

C.H. Henri
Laborit
370



CENTRE HOSPITALIER
Henri Laborit

Avenue Jacques Coeur
CS 10587
86021 POITIERS CEDEX
Tél : 05 49 88 98 98
Fax : 05 49 52 34 94
secretaires-cesam @ch-poitiers.fr

CENTRE HOSPITALIER Henri LABORIT
POLE UNIVERSITAIRE de PSYCHIATRIE DE L'ENFANT et de l'ADOLESCENT
Chef de Pôle : Professeur Ludovic GICQUEL
CSSE : Muriel AUDE-BEZAGU
CSS : Ugo CHALLOT

Création d'un Hôpital de Jour Intensif des Troubles des Conduites Alimentaires Infra Régional

Table des matières

1 . Introduction.....	3
2 . Contexte et justification.....	4
2.1. L'importance d'une approche systémique incluant la famille.....	4
2.2. Des parcours de soin fragmentés et inadaptés.....	5
2.3. Vers une solution intermédiaire et intégrée.....	5
3 . Objectifs et modalités de prise en charge.....	6
3.1. Au sein du Département de la Vienne.....	6
3.2. Au sein de l'ancienne région Poitou-Charente.....	6
3.3. La prise en soin à l'hôpital de jour : une trajectoire individualisée, structurée et évolutive.....	6
3.4. Axe complémentaire : la place centrale des familles.....	8
3.4.1 . Groupes de parole thématiques.....	8
3.4.2 . La thérapie multifamiliale ou TMF.....	8
3.4.3 . Conclusion.....	9
4 . Perspectives d'évaluation.....	9
4.1. Indicateurs de suivi des adolescents.....	9
4.2. Indicateurs de suivi des familles.....	10
5 . Une approche véritablement innovante : un modèle régional intégré, décloisonné et ancré dans les réalités territoriales.....	10
6 . Organisation de la prise en soin.....	11
6.1. Aspect pratique d'organisation sur la semaine.....	11
6.1.1 . Le groupe Intensif.....	11
6.1.2 . Le groupe consolidation.....	12
6.2. La place des soins somatiques et l'articulation des soins somato-psychiques.....	13
6.2.1 . Rôle du Pédiatre.....	13

6.2.2 . Rôle de l'IDE de suivi.....	13
6.2.3 . Rôle de l'IDE référent TCA.....	14
6.3. Le centre de recours et de coordination infra régional N3 des Troubles des Conduites Alimentaires : un accordage en amont et en aval avec les départements (16-17-79).....	14
7 . Moyens et financement.....	15
8 . Mise en œuvre du projet.....	15
8.1.1 . Rétroplanning sur 2026.....	15
8.1.2 . Les besoins en locaux et véhicules.....	16
9 . Formation.....	17
10 . Conclusion.....	17
11 . Bibliographie.....	18
Annexes.....	20

1 . Introduction

Aujourd'hui encore, dans le département de la Vienne comme dans l'ensemble de l'ancienne région Poitou-Charentes, aucun dispositif d'hospitalisation de jour spécifiquement dédié aux adolescents souffrant de troubles des conduites alimentaires (TCA) de niveau 3 « cas complexe » n'est disponible. Ce manque de structures adaptées pédopsychiatriques contraste avec les dispositifs existants pour les adultes. Ce déséquilibre entre les générations crée une rupture d'égalité dans l'accès aux soins, d'autant plus préoccupante que les TCA touchent de manière croissante les adolescents, avec des conséquences potentiellement dramatiques.

En effet, les troubles des conduites alimentaires – tels que l'anorexie mentale, constituent aujourd'hui un véritable enjeu de santé publique. Ils représentent une des causes importantes de mortalité prématurée chez les jeunes de 15 à 24 ans.

Derrière ce constat alarmant se cachent des souffrances souvent invisibles, des parcours chaotiques, des retards de diagnostic, des ruptures de soin, mais aussi une méconnaissance persistante de la spécificité de ces troubles chez les adolescents. Il s'agit de pathologies complexes, multifactorielles, qui nécessitent une approche intégrée, coordonnée, plurifocale et résolument centrée sur le lien entre le corps, l'émotionnel, le contexte relationnel et le système familial.

Face à cette urgence, le développement d'un dispositif de soin spécifique, de proximité et adapté à la réalité adolescente s'impose comme une priorité. Il ne s'agit plus seulement de traiter les conséquences somatiques, mais bien de proposer une alternative à l'hospitalisation complète, souvent perçue comme intrusive, déconnectée du quotidien des jeunes, et parfois contre-productive. L'hospitalisation de jour, dans une forme séquentielle et modulable, permettrait au contraire d'offrir un cadre thérapeutique contenant, mais ouvert sur l'extérieur, favorisant le maintien des repères familiaux, sociaux et scolaires indispensables au rétablissement.

C'est dans cette perspective qu'a émergé ce projet novateur de création d'une unité d'hospitalisation séquentielle de niveau 3, dit d'expertise à une échelle infra-régionale, pensée comme un maillon essentiel du parcours de soin pour les adolescents atteints de TCA. Porté par le Pôle Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent (PUPEA) du Centre Hospitalier Laborit, en partenariat étroit avec le service de pédiatrie du CHU de Poitiers et les autres CH des départements de l'Ancien Poitou Charentes (16-17-79), ce projet s'inscrit dans une logique de complémentarité et d'excellence interdisciplinaire. L'unité proposera une prise en charge graduée, souple et continue, alliant des hospitalisations à modalités variées, spécifique et innovante (hospitalisation de semaine, de jour, de nuit...). Elle reposera sur une articulation fine entre soins somatiques et psychiques en veillant à y intégrer l'environnement social et familial du jeune dans un cadre bienveillant et spécialisé.

En misant sur la cohérence territoriale de l'ex Poitou Charentes, la flexibilité des parcours et l'alliance thérapeutique renforcée avec les familles et les différentes institutions possibles, ce projet ambitionne de répondre à un besoin non couvert tout en posant les bases d'un modèle reproductible à l'échelle régionale voire nationale.

2 . Contexte et justification

L'anorexie mentale chez l'adolescent constitue aujourd'hui l'un des défis majeurs en santé mentale pédiatrique. Trouble psychique complexe et multifactoriel, elle se manifeste typiquement entre 12 et 18 ans, période charnière de la construction identitaire, corporelle et sociale. Cette pathologie, longtemps perçue à tort comme marginale ou relevant d'un « caprice » adolescent, est désormais reconnue comme une maladie grave, aux conséquences potentiellement mortelles, tant sur le plan somatique que psychique. Elle représente la première cause de mortalité psychiatrique chez les adolescents, devant la schizophrénie et la dépression, et la deuxième cause de mortalité prématurée toutes pathologies confondues, après les accidents de la route (source : *Inserm*, 2019¹).

En France, on estime que près de 600 000 jeunes sont concernés par les troubles des conduites alimentaires (TCA), dont une part significative souffre d'anorexie mentale (*Haute Autorité de Santé*, 2020). Ce trouble touche principalement les adolescentes (dans 90 % des cas), mais concerne également un nombre croissant de garçons, souvent diagnostiqués plus tardivement. Les données épidémiologiques récentes indiquent une prévalence de l'anorexie mentale d'environ 0,5 % à 0,9 % chez les adolescentes âgées de 15 à 17 ans. Cependant, ces chiffres pourraient être sous-estimés en raison des formes atypiques de la maladie et de la stigmatisation qui l'entoure. Par ailleurs, une étude menée en 2022 par l'équipe du CHU de Rouen a montré un doublement de la prévalence des troubles des conduites alimentaires (TCA) entre 2009 et 2021².

« En France, ils **pourraient représenter** la 2^e cause de décès prématuré dans cette tranche d'âge après les accidents de la route, avec 12 % des décès liés à des complications somatiques ou au suicide » (BEH, 2021 ; HAS, 2022)

Aussi, l'ensemble de ces données épidémiologiques appuient la nécessité de développer des soins adaptés à cette tranche d'âge, et proposés le plus précocement possible après l'apparition des symptômes afin d'intervenir en amont de leur cristallisation.

2.1. L'importance d'une approche systémique incluant la famille

Au-delà de la prise en charge individuelle, l'anorexie mentale nécessite une approche systémique intégrant pleinement la famille, dont le rôle est déterminant dans le rétablissement. Les parents et proches sont souvent désemparés face à la maladie, partagés entre culpabilité, incompréhension et sentiment d'impuissance. Or, les études montrent que leur implication active dans les soins améliore significativement les résultats thérapeutiques (Lock & Le Grange, 2013). Des modèles comme la *Family-Based Treatment* (FBT), validés scientifiquement, soulignent l'efficacité d'un accompagnement familial structuré pour restaurer l'alimentation, réduire les conflits et recréer un environnement sécurisant. Une prise en charge globale des TCA doit donc inclure des

¹https://www.insee.fr/fr/statistiques/2386052#tableau-figure1_radio1

² <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8900953/>

espaces de psychoéducation, des thérapies familiales et un soutien aux parents, trop fréquemment laissés en dehors du processus thérapeutique.

2.2. Des parcours de soin fragmentés et inadaptés

L'anorexie adolescente est marquée par des parcours de soin souvent longs, fragmentés et insatisfaisants. Le délai moyen d'accès à une prise en charge spécialisée varie de 2 à 12 mois dans de nombreux territoires (source : Fédération Française Anorexie Boulimie, 2023), laissant aux familles un sentiment d'abandon et d'errance médicale. Dans les cas sévères, les patients peuvent présenter une dénutrition aiguë, des troubles somatiques graves (bradycardie, hypotension, aménorrhée, ostéopénie) et un état anxio-dépressif majeur, avec un risque suicidaire élevé. Selon une méta-analyse menée par Arcelus et al. (Archives of General Psychiatry, 2011), le taux de mortalité chez les personnes souffrant d'anorexie mentale est douze fois supérieur à celui de la population générale du même âge.

Dans le contexte spécifique de l'ex Poitou-Charentes, et plus particulièrement du département de la Vienne, ce constat prend une dimension encore plus critique. Sur une population estimée à 160 000 jeunes âgés de 12 à 25 ans, aucun dispositif d'hospitalisation de jour intensif dédié à l'anorexie de l'adolescent n'existe à ce jour. L'offre de soins reste orientée vers les hospitalisations complètes en service pédiatrique ou psychiatrique, souvent vécues comme traumatisantes, stigmatisantes ou déconnectées du quotidien des adolescents. Ces structures, si elles assurent la prise en charge de l'urgence somatique, peinent à proposer une continuité de soin psychothérapeutique intégrée, centrée sur les dynamiques familiales, le maintien des apprentissages scolaires, et l'accompagnement de la réintégration sociale.

Par ailleurs, l'hospitalisation complète, bien que parfois indispensable, ne répond pas toujours aux besoins spécifiques de cette population. Elle engendre des ruptures fréquentes dans les parcours éducatifs et relationnels des jeunes, et peut favoriser un phénomène de repli, de désaffiliation ou de désengagement thérapeutique. Des études récentes, notamment celle publiée en 2024 dans *Nutrition clinique et métabolisme*, confirment que le taux de rechute après hospitalisation pour anorexie mentale reste particulièrement élevé, avec 64 % des patients concernés dans les deux ans suivant leur sortie. Ce risque est fortement accru en l'absence d'un relai ambulatoire structuré et d'un suivi intensif, permettant à la fois un accompagnement somatique et psychique à la sortie de l'hôpital.

2.3. Vers une solution intermédiaire et intégrée

Dans cette perspective, le développement d'un dispositif intermédiaire, souple et modulaire, apparaît non seulement comme une réponse adaptée, mais comme une nécessité sanitaire et éthique. Une hospitalisation de jour séquentielle, ancrée territorialement et pensée pour les adolescents souffrant d'anorexie, permettrait de prévenir les aggravations, d'éviter les hospitalisations à temps complet dans certains cas, et surtout de réduire les inégalités d'accès aux soins spécialisés sur le territoire de l'ex Poitou Charentes.

Ce projet s'inscrit donc dans une logique de prévention secondaire et de continuité des soins, visant à offrir une alternative crédible et efficiente à l'hospitalisation traditionnelle.

En permettant une prise en charge coordonnée, pluridisciplinaire et centrée sur le jeune et sa famille, il ambitionne de redonner à ces adolescents en souffrance un espace thérapeutique où corps, parole, liens et savoirs sont pris en compte dans toute leur complexité.

3 . Objectifs et modalités de prise en charge

3.1. Au sein du Département de la Vienne

Dans le cadre d'une collaboration inter-établissement avec le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Poitiers, les adolescents présentant des Troubles du Comportement Alimentaire (TCA) sévères seront orientés vers notre service dès la stabilisation des risques vitaux (dénutrition aiguë, troubles cardiaques, etc.). Durant cette phase d'hospitalisation somatique, l'IDE référent(e) TCA du PUPEA mettra en œuvre un accompagnement permettant la mise en place d'une alliance thérapeutique avec pour objectif une intégration au sein de l'HDJ TCA Intensif. Ce travail d'accordage – synchronisation des intervenants et des temporalités thérapeutiques – sera piloté par l'IDE référent TCA, garantissant une continuité entre les dimensions somatiques et psychiques des soins.

3.2. Au sein de l'ancienne région Poitou-Charente

À l'échelle de l'ex Poitou-Charentes (départements 16, 17, 79), la coordination de ces parcours complexes est assurée par le Centre de Recours et de Coordination TCA de niveau 3, structure experte dotée d'un maillage territorial existant (réseaux de santé, partenariats avec les acteurs médico-sociaux). L'objectif est de permettre à tout adolescent présentant un TCA « sévère et complexe » (comorbidités psychiatriques, résistance aux traitements standards, vulnérabilité sociale) d'accéder à des séquences de soins intensifs et spécialisés au sein de l'hôpital de jour spécifique, dans des délais compatibles avec l'urgence médico-psychologique.

3.3. La prise en soin à l'hôpital de jour : une trajectoire individualisée, structurée et évolutive

L'unité spécialisée visera à offrir une prise en charge globale, structurée et graduée des adolescents souffrant d'anorexie mentale, en tenant compte à la fois de la sévérité des troubles, des comorbidités psychiatriques associées, de l'état somatique, et du contexte familial et scolaire. L'objectif principal est de permettre une stabilisation de l'état nutritionnel et psychique dans un cadre non contraignant, en évitant autant que possible les ruptures de parcours et les hospitalisations complètes prolongées, souvent mal vécues et peu propices à une adhésion thérapeutique durable.

Le dispositif s'organisera autour de séquences de soins intensifs d'une durée initiale de dix semaines, renouvelables en fonction de l'évolution clinique de chaque patient. Ce format permettra de proposer une temporalité claire et contenante, tout en laissant la place à des ajustements individualisés selon les besoins. L'entrée dans le programme se

fera à partir d'une évaluation pluridisciplinaire initiale, associant notamment un pédiatre, un pédopsychiatre, un psychologue, un infirmier spécialisé TCA et un diététicien.

L'accompagnement pluridisciplinaire constituera la pierre angulaire de la prise en charge. Chaque adolescent bénéficiera d'un parcours coordonné entre pédopsychiatres, pédiatres, psychologues, infirmiers spécialisés en santé mentale, diététiciens, psychomotriciens, socio-esthéticienne et d'un Enseignant en Activité Physique Adaptée (programme PAPAPAM³ recommandé par l'HAS).

Afin de répondre aux recommandations de la HAS, stipulant la nécessité de cibler les facteurs de renforcement et de maintien des TCA, de renforcer l'adhésion et la motivation au traitement et d'améliorer les relations sociales et interpersonnelles, notre dispositif conjuguera travail cognitif, comportemental, émotionnel et psycho-corporel via des supports et modalités variés, ludiques et motivant pour les jeunes. Plus spécifiquement, il s'agira de proposer des thérapies complémentaires et innovantes comme la remédiation cognitive ; l'immersion en réalité virtuelle pour travailler sur l'image corporelle ; les groupes d'expression artistique variés et les médiations corporelles de type relaxation, yoga ou thérapie par la danse.

La prise en charge somatique et nutritionnelle sera rigoureusement assurée grâce à une coordination étroite avec le pédiatre du service. Elle comprendra des bilans biologiques réguliers, un suivi clinique rapproché, des évaluations du statut nutritionnel, ainsi que des repas thérapeutiques encadrés par l'équipe soignante dans un cadre sécurisé, visant à restaurer une relation plus apaisée à l'alimentation.

Conscients des enjeux liés à la scolarité dans la trajectoire de soins, l'unité intégrera également un dispositif d'enseignement aménagé, en partenariat avec les enseignants présents de l'Éducation nationale affectés au pôle Universitaire de l'Enfant et de l'Adolescent au Centre Hospitalier Henri Laborit. Il s'agira de maintenir un lien actif avec le parcours scolaire de l'adolescent, de prévenir le décrochage, et de soutenir la réinsertion progressive en milieu scolaire ordinaire à la sortie.

Les soins seront dispensés en petits groupes de 6 à 8 adolescents, dans une logique de co-thérapie de groupe et de dynamique collective, favorisant le soutien mutuel et la désescalade des comportements pathologiques par effet miroir. L'intensité du suivi sera modulable : elle pourra aller de deux à trois demi-journées hebdomadaires pour les cas modérés, à une présence quotidienne en journée pour les formes plus sévères. Pour les adolescents résidant à distance, une hospitalisation de nuit pourra être proposée, dans une perspective d'accessibilité territoriale.

Enfin, la prise en charge ne s'arrêtera pas aux murs de l'hôpital : des visites à domicile pourront être envisagées en phase de transition, pour accompagner le retour à la maison, évaluer l'environnement familial, et anticiper les facteurs de risque de rechute. Ces visites seront articulées avec une coordination de parcours active, mobilisant aussi les unités de soin de proximité (partenariat avec les C.H des départements), dans une dynamique de soins partagés et de continuité thérapeutique.

³ <https://www.researchgate.net/publication>

329715610_Programme_d'Activites_Physiques_Adaptees_a_des_fins_de_Sante_Pour_des_Patients_souffrant_d'Anorexie_Mentale_v11

3.4. **Axe complémentaire : la place centrale des familles**

Dans une approche résolument globale du soin, ce projet ne se limite pas à la prise en charge directe des adolescents. Il intègre également un volet novateur centré sur les familles, considérées non pas comme de simples observateurs du parcours de soin, mais comme des partenaires essentiels du processus de rétablissement. Conscientes de l'impact déstabilisant que peuvent avoir les troubles du comportement alimentaire (TCA) sur l'équilibre familial, les équipes ont souhaité proposer des dispositifs spécifiques pour accompagner, soutenir, former et impliquer les proches. Car face à la détresse d'un enfant, nombreux sont les parents qui expriment leur désarroi, leur impuissance, voire leur solitude.

3.4.1 . **Groupes de parole thématiques**

Parce que chaque famille est unique, et que chaque membre peut vivre la maladie de façon singulière, des groupes de parole animés par des professionnels formés (psychologues, infirmiers spécialisés) viendront compléter le dispositif. Ces temps d'échange aborderont des thématiques ciblées, telles que :

- **"Frères et sœurs face aux TCA"** : un espace dédié à ces membres de la fratrie souvent relégués à l'arrière-plan, pour leur permettre d'exprimer leurs émotions, leurs incompréhensions ou leurs inquiétudes.
- **"Parentalité et culpabilité"** : des temps pour libérer la parole des parents, les aider à se défaire du poids de la responsabilité perçue, et les soutenir dans leur rôle éducatif fragilisé par la maladie.
- **"Préparation au retour à domicile"** : des séances pratiques pour anticiper les défis liés à la fin de l'hospitalisation de jour (HDJ), qu'ils soient logistiques, émotionnels ou relationnels.

3.4.2 . **La thérapie multifamiliale ou TMF⁴**

Pendant longtemps, la famille a été perçue comme un obstacle au traitement de l'anorexie mentale chez l'adolescente, soit parce qu'on la considérait comme pathogène, soit parce qu'on pensait que la guérison nécessitait une rupture psychique avec le milieu familial. L'approche thérapeutique impliquait souvent une séparation complète du patient avec sa famille.

Même les premières théories familiales, dans les années 1970, tout en réintégrant les proches dans le soin, les rendaient responsables du trouble, en identifiant des schémas familiaux rigides, fusionnels ou conflictuels censés favoriser l'apparition de l'anorexie. Toutefois, cette conception a évolué grâce à des recherches plus récentes qui soulignent la nature multifactorielle du trouble, où les causes familiales ne sont qu'un élément parmi d'autres, aux côtés de facteurs biologiques, individuels ou sociétaux.

Il est désormais reconnu que les familles d'adolescents anorexiques sont hétérogènes et souvent non pathologiques. Loin d'être systématiquement à l'origine du trouble, elles peuvent au contraire devenir un levier précieux dans le processus de guérison. Ainsi, la thérapie familiale est aujourd'hui envisagée comme un outil thérapeutique efficace, notamment dans les formes récentes, et la séparation du milieu familial n'est plus

⁴ <https://shs.cairn.info/revue-therapie-familiale-2008-1-page-87?lang=fr>

considérée comme une condition indispensable du soin.

Croisement hybride de la thérapie de groupe et de la thérapie familiale, la thérapie multifamiliale (TMF) rassemble plusieurs familles autour d'une pathologie ou problématique commune. Elle constitue un outil thérapeutique novateur, très apprécié des familles, particulièrement efficace dans de nombreuses indications. Elle sera un des moteurs et le complément de soin apporté aux familles et aux adolescents souffrant de trouble des conduites alimentaires.

Un programme spécifique de soin a été pensé au sein de l'hôpital de jour intensif autour de cette thérapie et sera intégré au dispositif pendant la période d'hospitalisation dans une dynamique de préparer l'après hospitalisation pour la continuité des soins.

3.4.3 . Conclusion

En plaçant les familles au cœur du processus thérapeutique, ce projet marque une évolution majeure dans la prise en charge des adolescents souffrant de troubles du comportement alimentaire.

Loin de cantonner les proches à un rôle périphérique, il les considère comme des acteurs incontournables du rétablissement. Les dispositifs mis en place – groupes de parole thématiques et thérapie familiale basée sur des approches structurées comme la TMF – visent à leur offrir des espaces d'expression, de formation et de soutien.

Ces initiatives permettent non seulement de mieux comprendre les mécanismes de la maladie, mais aussi de renforcer les compétences parentales mises à mal par le vécu de la pathologie.

En outillant les familles, on favorise un environnement plus sécurisant et cohérent pour l'adolescent, propice à la reconstruction d'un équilibre personnel et relationnel. Cette synergie entre soins directs et implication familiale constitue un levier fondamental pour prévenir les rechutes et inscrire les progrès dans la durée.

4 . Perspectives d'évaluation

Afin de mesurer l'impact réel de ces actions sur les familles et sur le parcours de soin des adolescents, plusieurs indicateurs seront mis en place.

4.1. Indicateurs de suivi des adolescents

La pertinence et l'efficacité de cette prise en charge innovante seront mesurées à travers un ensemble d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs, structurés autour de plusieurs axes.

Sur le plan clinique et psychiatrique, l'évolution des patients sera suivie via des paramètres objectifs : la progression du statut nutritionnel (prise de poids hebdomadaire, stabilisation de l'IMC), la réduction des complications somatiques (résultats biologiques normalisés) et l'amélioration des symptômes psychopathologiques, évaluée à l'aide d'outils spécifique comme l' EDI-3⁵ (Questionnaire d'auto-évaluation) ou l'échelle EDE-Q⁶

⁵ https://www.researchgate.net/publication/278225878_Eating_disorder_inventory-3_EDI-3_Professional_Manual_Lutz_FL_Psychological_Assessment_Resources

⁶ <https://outilscliniques.com/eating-disorder-examination-questionnaire-francaise/>

(outil visant à mesurer la fréquence des comportements alimentaires pathologiques ainsi que l'attitude d'un individu envers son poids et ses habitudes alimentaires). L'adhésion au programme sera scrutée via le taux de participation aux séances et le nombre d'interruptions non programmées.

L'efficacité organisationnelle sera appréciée par des critères d'accessibilité (délai moyen d'entrée dans le dispositif, couverture géographique des patients issus de l'ex-Poitou-Charentes) et de coordination interprofessionnelle. Le partage systématique des dossiers avec le CHU de Poitiers, avec les autres CH du département et les transmissions aux médecins traitants seront quantifiées, tout comme l'utilisation des séquences de soins modulables.

Les dimensions psychosociales et éducatives feront l'objet d'un suivi rigoureux. L'impact sur la scolarité sera mesuré par le taux de maintien dans un parcours scolaire et la réussite de la réintégration en milieu ordinaire. Les médiations innovantes (réalité virtuelle...) seront évaluées tant en fréquence d'utilisation qu'en satisfaction exprimée par les adolescents.

La prévention des complications s'appuiera sur des indicateurs de réduction des hospitalisations complètes (taux d'évitement, passages aux urgences liés aux TCA) et de prévention des rechutes (taux de réadmission à 6 mois, suivi des visites à domicile en phase de transition).

Il sera important de former l'ensemble de l'équipe à la Thérapie Multi-Familiale et que celle-ci devienne un axe important de la prise en soin des familles sur le pôle ainsi que sur la région infra Poitou Charentes.

4.2. Indicateurs de suivi des familles

Afin de mesurer l'impact réel de ces actions sur les familles, plusieurs indicateurs seront mis en place :

- Des questionnaires de satisfaction ainsi que des auto-évaluations des compétences parentales permettront d'apprécier les effets perçus par les participants.
- Le taux de participation aux différents ateliers sera analysé, et sa corrélation avec l'observance thérapeutique chez les adolescents sera étudiée.
- Une analyse qualitative des interactions familiales, menée avant et après les interventions, offrira un éclairage sur les transformations relationnelles générées par ces dispositifs.

5. Une approche véritablement innovante : un modèle régional intégré, décloisonné et ancré dans les réalités territoriales

Ce volet du projet incarne une rupture majeure dans la prise en charge des troubles des conduites alimentaires, en déployant un modèle « régional » intégré qui transcende les frontières institutionnelles hospitalières et géographiques de l'ex région Poitou-Charentes. Conçu comme un écosystème de soins synergique, il fédère hôpitaux, centres médico-psychologiques et praticiens libéraux autour d'une vision commune, transformant les

disparités territoriales en leviers d'efficience.

La force de ce dispositif réside dans sa capacité à unir des compétences complémentaires au service d'une prise en charge holistique. Géographiquement, il répond aux défis d'un territoire contrasté – entre urbanité et ruralité sur chacun des départements concernés.

Les familles dans ce projet constituent de véritables partenaires du soin. De même, la mobilisation collective des ressources territoriales génère une dynamique proactive et un effet multiplicateur à l'échelle régionale : le CHU de Poitiers apporte son expertise pédiatrique de pointe, tandis que les établissements locaux déploient un maillage fin pour le suivi post-hospitalisation à l'hôpital de jour intensif, créant ainsi un continuum de soins sans rupture. Les visites à domicile effectuées par les professionnels ne feront que compléter le dispositif dans une dynamique efficiente des soins.

Conçu dans un bassin de vie aux réalités socio-économiques variées – littoral touristique, terres agricoles, zones industrielles – ce modèle intègre une flexibilité intrinsèque.

L'innovation réside ici dans l'audace d'une gouvernance régionale unifiée, faisant de l'ex Poitou-Charentes un laboratoire vivant de coopération sanitaire. En tissant des liens pertinents avec les autres partenaires de ce dispositif, le projet démontre qu'une prise en charge complexe comme les TCA gagne en pertinence lorsqu'elle épouse les contours d'un territoire infra régional. Cette approche préfigure une psychiatrie de liaison à large échelle, où chaque acteur, contribue à une chaîne de valeur thérapeutique cohérente et résiliente, capable de répondre aux défis d'un système de santé en mutation.

6 . Organisation de la prise en soin

Cette prise en charge combine rigueur médicale dans les soins et flexibilité pédagogique, prise en charge de l'adolescent et de sa famille visant à stabiliser l'état de santé en ayant comme ligne de mire une réinsertion durable. L'accent est mis sur l'adaptation continue des soins, l'implication des familles et la coordination pluridisciplinaire, afin d'accompagner chaque patient vers un équilibre somatique, psychique et social.

6.1. Aspect pratique d'organisation sur la semaine

6.1.1 . Le groupe Intensif

Le programme d'accueil intensif s'adresse à un petit groupe de six à huit adolescents, suivis pendant une période de dix semaines. Les jeunes sont accueillis trois jours par semaine – les lundis, mercredis et vendredis – selon un rythme structuré alternant temps individuels et temps groupaux.

Les matinées ainsi que le début des après-midis sont consacrés à des prises en charge individuelles, organisées autour de plusieurs axes thérapeutiques. Chaque adolescent bénéficie d'un suivi médical régulier, assuré en alternance par un pédopsychiatre et/ou un médecin pédiatre. Un accompagnement diététique personnalisé est également proposé, en lien avec les objectifs nutritionnels. Des entretiens avec le psychologue, des séances

avec le psychomotricien, ainsi que d'autres temps d'évaluation ou de soutien complètent ce suivi individuel.

Les après-midis sont dédiés aux activités de groupe, organisées en groupes fermés, favorisant la dynamique collective et la sécurité des échanges. Trois types d'ateliers sont proposés :

- un atelier de remédiation cognitive animé par un binôme psychologue-infirmier,
- un groupe de psychoéducation des émotions, également coanimé par un psychologue et un infirmier,
- un atelier à médiation corporelle, encadré par un psychologue et un psychomotricien, ou un binôme psychomotricien-infirmier, selon les compétences disponibles.

Ce dispositif vise à offrir un accompagnement intensif, structuré et cohérent, dans une logique de soin global et pluridisciplinaire.

6.1.2 . Le groupe consolidation

Le groupe "Consolidation" constitue une seconde phase de l'accompagnement, destinée à six à huit adolescents sur une durée de dix semaines. Ce dispositif allégé s'inscrit dans la continuité du travail engagé en accueil intensif, avec un rythme adapté. Les jeunes sont accueillis un jour et demi par semaine : le mardi toute la journée et le jeudi matin. Les jeudis après-midi sont réservés au travail de synthèse de l'équipe soignante, favorisant une réflexion clinique régulière et concertée.

Le programme combine des temps individuels et groupaux, afin de soutenir à la fois le suivi personnalisé et la dynamique collective. Les entretiens individuels sont assurés en alternance par un pédopsychiatre, un médecin pédiatre, ainsi que par un psychologue et un psychomotricien pour le suivi psycho-corporel. Une prise en charge en socio-esthétique est également proposée, visant à renforcer l'estime de soi et à réinvestir positivement l'image corporelle. Il ne faut pas non plus négliger l'intégration de la réalité virtuelle, utilisée dans le cadre de séances structurées et encadrées par un infirmier, qui constituent une étape essentielle du parcours de soin spécifique.

Les après-midis du mardi et les matinées du jeudi sont consacrés à des ateliers collectifs. Un temps de médiation corporelle est proposé, autour de pratiques telles que la danse ou le yoga, animé par un infirmier et, si besoin, un intervenant extérieur. L'atelier "Papapam", centré sur l'expression rythmique et sensorielle, est également encadré par un infirmier avec possible intervention d'un professionnel extérieur. Un groupe sur la nutrition, animé par un diététicien et un infirmier, permet d'aborder les thématiques alimentaires de manière interactive et éducative.

Enfin, selon les besoins spécifiques de chaque adolescent, les professeurs des écoles intégrés dans le dispositif hospitalier peuvent initier un travail individualisé autour de la reprise scolaire.

Il est aussi prévu une organisation autour de visites à domicile menées par les professionnels de l'hôpital de jour, renforçant ainsi le lien entre les soins et l'environnement quotidien du jeune. Ce programme de consolidation vise à soutenir les acquis thérapeutiques, à préparer progressivement le retour à une vie plus autonome et à

renforcer l'ancrage des repères en dehors du cadre institutionnel.

6.2. La place des soins somatiques et l'articulation des soins somato-psychiques

Les professionnels de santé mentionnés ci-après participeront aux temps de régulation du CRC-TCA, en raison de leur rôle transversal dans la prise en charge des patients souffrant de TCA.

6.2.1 . Rôle du Pédiatre

Le pédiatre assurera les consultations somatiques tout au long du parcours de soins : en amont, pendant l'hospitalisation en pédopsychiatrie, et en aval. Ces consultations pourront être réalisées seul ou en binôme avec le(la) diététicien(ne), l'infirmier(ère) de suivi ou le(la) pédopsychiatre, et se dérouler individuellement ou en présence de la famille, selon les besoins.

Il fera le lien avec les services de pédiatrie de l'ex-région Poitou-Charentes, en les accompagnant dans la mise en œuvre de protocoles de soins, de traitements thérapeutiques, de nutrition entérale et de suivi clinique.

Par ailleurs, il sera l'interlocuteur privilégié de l'IDE référent TCA (voir 6.2.3) pour assurer une coordination optimale entre les hospitalisations pédiatriques et le relais vers l'hôpital de jour intensif TCA.

6.2.2 . Rôle de l'IDE de suivi

L'infirmier(ère) de suivi est un(e) professionnel(le) expérimenté(e) en soins somatiques, de préférence auprès d'un public jeune, et disposant de compétences spécifiques sur les dimensions somatiques et psychiques des TCA.

Il(elle) accompagne le patient avant et après les hospitalisations (en pédiatrie ou en pédopsychiatrie), en menant des consultations conjointes avec le pédiatre ou le pédopsychiatre. Ce suivi se prolonge hors des temps d'hospitalisation, en particulier lors des périodes de transition, notamment en cas d'attente d'une place dans une unité spécialisée (centre régional ou centre référent TCA).

L'IDE de suivi veille à maintenir un lien régulier avec le patient, sa famille et les professionnels impliqués, garantissant ainsi la cohérence du parcours et la prévention des ruptures de soins sur l'ensemble du territoire de l'ex-région Poitou-Charentes.

6.2.3 . **Rôle de l'IDE référent TCA**

Dans le cadre du parcours de soins des mineurs atteints de troubles du comportement alimentaire (TCA), un poste d'infirmier(ère) diplômé(e) d'État (IDE) référent(e) TCA sera dédié pour assurer le dépistage, le suivi clinique et l'articulation des différentes étapes du parcours de soins. Ce poste s'inscrit dans une logique de continuité et de fluidité des prises en charge entre les différents acteurs sanitaires, notamment entre les structures de proximité et le centre hospitalier universitaire (CHU), en amont et en aval de l'hospitalisation.

Durant l'hospitalisation en service de pédiatrie du CHU de Poitiers, l'IDE référent(e) TCA assure un suivi infirmier rapproché et personnalisé.

Il joue également un rôle central dans le maintien de l'alliance thérapeutique, essentielle dans la prise en charge des TCA, en soutenant à la fois le jeune et son entourage.

Il/elle reste un interlocuteur identifié, privilégié et agit également comme interface entre les différents niveaux de soins (de proximité, spécialisés, hospitaliers), en assurant la transmission des informations cliniques et en facilitant les relais vers les dispositifs de suivi ambulatoire (CMP, hôpitaux de jour, réseaux spécialisés).

Cette fonction s'inscrit pleinement dans les recommandations nationales de la filière TCA et dans les objectifs de coordination somato-psychiatrique, visant une meilleure articulation des soins entre les disciplines et les structures, au service de parcours de soins individualisés, continus et adaptés à la complexité de ces pathologies.

6.3. Le centre de recours et de coordination infra régional N3 des Troubles des Conduites Alimentaires : un accordage en amont et en aval avec les départements (16-17-79)

Cet hôpital de jour s'intègre dans un maillage infra régional coordonné par le Centre de Recours et de Coordination des Troubles des Conduites Alimentaires (CRC TCA) de Poitiers.

Selon les recommandations de l'instruction n° DGOS/R4/2020/148 du 03 septembre 2020 relative à l'organisation de la prise en charge des troubles du comportement alimentaire, le CRC TCA participe à la structuration de l'offre de soins de prise en charge des TCA sur le territoire de l'ex Poitou Charentes, afin de garantir une équité d'accès aux soins pour tous, avec une offre de soins co-construite par l'ensemble des acteurs du parcours de santé et de vie.

Cela suppose une étroite collaboration entre l'ensemble des dispositifs de soins de l'infra région, facilitée donc par le CRC TCA, afin de permettre une continuité des soins qui soit adaptés à l'âge et gradués en intensité en fonction du moment évolutif du trouble.

Concrètement, le CRC TCA infant-juvénile assure la mission d'évaluation, sur demande motivée d'un professionnel de santé, pour confirmer le diagnostic, évaluer la gravité des troubles et les comorbidités afin d'adresser le patient dans la filière de soins de niveau 1 et 2 en proximité (ambulatoire, HDJ, hospitalisation complète) ou de niveau 3, le cas échéant.

Le CRC TCA interviendra à nouveau lorsque la sortie de l'HDJ TCA sera envisagée afin notamment de mettre en lien le référent clinique au sein de l'hôpital de jour (qui aura été désigné dès l'entrée du jeune en HDJ TCA) et les professionnels de niveau 2 et/ou de niveau 1. L'objectif est d'assurer une cohérence dans la poursuite des soins avec un passage de relais anticipé et travaillé.

La coordinatrice de parcours du CRC TCA poursuivra évidemment l'accompagnement du jeune et de sa famille dans son parcours de soin afin d'éviter toute rupture après ses soins spécifiques en hospitalisation de jour, notamment en maintenant le lien avec les professionnels de niveau 1 et/ou de niveau 2.

Il faut également souligner l'intervention de la coordination régionale du CRC TCA Nord Nouvelle Aquitaine qui, outre recenser l'ensemble des acteurs de la filière TCA toutes disciplines et axe confondus, a pour mission de proposer des formations aux praticiens dans l'infra région afin de favoriser une cohérence territoriale.

7 . Moyens et financement

Profession en ETP	ETP	Salaire annuel en €	Total en €	Co Financement CHL		Financement ARS
				Redéploiement PUPEA ⁷	Financement CHL	
IDE	3	63 950	191 850			191 850
Psychologue (TCC)	1	59 930	59 930			59 930
Psychomotricien	0,5	60 350	30 175			30 175
Ass. de Service Social	0,5	55 360	27 680			27 680
Diététicienne	0,5	59 930	29 965			29 965
Cadre	0,5	81 730	40 865	40 865		
Médecin Pédiatre	0,2	150 730	30 146			30 146
Médecin Pédopsy	0,5	150 730	75 365			75 365
ASH	1	47 420	47 420	47 420		
Socio esthéticienne	temps*	7 500	7 500		7 500	
Enseignant APAS	temps*	8 500	8 500		8 500	
AMA	0,5	55 360	27 680	27 680		
Aide Soignant (Nuit)	1	52 000	52 000			52 000
Frais de fonctionnement (20%)			125 816		62 908	62 908
Frais annuel formation et mission			20 000			20 000
TOTAL			774 892 €	194 873 €		580 019 €

* 4h par semaine (2 X 2h)

8 . Mise en œuvre du projet

8.1.1 . Rétroplanning sur 2026

4 phases ont été distinguées pour la mise en place de l'hôpital de jour intensif concernant les troubles alimentaires allant de janvier à septembre 2026

⁷ PUPEA : Pôle Universitaire de l'Enfant et de l'Adolescent

1 - Appel à candidature pour recrutement : Janvier 2026

2 - Phase de recrutement et présentation du projet aux instances du CHL : de Février 2026 à Avril 2026, arrivée de l'équipe en fonction de la disponibilité des professionnels

3 - Phase de travail sur le projet avec l'équipe et installation dans des locaux adaptés : Mai à juin 2026.

4 - Début de prise en soin Groupe Intensif : juillet 2026

5 - Début du groupe Consolidation : Novembre 2026

8.1.2 . Les besoins en locaux et véhicules

- 1 salon d'accueil et de détente pour les adolescents
- 1 salle de restauration
- 1 grande salle de groupe pour les médiations psycho-corporelles
- 1 salle de psychomotricité
- 1 poste de soins infirmiers
- 1 pharmacie/infirmierie
- 1 bureau de consultation médicale (pédopsychiatrique et somatique)
- 5 bureaux de consultations
- 2 sanitaires dont un PMR mixte
- 1 zone de stockage entretien des locaux
- 1 minibus
- 1 voiture de service

Total surfaces utiles : 196 m² / Total surface dans l'œuvre : 260 m²

Cette activité serait organisée au sein de structures modulaires (norme RE 2020) implantées à proximité du pavillon Tony Lainé.

Calendrier d'implantation des structures modulaires sur le site du pavillon Tony Lainé :

- sept 2025 à Décembre 2025 : lancement des études sur la construction d'une unité en structures modulaires (écriture du cahier des charges et procédure d'achat de 260 m² de modulaires, dépôt du permis de construire)
- TO (hypothèse Janvier 2026) : validation du projet par l'ARS
- TO + 10 mois : permis de construire / fabrication des modulaires en usine / fondations / réseaux
- Novembre 2026 : livraison de la structure modulaire.

9 . Formation

Dans le cadre du développement des compétences cliniques au sein de l'unité, il est envisagé de former les professionnels volontaires à la remédiation cognitive. Cette approche thérapeutique, utile notamment dans la prise en charge des troubles alimentaires, sera proposée sous la forme d'une formation de deux jours dispensée via la SFPEADA.

Par ailleurs, afin d'élargir et de consolider l'éventail des outils thérapeutiques disponibles, le psychologue de l'unité devra être spécifiquement formé aux thérapies cognitivo-comportementales (TCC). Cette formation est indispensable pour assurer une prise en charge fondée sur des méthodes validées scientifiquement, notamment en ce qui concerne les troubles anxieux, les conduites obsessionnelles et les troubles alimentaires.

Une formation dédiée à l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire sur les troubles du comportement alimentaire (TCA) est également envisagée. L'objectif est d'assurer une compréhension partagée et une cohérence d'intervention auprès des jeunes patients. À ce titre, une formation pourrait être dispensée sur site par le Dr Alain Perroud via l'IFFORTHECC. Cette formule permettrait à l'ensemble des soignants, de bénéficier d'un socle commun de connaissances, condition essentielle pour une posture clinique homogène et cohérente face aux situations complexes.

Enfin, il est impératif d'avoir des professionnels investis dans des approches familiales innovantes comme une formation à la thérapie multifamiliale. Cette modalité thérapeutique, particulièrement pertinente dans les prises en charge de l'anorexie mentale, offre un espace de travail commun aux familles et aux soignants. Il conviendra d'identifier un organisme compétent pour organiser ce type de formation.

L'ensemble de ce plan de formation vise à renforcer la qualité de l'accompagnement proposé aux adolescents et à leurs familles, en dotant les équipes de savoirs actualisés et d'outils thérapeutiques adaptés.

10 . Conclusion

Face à l'absence de structures adaptées pour les adolescents souffrant de TCA sévères dans l'ancienne région Poitou-Charentes, ce projet d'hospitalisation de jour séquentielle et spécialisée représente bien plus qu'une simple réponse technique : il incarne une transformation profonde des paradigmes de soins en santé mentale adolescente. En alliant innovation thérapeutique, approche systémique et ancrage territorial, ce dispositif rompt avec les modèles traditionnels cloisonnés pour proposer un écosystème de soins résolument humain, flexible et inclusif.

En s'appuyant sur un réseau inter-établissements couvrant les quatre départements de l'ex-Poitou-Charentes, le projet transcende les limites géographiques pour créer une chaîne de prise en charge cohérente, où hôpitaux, professionnels libéraux, familles et partenaires agissent en synergie. Cette collaboration territoriale permet de répondre aux défis d'un bassin de vie contrasté en garantissant à chaque adolescent un accès équitable à des soins gradués de niveau expert (niveau 3 sévère et complexe), sans rupture ni délai inutile.

La force de ce modèle réside dans sa double dimension : clinique et organisationnelle. Sur le plan thérapeutique, il concilie médecine somatique et psychiatrie, intègre des médiations innovantes (réalité virtuelle, programme spécifique TCC,...) et place les familles au cœur du processus de rétablissement, grâce à des dispositifs pionniers comme les groupes de parole Familles. Sur le plan territorial, il transforme les disparités géographiques et institutionnelles en atouts, via une gouvernance régionale unifiée, des protocoles partagés et une mutualisation des ressources qui préfigurent la psychiatrie de demain : décloisonnée, solidaire et profondément ancrée dans les réalités locales.

Les perspectives ouvertes par ce projet dépassent le cadre régional. En démontrant qu'une prise en charge complexe des TCA peut être à la fois efficiente, humaine et économiquement viable, il offre un modèle reproductible à l'échelle nationale, notamment dans les territoires confrontés à la désertification médicale ou au morcellement des parcours de soins. Les indicateurs d'évaluation prévus cliniques, familiaux et d'activité permettront non seulement d'ajuster les pratiques, mais aussi de valoriser l'impact d'une approche globale qui replace l'adolescent et son environnement au centre des préoccupations sanitaires.

Ce dispositif ne se contente pas de combler un manque : il ouvre une ère nouvelle dans la prise en charge des TCA, où l'évolution thérapeutique médicale s'allie à l'intelligence territoriale, où la technicité des soins dialogue avec la créativité dans les soins, et où chaque acteur devient un maillon essentiel d'une chaîne de résilience. En faisant de l'ancien Poitou-Charentes un laboratoire vivant de coopération sanitaire, ce projet propose un modèle de soins innovant qui répond aux attentes des autorités sanitaires, des patients et de leurs proches.

11 . Bibliographie

Gicquel, L., et Corcos, M. (2018). *Hospitalisation de jour en psychiatrie de l'adolescent : un outil pour éviter les ruptures de parcours*. L'Encéphale, 44(4), 345-352. *Étude sur l'efficacité des dispositifs d'hospitalisation partielle, pertinente pour les sections 3.1 et 5 de votre projet.*

Gicelle, L. (2020). *Évaluation des pratiques en psychiatrie de liaison pédiatrique : le cas des TCA complexes.* Annales Médico-Psychologiques, 178(6), 689-695. Fournit des indicateurs d'évaluation clinique et organisationnel, utile pour la section 4.

Gicquel, L., et al. (2021). *Guide de bonnes pratiques : Prise en charge des TCA en région Nouvelle-Aquitaine.* Rapport ARS Nouvelle-Aquitaine.

Document stratégique sur la coordination territoriale, en résonance avec votre modèle régional intégré (section 5).

Lock, J., et Le Grange, D. (2013). *Manuel de traitement de l'anorexie Nervosa: une approche basée sur la famille* (2^e éd.). Guilford Press.
Référence relative à la FBT, appuyant section 2.1.

HAS (2019). *Recommandations : Prise en charge des TCA.* Haute Autorité de Santé - Cadre méthodologique pour les protocoles de soin et l'articulation somato-psychiatrique (sections 3.1 et 4).-

Roux, H., et Touzet, S. (2022). *Hospitalisation de jour en TCA : impact sur la famille scolaire.* Journal of Eating Disorders, 10(1), 45.
Étude sur les dispositifs de maintien scolaire, en lien volet avec votre éducatif.

FFAB (2023). *Étude nationale sur les délais d'accès aux soins spécialisés en TCA.* Fédération Française Anorexie Boulimie.
Données épidémiologiques récentes pour le contexte (section 2.2).

Arcelus, J., et al. (2011). *Taux de mortalité chez les patients atteints d'anorexie Nervosa.* Archives of General Psychiatry, 68(7), 724-731.
clés clés sur la mortalité, citées dans votre introduction.

Treasure, J. et Nazar, B.P. (2016). *Interventions pour les porteurs de patients souffrant de troubles de l'alimentation.* Current Psychiatry Reports, 18(2), 16.
-Soutient l'importance des groupes psycho-éducatifs pour les familles (rubrique 3.2).

Inserm (2019). *Troubles des conduites alimentaires : Anorexie, boulimie, hyperphagie.* Rapport collectif.

- **CHU de Poitiers (2023).** *Protocole de liaison pédiatrie pédopsychiatrie pour les TCA sévères.*
- **ARS Nouvelle-Aquitaine (2022).** -Schéma régional de santé mentale 2023-2028-

Asen E., Dawson N., McHugh B. (2001): *Multiple family therapy : The Marlborough model and its wider applications,* Karnac, Londres.

Colahan M., Robinson P. (2002): Multi-family groups in the treatment of young adults with eating disorders, *Journal of Family Therapy*, 24,17-30. [Consulter](#)

Cook-Darzens S. (2002): *Thérapie familiale de l'adolescent anorexique*, Dunod, Paris.

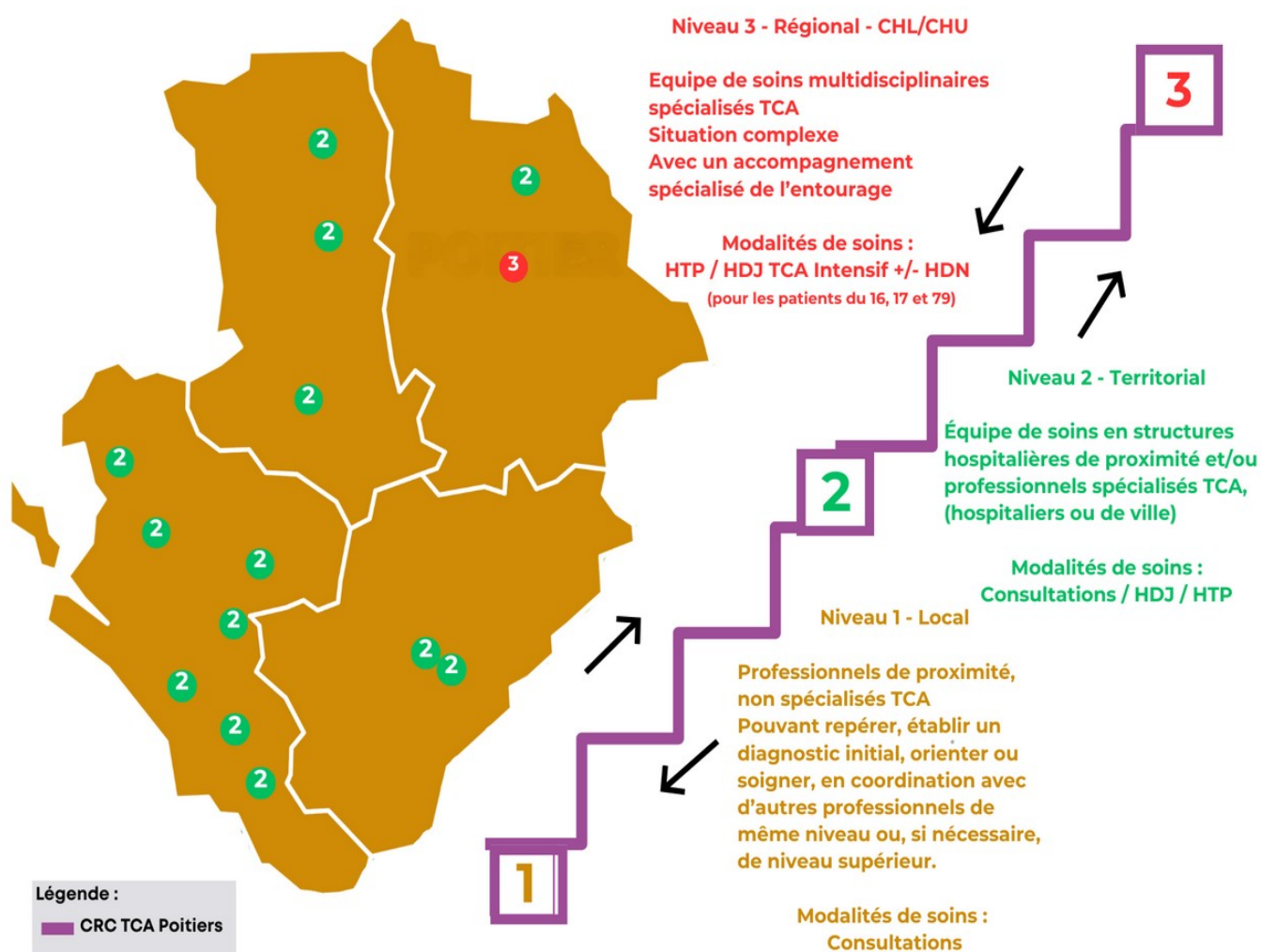
Cook-Darzens S. (2007): *Thérapies multifamiliales : Des groupes comme agents*

thérapeutiques, Erès, Ramonville St-Agne.

Cook-Darzens S., Doyen C., Brunaux F., *et al.* (2005a): Thérapie multifamiliale de l'adolescent anorexique, *Thérapie Familiale*, 26,3,223-245. [Consulter sur Cairn.info](#)

Annexes

Le réseau CRC TCA sur le Nord Nouvelle Aquitaine



Articulation HJTCA Intensif N3/ CHU Poitiers

