

<sup>16</sup> Les diagnostics en Z ne portent pas sur un trouble mais plutôt sur l'appel à certains services de santé (examens médicaux, mise en observation, recours à des moyens de contraception, dons ou encore convalescence) ou la mention de facteurs pouvant influencer l'état de santé (maladies transmissibles, situation socio-économique ou situation psycho-sociale liée à l'éducation, à l'entourage, etc.)

<sup>17</sup> Ce choix a été dicté par le contexte sanitaire lié à l'épidémie de Covid-19, durant le printemps et l'été 2020.

<sup>18</sup> La profession de deux intervenants ayant également participé à l'entretien téléphonique n'a pas été obtenue.

### 3.3.1 Caractéristiques des centres rencontrés

Nous avons ciblé **9 CATT** pour adultes<sup>19</sup>, mais l'interview avec des cadres ayant la responsabilité de plusieurs CATT, nous a permis de recueillir des propos sur davantage de centres.

CA1. Le 1<sup>er</sup> centre est implanté dans le Nord ; il est rattaché à un centre hospitalier général. Le cadre interviewé (un homme) a refusé l'enregistrement. Les notes d'entretien ont donc été utilisées à défaut de retranscription intégrale des propos. Le CATT existe depuis 1986 (depuis l'arrêt) et est lié à l'hôpital de jour du secteur.

CA2. Le 2<sup>e</sup> centre est implanté dans l'Oise et dépend de l'EPSM du département. Créé en 1986, il obéissait initialement à un modèle de psychothérapie institutionnelle. La cadre de santé interviewée signale l'existence de 22 créneaux d'activités durant la semaine. Ce centre a accueilli 99 personnes en 2019 - dont 66 femmes - pour une totalité de 5588 actes (correspondant à des activités de groupe mais aussi à des actes individuels, selon la problématique du patient).

CA3. Dans le 3<sup>e</sup> centre, situé dans l'Oise et dépendant de l'EPSM du département, c'est une infirmière qui a été interviewée. Le secteur dont il dépend comprend un autre CATT ce qui explique, selon l'infirmière, un nombre de patients dans le centre jugé peu élevé (une trentaine de patients par mois).

CA4. Le 4<sup>e</sup> centre est basé dans le Nord et dépend d'un EPSM. Créé il y a une quinzaine d'années puis déménagé dans de nouveaux locaux, le centre a vu son équipe, partagée avec le CMP, se développer progressivement pour parvenir à 11 infirmiers (contre seulement 3 à son ouverture).

CA5. Dans le 5<sup>e</sup> centre, implanté dans la Somme et ouvert en septembre 2017, c'est une cadre de santé et un médecin qui ont été interviewés. Le centre est organisé autour de 6 à 7 créneaux d'activités par semaine, avec des groupes de 4 à 10 personnes. Le centre étant assez jeune avec une équipe peu importante, la capacité d'adaptation y est jugée élevée.

CA6. L'interview dans le 6<sup>e</sup> centre, menée avec un cadre de santé, a apporté des informations concernant 3 centres différents, basés dans la Somme. Le premier centre a ouvert en 1993, le 2<sup>e</sup> en 1995 et le 3<sup>e</sup> en 2001. Implantés en milieu rural, ces centres proposent des soins de proximité à l'ensemble des habitants ; la forme de CATT a été choisie car jugée comme étant une structure plus souple qu'un hôpital de jour et où l'engagement des usagers dans le soin y est considéré plus fort. Le 1<sup>er</sup> et le 3<sup>e</sup> centre accueillent chacun entre 25 et 30 personnes par jour, le 2<sup>e</sup> une quarantaine, pour près de 400 patients suivis en CATT sur l'année 2019. Les 3 centres sont ouverts du lundi au vendredi de 9h à 17h, en continu.

CA7. Le 7<sup>e</sup> centre est basé dans le Nord et dépend d'un EPSM. L'équipe du CATT intervient également au CMP. Une quinzaine d'activités de groupe y sont proposées. En 2019, la file active s'élevait à 91 patients avec 503 séances d'activités réalisées pour un total de 2250 actes (soit une moyenne de 4,5 personnes par activité).

CA8. Le 8<sup>e</sup> centre, situé dans l'Aisne et géré par l'EPSM du département, a fait l'objet d'un entretien collectif réalisé avec l'ensemble de l'équipe, dont la cadre de santé, professionnelle qui s'exprimera le plus, et l'intervention ponctuelle de 3 infirmiers. Le centre naît il y a 20 ans de la volonté du chef de service, à la suite d'une analyse de besoins, de transformer l'hôpital de jour alors existant en CATT pour apporter davantage de flexibilité et donner la dimension hospitalière. Le centre accueille en moyenne quinze patients par jour (en activités de groupe mais aussi en individuel) et compte entre 50 et 60 patients par semaine.

CA9. Le 9<sup>e</sup> centre se situe dans le Nord ; il est géré par un EPSM et a ouvert en 1992. Comme l'explique le cadre supérieur de santé interviewé, son projet a évolué ; le centre est désormais intersectoriel et ses personnels sont spécifiques.

Des professionnels de **5 centres infanto-juvéniles**<sup>20</sup> ont été interviewés ; comme en psychiatrie adulte, certains cadres avaient la responsabilité de plusieurs CATT.

CI1. Le 1<sup>er</sup> centre est situé dans le Pas-de-Calais et géré par un EPSM. L'entretien, réalisé sur place, a été mené principalement avec une éducatrice de jeunes enfants (EJE), en présence également du cadre de santé et d'une infirmière. Le centre a été créé dans les années 1990 ; Il est actuellement situé dans des locaux partagés avec le CMP ainsi qu'avec le CMP pour adultes du secteur. Le centre propose des

<sup>19</sup> Par convention, ces CATT seront désignés CA.

<sup>20</sup> Par convention, les CATT infanto-juvéniles seront désignés CI.

activités aux enfants de 0 à 3 ans et à leurs parents. Le centre dispose aussi d'activités adressées à des enfants ou adolescents de primaire, de collège et de lycée. Au total, le centre compte 800 patients.

Cl2. Le 2<sup>e</sup> centre est basé dans le Pas-de-Calais et géré par un EPSM. Le cadre supérieur de santé rencontré a élargi ses propos au seul cadre des CATTTP pour aborder la situation du secteur et de ses 7 CMP et 7 CATTTP ; il a souligné la variabilité dans la tenue des groupes (nombre, taille), et fourni des données indicatives : 8 à 10 groupes par semaine par CATTTP, chaque groupe réunissant entre 3 et 10 patients, pour 20 à 30 patients par semaine. Les conduites suicidaires et les Ted constituent les axes prioritaires de 2 de ces CATTTP.

Cl3. Le 3<sup>e</sup> centre se trouve dans l'Oise et est géré par l'EPSM du département. Accueillant uniquement des adolescents, il est composé d'une équipe restreinte de deux personnes à temps partiel : une éducatrice spécialisée, qui est la personne interviewée, et un infirmier. Le centre est ouvert une journée par semaine, le mercredi (pour ajuster plus facilement les disponibilités avec la scolarité) sous la forme de deux groupes, un le matin (autour de la préparation d'un repas), l'autre l'après-midi (autour de sorties extérieures notamment), chaque groupe concernant 3 à 5 adolescents.

Cl4. Le 4<sup>e</sup> centre est basé dans le Nord. La cadre de santé interviewée a sous sa responsabilité un 2<sup>e</sup> centre, aussi l'entretien a-t-il porté sur ces 2 centres. Le 1<sup>er</sup> centre a vu le jour en septembre 2008 (pour un projet débuté en 2007) et le 2<sup>e</sup> a ouvert en janvier 2012. Les deux centres sont ouverts du lundi au vendredi de 8h30 à 17h15 voire, certains jours, 18h (pour quelques groupes de préadolescents ou adolescents). La capacité des groupes varie selon l'âge : 3 pour les plus jeunes, nécessitant plus d'attention, 6 pour les autres. Chaque CATTTP ne disposant que de deux salles, seuls deux groupes peuvent être réunis simultanément.

Cl5. Le 5<sup>e</sup> centre est situé dans le Nord ; il est géré par un EPSM. Le cadre supérieur de santé interviewé a évoqué la situation de l'ensemble des CATTTP, infanto-juvénile et pour adultes, de l'établissement et employé l'expression de « soins médiation » (autre appellation des groupes thérapeutiques), dont la pratique dans son établissement date de plus de dix ans.

Les professionnels d'un CATTTP rattaché à un intersecteur d'addictologie (CAAd) et d'un centre implanté en milieu carcéral (CP) ont par ailleurs été interviewés.

- *Des objectifs sanitaires mais aussi sociaux*

Dans ce chapitre sont présentées les grandes fonctions des CATTTP, telles que décrites durant les entretiens. Selon les professionnels rencontrés, elles oscillent entre un axe social et un axe sanitaire, les deux étant désormais occupés par la psychiatrie, qui se positionne à la fois dans le repérage, le traitement et la réhabilitation.

- *Un accueil inconditionnel*

Dans plusieurs des CATTTP sur lesquels nous avons porté notre attention, un accueil individuel, sans rendez-vous, des personnes connues du service est assuré ; il est jugé nécessaire, en plus des activités individuelles ou collectives, de pouvoir recevoir, sur un mode informel, des patients qui ressentent le besoin de parler ou de confier des difficultés<sup>21</sup>.

*CATTTP c'est centre « d'accueil » thérapeutique à temps partiel. Cette notion d'accueil est importante aussi. Parfois, on a des gens qui viennent faire juste un petit coucou. Ça reste ouvert ; c'est une structure qui est ouverte ; il ne faut pas prendre rendez-vous pour venir (pour les gens qui connaissent et qui sont pris en charge habituellement). Ils peuvent venir ou appeler pour parler d'un problème qu'ils rencontrent ; on a des entretiens au téléphone aussi, pour les gens qui fréquentent le CATTTP. Si on renvoie tout vers le CMP, elles ne vont pas y arriver. On peut le faire et ce sont des patients qu'on voit beaucoup plus souvent qu'ils ne sont vus par les collègues du CMP. Et puis le lien est là aussi ; il y a une alliance thérapeutique, ils ont confiance en nous (non pas qu'ils n'aient pas confiance aux collègues du CMP). On est peut-être plus leur référent ; on est avec eux toute la semaine, donc ils ont plus tendance à nous appeler. Après, certains appellent les*

---

<sup>21</sup> Cet accueil est l'équivalent de celui proposé dans les Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues -parfois nommés à bas seuil- où peuvent se présenter des personnes sans demandes ni projets particuliers, contrairement à la pratique en centre de soins, où les entretiens sont en général programmés, individuels et consacrés au projet de soin.

deux [unités] ; ils savent très bien taper aux deux portes ! Après comme on se réunit chaque matin pour les transmissions avec nos collègues du CMP, on se parle de nos patients [CA3].

L'idée est de garder un espace d'accueil. La notion d'accueil a été très importante à la création du CATT, et aujourd'hui, on a toujours une infirmière d'accueil. Au-delà des temps d'activité, les patients savent qu'ils peuvent venir à tout moment, qu'ils seront accueillis : c'est un espace pour eux, avec du temps qui peut leur être accordé, pour parler ...

Question : Avec une collation ?

Avec un petit café, parfois des petits gâteaux. C'est un espace de convivialité, pour eux ; ils peuvent se livrer, sans être jugés, ils peuvent être eux-mêmes, sans rendez-vous. On a toujours une infirmière dédiée à l'accueil, présentiel ou téléphonique. Ça peut être des appels de personnes qui ont besoin d'être rassurées (on a une secrétaire, mais ce n'est pas elle qui fait les entretiens) [...] On peut accueillir des patients qui sont partis, qui ont arrêté la prise en charge ; ils savent qu'ils peuvent venir à tout moment, s'il y a besoin. C'est ouvert [CA2].

#### ▪ La lutte contre l'isolement, la re/socialisation

Les patients chroniques de la psychiatrie ont souvent une vie sociale assez restreinte, du fait de troubles qui les isolent (agoraphobie, angoisses, fonctionnement social inadapté, rejet, stigmatisation ...) Une majorité des professionnels interviewés ont cité comme objectifs la socialisation, l'inclusion, la lutte contre l'isolement. Le groupe permet aux patients de se confronter à leurs pairs, ainsi qu'à d'autres tiers lorsque l'activité se déroule à l'extérieur. Les sorties donnent aux personnes accompagnées l'occasion de re/découvrir des lieux avec l'espoir dont on espère qu'elles vont se les approprier pour s'y rendre seules ensuite.

On propose des activités en demi-journée, qui ne sont pas forcément les mêmes selon les CATT ; et on se sert de ces activités-là comme un médiateur pour le soin et emmener les gens, en fonction de ce dont ils ont besoin et de leurs pathologies, pour travailler un peu plus la confiance en eux, ou la concentration, ou la relation à l'autre, la socialisation, l'autonomie ... C'est du cas par cas. [...] On a eu une jeune femme qui avait fait juste une bouffée délirante, qui avait été hospitalisée et qui restait enfermée chez elle tout le temps, d'où l'intérêt de l'indication du CATT pour qu'elle sorte un peu de chez elle et qu'on travaille sur la relation à l'autre, l'ouverture à l'autre, qu'elle voie qu'elle était capable de faire des choses. Et maintenant cette jeune femme a un compagnon, un bébé, travaille à l'Esat de N et ça va. Pour ça, on sait pourquoi on est là ; ce n'est pas tout le temps. Il y en a pour qui la maladie n'évolue pas favorablement. Quand on prend en charge des gens comme ça, ça fait du bien aussi. On a réussi à accompagner quelqu'un dans son parcours, en partant de loin ; et la personne arrive à avoir une vie quasi-normale à l'extérieur [CA3].

Une personne primo-consultante au CMP, dont on dit que ce serait bien qu'elle soit un peu occupée et qu'on l'envoie sur un ou deux créneaux d'activité. Quelqu'un qui est hospitalisé et qui va sortir d'hospit ; ceci étant, sortie d'hospit, elle est toute seule chez elle. Peut-être que ce serait bien qu'elle aille en CATT et pour la préparer à investir les espaces, les locaux de la municipalité qui peut aussi proposer des choses. Il y a énormément d'associations sur T, le CATT peut permettre à cette personne d'aller rencontrer les foyers dans les quartiers ... T en tout cas dispose de beaucoup d'associations, de beaucoup de maisons de quartier. L'idée c'est que ces personnes étant au CATT, elles peuvent être accompagnées par les professionnels dans la découverte. L'idée ce n'est pas de les rendre dépendants, c'est de les autonomiser [CA9].

*Il y a la marche aussi ; c'est une activité physique et ça va permettre de sortir certaines personnes de chez elles, d'intégrer un groupe, de découvrir autres choses, de prendre l'air [CA3].*

*Parce que parfois ce sont des ados qui n'osent pas sortir de chez eux ; ils sont tout le temps en train de jouer à la play, ils ne voient pas d'autres enfants, donc le but c'est vraiment... c'est comme le groupe pendant les vacances, pendant les vacances il y a des ados qui se côtoient ici au niveau du CMP de manière à pouvoir justement sortir de leur chambre et pas tout le temps être sur leur play, de pouvoir aller vers l'extérieur faire du sport, faire du foot [C15].*

La re/socialisation constitue un objectif majeur des CATTP, même s'il n'est pas toujours formalisé et théorisé comme dans les services se référant à la réhabilitation psychosociale.

- **Des usagers citoyens**

Assez proches des objectifs de socialisation, ceux de citoyenneté sont affirmés dans certains centres ; la réhabilitation du patient passe par le recouvrement de ses habiletés et son inscription dans les différents compartiments de la vie sociale, afin de « *garantir l'accès au logement, loisir, travail, réseaux sociaux* » [10].

*Donc là, c'est à nous de faire ce travail de maillage avec le tissu associatif local et ces patients qu'ils puissent à un moment donné retourner vers quelque chose qui est tout simplement leur citoyenneté, qu'ils ont quelque fois un peu perdu, se réimplanter dans la société [...] Tout ça, c'est de la réhabilitation, mais là encore qui s'appuie sur le potentiel, c'est le rétablissement. Voilà, comment on peut remettre le patient dans quelque chose qu'il habite, de sa citoyenneté et de sa capacité à gérer sa vie [C15].*

À l'opposé de l'image du patient, destiné à se conformer aux prescriptions de son médecin, celle de l'usager citoyen renvoie à sa capacité à retrouver une autonomie, avec un accompagnement de professionnels bienveillants dans un environnement social tolérant et non stigmatisant. Sans avoir été employé, le terme d'*empowerment*, qui rend compte du pouvoir que prend l'usager et du processus d'apprentissage pour y accéder [11] aurait pu l'être pour désigner cette approche centrée sur le patient dans son environnement global. C'est le point de vue développé par les tenants d'une psychiatrie intégrative<sup>22</sup>, qui aborde l'ensemble des aspects du parcours de vie de l'usager [13] ; le trouble ou ses symptômes ne sont que l'une des questions à traiter, parmi l'ensemble de ses besoins.

*On a une vision très intégrative de l'enfant, donc on essaie vraiment de l'intégrer dans son quotidien, dans son milieu, dans la société. Voilà, ça c'est la vision je dirais principale, le fil conducteur de tous les services de pédopsychiatrie : on est vraiment intégratifs et on essaie de faire évoluer les enfants pour qu'ils puissent s'intégrer en société et vivre mieux et vivre bien [C14].*

*La psychiatrie intégrative, c'est une psychiatrie qui vise à travailler autour de l'intégration du patient dans la cité, et qui ne s'interdit rien en type d'orientation. [...] Mais tout ce qu'on fait autour du patient c'est dans le but de maintenir ou restaurer ou créer une insertion, tant au niveau familial que social, de façon à ce que la prise en charge en psychiatrie ne coupe pas les patients de la réalité sociétale [C15].*

- **Des centres thérapeutiques, pas occupationnels**

Beaucoup de professionnels ont tenu, spontanément, à préciser que les activités collectives proposées avaient une visée thérapeutique ; conscients qu'elles peuvent apparaître comme des activités de loisirs, les professionnels en expliquent le sens et donnent une lecture sanitaire à une activité ayant, bien sûr également, une dimension sociale.

---

<sup>22</sup> « *La pédopsychiatrie intégrative est donc une pratique qui tente de prendre en considération les multiples aspects concernant les enfants, quel que soit leur âge, et de faire son miel de tout ce qui peut concourir à éclairer en pensée et en pratique leur développement, depuis les avancées des neurosciences jusqu'aux fonctionnements démocratiques de proximité en passant par les éclairages de la psychopathologie psychanalytique et les dispositifs éducatifs et culturels* » [12].

*On leur explique que c'est un soin à part entière, ce n'est pas comme vous le dites un loisir, après s'ils prennent du plaisir comme si c'en était un bah tant mieux c'est une vraie plus-value. Tant qu'à faire, que l'enfant ou l'adolescent s'amuse mais en même temps, tout en s'amusant, il arrive à se soigner, ça, à la limite, c'est superbe [C15].*

*Par exemple, le journal, les jeux ... ça peut paraître un peu rébarbatif, un peu plan-plan, mais on travaille beaucoup de choses autour d'un jeu de société : la réflexion, la concentration, le respect des règles, la relation à l'autre, respecter le groupe, la confiance en soi, oser ... En soi, ce n'est pas occupationnel. Ça peut sembler occupationnel de faire une partie de Rubik's cube, mais il se passe plein de choses, on arrive à travailler plein de choses. Ce n'est peut-être pas flagrant pour quelqu'un qui ne nous connaît pas trop et qui nous regarderait comme ça. « Ah, ben tiens, c'est cool ; ils jouent aux cartes ». Eh bien, non. On travaille quand même pas mal de choses [CA3].*

*Après, ça peut être réducteur dans le sens où on parlait tout à l'heure comme quoi ça fait du bien. " oh bah, c'est pour faire une activité occupationnelle ! ", mais non, non ce n'est pas ça. Les gens pensent qu'ils viennent ici faire une activité manuelle, mais c'est un soin : on met du sens, on parlait de comportement, d'observations, voilà tout ça, ça fait partie du travail de l'infirmière en psychiatrie [CA4].*

*De toute façon, pour venir en activité de CATTTP, il faut qu'il y ait un besoin à la base, sinon les gens peuvent aller faire leurs activités en ville. Il faut vraiment qu'il y ait un besoin à la base. On n'a rien à voir avec l'occupationnel, au niveau thérapeutique, il faut qu'il y ait un besoin de ce côté-là, c'est pour ça d'ailleurs que ça se fait sur prescription médicale [CA7].*

Le plus souvent, une vision extensive du soin est adoptée par les intervenants, qui proposent une lecture sanitaire des activités sociales, culturelles ou sportives. Ce glissement se manifeste tout particulièrement dans la réhabilitation psychosociale<sup>23</sup>, qui emprunte au travail social des méthodes et des objectifs.

*[Par rapport aux activités de groupe en CMP ou en hôpital de jour], on est complémentaire – je ne sais pas si c'est l'orientation qui a été donnée aux CATTTP – mais c'est surtout axé sur la réhabilitation psychosociale de façon plus intensive, avec des orientations cognitives. C'est en train de se mettre en place ; c'est une volonté propre, la philosophie qui a été donnée à l'ouverture du CATTTP. Il est récent ; il a ouvert en septembre 2017. [...] Le fil conducteur est que les activités soient pensées autour de la réhabilitation psychosociale, d'inspiration de remédiation cognitive. Ça oriente le travail vers les habiletés psychosociales. On ne le retrouve pas dans le CMP et l'hôpital de jour, chez nous. C'est ce qui distingue les activités du CATTTP d'A par rapport à celles des autres unités fonctionnelles de psychiatrie [CA5].*

#### ■ L'observation et l'évaluation

Voir les patients évoluer en petits groupes va permettre aux professionnels, surtout en psychiatrie infanto-juvénile, d'appréhender leur fonctionnement social, qui pourra ensuite être utilisé pour définir ou réajuster le projet de soin.

*Au niveau du « groupe conte » par exemple : une fois, j'ai eu des révélations. Donc on a dit "y a pas, il faut à tout prix que le gamin soit vu". Donc, quand c'est comme ça, parce que pareil, quand l'infirmier reçoit en entretien les familles, tout le monde va dire que c'est important, c'est urgent, après, c'est à nous de trier. Donc, parfois le groupe ça nous permet aussi de voir : est-ce que c'est la maman qui est trop*

---

<sup>23</sup> La notion de réhabilitation psychosociale trouve sa genèse dans les années 1960, avec l'invention des neuroleptiques et le début de la fermeture des lits d'hospitalisation à temps complet. Il s'agit d'une approche visant à permettre aux patients chroniques de re/trouver une place dans la cité avec une aide médico-psycho-sociale adaptée <https://centre-ressource-rehabilitation.org/-rehabilitation->

*angoissée, donc nous, ça nous permet aussi d'observer et de voir un peu comment ça se passe avec l'enfant [C11].*

*Par exemple en relaxation on ne va pas prendre 15 personnes, c'est thérapeutique donc à un moment donné il faut que le personnel soignant qui dispense l'activité puisse observer correctement les patients dans ces phases de séance. Le but n'est pas de remplir en fait, il faut pouvoir observer les patients [CA4].*

- **Reprendre confiance en soi**

La faible estime de soi semble assez fréquente chez les patients accompagnés et le travail sur la confiance en soi a souvent été évoquée, en psychiatrie adulte comme en psychiatrie infanto-juvénile. Les activités collectives, espaces de sociabilité, doivent permettre à leurs participants de dépasser leurs angoisses ou inhibitions pour avoir un fonctionnement social plus satisfaisant. La bienveillance et les encouragements contribuent au dépassement des craintes de ne pas savoir faire.

*Il y a des fiches d'activité, avec des objectifs déclinés. Par exemple, l'expression orale sera travaillée dans l'atelier théâtre. La confiance en soi est une thématique que l'on va rencontrer partout [CA2].*

*On propose des activités en demi-journée, qui ne sont pas forcément les mêmes selon les CATTP ; et on se sert de ces activités-là comme un médiateur pour le soin et emmener les gens, en fonction de ce dont ils ont besoin et de leurs pathologies, pour travailler un peu plus la confiance en eux, ou la concentration, ou la relation à l'autre, la socialisation, l'autonomie ... C'est du cas par cas [CA3].*

*On les oriente vers des clubs extérieurs et du coup en fait ils prennent confiance en eux en venant au multisport et puis on apprend un peu les bases et tout ça et comme ça après pour aller à un club, ils sont plus rassurés et c'est plus facile pour eux après, quoi, en fait [C11].*

*Donc là, on a des petits groupes, on a le groupe Bout'chou. C'est le mardi après-midi avec la psychomotricienne et moi-même, on est 2, et on peut aller jusqu'à 5-6 enfants. Là aussi, c'est pour reprendre un peu les limites, la frustration, travailler la confiance en soi, au niveau moteur s'il y a des retards en psychomotricité fine [C11].*

- **Limiter les réhospitalisations**

L'orientation en CATTP n'est jamais de première intention ; elle est conditionnée à un suivi en CMP et suit parfois une hospitalisation à temps complet ou partiel. Sauf quand elle est séquentielle, et donc programmée, l'hospitalisation constitue l'événement à éviter dans le parcours du patient, pour les professionnels. Une prise en charge adaptée doit permettre d'éviter les décompensations et les crises. L'accompagnement en CATTP participe aux moyens mis en œuvre pour limiter les réhospitalisations.

*Donc on arrive avec des personnes qui ne vont pas bien, qu'on doit réhospitaliser, et quand on voit ce que coûte une journée d'hospitalisation, on voit l'intérêt de les maintenir au travers d'une activité d'accompagnement et de guidance au niveau d'un centre d'accueil thérapeutique, accueil thérapeutique à temps partiel [CA9].*

*De nos patients en CATTP, même s'il y a -je dirais- des hospitalisations de temps en temps, il y en a peu et elles sont bien plus courtes qu'elles ne pourraient être si le patient n'avait pas cette prise en soins dans un CATTP ; ça réduit les temps d'hospitalisation, ça évite les réhospitalisations. Et ça c'est vraiment le b-a-ba des missions d'un CATTP [CA8].*

- **Des références théoriques rares**

Nous avons interrogé les professionnels rencontrés sur les références théoriques sous-jacentes à leur organisation et à leurs choix ; de fait, elles sont rares. Les cadres infirmiers, que nous avons choisi d'interviewer, et qui constituent la très grande majorité des personnels interrogés, se tiennent à l'écart des débats ou conflits entre courants et approches. De leur point de vue, c'est aux médecins et psychologues d'opter pour des approches particulières, pas à eux.

Q. Vous avez des références théoriques précises sur lesquelles vous vous appuyez ?

*De ma fonction je ne suis pas attendu pour ça, j'ai une fonction qui est plutôt managériale et organisationnelle. Les courants de pensée sont plus développés du côté médical [C15].*

Les professionnels interviewés se réfèrent à leur « feeling », leur expérience et sont adeptes d'un éclectisme : ils décrivent différentes méthodes, employées selon les référentiels des médecins ou psychologues. Il ne nous a pas été décrite de ligne unique au sein du CATTP, mais différentes techniques plus que des références théoriques fortes.

*Au niveau des psychologues, on a deux versants : TCC<sup>24</sup> et psychanalyse. Au niveau infirmier, bah nous ce n'est pas... la formation de base est assez générale, même si on a encore quelques infirmières de formation psychiatrique. Et au niveau des thérapies, on a de la thérapie brève, j'ai des collègues qui utilisent aussi l'hypnose, on a thérapie familiale [CA4].*

*En fait on a de tout. On a de tout parce que les psychiatres ont voulu avoir différents courants de pensée et du coup, sur les CMP comme sur les CATTP, on a un peu tous les courants. Donc, chacun travaille en complémentarité et chacun a sa place. Donc, on ne va pas dire qu'il y a un courant plus présent qu'un autre.*

Les cadres ne connaissent pas forcément les référentiels théoriques employés (quand ils existent).

Q. Toujours si on parle du CATTP, est-ce qu'il y a un modèle théorique que vous employez ? Est-ce qu'il y a des références ?

*Alors là, peut-être mais je vais être sincère je ne peux pas vous répondre. Savoir ce qu'ils ont utilisé, sous quel... probablement, certainement, mais là je serais incapable de vous le dire [C12].*

Une infirmière interviewée nous a demandé des précisions sur le terme de références présent dans la question que nous lui avons posée.

Q. Concernant les références théoriques, sur lesquelles vous vous appuyez ?

*[Nous n'en avons] pas particulièrement. Qu'appellez-vous des références ?*

Q. Par exemple la psychanalyse, la thérapie brève ...

*Ça c'est une démarche personnelle de chaque soignant, qui va vers ces choses-là. Ça se ressent peut-être dans notre façon de travailler ... Non, on ne s'appuie pas officiellement sur ces choses particulières comme ça ; après, on a tous notre sensibilité, en fonction des formations qu'on a pu faire, etc. C'est peut-être plus les psychologues qui travaillent dans ce sens-là, qui ont des choses un peu plus référencées comme ça. Ça ne nous empêche pas de nous informer, de nous tenir au courant et de continuer à apprendre des choses ; il n'y a pas de soucis. On ne base pas des activités thérapeutiques avec des trucs comme ça, en fait [CA3].*

Cette autre professionnelle se réfère à ses savoir-faire, qu'elle oppose aux modèles théoriques.

Q. Vous avez, par rapport à toutes les activités, des références théoriques particulières, par exemple de dire telle psychologue est plus dans la psychanalyse, telle psychologue dans les thérapies brèves ?

*Non, je ne pense pas, dans nos projets je ne pense pas. Après, on s'appuie sur nos expériences à nous, et tout ce qu'on a vu au niveau du terrain [C11].*

Alors que certains professionnels interviewés ignorent donc les modèles théoriques sous-jacents (on peut alors parler des non-dits des interventions), d'autres pensent que les théories et méthodes peuvent différer selon les patients, leurs diagnostics ou le moment dans leur histoire.

---

<sup>24</sup> Les Thérapies cognitivo-comportementales (TCC) sont des thérapies brèves ; avec l'aide du soignant, le patient va chercher à identifier les bons fonctionnement et à renforcer ses comportements adaptés <http://www.psycom.org/Espace-Presse/Sante-mentale-de-A-a-Z/Therapie-cognitivo-comportementale-TCC>

*D'où l'intérêt d'avoir dans la pluralité des acteurs, la pluralité des formations, et peut-être qu'il y a des formations où dans le cadre de l'EMDR<sup>25</sup> ou l'hypnose, il va pouvoir y avoir des indications intéressantes sur le psycho-trauma par exemple.*

*Donc, je pense qu'il faut utiliser les approches cliniques à bon escient et il ne faut pas que ce soit des querelles de chapelles, il faut que dans un service on soit capable de laisser la place à la pensée de l'autre. Il n'y a pas une pensée unique. Ce qui fait la richesse, ce sont les pensées plurielles, mais tout en respectant les compétences de chacun et puis, comme je le disais, il y a peut-être des temps, des moments où le TCC est le bienvenu, un groupe d'affirmation de soi est bienvenu, et des fois il y a des situations cliniques qui nécessitent qu'on aille plus du côté de l'histoire pour en comprendre quelque chose parce que le patient aussi veut en comprendre quelque chose.*

L'éclectisme que nous avons souvent observé est le plus souvent non-pensé ; dans un cas cependant, il est présenté comme une forme de psychiatrie intégrative, que nous avons évoquée plus haut (p 26).

*Au niveau médical, nous, l'orientation principale des médecins du service est plus une orientation psychanalytique, mais nous on est plus dans la pratique de la psychiatrie intégrative, on n'a pas vraiment d'obédience particulière dans le fonctionnement. Parfois on peut avoir un fonctionnement plus sur un mode comportemental avec un patient, encore une fois, on est vraiment sur l'individualisation du soin, on essaie d'utiliser le soin le plus adapté au patient qu'on a en face de nous [CA6].*

- *Une individualisation revendiquée*

Le CATTP apparaît comme un cadre thérapeutique au sein duquel n'existent pas de protocoles qui seraient prédéfinis, dans leur durée ou leurs objectifs. Les activités sont sélectionnées en fonction du style et des appétences des participants, pour des durées indéterminées. Nous avons très souvent eu comme réponse « ça dépend » lorsque nous cherchions à caractériser le cadre théorique du CATTP qui faisait l'objet de l'entretien.

Dans celui-ci, par exemple, la nature des groupes varie dans le temps et selon les professionnels.

Q. Quelles sont les activités organisées ?

*Je ne peux pas vous répondre parce que ça dépend des CMP et puis ça dépend des années. Il y a des années où on va avoir beaucoup de groupes plutôt effectivement orientés psychomot [...] On s'adapte, hein. Ça c'est le maître mot, c'est qu'on s'adapte aux besoins des enfants et à ce qui pourrait le mieux leur correspondre, et le média le plus pertinent par rapport à leur problématique. Et puis après, ça dépend aussi des gens qui animent le groupe : y en a qui ont plus des sensibilités artistiques, d'autres plus dans le conte ou dans le théâtre. Donc, ça aussi, ça peut orienter la thématique ou le domaine dans lequel vont travailler les professionnels [Cl4].*

Les ateliers proposés dépendent des qualifications des professionnels dans cet autre centre.

*Après, ça dépend aussi de la formation des professionnels. Si on n'a peut-être pas de personnel qui est formé en psychanalyse, on ne pourra pas orienter... parce que comme ça reste sectorisé. Donc, on fait aussi en fonction des moyens et des compétences de chacun au niveau de la structure [Cl1].*

Dernier exemple, dans ce 3<sup>e</sup> CATTP, les référentiels théoriques dépendent du médecin-référent.

Q. Est-ce qu'il y a des référentiels théoriques que vous employez pour ce centre ?

---

<sup>25</sup> La thérapie *Eye movement desensitization and reprocessing* (EMDR) ou désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires est une méthode développée par Francine Shapiro à partir de 1987 et validée dans les troubles de stress post-traumatique. Elle utilise une stimulation sensorielle, visuelle, mais aussi auditive <https://www.emdr-france.org/web/quest-therapie-emdr/>

*Ça dépend surtout du médecin référent qui gère parce qu'en fait, là, on a tous des référents médicaux, tout dépend des référents. Après, au niveau orientation et indication, on est plus axés actuellement sur les enfants et les adolescents suicidaires et sur les enfants avec des troubles du spectre autistique [C12].*

L'individualisation est donc la règle ; elle peut dépendre de contraintes structurelles (personnels, locaux ...), mais est souvent justifiée, par les professionnels interrogés, par les besoins des patients.

*On utilise les moyens qu'on a dans notre environnement, dans notre département. Et puis, on vous a dit, on a un panel de 26 activités, qui sont évaluées en fonction des besoins des patients, dans le cadre de leur projet de soins personnalisé. Donc, ce n'est pas une idée qui vient comme ça [CA8].*

*Et c'est pour ça qu'on les répartit sur des CATTPlutôt que sur des hôpitaux de jour à l'époque parce que, dans les hôpitaux de jour, il y avait une forme de pouvoir soignant qui était permanente, c'était les soignants qui décidaient de tout à l'hôpital de jour. Au CATTPl, le soignant s'adapte à la demande et aux besoins des patients [...] Chaque patient gère son temps au niveau du CATTPl ; il y a des patients qui viennent une fois ou deux par semaine, d'autres qui sont là tous les jours, d'autres qui viennent que pour une activité spécifique à un moment de la semaine. Parfois il y en a qui viennent que pour une activité pendant trois ou quatre semaines et puis qui, après, viennent pour une autre. En fait, c'est très modulable, on ne sait jamais le matin combien on aura de personnes sur la journée. [CA6].*

Pour le professionnel cité ci-dessus, l'individualisation des parcours s'inscrit dans le cadre d'une opposition personnelle à la standardisation des interventions.

*Je suis contre les protocoles, les procédures, en règle générale et encore plus au niveau de la psychiatrie. Nous, notre leitmotiv permanent, c'est l'individualisation [CA6].*

#### ■ *Des activités support diversifiées*

Une soixantaine d'activités ont été citées au cours des entretiens<sup>26</sup>. Leur nature varie au gré des compétences -attestées ou supposées- des professionnels du service, dont on a vu qu'ils pouvaient chercher à venir travailler en CATTPl afin de pouvoir les mobiliser à des fins thérapeutiques, et des compétences d'intervenants ou d'organismes extérieurs (art-thérapeute, club équestre, clubs sportifs, ...)

*Ça dépend des années. Il y a des années où on va avoir beaucoup de groupes plutôt effectivement orientés psychomot. Que l'année suivante, les enfants ayant changé, il n'y a plus les mêmes besoins, soit ce ne sont plus les mêmes enfants soit ils auront progressé, donc ce sera peut-être plus un versant habiletés sociales ou confiance en soi si ce sont des ados ou des pré-ados. À C, par exemple, au CATTPl de C, depuis deux ans on a un groupe qui travaille sur les troubles de l'attachement pour des enfants qui sont accueillis chez des assistantes familiales de l'Aide sociale à l'enfance (ASE) et pour lesquels la construction et le lien est difficile à mettre en place ; et donc, voilà, il y a un groupe avec une psychomotricienne, une psychologue, une éducatrice et après il y a des guidances individuelles, des prises en charge individuelles, faites par la psychologue et par l'éducatrice. Donc, on s'adapte en fait aux besoins des enfants chaque année [C14].*

Les activités sont proposées selon le style, les besoins observés et/ou souhaits exprimés des patients parmi la palette proposée. Elles peuvent être regroupées en quatre types :

- sportives/corporelles : piscine, activité physique adaptée, marche, relaxation ...
- culturelles : médiathèque, théâtre, sorties ...
- créatives : peinture, collage, art créatif ...
- cognitives : éducation thérapeutique du patient, neuro-jeu, remédiation ...

<sup>26</sup> La liste exhaustive des activités citées au cours des 16 entretiens est située en annexe, p 61.

Les activités proposées peuvent se dérouler dans les locaux du centre ou en dehors. Les patients sont amenés à participer à des activités extérieures quand elles nécessitent des lieux ou intervenants externes, comme l'équithérapie, la piscine ... La sortie, comme précisé plus haut, vise aussi une réappropriation de l'espace public.

Les activités corporelles ou physiques adaptées recherchent une réappropriation positive du corps, l'adoption des règles de mobilité préconisées pour la santé.

En dehors des activités régulières, des temps forts sont parfois organisés, comme des sorties culturelles ou des voyages, qui vont marquer positivement les esprits.

*Ils n'ont pas beaucoup de famille forcément, nos patients, ils sont plutôt isolés. C'est l'importance justement de marquer un peu un temps fort, pour rompre cet isolement, c'est ce qui va les aider. [CA4]*

#### ■ *Le groupe comme support thérapeutique*

Conformément au court cahier des charges de 1986, fixant aux CATTP la mission de mener « des actions de soutien et de thérapeutique de groupe » [2], leurs activités sont collectives ; elles associent un petit nombre de patients en vue d'une évaluation ou d'une (re)socialisation. Contrairement à l'entretien où l'interaction n'engage que deux personnes, le groupe donne lieu à différents échanges, avec le professionnel, mais aussi avec les autres patients, qui deviennent potentiellement tous des ressources. Un mieux-être est attendu de ce que chacun vit durant la séance, au cours de laquelle les fonctions « auto-soignantes » sont stimulées. Sans avoir le formalisme des thérapies de groupes (groupes fermés, nombre de séances prédéfini ...), les activités proposées en CATTP ont les mêmes objectifs d'amélioration, psychique et sociale, chez des patients stabilisés, le plus souvent grâce à des traitements.

### 3.3.2 Liaisons

#### ■ *Environnement du centre*

Certains centres font état de la paupérisation de la population du secteur dans lequel ils se trouvent. Des populations concentrent un fort taux de chômage ; la région, qui brillait autrefois par le textile, les mines et la sidérurgie, s'est enfoncée dans une profonde crise avec les mutations du travail qui se sont opérées et notamment la désindustrialisation au profit d'une tertiarisation massive. Selon une enquête sur la santé mentale en population générale, 36% de la population de 18 ans et plus du Nord - Pas-de-Calais présentait au moins un trouble mental au début des années 2000 (contre 32% en France) [14], un taux qui peut notamment s'expliquer par la souffrance sociale.

Les difficultés sociales touchent tout ou partie de la patientèle des CATTP.

*On a une population au niveau social mitigé ; il y a un peu de misère sociale mais on a aussi des gens un peu plus aisés. Tandis que sur l'autre secteur, au niveau social, c'est un peu plus bas. Ça aussi, ça conditionne l'offre qu'on peut proposer aux patients. [CA4]*

Des patients ou des parents de patients hésitent à participer à certaines activités, ne s'en sentant pas capables ; ce sentiment peut trouver sa source dans l'environnement social des patients et/ou de leur famille.

*Par rapport à l'échec scolaire... Parfois, des mamans qui ne savaient pas lire [...] Le fait aussi, on a une population qui est défavorisée, pas toute -je ne vais pas non plus faire des clichés- mais qui se dit "bah, la bibliothèque ce n'est pas pour moi". [...] mes filles font des activités, parfois j'en parle aux mamans « inscrivez votre enfant, on a l'école de musique tous petits etc. » mais elles disent « non, ce n'est pas pour nous » [...] ils ont un peu une culture de se considérer comme « sous-citoyens » un peu quelque part, enfin je pense [C1].*

- *Des centres étroitement reliés aux CMP*

Les CATTTP constituent des unités appartenant à un service (secteur) de psychiatrie ; ils n'ont pas d'existence juridique propre et sont étroitement reliés aux autres unités, d'hospitalisation ou ambulatoires.

- *Des locaux souvent communs*

Dans bien des cas, CMP et CATTTP sont implantés dans le même immeuble. Cette configuration facilite les liaisons internes entre ces deux centres ; elles sont plus fluides et plus rapides, notamment par le biais d'échanges informels (le matin autour d'un café par exemple), ou formalisés entre collègues (réunion d'équipe). Par ailleurs, les personnes menant les activités ne se retrouvent jamais isolées et peuvent compter sur l'appui des collègues de CMP si besoin, présents aussi dans les locaux.

*On travaille vraiment ensemble et on discute ensemble, on rapporte chacun tous nos éléments pour pouvoir ensuite prendre une décision. Bien sûr, la décision est toujours médicale, c'est toujours une prescription. Mais elle ne se fait pas comme ça ; en tout cas nous on a de la chance ici au GX, ça se fait vraiment ensemble avec tous les acteurs du CMP qui suivent à un moment ou un autre le patient, donc les infirmiers, les psychos et les médecins. [CA7]*

Il y a cependant des cas où le CATTTP se trouve dans une structure différente du CMP, ce qui n'empêche pas la collaboration entre les deux, jugée primordiale. Certains CATTTP obligent d'ailleurs tous leurs patients à avoir un suivi CMP, c'est un prérequis pour pouvoir commencer une prise en charge CATTTP au sein de leur unité.

*C'est indispensable ce lien puisque les CATTTP font partie de la prise en charge ambulatoire. [CA8]*

- *Du personnel fréquemment partagé entre les deux unités*

Souvent, notamment quand CMP et CATTTP sont implantés dans le même immeuble, les personnes travaillent dans les deux centres. Cette configuration amène parfois des flous, les actes réalisés en CATTTP et ceux effectués en CMP pouvant par moments se rejoindre.

Le temps de travail des personnels intervenant dans plusieurs unités est fixé pour les infirmier·ère·s, éducateur·rice·s et psychomotricien·ne·s : il est exprimé en jours par semaine ou en équivalents temps plein (ETP). Également précis, le temps des intervenants extérieurs ou dans les structures extérieures.

Les médecins, psychologues et cadres de santé ont également un temps fixé, mais leur présence effective est liée aux besoins qui s'expriment. Ainsi, par exemple, si sur le papier une cadre de santé a 0,2 ETP en CATTTP, elle pourra en réalité y consacrer plus de temps si le besoin s'en fait sentir.

*Je suis à 30%, mais ça ne signifie rien ; j'y vais au moins 2 fois par semaine, en fonction des besoins : je m'adapte. [CA2]*

Les avantages de cette organisation sont pluriels. Outre les apports évoqués par le partage de locaux, cela permet un développement des compétences du personnel qui est ainsi affecté au CMP et au CATTTP à la fois et effectue donc entretiens individuels et animations d'activités de groupe. Enfin, un rapport au patient plus diversifié se noue : entre un rapport dual propre aux entretiens CMP et les activités de groupe, l'approche est différente, avec des observations cliniques différentes, ce qui permet au soignant d'avoir un regard plus global sur le patient (il est à noter que si les CATTTP effectuent principalement des activités de groupes, des entretiens individuels peuvent y être également menés, de même, les CMP déclarent parfois avoir des activités de groupe) [15]. Les décisions médicales prennent en compte les observations faites dans les différents contextes d'observation.

Ce constat n'est cependant pas systématique : certains pôles entendent bien différencier CMP et CATTTP :

*Il faut aussi surtout veiller à conserver certaines séparations entre les structures afin d'éviter la figure du soignant tout-puissant. Ainsi, par exemple, les visites à domicile restent dans le cadre des CMP uniquement et pas ailleurs. [CA1]*

- *Les liens avec les autres unités du service*

Outre les CMP, les CATTTP entretiennent des liens avec les autres unités du service avec lesquelles ils sont complémentaires ; comme nous l'avons déjà évoqué, le CATTTP n'est pas une structure indépendante.

*Les patients ne viennent pas directement au CATTTP. Ce sont les professionnels du secteur qui identifient le besoin, qui posent l'indication de l'orientation et on essaie de répondre à cette demande, mais on ne nous confie pas le patient pour une prise en charge globale. [CA5]*

*Nous faisons partie d'un pôle avec différentes structures et notre CATTTP s'intègre dans les différents lieux de soin du pôle. C'est-à-dire qu'il y a un lien, il y a un lien entre le CMP adultes, il y a un lien avec l'unité d'hospitalisation. [CA8]*

Le CATTTP entretient notamment un lien avec l'hôpital de jour. Il constitue parfois une prise en charge par défaut, dans l'attente d'une place en hôpital de jour. Le lien entre hôpital de jour et CATTTP peut aussi se faire dans un contexte particulier ; ainsi un CATTTP et son hôpital de jour attenants, ne prenant en charge que les cas de TED, dirige les autres enfants vers un hôpital de jour du secteur.

- *Passage infanto-juvénile à adulte*

Dans certains cas, une liaison étroite est aussi établie entre service de pédopsychiatrie et service de psychiatrie adulte. Il s'agit d'organiser un relais avec la psychiatrie adulte quand les parents se trouvent en détresse ; par exemple, lorsque ces derniers amènent leur enfant en activité CATTTP infanto-juvénile, il arrive que les professionnels les accompagnent dans le secteur pour adultes afin qu'un collègue de ce secteur les prenne en charge directement dans le cadre d'un entretien individuel.

*Sur A, on n'avait pas cette chance-là, quand je travaillais sur A, je n'avais pas le service adulte à côté. Donc parfois ça m'arrive, et ça m'est arrivé plus par le passé : une maman qui craque complètement en séance de pouvoir l'accompagner et elle était reçue tout de suite par un infirmier d'à côté. Parce qu'après, une fois qu'ils repartent chez eux, ce n'est pas toujours évident de reprendre rendez-vous je trouve. Qu'ici, ils traversent le couloir, il y a quelqu'un qui peut les recevoir. [C11]*

Ce lien permet aussi d'opérer un transfert progressif et adapté aux patients de la pédopsychiatrie à la psychiatrie générale.

*On a un secteur de pédopsy à côté qui a une grosse activité et qui couvre vraiment les besoins de pédopsy. [...] Les psychiatres de pédopsy ont travaillé aussi en psychiatrie adulte il y a quelques années, donc ils nous appellent, ils nous présentent la personne qui va basculer sur la prise en charge adulte à sa majorité et nous, à partir de là, avec son éducateur ou son infirmier de pédopsy, ça dépend, c'est au cas par cas, on rencontre la personne et on essaie de faire un programme avec la personne et voir ce qu'on peut lui proposer, quelque chose qui lui corresponde. [CA6]*

Cette cadre établit un continuum dans l'intensité de la prise en charge :

*Pour moi, l'intérêt du CATTTP, c'est d'être un complément des CMP, qui sont essentiellement des lieux de consultation. Alors que, pour moi, les CATTTP il y a une prise en charge de groupe, qui est souvent pluridisciplinaire, en tout cas en ce qui concerne nous, la pédo de V : psychomotricienne, orthophoniste, psychologue, éducatrice spécialisée. Et c'est l'intermédiaire pour moi entre le CMP et l'hôpital de jour. Il y a une gradation de prise en charge importante. Donc le CMP, c'est une prise en charge on va dire plutôt simple avec peut-être une consultation par semaine et peut-être un groupe mais avec une prise en charge de faible intensité, si je veux résumer. Pour moi, le CATTTP, c'est une intensité modérée c'est-à-dire que l'enfant a besoin d'être vu par d'autres professionnels et d'avoir peut-être des activités thérapeutiques de façon plus intensive. Et je dirais que la prise en charge*

*intensive, pour moi, ça reste l'hôpital de jour<sup>27</sup>. C'est le lien ; pour moi ça reste un intermédiaire entre CMP et hôpital de jour [C14].*

Par ailleurs, si les unités en pédopsychiatrie s'estiment à même de gérer la plupart des problématiques sanitaires, lorsque celles-ci sont très spécifiques, notamment dans le cas des TCA, elles peuvent passer le relais à d'autres unités spécialisées dans le domaine.

Enfin, certaines unités de pédopsychiatrie entretiennent aussi des liens avec des structures en Belgique dont l'équivalent n'existe pas en France. Cependant, pour orienter les enfants vers la Belgique il est désormais obligatoire de fournir la preuve que les établissements français ont refusé la prise en soins.

- *Les liens avec les organismes extérieurs*

Au sein du service, ce sont les personnels des CMP qui entretiennent le plus de liens avec des organismes extérieurs. Toutefois, ces personnels travaillant en étroite relation avec ceux du CATTP (ce sont parfois les mêmes professionnels, qui partagent leur temps de travail entre les deux centres), le partenariat peut être porté par les deux unités du service.

Parmi eux, figurent notamment les médecins généralistes ; certains centres investissent beaucoup de temps dans la bonne collaboration entre eux, collaboration qui, il faut le préciser, ne peut se faire sans l'accord du patient (peu de patients s'opposent à la communication entre l'unité psychiatrique et leur médecin traitant).

*On essaie le plus possible d'être en bonne relation avec les médecins généralistes. TC : L'année dernière, on a fait une réunion, en octobre. On avait invité tous les médecins généralistes de la ville, et pas que certains spécialistes aussi avec qui on est amenés à travailler régulièrement, aussi des infirmiers libéraux de la ville, enfin un peu l'ensemble des personnes avec qui on peut être amené à travailler. Ça n'a pas eu le succès qu'on pouvait espérer mais les personnes avec qui on a pu discuter sont maintenant des partenaires solides. [...] Je pense surtout aux médecins généralistes qui travaillent un peu en association avec qui on a un bon contact. [CA7]*

*Quand les parents viennent pour la première fois, on leur demande s'ils nous autorisent à communiquer avec leur médecin traitant, et on envoie un courrier au médecin traitant quand on débute une prise en charge pour le prévenir que l'enfant va commencer une prise en charge. Donc, si le médecin généraliste a des questions, le pédopsychiatre ou le thérapeute est à disposition pour échanger. [C14]*

Par ailleurs, dans certains cas, les médecins généralistes ne s'investissent pas, préférant passer le relais :

*Après, on a des médecins qui ne se mobiliseront pas parce qu'ils savent que soit ils n'ont pas la compétence soit les parents sont réguliers et il n'y a pas nécessité. [C14]*

Le travail de lien se fait sur la durée ; selon certains professionnels, il nécessite du temps pour se mettre en place et prend de plus en plus la forme d'échanges de courriers ou d'appels ; des médecins généralistes peuvent également inciter leurs patients à aller consulter en CMP. Cette collaboration est d'autant plus importante que les médecins généralistes sont souvent amenés à voir leurs patients plus souvent que les psychiatres. En ayant des échanges avec les psychiatres, les médecins généralistes sont davantage informés sur certaines problématiques, ce qui permet de leur part une vigilance accrue. Les médecins généralistes peuvent être également sollicités par la pédopsychiatrie lorsque les parents ont du mal à accepter les résultats de l'évaluation effectuée sur leur enfant et se trouvent dans un déni prolongé :

*Dans ce cas-là, il y a un courrier qui est fait au médecin traitant. Et donc, le médecin traitant, s'il voit l'enfant régulièrement ne serait-ce que pour les vaccinations, une*

---

<sup>27</sup> Alors que son secteur de psychiatrie infanto-juvénile est doté de lits d'hospitalisation à temps complet, cette cadre n'évoque pourtant pas cette forme, intensive, de prise en charge, qu'elle aurait pourtant pu placer à l'extrémité de la palette des réponses possibles.

*petite angine ou autre, on espère en le prévenant que lui sera attentif à ça et pourra peut-être assurer le suivi. Il y a cette collaboration aussi ville/hôpital quoi, qui peut se faire. [C14]*

Cependant, il reste que nombre de patients en dépression ont un suivi uniquement par leur médecin traitant, ce qui est regretté par certains professionnels :

*Il y a quand même beaucoup de patients qui vont voir leur médecin de ville pour la prescription des antidépresseurs. C'est un peu dommage parce qu'il faudrait aussi que les médecins de ville puissent travailler plus en concert avec les psychiatres et les pédopsychiatres, et inversement. [C15]*

Par ailleurs, un lien ténu ou inexistant entre médecin généraliste et unités psychiatriques peut entraîner des difficultés pour les professionnels :

*Je vais plus parler de mon ancien service (ici je n'ai pas beaucoup de recul). Pour certains patients, on n'avait pas beaucoup d'informations médicales ; c'était ce que nous disait le patient. C'était problématique. [...] Rien n'était organisé pour avoir des échanges avec ces médecins. Avec les psychiatres de ville, à C, on n'avait pas d'échanges spontanés. [CA3]*

*Des fois il n'y a pas du tout de communication entre les psychiatres et les médecins traitants, par exemple. Pour x raisons, mais du coup c'est un peu difficile. [CA7]*

- **En infanto-juvénile, les liaisons sont très nombreuses**

En psychiatrie infanto-juvénile, le maillage est dense, le réseau est souvent développé ; il comprend davantage de membres qu'en psychiatrie adulte.

Quelques liens existent avec des services de la ville. On peut citer en exemple une unité qui a un partenariat avec la médiathèque de sa ville, autour du livre notamment : l'objectif est d'accompagner les parents pour qu'ils aient un meilleur rapport à l'écrit et puissent faire la lecture à leurs enfants. Des liens sont possibles aussi avec le centre social, autour de projets visant à l'échange de savoir-faire, dans le but de changer l'image négative que certains parents, dont une partie est au chômage, peuvent avoir d'eux-mêmes.

Au travers de ces partenariats, différentes questions sont abordées : la question identitaire, celle de l'identité sexuelle (lien d'une unité avec l'association Contact<sup>28</sup>), les Troubles des comportements alimentaires (TCA) ou encore la bipolarité. Une association a également été sollicitée pour la réalisation vidéo à but thérapeutique.

Les liaisons semblent s'effectuer surtout avec des organismes sociaux et médico-sociaux, au premier rang desquels ceux liés aux familles : l'Aide sociale à l'enfance (ASE), les Unités territoriales de prévention et d'action sociale (UTPAS), les foyers d'hébergement. En effet, certains enfants et préadolescents ou adolescents font l'objet de placements administratifs ou d'Ordonnances de placement provisoire (OPP) par le Juge des enfants, il est donc important pour les services d'être en lien avec toutes ces structures.

Des liens forts existent également avec le Centre d'action médico-social précoce (Camps) et la Protection maternelle et infantile (PMI), organismes dédiés aux enfants de 0 à 6 ans et à leurs familles<sup>29</sup> ; les psychomotriciennes du CATP peuvent ainsi être amenées à intervenir en PMI et la PMI peut aussi, quand elle juge qu'un enfant n'est pas ou peu stimulé, alerter l'unité CMP/CATP qui envoie des psychomotriciens à domicile. Des collaborations s'effectuent également avec les IME (qui prennent

---

<sup>28</sup> <https://www.asso-contact.org/pmex/gep>

<sup>29</sup> Le centre d'action médico-social précoce (Camsp) a pour mission les prises en charge ambulatoires d'enfants (0 à 6 ans) souffrant d'un retard moteur ou psychique. Le Camsp est aussi chargé du dépistage, du conseil et du soutien aux familles.

La PMI (Protection maternelle et infantile) est un service médico-social, rattaché au département, qui vise à la prévention médico-psychosociale en faveur des enfants (0 à 6 ans) et des femmes enceintes (consultations médicales, suivi à domicile, prévention précoce et dépistage des handicaps).

en charge les enfants jusqu'à 14 ans) et les IMPro (qui sont destinés aux 14-20 ans). Enfin, les centres sont en lien avec les MDS<sup>30</sup>, certains professionnels des CATTP y accompagnant les familles.

Par ailleurs, les unités communiquent toutes avec les professionnels de l'Éducation nationale et collaborent au sein de dispositifs comme les Programmes de réussite éducative (PRE) qui ciblent les enfants et adolescents (2 à 16 ans) vivant en quartier prioritaire ou scolarisés en établissement relevant de l'éducation prioritaire et qui rencontrent des difficultés dans leur scolarité ou leur vie quotidienne.

Des dossiers sont également constitués avec l'assistant-e de service social du CMP pour l'obtention d'heures d'Accompagnant d'élèves en situation de handicap (AESH<sup>31</sup>), dont le nombre semble insuffisant, selon plusieurs professionnels rencontrés, ce qui retarde considérablement l'entrée à l'école de certains enfants ne pouvant être scolarisés sans AESH. En attendant, ces enfants restent pris en charge au CATTP qui joue ainsi un rôle de relais.

Par ailleurs, l'entrée en institution scolaire peut conduire des parents à venir consulter ou l'école elle-même à entrer en contact avec l'unité en pédopsychiatrie. Il n'est pas rare non plus que les parents, refusant le diagnostic posé pour leur enfant, cessent le suivi CATTP et reviennent finalement peu de temps après le début de la scolarisation de leur enfant.

- **Conflits d'horaires**

Alors que la psychiatrie adulte touche, en majorité, des personnes sans emploi, qui peuvent être présentes aux heures de bureau pour les entretiens et activités, les enfants à partir de 6 ans et adolescents ne peuvent en principe pas se soustraire aux obligations scolaires, ce qui peut entraîner des conflits d'horaires.

*Chez les ados, à un moment donné où on prépare le bac par exemple, le groupe thérapeutique de 8 séances tombe sur les cours importants au niveau du lycée, les parents disent "bah non, il ne peut pas venir en soins médiation, ce n'est pas possible" alors que s'il y avait un rendez-vous chez le cardiologue ils ne diraient pas "bah non, il ne va pas chez le cardiologue". [Cl2]*

Il y a alors deux cas de figure possible. Le cas le plus souvent rencontré est l'adaptation aux horaires des enfants et adolescents scolarisés en proposant des activités uniquement le mercredi et/ou en fin d'après-midi et le soir quand c'est possible. À l'inverse, le centre peut estimer que la prise en charge en soins de l'enfant passe avant sa scolarité, d'autant plus quand cette dernière est mise à mal par les troubles de l'enfant que le centre, par les dispositifs de soins qu'il propose, vise à réduire :

*[Retours de parents] " je ne peux pas venir au groupe parce qu'il a piano". Ou "je ne viens pas au groupe parce qu'il a école" ; on est bien d'accord que la scolarité est importante mais au moment où on propose le groupe, qu'est-ce qui est le plus prioritaire pour l'enfant ? Surtout pour un enfant qui est victime de harcèlement scolaire ou son problème pédo a une répercussion sur sa scolarité. [Cl4]*

C'est une vraie question : peut-on déroger à l'obligation scolaire ?

Il est à noter que si l'instruction est obligatoire pour tous les enfants de 3 à 16 ans, les parents peuvent en choisir le mode à savoir établissement scolaire public ou privé ou à domicile (dans ce dernier cas, la progression de l'enfant et l'instruction sont contrôlées par l'Éducation nationale).

Malgré un maillage dense, évoqué précédemment, des professionnels détectent des manques, en particulier quand il s'agit de porter la parole des enfants et des adolescents au niveau institutionnel :

*Sauf à penser qu'il y a des adultes qui viennent porter leur parole, il n'y en a pas. Et ça c'est un grand manque [...]. Et d'ailleurs, dans le Ségur de la santé<sup>32</sup>, j'ai moi-même renvoyé le fait qu'il faudrait plus que la parole des enfants et adolescents soit autrement portée que par l'Unafam, parce que l'Unafam les membres parlent de leurs enfants mais ce sont de grands enfants qui ont 30 ou 40 ans, qui sont à la*

---

<sup>30</sup> Dans le Pas-de-Calais, la MDS (Maison départementale des solidarités) informe et oriente les personnes sur l'ensemble des domaines de la solidarité : vie quotidienne, insertion, éducation et santé des enfants et des adolescents, accès aux droits, aide aux personnes âgées et en situation de handicap. (Source : Guide santé mentale Psycom).

<sup>31</sup> Ex-Assistantes de vie scolaire (AVS).

<sup>32</sup> <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/segur-de-la-sante-les-conclusions/>

*maison et eux ils se voient vieillir et se demandent ce que vont devenir leurs enfants.  
Mais nous, on parle de 0 à 16 ans. [C15]*

Par ailleurs, du point de vue des professionnels rencontrés, les services de l'ASE ou de la MDS manquent de moyens, ce qui peut amener les professionnels à limiter les signalements, sachant que ne seront pris en compte que les cas jugés les plus urgents et sévères. Aussi hésitent-ils avant de le faire car si le signalement est classé sans suite, ils auront en plus perdu la confiance des parents qui tiennent une place centrale dans les prises en charge infanto-juvénile.

Enfin, les structures médico-sociales collaborant avec l'infanto-juvénile sont souvent décrites comme débordées, ce qui peut conduire certaines d'entre elles à se décharger sur les unités de pédopsychiatrie, elles-mêmes souvent en difficulté :

*On a de plus en plus de difficultés avec le médico-social qui aussi sature. Et nous on se retrouve à l'interface des deux... Donc, le CMP, les demandes de prise en soins vers l'hôpital de jour et nos enfants qu'on a du mal aujourd'hui à orienter vers ces structures du médico-social, ce qui fait qu'on se retrouve parfois avec des listes d'attente d'enfants qui n'ont plus de prise en soins. Les Camsp, qui nous poussent derrière en disant "nous on lâche, on ne prend plus, il faut que vous preniez" ... [C12]*

Ainsi, certaines unités infanto-juvéniles sont saisies de demandes à la fois sanitaires et sociales ; elles tentent alors de trouver un équilibre en gérant prioritairement les demandes relevant du champ psychiatrique sans rompre avec leurs partenaires médico-sociaux.

*En fait, on prenait en charge le médico-social et on ne prenait plus en charge nos patients en sanitaire. Donc on est tout le temps en train d'essayer d'équilibrer au mieux, d'avoir de bons rapports avec nos partenaires mais de surtout équilibrer et puis rester sur nos priorités du sanitaire. [C12]*

- En CATTTP pour adultes, des liens surtout avec des organismes proposant les activités (ou des locaux)

Les équipes des CATTTP, particulièrement en secteur adulte, sont amenées à s'associer avec des organismes ou intervenants extérieurs ; les activités peuvent se dérouler dans les locaux d'un club sportif ou être animées par un professionnel choisi pour ses compétences. Des conventions sont signées avec des organismes, qui mettent alors à disposition leurs locaux ou/et les animateurs (sportifs, artistiques ...) dont ils sont les employeurs. De nombreuses associations, sportives ou culturelles, cherchent à toucher des publics en difficulté, ce que permettent les liens avec les CATTTP. Les deux parties signataires des conventions voient leurs objectifs se rejoindre : les activités sont à la fois thérapeutiques et inclusives, pour un public ordinairement peu en contact avec ces organismes.

*On a une convention avec un centre équestre proche de C. C'est un peu de l'équithérapie ; pas de l'équithérapie pure. L'animal est médiateur de soins ; c'est une médiation thérapeutique avec l'animal, avec une dame du centre équestre super-sympa et très à l'aise avec nos patients (et c'est réciproque), le mardi matin [...] Depuis que je suis arrivée, on a pu signer des conventions avec la Mairie de M, on est juste à côté, pour avoir des salles pour certaines activités, comme la danse ou le théâtre, dans des salles qui sont à l'extérieur du CATTTP, de manière à créer du mouvement, à décroquer les choses au maximum, et ce, dans leurs lieux de vie, pour qu'ils puissent plus tard le faire seuls. Le théâtre est animé par une art-thérapeute comédienne qui est parisienne ; elle, elle se déplace. Mais quand on peut avoir des salles disponibles à M, ou dans d'autres communes, on fait les activités dans ces salles-là. [CA3]*

*Il y a aussi des intervenants comme une coach sportive, ainsi que l'intervention de personnes membres des clubs au sein desquels s'effectuent certaines activités en CATTTP, personnes qui aident bénévolement ou moyennant une rémunération convenue par convention en montrant les gestes techniques ou exposant le fonctionnement global du club. [CA1]*

Dans quelques cas, les liens avec les clubs sportifs permettent également que des patients, ayant appris à connaître leurs locaux et intervenants, s'autonomisent et s'y inscrivent d'eux-mêmes.

*Ça sociabilise le patient, ça resitue le patient dans la communauté. Parce qu'à un moment donné, retourner vers une activité sportive ou de loisirs ou ludique, à un moment donné c'est de proposer à ce patient d'intégrer une association de sport pas très loin de chez lui etc. Donc là, c'est à nous de faire ce travail de maillage avec le tissu associatif local et ces patients qu'ils puissent à un moment donné retourner vers quelque chose qui est tout simplement leur citoyenneté, qu'ils ont quelquefois un peu perdu, se réimplanter dans la société [C15].*

Il est à noter que certains CATT, particulièrement en milieu rural, sont bien implantés dans la commune et savent alors identifier les associations vers lesquelles il est plus pertinent d'orienter leurs patients souhaitant s'essayer à des activités hors CATT et celles ne pouvant correspondre aux personnes prises en charge en CATT :

*On vit en milieu rural ; tout le monde se connaît assez rapidement, on est assez bien intégrés au niveau des municipalités, ce qui fait qu'on a quand même une vision des choses qui est assez précise sur notre territoire. C'est pour ça aussi qu'on peut se permettre de travailler de concert avec certaines associations parce qu'on connaît personnellement certaines personnes qui sont dedans et on sait que ce sont des personnes qui seront bienveillantes avec les patients qu'on peut leur orienter, quoi. [CA6]*

Néanmoins, les associations ne sont pas toujours considérées comme des partenaires à part entière. En effet, les unités les sollicitent surtout dans la perspective d'y orienter leurs patients sans qu'un travail de long terme ne soit forcément réalisé avec elles.

*On n'a que ça des conventions ! Parce que toutes les salles de sport, pétanque, gym douce, ce ne sont que des conventions avec la ville. Tir à l'arc, c'est dans des salles partout sur le territoire, on en a une là, on en a une à C, à P. [CA4]*

On peut aussi évoquer des anciens partenariats ayant pris fin, comme un partenariat effectué par un centre avec la direction générale des affaires culturelles (Drac) dont une partie de l'activité est désormais affiliée à l'ARS, ce qui change l'orientation jugée désormais « complètement administrative ».

Comme en secteur infanto-juvénile, des manquements sont évoqués. Ainsi, une unité rapporte un manque de lien avec des éducateurs des foyers dans lesquels résident certains usagers qui travaillent par ailleurs en Esat, où un lien est certes existant mais insuffisant.

*Il y a des gens qui sont dans des foyers ; on n'a pas beaucoup de liens avec les éducateurs, si on a besoin, on sait qui contacter pour faire le point sur des situations. Mais il n'y a pas de synthèses. C'est dommage, c'est un manque, mais c'est comme ça. [CA3]*

#### ■ Liaison avec les Gem

Les Groupes d'entraide mutuelle (Gem) ont été peu évoqués par les professionnels interviewés ; par les activités qu'ils proposent, ces groupes luttent également contre l'isolement social des personnes présentant des troubles psychiques (ou cognitifs parfois) ; leur image semble positive auprès de la psychiatrie adulte quant à l'apport qu'ils peuvent avoir auprès de certains usagers

*On a un GEM à G, alors, pour nous, c'est un peu éloigné. Certains de nos patients en bénéficient ou en ont bénéficié et y trouvent de l'intérêt. [...] ce n'est pas forcément évident pour y accéder. Mais sinon, c'est un bon processus, ça fonctionne bien pour certains de nos patients. [CA4]*

*On a signé une convention de partenariat avec le Gem de M (c'est plus avec le CMP, mais nous avons quand même du lien avec eux). C'est pour officialiser un lien qui a toujours existé ; il y a des personnes-ressources dans le CMP pour faire du lien. Ils sont à côté ; ce sont nos voisins. [CA2]*

### 3.3.3 Des ressources souvent limitées

#### ▪ Les métiers des CATT

Outre certaines professions peu évoquées mais toujours présentes, comme les secrétaires, les infirmiers sont très représentés, même s'ils sont moins nombreux en infanto-juvénile.

Les infirmiers sont très souvent partagés entre CMP et CATT et ont intégré une pluralité de tâches dans leurs fonctions puisqu'ils sont chargés au sein des unités, à la fois de la tenue d'entretiens individuels – qui s'effectuent majoritairement en CMP mais parfois aussi en CATT – et de l'animation d'activités. Les infirmiers peuvent aussi effectuer des visites à domicile et intervenir en équipe de liaison. Enfin, certaines unités pratiquent un étayage dont la tâche est souvent attribuée aux infirmiers puis discutée en réunion.

Par ailleurs, la présence d'un médecin est « normalement » prévue dans chaque unité mais par pénurie, des unités présentent des difficultés sur ce point ; une unité pour adultes est par exemple restée plusieurs mois sans médecin et donc sans aucun bilan de patients effectué.

Le CATT est encadré par un cadre de santé, qui a également à sa charge d'autres unités du secteur ; son temps affecté au CATT est limité et modulable, selon les besoins.

*Je suis à 0,1 ETP au CATT, temps modulable en fonction des demandes et de la nécessité de faire le point avec des patients. C'est une demi-journée de réunion avec l'équipe plus des temps, à droite et à gauche, pour faire des entretiens d'évaluation. Le reste de mon temps est réparti entre l'hôpital de jour et le CMP adultes. [CA5]*

Le cadre de santé a une fonction de gestion et d'encadrement (gestion des plannings, du personnel, des activités...) mais reste considéré comme un cadre de terrain et, fort de sa formation d'infirmier, il va pouvoir apporter un regard extérieur à l'équipe. Il n'anime pas les activités de groupe mais il peut y assister.

Plus rarement, il arrive que des éducateurs spécialisés soient présents, en secteur infanto-juvénile surtout, une seule unité pour adultes sur les 9 interrogées employant un éducateur spécialisé.

À l'inverse des infirmiers, les psychologues semblent manquer, étant peu ou pas présents (moins de 0,5 ETP), ce qui peut expliquer les faibles apports théoriques (imputables également à la fonction des personnes interrogées, majoritairement des cadres de santé) mais aussi et surtout, ce qui peut empêcher le développement de certaines unités :

*Nous n'avons pas de psychologue ; ça nous bloque. [...] Sur l'évaluation ; il y a des questionnaires sur les habiletés psychosociales et les cognitions qui ne peuvent pas être passés. Elle pourrait également faire de la supervision sur l'équipe infirmière. Ce temps de supervision a été perdu au départ à la retraite du psychologue du CMP. [CA5]*

D'autres professions sont plus rarement présentes, comme les assistants de service social ou spécifiquement au sein des unités infanto-juvéniles, les psychomotriciens et orthophonistes, ce que certains responsables d'unités déplorent.

Enfin, certaines professions sont spécifiques à une seule unité. C'est le cas des thérapeutes, très présents dans une seule unité en secteur adulte qui emploie à la fois ergothérapeute, psychothérapeute et équithérapeute, les autres unités pouvant y avoir recours de façon plus ponctuelle grâce à des intervenants extérieurs (notamment via l'emploi d'art-thérapeute). Par ailleurs, une unité pour adultes emploie aussi une conseillère en économie sociale et familiale.

C'est en secteur infanto-juvénile qu'a été signalée la plus grande diversité de métiers ; outre les infirmiers, assistants de service social, psychologues, infirmiers, thérapeutes et éducateurs spécialisés, ont été mentionnés des éducatrices de jeunes enfants, des orthophonistes et des psychomotriciens.

#### ▪ La formation continue des professionnels

Les professionnels qui encadrent les activités thérapeutiques peuvent s'être formés « sur le tas », avoir une double formation (ils choisissent alors d'exercer en CATT pour mobiliser leur 2<sup>e</sup> « métier ») ou suivre des modules de formation, notamment dans le cadre du plan de formation de leur établissement, élaboré et révisé collectivement tous les ans. Ainsi, les professionnels de santé peuvent solliciter des

formations spécifiques selon les besoins de l'unité mais aussi selon leurs sensibilités ; certains vont par exemple se former au conte, à la sophrologie ou encore à l'hypnose ou se spécialiser dans des domaines. Les formations se déroulent à l'intérieur de l'établissement quand l'effectif est suffisant, ou à l'extérieur (les professionnels s'étant rendus en formation procèdent alors à une restitution à leurs collègues). Ces formations courtes ne donnent pas lieu à un diplôme d'État ni à une augmentation de salaire.

Le recours aux intervenants extérieurs est limité et s'effectue dans le cadre d'activités spécifiques et/ou d'événements ponctuels. Les intervenants sont par exemple des art-thérapeutes, des intervenants en équi-thérapie, des coachs sportifs ou encore des techniciens professionnels. Des intervenants sont parfois mobilisés dans le cadre d'activités de prévention et/ou d'information, en particulier en CATTTP infanto-juvénile où interviennent des diététiciennes, mais aussi des urgentistes pour la prévention des risques domestiques.

Ainsi, la grande majorité des activités sont animées par le personnel soignant du CATTTP ; les compétences pour les mener sont celles qu'il estime avoir (après une phase d'apprentissage auprès d'un aîné ou non) et non celles qui seraient validées par un diplôme (animateur socioculturel, animateur sportif ...).

Q. Vous avez dû suivre une formation pour travailler au sein du CATTTP ?

*Non, non non. J'ai été formée avec l'infirmière qui était là juste avant moi. Elle m'a formée en m'expliquant bien, surtout par rapport aux questions des arrivants, les questions clé à poser, voilà et puis, par rapport au groupe, les attentes du groupe, quoi. Mais sinon, y a pas de formation particulière [CP1].*

Plusieurs professionnels rencontrés estiment que les formations spécifiques au CATTTP sont moins importantes que les savoirs acquis par l'expérience. D'autres déplorent le manque ou l'insuffisance de formation dans certains domaines, ou sur des activités spécifiques ; un professionnel de santé explique ainsi son étonnement de voir le peu de références théoriques mobilisées dans le cadre du repas thérapeutique, activité jugée très importante pour les enfants dans leur rapport à la nourriture et dans le cadre de TCA notamment. D'autres professionnels expérimentés ont été déçus par des formations suivies qui étaient axées sur la mise en situation. Ces derniers auraient préféré des échanges d'expériences et de pratiques avec des professionnels d'autres CATTTP.

L'éclectisme est le plus souvent de mise, comme dans ce centre pour adultes :

*Sur les CATTTP il y a des activités repas-cuisine qui sont faites par les infirmières, sinon l'activité avec l'artiste plasticien ; il y a une psychomotricienne qui intervient une journée par structure avec une activité de relaxation de groupe. Et après, deux infirmières sont formées à tout ce qui est maquillage, soins, beauté et qui font des activités pour les patientes psychotiques en CATTTP. Et sur un CATTTP, il y a un infirmier qui a une formation d'éducateur sportif qui a mis en place un atelier de musculation et d'entretien. [CA6]*

#### ▪ Des équipes de petite taille

Les CATTTP sont encadrés par des équipes de petite taille, de l'ordre de deux ou trois ETP, en temps partagé sur plusieurs unités du service.

*Le plus souvent 2-3 professionnels, pas toujours à temps plein. On va être 2, après le départ en retraite d'une collègue. On craint de devoir attendre plusieurs mois pour son remplacement. Quand l'effectif est réduit, des activités ne sont pas possibles ; avec un encadrant, ce n'est pas possible. [...] Après, au rez-de-chaussée, il y a les collègues du CMP, qui peuvent venir nous dépanner si vraiment, mais elles sont déjà surbookées aussi. [CA3]*

Cette configuration, qui rend la tenue d'activités limitées, ne permet pas d'organiser plus d'une ou deux activités en même temps. La disposition des locaux peut être également un facteur de limitation du nombre d'activités.

Par ailleurs, d'autres unités, malgré un nombre de professionnels plus important, peuvent conserver un volume total en ETP relativement faible, ce qui occasionne là encore des limites.

- *Des groupes de petite taille, des files actives limitées*

Les groupes constitués en CATTp sont de petite taille et ce, dans le but principal de rendre possible l'observation thérapeutique par les soignants et d'évaluer si l'activité est bien adaptée aux besoins de chaque patient. Cela permet aussi d'individualiser le suivi de chaque patient en s'assurant que les professionnels puissent se rendre disponibles et prendre du temps pour chacun au cours de l'activité. Cette observation est d'autant plus nécessaire en secteur infanto-juvénile que l'évolution de l'enfant se mesure en partie au travers de ses interactions avec ses pairs. Constituer des groupes trop grands en effectif annulerait une partie de la portée thérapeutique du CATTp. Par ailleurs, selon l'activité, gérer un groupe important peut vite s'avérer complexe ; par exemple, dans le cadre d'une activité « piscine », le groupe sera souvent plus restreint que dans le cadre d'une autre forme d'activité.

À la question de taille des groupes s'ajoute la problématique de leur composition, certains patients pouvant nécessiter plus d'attention que d'autres pour diverses raisons. Se pose notamment la question des enfants avec TED dont on peut se demander s'il faut créer des groupes spécifiquement pour eux afin de répondre au mieux à leurs besoins ou s'il faut les intégrer au sein d'un groupe avec d'autres enfants, l'enfant évoluant en partie par mimétisme ; la solution jugée idéale selon certaines unités est de créer un groupe spécial TED qui sera temporaire avant d'intégrer les enfants avec TED dans les autres groupes déjà existants par la suite.

Par ailleurs, plusieurs centres font état de listes d'attente importantes dues à des capacités limitées (locaux inadaptés, manque de moyens matériels, manque de moyens financiers ou/et manque de moyens humains). La liste d'attente est même pour certains cas devenue un sujet à éviter :

*Il ne faut pas me parler des listes d'attente [C11]*

Et dans le même temps, quelques-uns tiennent un discours où ils semblent avoir intériorisé une certaine impuissance quant à faire évoluer cette situation.

D'autres en revanche sont indignés :

*Vous imaginez de devoir attendre 10 mois, c'est fou ! Ce n'est même plus d'actualité 10 mois après. [...] de dire d'attendre 9 ou 10 mois, on fait ça en soins somatiques, on peut mourir facile 10 fois, quoi. [...] pas les moyens d'accueillir, de répondre à la demande avant 9 ou 10 mois... C'est effarant... C'est pathétique, une situation pareille. [CA9]*

Cependant, un étayage peut permettre d'évaluer l'urgence de la situation et ainsi faire passer les cas critiques en priorité. Les cas de tentatives de suicides notamment sont pris en charge dans les 24 heures, voire le jour même quand cela s'avère possible. Par ailleurs, l'étayage permet d'écarter et réorienter les demandes qui ne relèvent pas du sanitaire mais davantage du social ou de l'éducation (des cas qui semblent de plus en plus fréquents) et ainsi de désengorger les services.

*On fait entre guillemets un premier tri. Parce qu'on s'aperçoit qu'il y avait beaucoup de demandes qui ne correspondaient pas du tout au sanitaire, c'était purement du soin éducatif, on était aussi dans des problèmes sociaux, donc là c'est ré orienté soit vers la MDS, vers une assistante sociale même parfois de notre secteur, c'est renvoyé sur certaines structures où ils vont pouvoir mettre en place des prises en charge éducatives et qui ne dépendent pas de nous, en fait. [C15]*

Les listes d'attente nombreuses peuvent entraîner des situations particulières, des patients pouvant être pris en charge en CATTp juste pour avoir un soin, en attendant qu'une place se libère dans une unité qui lui soit vraiment adaptée :

*C'est parfois par défaut. Il est pris en CATTp pour qu'il ne reste pas sans soins. [C12]*

- *Des limites exprimées quant au financement des activités*

*De toute façon la psychiatrie c'est le parent pauvre au niveau du système. [C11]*

Le financement en psychiatrie correspond à une enveloppe globale, à la différence du financement en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) qui est effectué à l'acte (T2A). La psychiatrie dispose ainsi d'une dotation annuelle de financement fixée par l'agence régionale de santé (ARS).

Plusieurs intervenants estiment que leurs moyens pour financer leurs activités sont en baisse et/ou insuffisants.

Sur les neuf unités CATT pour adultes interrogées, seules deux estiment ne pas avoir de difficultés financières et même être plutôt privilégiées. En secteur infanto-juvénile, sur les cinq unités interrogées seule une unité n'exprime pas de limitation particulière.

Certaines unités affirment une forte baisse de l'offre de soins, avançant des chiffres de réduction de places de l'ordre de 30 à 40%, avec pour conséquence des patients sans plus aucune prise en charge en soins possible.

Lorsque l'unité dépend d'un EPSM, les manques de moyens semblent généralement moins prononcés que dans le cadre d'un centre hospitalier où, ce dernier n'étant pas axé sur la santé mentale comme dans le cas des EPSM, d'autres domaines semblent davantage privilégiés. Toutefois, certains EPSM ont pu rencontrer des difficultés par le passé qui influent encore sur leur fonctionnement aujourd'hui.

Par ailleurs, il semble que les manques de moyens financiers sont plus criants encore en secteur infanto-juvénile qu'en secteur adulte.

Le paiement des intervenants extérieurs pose parfois des difficultés, des négociations intervenant annuellement avec les responsables de service ou d'établissement.

*Nous, ce sont des conventions de partenariat qui sont signées (avec les employeurs des intervenants). On renouvelle tous les ans les conventions, en fonction du budget alloué. On en a deux. On a dû faire des choix ; avant on avait aussi l'équithérapie. On a dû choisir, en fonction des besoins de la population et du temps qu'il faut pour se rendre aux activités, et d'autres paramètres. Pour l'activité physique adaptée, on rencontre les limites liées à nos locaux [...] il y a un sous-sol, un rez-de-chaussée et un étage. Du coup ce n'est pas accessible aux personnes handicapées, ce n'est pas adapté. Il y a eu des demandes de locaux plus adaptés, mais on n'a pas trouvé mieux, au regard du loyer ; tout est question de budget. Pour l'activité physique adaptée, c'est nous qui nous déplaçons [faute de nouveaux locaux]. [CA2]*

Le manque de ressources humaines est plus souvent évoqué que les insuffisances financières ; ainsi, une unité en secteur infanto-juvénile explique que ce n'est pas tant les moyens financiers mais plutôt les moyens humains qui ont manqué dans la réalisation d'un projet en lien avec le CRA dans le cadre de dépistage de troubles du spectre autistique. Des manques en moyens humains qui se répercutent aussi sur les prises en charge, souvent limitées, avec une file d'attente qui peut parfois s'étendre à plus d'un an. Il n'est ainsi pas rare que les professionnels invitent fortement les patients ou/et les parents à aller consulter en privé, en particulier dans le cadre de prises en charge en psychomotricité ou en orthophonie. Une situation qui creuse inévitablement les écarts en termes d'inégalités de santé, se tourner vers le privé ayant un certain coût que ne peuvent pas se permettre les catégories sociales les plus défavorisées.

### 3.3.4 Les patients et leur parcours

#### ■ Critères de sélection/non sélection

*Au jour d'aujourd'hui, ce qui est important c'est qu'on est intégré dans la ville, quand vous rentrez ici, c'est un bâtiment comme un autre, et ça c'est important. Quand on sort en extérieur avec nos patients, on n'est pas avec une blouse non plus, donc ça aussi ça fait partie de l'intégration de la communauté, voilà, dans la cité. Et nos patients, on les amène au cinéma, il y a un repas qui est fait dans le restaurant, ... voilà. Et ça contribue tout ça à l'intégration, et c'est important. [CA4]*

Le CATT est un lieu moins stigmatisant que les autres unités de soins du service dans la mesure où il se trouve au sein de la ville, dans une structure en dehors de l'hôpital. En effet, la politique d'aller vers la population plutôt que de les faire venir en EPSM, politique menée notamment par les CMP, contribue à réduire le sentiment de stigmatisation. L'essai d'implantation de CATT au sein d'un EPSM s'est soldé par un échec :

*À un moment, on avait des CATTP dans l'EPSM et on a dû rapatrier [en ville] parce que les familles ne voulaient pas entrer, [...] ce n'était pas possible pour eux de rentrer dans l'EPSM. [C12]*

Par ailleurs, la stigmatisation en psychiatrie peut sembler moins forte dans la mesure où, comme nous l'indiquent Baillon et Chaltiel [16], les médias et le grand public semblent nourrir un certain intérêt pour les usagers de la psychiatrie, les invitant sur les plateaux TV pour qu'ils expriment leur vécu. En outre, l'arrivée d'internet rend l'accès à l'information plus facile, ce qui permet de mieux comprendre les troubles mentaux et donc d'en avoir une image plus objective. Cependant, comme le soulignent également ces auteurs, l'évolution sociétale se fait lentement et est ponctuellement sujette à de violentes régressions, notamment lors de la survenue d'événements marquants. Ce sur quoi plusieurs professionnels interrogés s'accordent sans hésitation :

*Les médias qui viennent mettre en flash des trucs avec beaucoup de violence, de l'agressivité, des comportements inadéquats, oui ça c'est délétère, c'est sûr. [CA4]*

*Il suffit d'un fait sociétal, un événement. Il suffit qu'il y ait quelqu'un qui a tué quelqu'un dans un quartier et puis on s'aperçoit qu'il a un passé psychiatrique. Rappelons-nous, Nicolas Sarkozy et ses grandes déclarations : il fallait rouvrir les isolements et cætera parce qu'il y a eu l'événement de Pau. Donc, oui, je pense qu'il y a des événements qui sont utilisés, dans le cadre de la communication, dans le cadre de la presse qui sont mal utilisés, et du coup on fait peur alors qu'il y a des milliers et des milliers de personnes qui ont des troubles psychiatriques qui sont dans la communauté, je dirais qui ne font pas de bruit et ça ne dérange personne. C'est presque, de mon point de vue, comme si celui qui aurait pu souffrir un moment donné de troubles psychiatriques ou de troubles psychologiques - d'ailleurs personne n'est à l'abri de ça, il faut le savoir - devrait être plus normal que le normal ; celui-là, il ne faudrait plus qu'on l'entende, il ne faudrait pas qu'on le voie, il ne faudrait plus qu'on sache qu'il existe. On n'en demande pas tant aux personnes qui ne sont pas étiquetées. [C15]*

En CATTP, il arrive que des patients ne souhaitent pas faire de sorties, par peur, précisément, d'être étiquetés ; ce refus, lorsqu'il s'exprime, est compris et respecté par les soignants.

Par ailleurs, en secteur infanto-juvénile, certains professionnels rapportent que des parents ont longtemps hésité avant d'accepter la prise en charge en soins de leur enfant par peur d'être jugés comme des mauvais parents et de s'en voir retirer la garde. Tout un travail doit alors être effectué avec eux pour les rassurer.

Ainsi, il semble que le poids de la stigmatisation sur le domaine de la psychiatrie connaisse encore des répercussions, y compris en CATTP.

Les personnes admises en CATTP le sont selon plusieurs critères.

Tout d'abord, même si cela peut sembler évident, les personnes admises en CATTP sont atteintes d'un trouble psychique. Il y a des personnes qui arrivent en ambulatoire en n'ayant aucun trouble psychique. L'absence d'activité, chez les adultes, constitue un deuxième critère implicite. Une personne au travail ne se verra pas proposer d'accueil thérapeutique, d'autant qu'elle ne pourrait y assister, les groupes étant réunis aux heures de bureau.

La stabilisation en est le troisième, en secteur adulte comme secteur infantojuvénile, ce qui suppose en général un traitement et une bonne compliance thérapeutique.

*Sur le plan clinique, les patients du CATTP sont stabilisés (par rapport à ceux qui sont hospitalisés, à temps complet ou de jour). [CA5]*

*Les patients qui viennent chez nous sont quand même relativement bien stabilisés. Quand il y a une décompensation, le CATTP ça ne tient plus ; le patient lâche le truc. [CA3]*

*Dans les groupes thérapeutiques il y a des indications thérapeutiques mais il peut aussi y avoir des contre-indications thérapeutiques : l'état d'agitation et les troubles du comportement sévères non stabilisés, apparaissent comme des contre-indications. [C15]*

Toutefois, la notion de patient « stabilisé » en psychiatrie présente une limite : en matière de troubles psychiques il peut y avoir des variations.

*On essaie de recevoir des patients qui sont stabilisés mais on se rend bien compte que dans la maladie mentale, il y a des hauts et des bas [CA8]*

Selon les professionnels de santé rencontrés, la propension de patients qui font une décompensation alors qu'ils ont entamé un suivi en CATT et doivent être réhospitalisés est faible, mais pas impossible. En outre, un patient, même relativement stabilisé, peut se trouver en crise. Les professionnels ont toujours invariablement la même réponse à ce point, qui pourrait se résumer ainsi : « nous sommes des soignants, c'est notre métier ». Les soignants s'adaptent donc aux variations d'état des patients, une adaptation quasi-constante, comme nous l'avons déjà évoqué dans la première partie de l'analyse qualitative, et qui peut parfois nécessiter l'appui des différents acteurs présentés dans la deuxième partie.

Enfin, les usagers suivis en CATT ont très fréquemment un suivi CMP et c'est même obligatoire dans certaines unités :

*La seule règle réelle qu'on a mise en place c'est que tous les patients qui fréquentent les CATT doivent être suivis par l'équipe psychiatrique du CMP. Et donc, ils ont tous une prise en charge CMP avec au moins un suivi avec le psychiatre du CMP. [CA6]*

Q. J'imaginai que les activités thérapeutiques en CATT étaient conditionnées à un suivi en CMP ...

*Non, pas forcément ; on peut proposer des entretiens individuels dans le cadre du CATT, au besoin. On a par exemple des patients en maison de retraite qui viennent au CATT. Au besoin on donne des rendez-vous avec le psychiatre. Mais la plupart des patients ont un suivi en CMP. Si un médecin traitant oriente vers le CATT, il n'y a pas obligatoirement de passage au CMP. [CA2]*

Q. Vos patients arrivent tous du CMP ?

*Pas forcément ; certains sont suivis par leur psychiatre, d'autres par leur généraliste. Ils prennent leur traitement et sont assez bien stabilisés ; il y a bon étayage. [CA3]*

- Une décision médicale, en concertation avec l'équipe

L'admission en CATT se fait presque toujours sur prescription médicale du médecin référent, motivée par écrit ou oralement lors d'une réunion clinique. Un entretien d'admission est ensuite organisé avec le patient, pour apprécier ses besoins et attentes. Les objectifs sont alors définis, qui seront régulièrement réévalués. Le choix des activités est fonction de la personnalité du patient et des ateliers proposés par le centre, mais aussi des places disponibles au moment de l'admission.

Certains centres proposent une période d'essai, qui permet au patient et à l'équipe de soins de confirmer leurs options ; à l'issue de cette période, la motivation est réévaluée, de même que la bonne inclusion au sein du groupe. Dans les CATT infanto-juvéniles, la réévaluation associe en général les représentants légaux des enfants.

*Même s'il y a une demande du médecin, il faut qu'il y ait un accord du patient ; et puis, le rendez-vous permet d'évaluer la motivation. S'il n'y a pas l'envie, en général ça ne marche pas. [CA2]*

- Caractéristiques des patients

Tous les diagnostics sont acceptés en CATT et les soignants s'adaptent et adaptent les activités selon le niveau de chacun. Cependant, alors que certains professionnels rencontrés font état d'une patientèle très hétérogène, d'autres soulignent la prédominance de certains diagnostics.

Ainsi, en psychiatrie adulte, les patients psychotiques seraient largement représentés ; une attention particulière doit leur être portée, puisqu'ils peuvent avoir une perte d'autonomie importante ainsi qu'un déni de leurs troubles.

*On est ouverts à toutes les pathologies mentales. Après, on est en psychiatrie générale, on est quand même dans la majorité des cas en présence de psychoses*

*lourdes et notamment de schizophrènes. La majorité des personnes qui fréquentent les CATTp je dirais, ce sont des psychotiques lourds, des schizophrènes, qui sont peu adaptés à la vie à l'extérieur et qui par le biais du CATTp retrouvent une activité du quotidien. [CA6]*

À l'inverse, les patients présentant des addictions semblent intégrer rarement une prise en charge en CATTp :

*Sans mettre d'étiquette, les toxicomanes généralement n'adhèrent pas [CA3]*

*En général, des patients en addictologie n'approchent pas trop des CATTp parce que souvent ils nous disent « moi, je ne suis pas handicapé comme les gens qui viennent là ». [CA6]*

En secteur infanto-juvénile, une certaine attention est portée sur les TED étant donnée la nécessité d'un repérage suivi d'une prise en charge adaptée très tôt. Cependant, toutes les problématiques possibles se retrouvent, notamment à compter de l'adolescence :

*Les refus scolaires anxieux, les enfants avec des problèmes dys tous les dys qu'on peut avoir, tous ces enfants-là sont également pris en charge. [CI2]*

*Mal-être, difficultés scolaires, ça flambe à la maison, un peu partout, manque de confiance en soi, manque de repères, difficultés dans les relations aux autres [CI3]*

Q. Dans les CATTp, chez les petits vous avez des TED, chez les ados c'est plutôt quoi ?

*Ça peut être du décrochage scolaire, des problématiques de déscolarisation, des ruptures sentimentales, ça peut être des entrées dans la schizophrénie mais pas avec des troubles trop débordants, ça peut être des troubles du comportement, ça peut être aussi tout ce qui est en lien avec les conduites alimentaires (anorexie, boulimie, hyperphagie), ça peut être en lien avec la dépression, ça peut être aussi des addictions au jeu. Mais évidemment, pour tous ces éléments-là, il ne faut pas qu'on soit dans des phases aiguës de ces troubles. [CI5]*

On remarque aussi des particularités. Ainsi, en secteur infanto-juvénile, certaines unités sont axées davantage sur des problématiques prioritaires. C'est le cas notamment d'une unité centrée sur les cas d'enfants et adolescents souffrant de troubles du spectre autistique ainsi que sur les risques suicidaires, ce qui ne l'empêche pas de prendre aussi en charge d'autres orientations. Une autre unité, centrée sur la prise en charge de l'autisme, envoie les autres enfants dans une autre unité du secteur.

- *Des durées le plus souvent indéterminées*

Les durées de suivis en CATTp sont souvent très variables, adaptées selon les patients et leur rythme, de quelques semaines à plusieurs années. Le CATTp peut intervenir sur une période courte, le temps d'un arrêt par exemple. Il peut aussi parfois être une prise en charge par défaut pour ne pas laisser la personne sans soins en attendant qu'une place se libère en hôpital de jour, une situation qui se présente spécifiquement dans certaines unités d'infanto-juvénile. Pour d'autres usagers, le CATTp apporte un soutien qu'ils n'auront pas ailleurs et qui leur est nécessaire pour avoir un relatif équilibre ; certains auront d'ailleurs besoin d'un suivi pendant plusieurs années pour acquérir une certaine stabilité.

Cependant, en secteur infanto-juvénile, il apparaît que, sauf dans certains cas, on s'attache à ce que le suivi en CATTp ne soit pas trop long et ne dépasse pas un an. Il y a plusieurs raisons à cela ; d'abord, un suivi trop long pourrait être considéré comme stigmatisant pour l'enfant, ensuite les files d'attente en infanto-juvénile sont souvent longues avec un nombre de places limité d'où la nécessité de faire de la place à des enfants en attente.

Par ailleurs, certaines unités, en secteur adulte comme en secteur infanto-juvénile, organisent des sessions limitées à un nombre de séances ou à une durée précise (par trimestre par exemple), qui peut être allongée pour certaines activités afin d'éviter le sentiment d'inachevé, quand par exemple les patients ont une présentation de fin d'année comme accomplissement de l'activité. Un cycle qui peut être renouvelé au besoin, la nécessité ou non du renouvellement étant évaluée au cours d'une réunion de synthèse d'équipe et avec l'avis du médecin référent du patient. Cette organisation par

cycle permet de ne pas perdre de vue les objectifs posés lors de l'entrée en activité des patients et au besoin de rapidement réorienter un patient vers une activité qui seraient plus adaptée, cela évite également l'embolisation du CATTp par des patients réorientables.

- *Mais des réévaluations régulières*

Régulièrement des bilans sont effectués. De nombreuses unités ont des réunions toutes les semaines pour évoquer les cas des patients en CATTp, les activités organisées, les évolutions etc. Lors de réunions de synthèse avec les médecins sont régulièrement réévalués les objectifs de chaque patient, abordées les avancées ou les difficultés, et discutée la nécessité de poursuivre ou non l'activité. Une réévaluation de chaque prise en charge est faite avec le médecin du service, qui peut se faire à différents niveaux avec un point avec le patient (et sa famille si l'on se trouve en infanto juvénile) et avec l'équipe.

D'autres unités n'ont pas de réunions spécifiques au CATTp ; elles sont communes à l'ensemble du service et chacun peut évoquer le cas d'un patient.

Cependant, certaines unités, par manque de médecin, n'ont effectué aucune réévaluation de leurs patients depuis un long moment.

- *Les sorties et l'après-CATTp*

Les sorties de CATTp peuvent se faire de manière formelle, sur décision conjointe du médecin référent et de l'équipe CATTp, après réévaluation, d'arrêter la prise en charge si elle n'est plus jugée utile pour le patient. Elles résultent, le plus fréquemment, semble-t-il, de la décision des patients. Nous n'avons pas relevé de pratiques de rappel téléphonique après les sorties décidées par les patients ; il est estimé en général, qu'ils reviendront au CATTp s'ils en ressentent de nouveau le besoin. La réhospitalisation, souvent synonyme de décompensation, pourra donner lieu à une nouvelle proposition d'accueil en CATTp.

*Si la personne entre dans une vie active ... on ne va pas l'appeler tous les mois pour prendre des nouvelles, mais par contre le patient sait qu'il peut appeler pour donner de ses nouvelles quand il veut : la porte reste ouverte. On a des nouvelles de certains patients qui sont réhospitalisés ; quand on n'a plus de nouvelles, en général ce n'est pas top. [...] On n'entretient pas un lien sur du long terme avec des gens qui ne viennent plus au CATTp. [CA3]*

Quand un patient accède à un emploi protégé, la mission du CATTp s'achève, mais il continue en général à être vu en CMP.

Par ailleurs, dans le cas de patients ayant été suivis en CATTp pendant plusieurs années, des liens peuvent s'être noués non seulement avec le patient lui-même mais aussi avec son entourage, ce qui permet aux professionnels d'être informés de son évolution.

*Pendant tout le temps de la prise en charge, on développe aussi des relations avec les gens qui peuvent s'occuper de lui, qui vont nous informer très vite si ça ne se passe pas très bien, quoi. Donc, du coup on ne perd jamais complètement le lien. [CA6]*

- *Le passage problématique d'un dispositif à l'autre (l'entre-deux)*

Même si des chefs de pôles ont pris le parti de dépasser le cadre en étendant la pédopsychiatrie jusqu'à 18 ans, en psychiatrie, la loi stipule que la pédopsychiatrie se termine à 16 ans et que la psychiatrie générale commence à 16 ans et se poursuit sans limite d'âge. Et ce cadre de loi peut poser problème.

Les CATTp pour adultes ne sont pas adaptés aux patients ayant l'âge de quitter la psychiatrie infanto-juvénile, c'est-à-dire à partir de 16 ans et aux jeunes adultes (jusqu'à 25 ans) ; ils présentent une trop grande différence d'âge avec la majorité des patients des centres pour adultes pour s'y sentir à leur place.

*Le constat est que ces personnes n'adhèrent pas, c'est-à-dire qu'elles n'y vont pas. [...] elles n'accrochent pas. Je pense que c'est aussi en lien avec les patients qui fréquentent le CATTp ; c'est un CATTp d'adultes, et donc je pense que les 16-25 ne s'y sentent pas à leur place. [...] Et donc, du coup, bah ils retournent dans le système commun. Est-ce qu'ils vont dans les centres socio-culturels ? Je ne sais pas. Mais*

*ça c'est le constat qui a été fait, c'était vraiment un souhait de dédier des places aux 16-25 mais les jeunes n'adhèrent pas à ça. [CA9]*

*Nous, on aimerait travailler franchement sur le jeune adulte mais c'est vrai que c'est compliqué parce qu'on n'a pas suffisamment de public et à la fois sur l'activité ce n'est pas facile pour que ça colle, quoi, je veux dire qu'on puisse leur apporter quelque chose, quoi, c'est ça l'intérêt. Et à la fois, on n'a pas énormément de patients de ce type de créneau et quand ils viennent ils sont assez ... fuyants. [CA4]*

Dans certaines unités on estime qu'il ne s'agit pas d'un problème d'âge biologique mais davantage d'un problème d'avancée dans le trouble ; ainsi, c'est le plus souvent autour de 20 ans que les premiers épisodes psychotiques se manifestent et plusieurs années sont souvent nécessaires à l'acceptation du diagnostic.

*Les personnes de 16 et 21 ans, qui rentrent dans la psychose, avec les phénomènes de rejet, d'apragmatisme, ne sont pas évidentes à accrocher ; on essaie d'être assez unis au sein du pôle de psychiatrie pour ne pas les perdre de vue. [CA5]*

Du point de vue des unités infanto-juvénile, il semble que la majorité s'accorde sur le fait que le passage d'un dispositif à un autre crée un choc chez le jeune qui se retrouve dans un environnement qui ne lui est pas adapté.

*Quand on a des gamins de 16 ans qui vont chez les adultes, c'est l'horreur parce que chez nous ce sont des grands et quand ils arrivent en adulte ils sont avec des chroniques parfois, c'est dur. [...] C'est super compliqué parce que rien que les tentatives de suicide quand on est un gamin de 16 ans et qu'on se retrouve en psy avec des adultes, ce n'est pas... il y aurait des projets à revoir à ce niveau-là quand même. [...] Quand on s'est fait inspecter pour le niveau accréditation, ça avait été pointé. Ça a été pointé par l'ARS, le fait qu'il fallait aussi... parce que ça faisait une trop grosse différence, ce qui est vrai, c'est vrai. [C11]*

Quelles que soient les raisons, la majorité des professionnels interrogés affirment l'existence de réelles difficultés pour l'admission des jeunes en psychiatrie adulte. Face à ce constat, des unités développent un relais entre les deux dispositifs, une phase de transition durant laquelle la personne venant d'être accueillie en psychiatrie adulte continue d'être aussi suivie en psychiatrie infanto-juvénile.

Pour plusieurs professionnels rencontrés, des unités 16-25 ans seraient pertinentes ; elles pourraient associer des pédopsychiatres et des psychiatres d'adultes, dont la culture et les référentiels sont distincts.

*La question de l'adolescent et la question de l'adulte, va dépasser l'âge de seize ans. Et les structures aujourd'hui, je dirais qui sont novatrices, ce sont les structures 16-25 ans. [...] Il y a quelques structures en France, il n'y en a pas beaucoup. D'ailleurs, la nôtre est ouverte depuis juin 2019, elle est toute récente, elle a juste un an de fonctionnement. Je trouve que c'est vraiment intéressant de mailler la psychiatrie générale et la pédopsychiatrie. [...] Je pense que l'originalité et le côté novateur de ces dispositifs pour éviter cet écueil-là, c'est vraiment de travailler et de penser des structures où l'on retrouve de la pédopsychiatrie et de la psychiatrie générale. Et ça vient lutter contre les représentations, je dirais ça permet une forme d'acculturation de part et d'autre. [C15]*

#### ■ *La famille : surtout en secteur infanto-juvénile*

En psychiatrie infanto-juvénile, la place de la famille, et en particulier des parents, est considérée comme centrale ; il est donc souvent question des parents au cours des entretiens, de façon spontanée. Les mères sont plus souvent évoquées, les unités ayant *a priori* davantage l'habitude de collaborer avec elles plutôt qu'avec les pères.

*Les premiers partenaires ce sont les parents, il ne faut jamais les oublier, toujours les remettre au centre de nos préoccupations. [C15]*

La posture des professionnels face aux parents est plurielle. D'abord, il s'agit de ne pas juger car ce n'est pas là le rôle des soignants. Ensuite, le parent peut être accompagné dans sa parentalité lorsqu'il

se trouve en difficulté et exprime le besoin d'être aidé. D'où l'importance des liens avec différents partenaires ; au sein du CATTTP peuvent être notamment organisés des ateliers de diététique, de partage de temps de jeu parent/enfant quand l'enfant est en bas âge (de 0 à 3 ans) ou encore de sensibilisation aux usages des écrans. Les parents peuvent être accompagnés et rassurés : au moment de l'annonce du diagnostic, qu'ils peuvent avoir du mal à admettre ou dans la mise en place de certains suivis ; des soignants peuvent accompagner les parents dans les IME lors de premières visites. Ils peuvent aussi soutenir ceux qui se sentent coupables, responsables des troubles de leur enfant et doutent de leur capacité à être « de bons parents ».

Par ailleurs, entretenir un lien fort avec les parents permet de s'assurer de la régularité du suivi de l'enfant : les professionnels veillent à bien leur expliquer l'importance du CATTTP et de ce qui s'y fait pour leur enfant, tout en respectant le rôle de chacun, un soignant ne se substituant en aucun cas aux parents.

*Ça nous permet de nous rappeler que nous ne sommes pas les parents de ces enfants ; ça nous protège aussi de quelque chose. [C15]*

En psychiatrie adulte, au contraire, la famille est peu ou pas évoquée. Sur les neuf entretiens réalisés en CATTTP adulte, seul un professionnel fait état de la famille, en soulignant l'importance qu'elle peut avoir, dans le cadre d'alliances thérapeutiques ; la famille peut ainsi être sollicitée lorsque le patient interrompt sa prise en charge, dans une fonction de médiation. Ce lien ténu des services de psychiatrie avec la famille a été souligné dans les conclusions des ateliers *Parlons psy* organisés par la Fondation de France et l'Institut Montaigne<sup>33</sup> [17]. « *L'absence d'appui et d'aide aux familles dans les crises* », « *le manque de communication avec les médecins et les familles* » et « *l'absence de partage avec les parents du diagnostic d'un enfant majeur* » figurent parmi les 20 points évoqués dans le rapport en réponse à une question posée à l'ensemble des participants : « *En matière de santé mentale, qu'est-ce qui ne peut plus durer ?* ».

---

<sup>33</sup> Les ateliers *Parlons psy* se sont tenus de mars 2018 à juin 2019 et ont réuni 1000 personnes dont 35% de professionnels du médico-social ou du sanitaire, un quart de personnes ayant au moins un trouble psychique et leur entourage et un quart de personnes du milieu associatif, dans une réflexion collective sur la santé mentale, dont il a été décidé qu'elle serait centrée cette fois, tous les sujets ne pouvant être traités, sur les adolescents et les adultes.

## 4. Discussion

---

### 4.1 Synthèse des principaux résultats

Cette étude a employé une méthodologie mixte - exploitation de bases médico-administratives et entretiens semi-structurés - pour décrire un segment de l'offre de soins psychiatriques peu exploré : les Centres d'activité thérapeutique à temps partiel, au nombre de 145 dans la région des Hauts-de-France, dont 12 implantés en milieu pénitentiaire.

Leur implantation est très inégale dans le territoire régional et leur densité (2 pour 100 000 adultes en psychiatrie adulte, 3 pour 100 000 enfants-adolescents en psychiatrie infanto-juvénile) varie fortement selon les départements, l'Aisne étant le département le moins bien doté et la Somme le mieux pourvu ; cependant, dans ce dernier département, la seule ville d'Amiens compte 4 CATTP adultes et 4 CATTP infanto-juvéniles, et un seul autre dans le reste du département, à Abbeville.

Les files actives de ces centres sont relativement limitées, avec, en moyenne 120 patients par an en CATTP adulte et 50 en CATTP infanto-juvénile ; des variations extrêmement fortes d'effectifs sont cependant à souligner. Trois centres sur cinq sont destinés aux adultes, un quart aux enfants-adolescents, les autres étant implantés en milieu pénitentiaire ou -pour trois d'entre eux- reliés à un service d'addictologie.

En termes de volume d'activité, dans les CATTP pour adultes, quatre actes enregistrés dans le RimP sur cinq sont produits par des infirmier·ère·s qui constituent la profession la plus représentée dans ces centres, sans pour autant avoir une formation initiale les prédisposant à animer des séances collectives. La formation « sur le tas » des infirmiers devenant animateurs ou thérapeutes n'est pas sans poser question ; à propos de l'art-thérapie, Bibrowski s'insurge contre l'auto-désignation de certains « *travailleurs de la santé mentale [...] s'autoproclamant art-thérapeutes sans en avoir les compétences ni la formation* » [18].

Dans plus d'un CATTP infanto-juvéniles sur deux, plusieurs professionnels interviennent dans les actes ambulatoires codés dans le RimP (i.e. plusieurs professionnels animent conjointement les activités thérapeutiques), sans que la source des données permette de connaître lesquels précisément.

Dans les centres infanto-juvéniles, les psychomotriciens et orthophonistes ont une intervention très limitée ; le manque d'attractivité du service public hospitalier par rapport à l'exercice libéral limite leur nombre dans les services, comme l'a souligné l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) [16]

Les activités en CATTP sont groupales, mais en proportion supérieure (87,0% des actes) en secteur adulte qu'en secteur infanto-juvénile (66,1%) ; dans ce dernier, les réunions cliniques (13,5%) et les entretiens (16,5% des actes) sont beaucoup plus souvent décrits. Outre les enfants et les adolescents, leurs parents ou responsables légaux sont également reçus en entretien ; des échanges tripartites sont également organisés. Ces différents types d'entretiens, destinés à une observance interactionnelle, expliquent leur plus grand nombre qu'en psychiatrie adulte (où la famille est peu reçue).

Les patients pris en charge dans les CATTP des Hauts-de-France (13 189 personnes distinctes) sont un peu plus souvent des hommes (51,2%) que des femmes (48,8%), mais de fortes variations sont observables selon les âges. Un pic très marqué peut être souligné chez les garçons à 5 ans, chez qui sont souvent décrits des troubles du développement, notamment des Td. L'âge moyen des femmes suivies en CATTP est de 44,0 ans, celle des hommes de 33,7 ans ; cette forte différence d'âge est à mettre en lien avec la différence d'espérance de vie, en population générale [19], et en population prise en charge dans les services de psychiatrie [20].

Mis à part chez les garçons de 5 ans, et chez les filles de 15 ans, les niveaux de prise en charge des mineurs sont plus faibles que ceux des personnes plus âgées ; comme nous l'avions établi pour les niveaux généraux de suivi dans les services de psychiatrie [21] ou dans les CMP [15], les adolescents de 16 à 18 ans sont moins suivis que les autres : les limites d'âge des mandats de la psychiatrie infanto-juvénile et de la psychiatrie générale sont incertains. D'autre part, les patients de 16 à 18 ans, qui pourraient être accueillis dans les services pour adultes, rechignent à s'y rendre du fait de leur stigmatisation et de la visibilité de certains symptômes des patients qui y sont suivis. Ces mêmes raisons amènent les professionnels accompagnant les adolescents, ou leurs parents, à ne pas orienter les jeunes patients vers les services pour adultes. Enfin, le déni des troubles limite également l'accès aux soins ; il est fréquent à l'apparition des premiers symptômes, psychotiques notamment.

L'ensemble de ces freins contribue à l'explication des faibles taux de prise en charge en CATTP ainsi que leur faible régularité chez les patients jeunes.

Plus généralement, ce sont les troubles psychotiques qui sont les plus décrits chez les hommes et les troubles de l'humeur chez les femmes, mais de nombreux patients n'ont pas de diagnostic psychiatrique ou aucun diagnostic dans le RimP, ce qui nécessite la plus grande prudence dans l'interprétation de ces résultats [21].

Les suivis, d'une durée le plus souvent indéterminée en CATTP, sont réguliers pour un patient sur cinq ; cette part est cependant -elle aussi- très variable. Les facteurs significativement liés à des taux plus élevés de régularité sont la prise en charge dans les départements du Pas-de-Calais, de l'Oise et de la Somme, les diagnostics de déficience intellectuelle (F7) et de troubles du développement psychologique (F8) et, enfin, un âge compris entre 40 et 69 ans. Ces facteurs sont donc à la fois individuels et organisationnels. La faible régularité est observée notamment chez des patients n'ayant pas de trouble mental rapporté (le diagnostic codé dans la base employée -le RimP- n'est pas psychiatrique) ; il est possible qu'ils bénéficient d'une réorientation vers des dispositifs plus adaptés, médico-sociaux par exemple.

Il est à noter que la régularité du suivi ne peut être affectée d'une valeur, positive ou négative, le suivi en CATTP n'obéissant à aucune règle ni recommandation. Pour certains patients, la régularité peut être une composante de leur stabilisation ; cependant, les longues durées de suivi peuvent constituer une perte de chance pour les patients non admis, faute de *turn over*.

De fait, aucune réflexion sur ce thème (durée d'accompagnement, listes d'attente, capacités maximum atteintes ...) n'a été rapportée au cours des seize entretiens réalisés avec des cadres de CATTP. Les capacités des CATTP n'étant pas définies en termes de places et leurs ressources humaines spécifiques étant difficiles à établir (les professionnels interviennent souvent dans plusieurs unités du service), la variabilité des files actives de ces centres ne peut être que soulignée, sans pouvoir apprécier leur justification.

En milieu pénitentiaire, les douze CATTP, de création plus récente, accompagnent une population beaucoup plus masculine (plus de neuf patients sur dix) et jeune (six sur dix ont moins de quarante ans), à l'image de la population incarcérée [22]. Le nombre annuel de séances (10 pour les hommes, 6 pour les femmes) est beaucoup plus faible qu'en milieu libre, sans doute en raison des sorties d'incarcération. Les psychologues, à l'origine d'un acte enregistré sur dix, sont beaucoup plus décrits que dans les CATTP en milieu libre (moins d'un acte sur cent en psychiatrie adulte).

L'analyse du contenu des **entretiens** menés avec seize cadres (ou autres professionnels) des CATTP confirme la grande variabilité des objectifs, pratiques, référentiels et activités support.

La référence à la singularité de chaque patient constitue un point central dans le discours recueilli ; l'évaluation qui est faite est celle de l'individu. Après quelques séances destinées à l'observation de son fonctionnement en groupe, choisi en fonction de ses problématiques (sociales, corporelles, cognitives ...), une réévaluation du patient est opérée avec l'ensemble de l'équipe du service (médecin responsable, responsable de l'admission en CATTP, psychologues, infirmiers ...), qui intervient le plus souvent dans différentes unités (CMP, CATTP, hôpital de jour ... fréquemment implantées dans le même immeuble, pour les deux premières).

Le caractère thérapeutique des activités a été souligné par les professionnels, qui ne méconnaissent pas qu'elles peuvent être perçues également comme occupationnelles. S'agissant d'activités menées dans des unités de soins, il importe d'en faire une présentation empruntant une terminologie sanitaire. Pourtant, les objectifs déclarés de ces centres sont également sociaux : permettre à des patients de sortir de chez eux, les accueillir sans conditions, leur permettre de retrouver des habiletés sociales, de s'insérer dans un groupe, de fréquenter des lieux extérieurs (culturels, sportifs, ...) constituent assurément des objectifs que peuvent avoir également des services sociaux ou médico-sociaux.

Seule une minorité de centres protocolisent leur accompagnement, dans le cadre de programmes de réhabilitation psychosociale ou d'éducation thérapeutique du patient. Dans la majorité des cas, ne nous ont pas été rapportés de schémas ou durées-type. La prise en charge semblant varier d'un individu à l'autre, l'évaluation de son efficacité ne peut reposer que sur le regard clinique subjectif de l'équipe. Elle n'obéit pas au modèle des études cas-témoins qui permettrait d'apporter un jugement global sur les suivis proposés. Il serait intéressant de mener ce type d'études pour mieux apprécier l'intérêt thérapeutique, au sens large -médical et social- auquel il est employé dans les CATTP, de ces centres.

Les services de psychiatrie entretiennent de nombreux liens, surtout en secteur infanto-juvénile, où les acteurs sont très nombreux (CMPP, Camsp, Éducation nationale, Protection de l'enfance ...). L'entrée en institution scolaire peut conduire des parents à venir consulter ; l'école peut également entrer en contact avec l'unité de pédopsychiatrie. Il n'est pas rare non plus que les parents se refusent au diagnostic posé pour leur enfant et mettent fin au suivi en CATT, pour y revenir peu de temps après le début de la scolarisation de leur enfant. Un constat qui peut s'expliquer, selon Bodin [23], par une difficulté d'ajustement de l'individu à certaines institutions. Pour cet auteur, il s'agit non pas de se baser sur la déficience objective mais de prendre acte de l'existence de manières d'être particulières et d'essayer d'expliquer pourquoi et comment elles engendrent des difficultés chez ceux et celles qui en sont porteurs. Concernant l'institution scolaire, Bodin souligne que les handicaps mentaux détectés à différents âges sont moins liés à un âge biologique qu'à un âge social. Ainsi, les troubles sont identifiés lors des passages dans de nouveaux établissements : entrée en maternelle (2-3 ans), en élémentaire (5-6 ans), au lycée (15-16 ans). Les troubles identifiés très tôt ne semblent réellement poser problème que dans la confrontation de l'enfant à l'institution scolaire.

Les liens extérieurs ne sont pas spécifiquement entretenus par les professionnels des CATT, sauf s'il est fait appel à des intervenants ou organismes extérieurs pour les activités thérapeutiques : piscines, lieux culturels, clubs ... Le médecin généraliste s'adresse au CMP plus qu'au CATT s'il estime que son patient relève d'un suivi psychiatrique.

Dans son article de 2008, Légevaques décrit l'évolution du rapport entre la pédopsychiatrie, les adolescents et leur famille ; les parents ont longtemps été tenus à l'écart car considérés comme pouvant constituer un frein à une bonne prise en charge de l'adolescent. La tendance est aujourd'hui bien différente, l'auteur employant la formule « *les parents d'abord* » [24]. De manière globale, comme l'explique Carpentier, la famille autrefois considérée comme pathogène est désormais perçue comme une solution, dans une perspective de désinstitutionnalisation des malades psychiatriques qui se fait de plus en plus forte [25].

Dans notre étude, l'association de la famille a beaucoup plus été rapportée dans les services infanto-juvéniles que dans les services de psychiatrie générale, où les parents n'ont pratiquement pas été évoqués.

Les CATT n'échappent pas aux constats de variabilité des pratiques observée dans les services de psychiatrie, quelle que soit l'activité étudiée (hospitalisation, contention, séjours de longue durée, isolement thérapeutique, prise en charge des personnes âgées ...). Le cahier des charges très général défini en 1986 et les ressources affectées à ces centres ont donné lieu à des organisations extrêmement variables, en termes de volume d'activité, d'horaires de fonctionnement, d'activités support ; dans certains lieux, le CATT n'est pas un centre à proprement parler, contrairement à ce que son appellation laisse supposer (il n'existe pas de locaux qui lui sont propres), mais une forme collective d'activité déployée dans des locaux partagés avec d'autres unités, comme le CMP, par des personnels exerçant dans plusieurs unités du service.

S'il n'y a bien sûr aucune raison de vouloir uniformiser les pratiques thérapeutiques en CATT, elles gagneraient à faire l'objet d'évaluations sur les processus mis en œuvre et sur leur efficacité.

## 4.2 Limites de l'étude

Le recensement des CATT a fait apparaître des divergences entre les nombres de CATT décrits dans la SAE et par les établissements (qui sont pourtant à l'origine des informations publiées dans l'enquête annuelle). Il est difficile, dans certains cas, de différencier les centres et leurs antennes, dont une définition précise serait nécessaire.

Dans un établissement du Pas-de-Calais, un service mène des activités thérapeutiques sans en avoir l'autorisation officielle.

La constance et la fiabilité du RimP peuvent être discutées sur certaines variables.

Il existe des variations dans le codage des diagnostics selon les services de psychiatrie et leurs professionnels, que nous avons soulignées en 2014 [21]. Elles portent par exemple, lors des premiers épisodes psychotiques chez les jeunes patients, sur la propension à coder un trouble psychotique, alors que l'évolution (schizophrénie ou troubles bipolaires) est incertaine. Autre exemple, l'emploi des codes Z de la Cim10 (Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé, comme les conditions socio-économiques et psycho-sociales) renseigne sur l'environnement du sujet mais pas sur ses troubles, d'où une absence d'information diagnostique. Le recours élevé au code F99,

correspondant à un trouble mental sans autre précision, correspond sans doute plus à un refus du médecin d'employer un code précis, qui pourrait avoir un effet stigmatisant. Enfin, il existe des patients sans diagnostic en F (troubles mentaux et du comportement) ou sans aucun diagnostic. Au total, un patient sur cinq (19,7%) a un diagnostic psychiatrique imprécis ou inconnu.

- La variable descriptive du type d'activité, basée sur la nomenclature Edgar<sup>34</sup>, est sujette à interprétation. Alors que certains professionnels enregistreront comme acte tout échange, y compris informel, avec le patient et/ou sa famille, d'autres n'enregistreront que les temps formalisés en tête-à-tête.

- La variable descriptive de la profession de celui qui effectue l'acte, peut prendre comme réponse « plusieurs intervenants », ce qui apporte une information certes utile, mais qui ne permet pas de connaître leur profession. Il serait préférable de décomposer la saisie en autant d'actes que de professionnels présents et de créer une variable précisant que le professionnel n'était pas seul.

- L'absence de descripteurs sociaux des patients. Pourtant, lorsque Sicot évoque l'itinéraire des patients [26], il souligne comment l'appartenance sociale marque considérablement la trajectoire des malades, ces derniers n'ayant pas la même force à faire valoir leurs droits d'usagers et donc leur implication dans leurs soins selon leur statut social, certains étant des « habitués » quand d'autres subissent leur prise en charge [26].

Concernant les entretiens menés, le choix de solliciter les cadres, choisis pour leur connaissance organisationnelle (date de création, ressources humaines, conventions ...) n'a pas toujours permis de connaître les références théoriques sous-jacentes aux choix opérés dans le service, comme les concepts mobilisés, la nature des activités, les grilles d'analyse ... Des médecins auraient peut-être apporté une dimension plus technique et des psychologues un cadre théorique plus vaste et développé.

Le contexte sanitaire, marqué par un confinement de mars à mai 2020, n'a pas permis de rencontrer les professionnels interviewés ; les entretiens se sont donc déroulés par téléphone, ce qui n'a pas permis de recueillir le matériel non verbal (postures, gestes, mimiques ...), que Grosbois estime pourtant aussi important que les autres modes de communication pour la recherche de sens [27].

La situation sanitaire a rendu impossible l'organisation d'observations au sein des CATP ce qui constitue un manque, les observations permettant de saisir d'autres éléments que ceux récoltés par le biais des entretiens.

Enfin, une enquête par questionnaire auprès de l'ensemble des CATP aurait permis d'accéder à des informations non documentées dans le détail par les bases médico-administratives employées, telles que les horaires de fonctionnement, le nombre d'activités proposées ou les ressources humaines spécifiques.

---

<sup>34</sup> Entretien, démarche, groupe, accompagnement, réunion.

## 5. Annexes

---

### 5.1 Comparaison des effectifs produits par la SAE et le RimP

Rappelons que le bordereau psychiatrie de la SAE renseigne le nombre de patients suivis en CATTp et le nombre d'actes réalisés dans ces centres, pour l'ensemble de l'établissement déclarant, quel que soit le nombre de CATTp qu'il gère.

À partir du RimP, il est possible de connaître le nombre d'actes réalisés en CATTp par secteur de psychiatrie ; chaque acte étant saisi avec un identifiant anonyme patient, la file active annuelle peut être calculée.

Pour les 30 établissements gérant au moins un CATTp (et ayant répondu aux deux enquêtes),

Tableau 6. Répartition des établissements de santé gérant des CATTp selon la cohérence des effectifs produits dans la SAE et le RimP

	Effectifs concordants ( $\pm 5\%$ )	Effectifs distincts ( $>5\%$ ) <sup>35</sup>	Total
Nombre	21	9	30
% établissements	70,0%	30,0%	100,0%
Files actives	9 602	3 587	13 189
% file active <sup>36</sup>	72,8%	27,2%	100%

Au seuil de 5%, il y avait une bonne cohérence entre les sources pour 70,0% des établissements, représentant 72,8% des files actives.

En 2012, Coldefy et al. [28] avaient retrouvé de plus forts écarts d'effectifs selon qu'ils utilisaient la SAE ou le RimP pour estimer la file active des CATTp ; à l'époque, les suivis en CATTp étaient considérés comme des séjours. Les auteurs soulignaient que des établissements décrivaient cependant les activités thérapeutiques en actes « de groupe »<sup>37</sup> en CMP, quand d'autres respectaient la consigne de les décrire en séjours. Les auteurs soulignaient également que la SAE était en général renseignée par les services administratifs alors que le RimP était alimenté par les personnels soignants et consolidé par le Département d'information médicale.

Un système unifié permettrait sans doute de limiter les écarts d'effectifs observés entre les deux sources pour la psychiatrie.

---

<sup>35</sup> Dont deux n'ayant pas renseigné une des deux bases.

<sup>36</sup> Deux établissements n'ont pas de file active renseignée

<sup>37</sup> Rappelons que, dans le RimP, les actes peuvent être des entretiens, des démarches, en groupe, des accompagnements ou des réunions (nomenclature Edgar).

## 5.2 Nomenclature de troubles mentaux et du comportement dans la Cim10 [29]

F00-F09	Troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques
F10-F19	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives
F20-F29	Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants
F30-F39	Troubles de l'humeur [affectifs]
F40-F48	Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes
F50-F59	Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques
F60-F69	Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte
F70-F79	Retard mental
F80-F89	Troubles du développement psychologique
F90-F98	Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence
F99-F99	Trouble mental, sans précision

## 5.3 Âges moyens

L'âge moyen des patients suivis en 2017 dans les CATTP des Hauts-de-France est de 38,7 ans :

- 46,8 ans en psychiatrie adulte
- 9,3 ans en psychiatrie infanto-juvénile
- 36,4 ans dans les centres implantés en milieu pénitentiaire.

Tableau 7. Personnes suivies en CATTP : âges moyens et écarts-types par sexe, département de prise en charge et type de CATTP. Hauts-de-France. 2017. N=13 188. VM=1.

Département	Hommes				Femmes				Deux sexes			
	Adulte	Infanto	Pénit.	Total	Adulte	Infanto	Pénit.	Total	Adulte	Infanto	Pénit.	Total
Aisne	41,7 (±13,9)			41,7 (±13,9)	49,6 (±14,7)			49,6 (±14,7)	45,2 (±14,7)			45,2 (±14,7)
Nord	42,3 (±13,5)	9,1 (±8,2)		36,2 (±18,1)	48,3 (±13,5)	9,8 (±5,3)		45,6 (±16,5)	45,3 (±13,8)	9,3 (±7,6)		40,6 (±18)
Oise	47,2 (±14,0)	10,5 (±4,6)	37,6 (±12,4)	32,7 (±20,2)	51,9 (±13,2)	12,7 (±5,1)	37,4 (±12,6)	41,1 (±20,8)	49,8 (±13,7)	11,4 (±4,9)	37,6 (±12,4)	36,4 (±20,9)
Pas-de-Calais	46,0 (±13,4)	7,6 (±3,8)		29,2 (±21,6)	49,8 (±13,5)	9,2 (±5,4)		41,8 (±20,3)	48,3 (±13,6)	8,2 (±4,5)		35,9 (±21,9)
Somme	46,0 (±13,6)	9,0 (±4,1)	34,8 (±11,3)	33,0 (±19)	51,0 (±12,4)	12,1 (±6,6)		46 (±17,5)	48,7 (±13,2)	9,7 (±5)	34,8 (±11,3)	38,0 (±19,5)
Ensemble	43,8 (±13,7)	8,8 (±5,9)	36,3 (±12)	33,9 (±19,6)	49,4 (±13,5)	10,5 (±5,6)	37,4 (±12,6)	43,9 (±18,5)	46,8 (±13,9)	9,3 (±5,8)	36,4 (±12)	38,7 (±19,7)
Effectif	4 690	1 889	315	6 894	5 400	871	23	6 294	10 090	2 760	338	13 188

Exemple de lecture : la moyenne d'âge des hommes suivis en CATTP adulte dans l'Aisne est de 41,7 ans, avec un écart-type de 13,9 ans.

## 5.4 Activités menées dans les CATTP rencontrés

Tableau 8. Activités spontanément citées lors des 16 entretiens menés au cours de l'enquête<sup>38</sup>

Activité	CA1	CAD1	CA3	CA8	CI1	CP1	CA9	CI2	CI3	CI5	CA6	CA7	Total
Piscine	■	■	■	■	■		■	■		■			8
Cuisine		■			■	■	■		■			■	6
Jeux, jeux de société	■				■		■	■	■	■			6
Relaxation		■		■	■		■					■	5
Sorties			■				■	■	■	■			5
Conte, comptines					■				■	■		■	4
Écriture				■				■		■		■	4
Marche, marche nordique	■	■	■				■	■					5
Danse		■		■						■			3
Équithérapie			■				■			■			3
Esthétique		■		■							■		3
Musicothérapie, musique		■					■			■		■	3
Peinture, collage					■			■				■	3
Vélo				■	■		■						3
Art-thérapie					■			■					2
Badminton	■						■						2
Éducation thérapeutique du patient							■					■	2
Gymnastique		■					■						2
Massage		■		■									2
Sports										■	■		2
Tennis de table	■						■						2
Théâtre		■										■	2
Tir à l'arc	■						■						2
Vidéo-débats	■					■							2
Art créatif						■							1
Balnéothérapie		■											1
Bibliothèque					■								1
Calligraphie				■									1
Chant									■				1
Courses, magasins			■						■				2
Couture								■					1
Création												■	1
Déchirage					■								1
Estime de soi								■					1
Expositions									■				1
Groupe alcool						■							1
Groupe bébés					■								1
Groupe violences conjugales						■							1
Guidance parentale					■								1
Jardin				■									1
Journal			■										1
Lecture				■									1
Médiathèque			■										1
Modelage		■											1
Multisports					■								1
Neuro-jeu		■											1
Parcours moteur					■								1
Parcours du cœur						■							1
Pataugeoire					■								1
Pétanque							■						1
Photographie								■					1
Pleine conscience							■						1
Pracs								■					1
Radio												■	1
Remédiation												■	1
Sophrologie							■						1
Tricot		■											1
Vidéo									■				1
Psychomotricité		■											1
Total	7	15	7	10	15	6	17	11	8	9	2	11	

Exemple de lecture : l'activité piscine a été citée dans 8 CATTP rencontrés.

<sup>38</sup> Liste indicative, n'étant pas la résultante d'un questionnaire spécifique (mais d'un relevé des activités citées à l'entretien).

## 5.5 Principaux sigles et acronymes

AESH : Accompagnant d'élèves en situation de handicap (ex. AVS, Assistante de vie scolaire)  
ARS : Agence régionale de la santé  
Atih : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation  
Camps : Centre d'action médico-social précoce  
CATTP : Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel  
CH : Centre hospitalier    CHU : Centre hospitalier universitaire  
CMP : Centre médico-psychologique  
CMPP : Centre médico-psycho-pédagogique  
Cra : Centre ressources autisme  
Drac : Direction générale des affaires culturelles  
Drees : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques  
EJE : éducateur-trice jeunes enfants  
EMDR : *Eye movement desensitization and reprocessing* (ou désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires)  
EPSM : Établissement public de santé mentale  
Espic : Établissement de santé privé d'intérêt collectif  
F2RSMPsy : Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale des Hauts-de-France  
IME : Institut médico-éducatif  
Impro : Institut médico-professionnel  
ITEP : Institut thérapeutique et pédagogique  
MCO : Médecine, chirurgie, obstétrique  
MDA : Maison des adolescents  
MDS : Maison départementale de la santé et de la solidarité  
MECS : Maison d'enfants à caractère social  
PI : Permanence infirmière (quand on accueille une personne pour la première fois en CMP)  
PMI : Protection maternelle et infantile  
Pracs : Programme de renforcement de l'autonomie et des capacités sociales  
RimP : Recueil d'informations médicalisé en psychiatrie  
SAE : Statistiques d'activité des établissements (de santé)  
SDRE : Soins sur décision du représentant de l'État  
SDT : Soins sur demande d'un tiers  
Sessad : Service d'éducation spéciale et de soins à domicile  
SL : Soins libres  
SMPR : Service médico-psychologique régional  
SPI : Soins en cas de péril imminent  
TCA : Trouble du comportement alimentaire  
Ted : Troubles envahissants du développement  
TSA : Troubles du spectre autistique  
USMP : Unité sanitaire en milieu pénitentiaire  
Utajep : Unité thérapeutique accueil jeunes enfants parents

## 5.6 Index des illustrations

### 5.6.1 Cartes

Carte 1. Implantation des CATTp selon leur type. Hauts-de-France. N=145.....	9
Carte 2. Nombre et densité de CATTp pour 100 000 habitants par territoire de proximité. N =133.....	10

### 5.6.2 Tableaux

Tableau 1. Files actives des CATTp : valeurs de la moyenne, de l'écart-type et des quartiles. Hauts-de-France. 2017.....	12
Tableau 2. Répartition des personnes suivies en CATTp selon la fréquence de leur suivi et différentes variables. Hauts-de-France. 2017. N=12851.....	19
Tableau 3. Résultats du modèle de régression logistique sur les facteurs associés à un recours régulier et intensif. Hauts-de-France. 2017.....	20
Tableau 4. Caractéristiques des actes des CATTp en milieu pénitentiaire. Hauts-de-France. 2017. N=3172.....	21
Tableau 5. Caractéristique des usagers des CATTp en milieu pénitentiaire. Hauts-de-France. 2017. N=338.....	21
Tableau 6. Répartition des établissements de santé gérant des CATTp selon la cohérence des effectifs produits dans la SAE et le RimP.....	54
Tableau 7. Personnes suivies en CATTp : âges moyens et écarts-types par sexe, département de prise en charge et type de CATTp. Hauts-de-France. 2017. N=13 188. VM=1.....	55
Tableau 8. Activités spontanément citées lors des 16 entretiens menés au cours de l'enquête.....	56

### 5.6.3 Figures

Figure 1. Répartition des CATTp des Hauts-de-France selon leur type. 2017. N=145.....	12
Figure 2. Répartition des actes réalisés en CATTp selon la profession de l'intervenant et le public des centres. Hauts-de-France. 2017.....	13
Figure 3. Distribution des actes CATTp selon leur type et le public des centres. 2017.....	14
Figure 4. Distribution des actes en CATTp selon leur mode légal. N=330 372.....	14
Figure 5. Personnes prises en charge en CATTp adulte ou infanto-juvénile Hauts-de-France selon l'âge et le sexe. 2017. N=12 851.....	15
Figure 6. Répartition des personnes prises en charge en CATTp selon le sexe et le diagnostic principal (DP) posé au 1 <sup>er</sup> acte. Hauts-de-France. 2017. N=12 851.....	17

## 5.7 Bibliographie

- [1] Ministère de la santé publique et de la population. Circulaire du 15/03/1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales. 1960.
- [2] Ministère des affaires sociales et de la solidarité nationale. Arrêté du 14 mars 1986 relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales, comportant ou non des possibilités d'hébergement. 1986.
- [3] Audrin I, Andriamananaivo J, Maillard. Art et thérapie en CATTP. VST - Vie sociale et traitements 2001;no 69:33-4.
- [4] Von Theobald L. CATTP en pratique libérale : partage d'expérience. L'information psychiatrique 2019;Volume 95:33-6.
- [5] Chevillon B. Une résidence d'artiste dans un CATTP ou des vertus d'une rencontre roborative entre l'art et la psychiatrie. Prat santé ment 2010;56:39-43.
- [6] Bensidoun B, Colombo L. Ceci n'est pas un CATTP ... Empan 2008;n° 69:10-1.
- [7] Demailly L. Sociologie des troubles mentaux. Paris: La Découverte; 2011.
- [8] Misès R. Naissance d'un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP). Empan 2008;n° 69:12-6.
- [9] Ministre de la solidarité, de la santé et de la protection sociale. Circulaire du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale. n.d.
- [10] Roelandt J-L. Psychiatrie citoyenne et promotion de la santé mentale. Revue française des affaires sociales 2004:205-13.
- [11] Bacqué M-H, Biewener C. L'empowerment, un nouveau vocabulaire pour parler de participation ? Idées économiques et sociales 2013;N° 173:25-32.
- [12] Delion P. La pédopsychiatrie intégrative. Enfants et adolescents dans le Nord - Pas-de-Calais. Santé mentale et pédopsychiatrie. F2RSM ed., Lille: 2014, p. 14-5.
- [13] Junier H. Psychologie intégrative. Place aux pysys caméléons. Le Cercle Psy 2013.
- [14] Chesnel H. Santé mentale en Nord-Pas-de-Calais : images et réalités. Lille: Drass Nord - Pas-de-Calais; 2008.
- [15] Lepage C, Amariei A, Plancke L, Danel T. Les Centres médico-psychologiques des Hauts-de-France. Activités et publics décrits dans le RimP en 2015. Lille: F2RSM Psy; 2017.
- [16] Baillon G, Chaltiel P. Où va la psychiatrie en France? smq 2005;30:55-82. <https://doi.org/10.7202/011270ar>.
- [17] Institut Montaigne et Fondation de France. Parlons Psy. Une réflexion citoyenne sur la santé mentale. 2019.
- [18] Bibrowski Y. De quelques préjugés concernant l'art-thérapie. Pensee plurielle 2002;no 4:51-7.
- [19] Insee. Espérance de vie en 2019 n.d. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012749#titre-bloc-3> (accessed October 21, 2020).
- [20] Charrel C-L, Plancke L, Genin M, Defromont L, Ducrocq F, Vaiva G, et al. Mortality of people suffering from mental illness: a study of a cohort of patients hospitalised in psychiatry in the North of France. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 2015;50:269-77. <https://doi.org/10.1007/s00127-014-0913-1>.
- [21] Plancke L, Amariei A. Le recueil d'informations médicalisé en psychiatrie est-il apte à décrire les prises en charge de leurs bénéficiaires dans le Nord - Pas-de-Calais 2014.
- [22] Fovet T, Plancke L, Amariei A, Benradia I, Carton F, Sy A, et al. Mental disorders on admission to jail: A study of prevalence and a comparison with a community sample in the north of France. European Psychiatry 2020:1-21. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2020.38>.

- [23] Bodin R. L'institution du handicap. Esquisse pour une théorie sociologique du handicap. La dispute. Paris: 2018.
- [24] Léguevaques J-C. Voulez-vous créer un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel pour adolescents? *Empan* 2008;n° 69:136-42.
- [25] Carpentier N. Le long voyage des familles: la relation entre la psychiatrie et la famille au cours du XXe siècle. *Sciences Sociales et Santé* 2001;19:79-106. <https://doi.org/10.3406/sosan.2001.1514>.
- [26] Sicot F. La maladie mentale, quel objet pour la sociologie? *Deviance et Societe* 2006;Vol. 30:203-32.
- [27] Grosbois P. La communication. Introduction aux sciences humaines en médecine. Ellipses, Paris: 1993.
- [28] Coldefy M, Nestrigue C, Or Z. Étude de faisabilité sur la diversité des pratiques en psychiatrie. Paris: Irdes; 2012.
- [29] Organisation mondiale de la santé. CIM-10 Version 2008 n.d. <https://icd.who.int/browse10/2008/fr#/V> (accessed October 26, 2020).

Citation recommandée :

Cohen L., Plancke L., Amariei A., Les Centres d'accueil thérapeutique à temps partiel des Hauts-de-France. Un état des lieux, Saint-André-lez-Lille, novembre 2020, 62 p.

Ce nouveau rapport de la Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale Hauts-de-France porte sur un segment peu décrit de l'offre de soins en santé mentale : les Centres d'activité thérapeutique à temps partiel. Créés en 1986, ils font partie intégrante des services publics (secteurs) de psychiatrie, générale, infanto-juvénile et en milieu pénitentiaire. Les objectifs qui leur sont fixés sont de « maintenir ou favoriser une existence autonome par des actions de soutien et de thérapeutique de groupe ». Cent quarante-cinq centres ont été recensés dans les Hauts-de-France, dont 12 en milieu pénitentiaire et 3 rattachés à un intersecteur d'addictologie.

L'étude a consisté en une analyse des données de la Statistique d'activité des établissements de santé (SAE) et du Recueil d'informations médicalisé en psychiatrie (RimP) pour l'année 2017, ainsi qu'en une enquête par entretiens semi-structurés avec 21 professionnels travaillant dans 16 CATT distincts.

En 2017, 13 234 personnes bénéficient d'une prise en charge dans ces centres, soit 0,22% de la population régionale et 5,9% des personnes prises en charge dans les services de psychiatrie (publics ou privés). Ils accueillent un peu plus d'hommes (51,2%) que de femmes (48,8%), ces dernières étant plus âgées (44,0 ans en moyenne vs 33,7 pour les hommes).

Des entretiens, il ressort que les CATT accueillent, sur prescription médicale, des patients stabilisés, suivis en CMP ; les pathologies les plus fréquentes sont les troubles psychotiques pour les hommes, de l'humeur pour les femmes. Les activités sont animées par des personnels des services, spécifiquement formés ou non, ou des intervenants extérieurs. Les objectifs sont à la fois sociaux (lien social, citoyenneté, inclusion, ...) et thérapeutiques (estime de soi, ...) Les références théoriques sont peu fréquentes et la prise en charge est rarement protocolisée, sauf dans le cas des programmes de réhabilitation psychosociale. La durée d'accompagnement est indéterminée et l'évaluation est individuelle (clinique). L'individualisation des suivis est revendiquée, d'où une forte variabilité de l'intensité et de la nature des activités proposées.

Pièces originales du dispositif de soins en psychiatrie, les CATT gagneraient cependant à faire l'objet d'une évaluation, dont l'objet pourrait être l'entrée et la sortie de ces centres, ainsi que leur efficacité thérapeutique.



**F2RSM Psy**

Fédération régionale de recherche  
en psychiatrie et santé mentale Hauts-de-France