



HAL
open science

Dans les coulisses de l'Unité de jour Michel-Ange : repenser la prise en charge des adolescents souffrant de troubles des conduites alimentaires

Lisa Minier, Céline Bréan, Nathalie Godart, Equipe de l'Unité de Journée
Michel-Ange

► To cite this version:

Lisa Minier, Céline Bréan, Nathalie Godart, Equipe de l'Unité de Journée Michel-Ange. Dans les coulisses de l'Unité de jour Michel-Ange : repenser la prise en charge des adolescents souffrant de troubles des conduites alimentaires. *Enfances & Psy*, 2021, N°90, pp.124 - 134. 10.3917/ep.090.0124 . hal-04485825

HAL Id: hal-04485825

<https://hal.science/hal-04485825>

Submitted on 1 Mar 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

DANS LES COULISSES DE L'UNITÉ DE JOUR MICHEL-ANGE : REPENSER LA PRISE EN CHARGE DES ADOLESCENTS SOUFFRANT DE TROUBLES DES CONDUITES ALIMENTAIRES

[Lisa Minier](#), [Céline Bréan](#), [Nathalie Godart](#), [Équipe de l'unité de jour Michel-Ange](#)

Érès | « [Enfances & Psy](#) »

2021/2 N° 90 | pages 124 à 134

ISSN 1286-5559

ISBN 9782749272238

DOI 10.3917/ep.090.0124

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2021-2-page-124.htm>

Distribution électronique Cairn.info pour Érès.

© Érès. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.



**Lisa Minier, Céline Bréan,
Nathalie Godart et l'équipe
de l'Unité de jour Michel-Ange**

Dans les coulisses de l'Unité de jour Michel-Ange : repenser la prise en charge des adolescents souffrant de troubles des conduites alimentaires

*Lisa Minier, psychologue, docteure
en psychologie clinique, unité de jour
Michel-Ange, Clinique FSEF, Paris 16,
Fondation de Santé des Étudiants de France ;
CESP, INSERM, UMP 1018, Département
de psychiatrie, Institut Mutualiste Montsouris ;
lisa.minier@fsef.net*

*Céline Bréan, psychiatre, responsable
de l'unité de jour Michel-Ange, Clinique FSEF,
Paris 16, Fondation de Santé des Étudiants
de France ; celine.brean@fsef.net*

*Nathalie Godart, pédopsychiatre, cheffe
de service, unité de jour Michel-Ange,
Clinique FSEF, Paris 16, Fondation de Santé
des Étudiants de France ; CESP, INSERM, UMP
1018, université Paris-Sud, UVSQ, université
Paris-Saclay, Villejuif ; UFR des Sciences
de la santé Simone Veil (UVSQ), Versailles ;
nathalie.godart@fsef.net*

*Et l'équipe de l'unité de jour Michel-Ange :
Samah Belkheir, Élodie Betremieux, France
Boyer, Pauline Drecq, Charline Gautier,
France Hirot, Flora Hollande, Claire Lam,
Isabelle Leledy, Barbara Maison, Sophie
Nicolich, Audrey Paveau, Chloé Penabaille,
Morgane Pidoux, Sarah Pinto, Hugo Saoudi,
Mélanie Urvoy.*

DE L'ÉVOLUTION DE LA PRISE EN CHARGE DES TROUBLES DES CONDUITES ALIMENTAIRES

Les soins pour les troubles des conduites alimentaires (TCA) ont initialement été pensés autour de l'anorexie mentale (AM), dont la première description clinique remonte à 1860 (Marcé, 1860). Il faudra ensuite attendre 1874 pour que le terme d'*Anorexia Nervosa* apparaisse dans la littérature (Gull, 1874). Les soins se résumaient alors à une prise en charge hospitalière qui avait notamment pour objectif d'isoler le patient de son entourage, aussi bien familial qu'amical, considérés comme néfastes (Gull, 1874 ; Silverman, 1997). Au lendemain de la Seconde Guerre mondiale, les soins ambulatoires se sont développés à la faveur du mouvement de désinstitutionalisation. La palette de soins proposés s'est alors élargie et a progressivement permis d'éviter la rupture entre la personne et son environnement. En parallèle de ces évolutions dans la prise en charge, la description d'autres TCA a rendu nécessaire la diversification des modalités de soins. En effet, la boulimie a été décrite pour la première fois en 1979 (Russell, 1979), le trouble de restriction ou évitement de l'ingestion d'aliments en 1992 (ARFID ; Lask, Bryant-Waugh, 1992) et l'hyperphagie boulimique en 1994 (American Psychiatric Association [APA], 1994). Aujourd'hui, en accord avec les recommandations internationales, la Haute autorité de santé (2010, 2019) préconise une prise en charge ambulatoire en première intention pour les personnes souffrant de TCA. Les soins se déclinent de manière graduée de soins ambulatoires, avec une intensité allant de



simples consultations à une prise en charge de jour sous la forme d'un hôpital de jour (HDJ), à des soins en hospitalisation à temps complet. Le plan de soin est individualisé et évolue selon les besoins de la personne.

Dans cet article, nous présentons l'expérience de l'unité de jour (UDJ) Michel-Ange. Nous revenons, dans un premier temps, sur les éléments nationaux et internationaux qui ont conduit à l'ouverture de cette structure. Puis, nous détaillons son programme de soin, élaboré en réponse aux divers besoins des jeunes souffrant de TCA et en complément des modalités de prise en charge proposées dans la filière de soin existante en Île-de-France. Enfin, nous rapportons les conclusions du premier bilan réalisé au terme de la première année de fonctionnement de l'UDJ.

LA PRISE EN CHARGE DES TCA CHEZ L'ADOLESCENT ET LE JEUNE ADULTE EN UDJ

La place des HDJ dans les recommandations de la HAS¹

À l'image de la complexité de la clinique des TCA, qui associe des symptômes de nature psychiatrique, nutritionnelle, somatique et sociale, la prise en charge se doit d'être pluridisciplinaire et, en outre, coordonnée. Initialement ambulatoire quand cela est possible, elle évolue, par la suite, selon l'évolution et la gravité des troubles. La coordination du projet de soins est assurée par un médecin référent. Il réalise une évaluation clinique globale qui inclut les aspects médicaux, nutritionnels, psychiatriques et la dynamique familiale et sociale. Cela lui permet d'organiser la prise en charge en ajustant les soins aux besoins du jeune et de sa famille. La prise en charge familiale vise à aider la famille à comprendre les troubles, à avoir une fonction soutenance afin d'aider l'adolescent à faire face à ses difficultés, mais aussi à évaluer leurs difficultés et à proposer, si nécessaire, un accompagnement adapté. Plus précisément, l'accompagnement de la famille peut prendre la forme d'entretiens réguliers, d'une thérapie familiale et/ou d'une participation à des groupes de parents et/ou de fratrie.

La prise en charge en HDJ spécialisé permet d'intensifier les soins ambulatoires. Elle peut répondre aux objectifs suivants : (I) permettre une évaluation approfondie, (II) intensifier les soins ambulatoires qui s'avèreraient insuffisants, (III) s'articuler avec une hospitalisation à temps complet ; en tant que complément des soins-études temps plein ou bien comme une étape avant l'hospitalisation, ou encore (IV) permettre une diminution de l'intensité des soins, succédant à une hospitalisation à temps complet. Dans ces situations, l'hospitalisation de jour permet de préserver l'insertion sociale (familiale, amicale, scolaire ou universitaire) mise à mal par les troubles et parfois par de longues hospitalisations à temps complet.

La prise en charge des adolescents et jeunes adultes souffrant de TCA en HDJ à l'international

À l'international, la prise en charge ambulatoire en tant qu'alternative à l'hospitalisation à temps complet s'est développée depuis de nombreuses années. Des

1. Les recommandations de bonne pratique de la HAS ont été élaborées en partenariat avec la Fédération française anorexie boulimie (FFAB, <https://www.ffab.fr>, anciennement Association française pour le développement des approches spécialisées des troubles du comportement alimentaire), à la demande de la direction générale de la santé.



études ouvertes et un essai randomisé ont été menés sur l'efficacité de la prise en charge d'adolescents et de jeunes adultes souffrant de TCA en HDJ dans divers pays (Allemagne, Australie, Canada, Espagne, États-Unis) et en ont confirmé le bien-fondé. Celle-ci permet une reprise de poids, une amélioration psychologique, ainsi que des symptômes alimentaires et des comorbidités associées aux TCA et une diminution des rechutes. Ces améliorations perdurent dans le temps ; cet effet a été évalué jusqu'à un an après la fin de la prise en charge (pour une revue de la littérature, voir Delaunay et coll., 2019). Plus particulièrement, en Allemagne, un essai randomisé a comparé l'efficacité d'une prise en charge de jour à celle d'une prise en charge en hospitalisation à temps complet (Herpertz-Dahlmann et coll., 2014). La conclusion de cette étude est qu'une prise en charge en HDJ permet une reprise de poids similaire à celle obtenue en hospitalisation à temps complet, qui se maintient dans le temps, et ce à un coût moindre (moins 20 % de coûts financiers pour l'HDJ). De plus, les adolescents suivis en HDJ sont mieux préparés à la vie extérieure que ne le sont ceux hospitalisés à temps complet ; l'hospitalisation de jour permettant le maintien du lien entre le jeune et son milieu social. La question de la vie extérieure recouvre notamment la scolarité qui peut être incluse dans l'hospitalisation de jour. Enfin, Delaunay et ses collaborateurs (2019) soulignent que la bonne évolution des adolescents pris en charge en HDJ est favorisée par leur niveau de motivation et la participation de leurs familles.

La prise en charge des adolescents et jeunes adultes souffrant de TCA en HDJ en France

L'article de Delaunay et ses collaborateurs (2019) rapporte les résultats d'une étude donnant un panorama des HDJ prenant en charge les jeunes souffrant de TCA en France. Il était alors recensé quinze HDJ recevant ce public. Depuis, deux autres HDJ ont ouvert leurs portes : au Centre hospitalier universitaire (CHU) Charles Nicolle (Rouen) et celui de notre équipe, l'UDJ Michel-Ange de la Clinique Fondation de santé des étudiants de France (FSEF) Paris 16. Delaunay et ses collaborateurs (2019) pointent des limites à la prise en charge des TCA en HDJ en France : seulement cinq des quinze structures recensées dans leur étude proposent une prise en charge spécialisée et peu de structures proposent une prise en charge intensive. La fréquence hebdomadaire de prise en charge variait, en effet, entre une demi-journée et cinq jours par semaine et seulement 26,7 % des HDJ proposent une prise en charge de cinq jours par semaine.

C'est à partir de ce constat, basé sur les données de la littérature internationale exposées ci-dessus, sur le manque d'HDJ spécialisés en France (et plus particulièrement en Île-de-France), ainsi que des recommandations de la HAS (2010) qu'a été pensé le projet de l'UDJ Michel-Ange.

L'UNITÉ DE JOUR MICHEL-ANGE

L'UDJ Michel-Ange de la Clinique FSEF Paris 16 a ouvert ses portes en octobre 2019. Elle est intégrée au service hospitalo-universitaire de santé mentale de l'adolescent et du jeune adulte de la FSEF² et propose une prise en charge en

2. Coordonné par la P^{nc} Godart.
Sous la responsabilité
du D^r Bréan et
de Madame Penabaille
(infirmière encadrante).

soins-études pour les jeunes de 12 à 20 ans souffrant de TCA. Sa modalité de soins est innovante en France : c'est la première structure qui propose des soins de jour intensifs (cinq jours sur sept) spécialisés pour les TCA et incluant une scolarité (Delaunay et coll., 2019). La durée de l'hospitalisation de jour est variable en fonction de l'évolution clinique et des objectifs thérapeutiques du jeune.

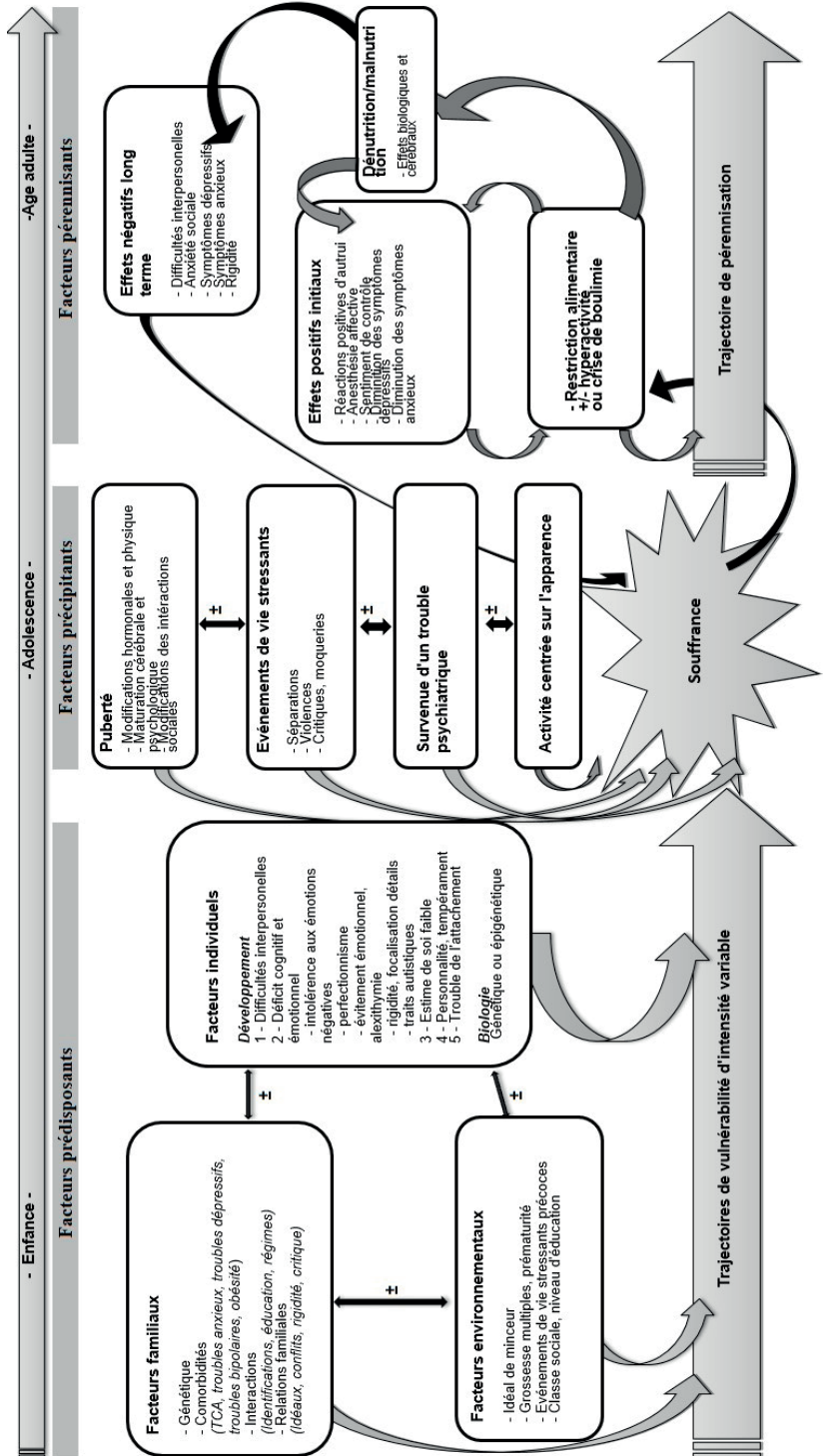
Son programme de soins a été élaboré à partir des recommandations de prise en charge, des données de la littérature internationale sur les thérapeutiques et de la conceptualisation actuelle de l'étiopathogénie des TCA représentée p. 128 (figure 1 inspirée de Guelfi, Rouillon, 2021). Selon ce modèle, les TCA sont des troubles résultants de l'interaction entre une trajectoire développementale de vulnérabilité, des événements dans la vie du sujet faisant advenir des facteurs précipitants et une pérennisation des troubles liée à des facteurs de maintien. Quatre axes se dégagent qui doivent être pris en compte dans l'approche thérapeutique :

1. Les symptômes alimentaires et leurs conséquences somatiques et psychiques liées à la dénutrition et la malnutrition.
2. Les aspects psychologiques et psychiatriques (symptômes et comorbidités variées).
3. Les facteurs liés à la trajectoire de vulnérabilité et aux facteurs déclenchants.
4. Les aspects psychosociaux et familiaux.

La prise en charge de l'UDJ Michel-Ange débute par une évaluation clinique et par des questionnaires structurés qui prennent en compte ces éléments, afin de développer ensuite un projet de soins individualisé incluant une prise en charge pluridisciplinaire : psychique, nutritionnelle, somatique et sociale. Les soins y sont pensés au travers d'un prisme intégratif ; l'unité regroupant des professionnels issus d'horizons professionnels différents, et mêlant, outre les aspects nutritionnels et somatiques, les approches psychodynamique, systémique, cognitivo-comportementale et psychoéducatrice dans le programme de soins. Le projet de soins de chaque jeune est élaboré et coordonné par son psychiatre référent au sein de l'UDJ, en lien avec l'équipe. Sa mise en œuvre est ensuite réalisée en collaboration avec les différents professionnels de l'unité, mais aussi avec les équipes d'amont et d'aval qui peuvent être en ambulatoire ou en intra-hospitalier. Au sein de l'UDJ, la cadre de santé coordonne l'organisation des soins entre l'ensemble des professionnels de l'unité et planifie l'emploi du temps des adolescents. Elle anime certains groupes thérapeutiques et travaille en lien étroit avec tous les professionnels et en particulier la secrétaire. Cette dernière joue, quant à elle, un rôle pivot dans la centralisation des informations et dans l'organisation des préadmissions, admissions et bilans ponctuels. Elle facilite également les liens avec les équipes extérieures et les familles.

Axe 1 : la prise en charge des symptômes alimentaires et de leurs conséquences

Initialement, les jeunes voient de manière hebdomadaire le médecin généraliste de l'unité, puis la fréquence des consultations est adaptée à leur état. La prise



en charge somatique comprend la détermination du poids de bonne santé du jeune qui est apprécié à partir de sa courbe de croissance (retour au couloir de croissance antérieur à la maladie ou, en cas de surpoids antérieur, au plus proche de celui-ci), la gestion des complications aiguës et chroniques de la dénutrition et de la malnutrition, des événements somatiques aigus au cours de l'hospitalisation et des conséquences des gestes auto-agressifs. Le médecin généraliste a également un rôle préventif, de promotion de la santé, et contribue à la réduction des risques de maladies ou de complications ultérieures en procurant des informations et des conseils adaptés lors d'entretiens individuels mais aussi lors d'un groupe de psychoéducation dédié aux questions de santé.

Les adolescents hospitalisés à l'UDJ ont également des consultations hebdomadaires avec la diététicienne de l'unité. Leur prise en charge diététique est individualisée afin de restructurer et diversifier leur alimentation et d'augmenter leur apport calorique total pour leur permettre d'arriver en fin de prise en charge à leur poids de bonne santé. La diététicienne anime également des ateliers diététiques et organise les repas thérapeutiques au quotidien, repas auxquels participe l'ensemble des professionnels de l'unité.

Enfin, l'équipe infirmière accueille les jeunes tous les matins, les accompagne au quotidien au travers de soins somatiques, de l'administration des traitements et d'entretiens tout au long de la journée, selon leurs besoins immédiats. Elle porte la continuité institutionnelle faisant le lien entre les adolescents et les professionnels. Chaque jeune a une infirmière référente qui participe aux entretiens avec les psychiatres. Enfin, les infirmières co-animent un certain nombre de médiations thérapeutiques.

Axes 2 et 3 : la prise en charge des aspects psychologiques et psychiatriques et des conséquences des facteurs prédisposants et précipitants du TCA

Les jeunes ont des consultations hebdomadaires avec leur psychiatre référent. Ces consultations permettent une évaluation initiale incluant des questionnaires standardisés, puis un suivi. Il participe avec le médecin généraliste à la réflexion sur le poids de bonne santé. Au-delà de la prise en charge individuelle, sa place lui permet, tout au long de l'hospitalisation de jour, de réévaluer, en collaboration avec l'équipe, les besoins du jeune et d'adapter sa prise en charge en conséquence. Il peut également solliciter les équipes extérieures pour intensifier les soins, sous la forme d'une hospitalisation en temps complet si l'évolution des troubles le nécessite, ou bien pour organiser le relais du suivi en vue de la sortie.

Le suivi psychologique des jeunes fonctionne également par référence. La prise en charge débute par une évaluation incluant des questionnaires standardisés et se poursuit par des entretiens thérapeutiques hebdomadaires. L'équipe de psychologues regroupe des professionnels dont la pratique repose sur des orientations théoriques différentes : psychodynamique, systémique et cognitivo-comportementale. Par ailleurs, les psychologues co-animent des groupes



thérapeutiques pouvant prendre la forme de groupes de parole (autour de questions en lien avec l'adolescence, des relations interpersonnelles, etc.), d'écriture, de psychoéducation ou encore visant des symptômes spécifiques (affirmation de soi, motivation au changement, etc.).

En ce qui concerne la prise en charge corporelle, la psychomotricienne, par l'intermédiaire de médiations thérapeutiques en groupe (danse, théâtre, atelier sensoriel, gym douce, balnéothérapie) et de prises en charge individuelles, accompagne les jeunes vers une meilleure représentation d'eux-mêmes afin qu'ils acceptent et, *in fine*, aiment leur image corporelle. Elle les aide ainsi à percevoir et à identifier leurs sensations afin qu'ils puissent prendre conscience de leur corps, le ressentir, le comprendre, l'habiter et enfin s'autoriser l'accès à un corps plaisir.

L'équipe de l'UDJ inclut également une art-thérapeute qui encadre plusieurs pratiques artistiques à des fins thérapeutiques, visant à stimuler la vie imaginaire. Dans cette approche, le processus thérapeutique se fait par le biais du processus créatif. L'atelier d'art-thérapie est un « espace de jeu » qui offre une liberté d'expérimenter les médiations proposées (arts plastiques, modelage, volume, etc.), et de s'engager dans un processus d'expression de soi, de trouver son propre langage plastique et sa propre forme d'expression. Il s'agit de mettre en forme l'informe des maux que l'on ne peut mettre en mots.

Enfin, l'éducatrice spécialisée participe à l'évaluation de la situation du jeune en termes d'autonomie et de besoins socio-éducatifs. Elle accompagne les adolescents au quotidien au travers des temps d'accueil, de médiations (bien-être, lectures, etc.) et de sorties.

L'équipe de l'UDJ s'est également formée à de la remédiation cognitive spécifique aux TCA afin d'intégrer prochainement cette modalité de soins à son programme.

Axe 4 : la prise en charge des aspects psychosociaux et familiaux

La prise en charge familiale à l'UDJ se fait selon plusieurs modalités complémentaires. Les entretiens familiaux, à fréquence variable selon les besoins des familles, sont réalisés par le psychiatre et l'infirmière référents de l'adolescent. Des espaces de parole et d'accompagnement à destination des parents d'une part et des fratries d'autre part sont également proposés sous forme de groupes de parole, d'entretiens de guidance parentale avec une psychologue, ou bien d'entretiens avec l'éducatrice spécialisée pour les parents qui nécessitent un accompagnement éducatif. L'équipe de l'UDJ s'est également formée à la thérapie multi-familiale (TMF) afin d'intégrer prochainement cette approche à son offre de soins. Quant à la prise en charge en thérapie uni-familiale, elle est proposée sur indication à l'extérieur de l'UDJ.

Enfin, l'équipe de l'Éducation nationale, présente au sein de la Clinique FSEF Paris 16, permet une reprise progressive de la scolarité. La professeure correspondante de l'UDJ rencontre chaque semaine l'équipe de l'UDJ pour assurer un

suivi de la scolarité des jeunes. L'effectif réduit des classes permet à ceux-ci de travailler leurs difficultés scolaires (refus scolaire anxieux, anxiété de performance, perfectionnisme, hyper-investissement scolaire, etc.) de manière à les préparer au retour à une scolarité à l'extérieur, dans leur établissement d'origine ou bien dans un établissement de soins études. C'est également un lieu de socialisation où les adolescents de l'UDJ sont en lien avec les adolescents des autres services de la clinique.

BILAN DES DEUX PREMIÈRES ANNÉES DE L'UDJ

Les deux premières années d'ouverture de l'UDJ Michel-Ange ont été marquées par le contexte social en France (importantes grèves des transports), puis par la pandémie mondiale de la COVID-19. Cette situation a fait appel aux capacités de résilience de l'équipe qui a dû modifier son activité en conséquence de manière à préserver la continuité des soins. Entre octobre 2019 et mai 2021, l'UDJ a pris en charge 100 jeunes. Ce sont principalement des jeunes femmes (93,8 %) avec une moyenne d'âge de 15,7 ans (e.t. = 2). Parmi les objectifs de l'hospitalisation de jour, 45,9 % des jeunes ont été reçus en relais d'une hospitalisation à temps complet, 39,7 % dans le but d'intensifier la prise en charge ambulatoire et 14,6 % pour des bilans. Sur l'ensemble des jeunes reçus, 62,5 % avaient déjà été hospitalisés pour anorexie mentale, 6,3 % pour boulimie et 4,2 % pour un autre TCA. Parmi eux, 22,9 % avaient déjà eu un suivi en HDJ. La reprise de la scolarité ressort comme une motivation importante à être hospitalisés à l'UDJ dans les lettres de motivations des jeunes. L'interruption de la scolarité sur les dernières années précédant l'UDJ se retrouve, en effet, chez plus de la moitié des adolescents reçus (56,3 %).

Un des points à améliorer dans l'offre de prise en charge de l'UDJ reste toutefois de réduire l'inégalité d'accès aux soins observée (68,75 % des parents des jeunes accueillis appartiennent à la catégorie « cadre et profession intellectuelle supérieure »). Cette inégalité d'accès aux soins a d'ores et déjà été décrite dans la littérature (van Doorslaer et coll., 2004). Dans le cas de l'UDJ, cela peut s'expliquer par plusieurs facteurs dont l'implantation de la clinique dans l'Ouest parisien (associé aux critères d'admission qui incluent un temps de transport de moins d'une heure par trajet), le fait que les adresseurs soient principalement des services hospitalo-universitaires (ces services ont le même biais de recrutement), la nouveauté de la structure et que ces familles ont un accès aux soins plus ciblés et spécialisés.

Les jeunes et les familles donnent un retour très positif de leur expérience. Ceux qui ont été hospitalisés à temps complet antérieurement soulignent l'intérêt pour eux de l'approche proposée leur permettant une réinclusion dans la vie sociale et familiale, et le retour progressif à l'école avec un accompagnement soutenu. Ceux pour qui cette étape conduit à une hospitalisation à temps complet, reviennent bien souvent dans l'unité pour la suite de leur prise en charge et apprécient de retrouver un lieu connu. Certains n'ayant pas connu d'hospitalisation à temps complet bénéficient des soins de l'UDJ qui leur offrent des conditions optimales pour un rétablissement puis une guérison. Enfin,



certains ne viennent que pour un bilan d'évaluation permettant une réflexion diagnostique et, le cas échéant, la mise en place rapide de soins adaptés.

Nous proposons d'illustrer ce bilan par des vignettes cliniques témoignant de deux parcours représentatifs de ceux des jeunes accueillis au sein de l'UDJ. Clémentine était arrivée dans notre unité à l'âge de 14 ans, opposée aux soins, fermée et avec un déni massif de la gravité de ses difficultés. Elle souffrait d'anorexie mentale de type restrictif et son IMC était alors de 15,9 kg/m². Ses parents se trouvaient très démunis face à la situation. Ils avaient pendant plusieurs mois refusé l'admission, espérant que les choses s'arrangent sans avoir à intensifier les soins contre la volonté de leur fille. Clémentine situe à l'âge de 12 ans le début de son insatisfaction vis-à-vis de sa silhouette dans un contexte de harcèlement scolaire. À la faveur d'un fléchissement thymique contemporain de difficultés familiales, elle avait décidé de perdre du poids « pour se sentir mieux », avait restreint son alimentation et augmenté à outrance son activité physique. Elle fut admise à l'UDJ après l'échec d'un suivi ambulatoire qui faisait suite à une hospitalisation à temps complet de trois mois en pédiatrie. C'était alors une adolescente extrêmement méfiante et isolée sur le plan social. Avec la renutrition, l'alexithymie de Clémentine s'était estompée à la faveur de l'émergence d'une humeur dépressive nécessitant un traitement antidépresseur. Elle avait également commencé à faire des crises d'hyperphagie dont la fréquence variait au gré de la restriction alimentaire et de la fluctuation de son humeur. Au cours de ses neuf mois d'hospitalisation dans notre service, Clémentine nous a progressivement accordé sa confiance, s'est ouverte au reste du groupe de patientes et a réinvesti sa scolarité sans perfectionnisme. Les médiations thérapeutiques, notamment le groupe de psychoéducation, ont permis de lever le déni de Clémentine. Finalement, ces groupes combinés à ses prises en charge individuelles ont permis à Clémentine de porter un nouveau regard, plus positif, sur elle-même et lui ont permis d'exprimer ses émotions. Quant à ses parents, ils ont pu trouver guidance et soutien lors des entretiens familiaux et lors du groupe de parole des parents. Aujourd'hui, Clémentine passe en classe de terminale, elle a un groupe d'amis, et bien que les crises d'hyperphagie soient, dans une moindre mesure, encore présentes, ses efforts continuent de la mener pas à pas vers la guérison.

Évelyne avait 15 ans lors de son admission. Ses difficultés alimentaires avaient débuté depuis quatre mois lorsqu'elle est arrivée dans notre service pour l'intensification de sa prise en charge ambulatoire pour une anorexie mentale de type restrictif, compliquée de dénutrition sévère (perte de > 15% de son poids en 6 mois, IMC de 17,4 kg/m²). Évelyne était alors dans l'incapacité de manger des aliments solides et vivait une angoisse face à son assiette, ce qui se manifestait sous la forme d'impressionnants accès de colère. Ses parents exprimaient face à cela un grand désarroi et ont rapidement été dans l'alliance et impliqués dans les soins. Évelyne a également rapidement investi les soins proposés et les progrès sur le plan alimentaire n'ont pas tardé. C'est finalement la labilité de son humeur qui a été au premier plan durant son hospitalisation de jour. C'est par l'écriture qu'Évelyne a pu développer ses capacités d'introspection

et apprendre à réguler ses émotions. Tout au long de ses cinq mois d'hospitalisation, elle a pu apprendre à se poser dans son corps et à inhiber les stimulations extérieures qui, auparavant, l'éparpillaient. Aujourd'hui, Évelyne entre en terminale, son humeur est stable et elle n'a plus de difficulté alimentaire.

CONCLUSION

L'UDJ Michel-Ange répond à un besoin dans le paysage des soins spécialisés dans le traitement des TCA en Île-de-France. Les premiers retours des équipes avec qui nous collaborons, ainsi que des jeunes et de leurs familles, sont positifs, et une bonne acceptabilité de cette modalité thérapeutique est observée (seulement 12 % de sorties prématurées au terme de cette première année). Cette prise en charge préserve l'insertion sociale par ailleurs entravée par de longues hospitalisations à temps complet. Elle permet également aux jeunes de transposer immédiatement les expériences vécues à l'UDJ, au travers des éprouvés et des compétences travaillées par les soins, à leur vie quotidienne, et favorise ainsi leur rétablissement et leur autonomie. Après deux années de fonctionnement, l'évolution des jeunes à la fois dans le dispositif et au-delà est très positive. L'UDJ permet aux jeunes de passer un cap dans leurs soins et, nous l'espérons, contribue à les aider à trouver les chemins de leur rétablissement et de la guérison.

BIBLIOGRAPHIE

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. 1994. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (IV)*, Washington D.C., American Psychiatry Publishing.
- DELAUNAY, A.-L. ; GÉRARDIN, P. ; GODART, N. 2019. « Prise en charge en hôpital de jour des adolescents présentant un trouble des conduites alimentaires : revue de la littérature internationale et état des lieux en France », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 67(4), p. 203-212. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2019.03.003>
- GUELF, J.-D. ; ROUILLON, F. 2021. *Manuel de psychiatrie (4^e éd.)*, Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson.
- GULL, W. 1874. « Anorexia nervosa (apepsia hysterica, anorexia hysterica) », *Transactions of the Clinical Society of London*, 7, p. 22-28.
- HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ. 2010. *Anorexie mentale : prise en charge*; https://www.has-sante.fr/jcms/c_985715/fr/anorexie-mentale-prise-en-charge
- HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ. 2019. *Boulimie et hyperphagie boulimique. Recommandation de bonne pratique*; https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-09/boulimie_et_hyperphagie_boulimique_-_recommandations.pdf
- HERPERTZ-DAHLMANN, B. ; SCHWARTE, R. ; KREI, M. ; EGBERTS, K. et coll. 2014. « Day-patient treatment after short inpatient care versus continued inpatient treatment in adolescents with anorexia nervosa (ANDI): a multicentre, randomised, open-label, non-inferiority trial », *Lancet*, 383, p. 1222-1229. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62411-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62411-3)
- LASK, B. ; Bryant-Waugh, R. 1992. « Early-onset anorexia nervosa and related eating disorders », *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 33(1), p. 281-300.
- LHERMITTE, M. 2020. *Intégration d'une évaluation clinique standardisée au programme de soins d'un hôpital de jour pour adolescents et jeunes adultes souffrant de troubles des conduites alimentaires : justificatif et premiers résultats*, université Paris Saclay.
- MARCÉ, L. V. 1860. « Note sur une forme de délire hypochondriaque consécutive aux dyspepsies et caractérisée principalement par le refus d'aliments », *Annales Médico-Psychologiques*, 6, p. 15-20.
- RUSSELL, G. 1979. « Bulimia nervosa: An ominous variant of anorexia nervosa », *Psychological Medicine*, 9, p. 429-448. <https://doi.org/10.1017/S0033291700031974>



SILVERMAN, J. 1997. « Charcot's comments on the therapeutic role of isolation in the treatment of anorexia nervosa », *International Journal of Eating Disorders*, 21, p. 295-298.

VAN DOORSLAER, E. ; KOOLMAN, X. ; JONES, A.M. 2004. « Explaining income-related inequalities in doctor utilisation in Europe », *Health Economics*, 13, p. 629-647. <https://doi.org/10.1002/hec.919>

Mots-clés :

Hôpital de jour, soins études, troubles des conduites alimentaires.

RÉSUMÉ

Nous décrivons ici l'expérience de la création d'une unité de soins-études de jour spécialisée dans le traitement des Troubles des conduites alimentaires (TCA) de l'adolescent et du jeune adulte (Unité de jour Michel-Ange, Fondation de santé des étudiants de France) depuis l'analyse de la situation nationale et internationale. Notre équipe propose, pour la première fois en France, une prise en charge en hôpital de jour intensive (cinq jours sur sept) qui inclut au sein du même lieu des soins spécialisés pour les TCA et une scolarité. Nous exposons ici le programme de soins ainsi que son élaboration en lien avec les recommandations de bonnes pratiques, les données de la littérature internationale et le modèle étiopathogénique actuel des TCA. Enfin, nous présentons un premier bilan de cette expérience au terme d'une année de fonctionnement.

SUMMARY

Michel-Ange Day Unit, behind the scenes: rethinking the treatment of eating disorders in adolescents

The following outlines the practices of a day care unit with schooling specializing in the treatment of Eating Disorders (ED) in adolescents and young adults (Unité de Jour Michel-Ange, Fondation de Santé des Etudiants de France). For the first time in France, our team is providing a daily hospital treatment package that includes intensive care (five days a week) for ED patients including on-site access to education. This article describes the care program and its development in relation to good practice, data from the international literature, national needs, and the current etiopathogenic model of ED. In conclusion, the article will present a first assessment of this experience after one year of activity.

Keywords :

Day hospital; care and study institution; eating disorders.