EL BALI Nada

Mémoire de fin d'études

OPTIMISATION DE LA PRISE EN CHARGE DES TROUBLES DES CONDUITES ALIMENTAIRES EN HÔPITAL DE JOUR

Comment adapter et améliorer les pratiques organisationnelles, ainsi que les outils utilisés, pour optimiser la prise en charge des patients dans un service spécialisé dans les troubles du comportement alimentaire ?

Master 2 Management des établissements sociaux, médico sociaux et sanitaires

Date de soutenance : 3 Juillet 2025

- *Présidente de jury : Etienne LAVISSE, Maitre de Conférences*
- *Directrice de mémoire : Isabelle AUBERT, Maitre de Conférences*
- *3e membre de jury : Tifanie CARLIER, Cadre de santé*

Université de Lille
Faculté d'Ingénierie et Management de la Santé (ILIS)
42 rue Ambroise Paré
59 120 LOOS

ANNÉE UNIVERSITAIRE 2024-2025

« Les opinions exprimées dans ce mémoire n'engagent que l'auteur et ne reflètent en aucun cas celles de la Faculté. »

REMERCIEMENT

Je souhaite avant tout remercier chaleureusement toutes les personnes qui m'ont soutenue et accompagnée tout au long de la réalisation de ce mémoire. Leur aide a été essentielle à chaque étape de ce travail.

Je tiens particulièrement à remercier ma directrice de mémoire, Madame Isabelle AUBERT, pour sa disponibilité, sa patience et la qualité de ses conseils. Ses retours m'ont permis de structurer mon travail et de le rendre plus précis. Son expertise a été une véritable ressource tout au long de ce projet.

Je remercie vivement mes tuteurs de stage, Madame Tifanie CARLIER, cadre de santé, et Madame Christelle NGONO NTI, cadre supérieur. Leur soutien et leurs conseils sur le terrain m'ont permis de mieux comprendre les défis et enjeux du secteur, et ont enrichi ma réflexion.
Je tiens aussi à remercier toutes les personnes du service des troubles des conduites alimentaires dans lequel j'ai effectué mon stage pour leur accueil, leur disponibilité et l'enthousiasme avec lequel elles ont partagé leur expérience. Un grand merci également à tous les professionnels ayant accepté de participer aux entretiens, leur contribution a été essentielle à la richesse de ce travail.

Je ne saurais oublier mes proches, qui m'ont soutenue avec bienveillance et patience durant tout ce parcours. Une mention spéciale à Asma, Mélanie et Inès, pour leurs encouragements constants, leur écoute et leur présence à chaque étape.

Ensuite, je tiens à exprimer ma sincère reconnaissance envers le corps enseignant de la Faculté d'Ingénierie et de Management de la santé (ILIS) pour leur précieux soutien tout au long de mon parcours universitaire. Leurs cours ont été très instructifs et m'ont apporté une solide base de connaissances. Leur partage de connaissances et leurs conseils ont joué un rôle essentiel dans ma formation. Je suis également reconnaissante d'avoir eu l'opportunité d'effectuer plusieurs expériences professionnelles, ce qui m'a permis d'acquérir une expérience pratique précieuse et de me préparer au milieu professionnel.
Merci à toutes et à tous.

SOMMAIRE

REMERCIEMENT 4

SOMMAIRE 5

LISTE DES FIGURES 8

LISTE DES TABLEAUX 8

LISTE DES ABREVIATIONS 9

INTRODUCTION 11

I. REVUE DE LITTERATURE **13**

1. Les troubles des conduites alimentaires : comprendre les pathologies pour mieux penser la prise en charge 13

2. Émergence historique et reconnaissance progressive des TCA (Fil Santé Jeunes, 2024) 14

3. Facteurs culturels et sociétaux 14

4. Les classifications internationales 15

5. Les principales formes de TCA selon le DSM-5 16

5.1 L'anorexie mentale (F50.01) 16

5.2 La boulimie (F50.02) 17

5.3 Le trouble d'accès hyperphagiques (binge eating disorder, F50.8) ... 17

5.4 Les autres troubles des conduites alimentaires spécifiés ou non spécifiés (F50.9) 17

6. Le rôle de l'Indice de Masse Corporelle (IMC) dans l'évaluation des TCA .. 18

7. Organisation de la prise en charge des troubles des conduites alimentaires (TCA) en France 19

8. Prévention des troubles des TCA 21

9. Les prises en charges en France 23

9.1 Les différentes prises en charges 23

9.2 État des lieux 25

10. Comment les TCA sont pris en charge à l'étranger ? 26

11. Conclusion intermédiaire – Revue de littérature 29

II. METHODOLOGIE **30**

1. Objet de l'étude 30

2. Choix de la méthodologie 31

3. Présentation des participants....31
4. Construction et structure du guide d'entretien 33
5. Démarche de recueil et analyse des données....34
6. Limites de l'étude 35
7. Transition vers l'analyse des résultats 36
III.RESULTATS D'ANALYSE 37
1. Présentation et organisation des établissements....37
2. Équipe et coordination des professionnels de santé....40
2.1 Composition 40
2.2 Organisation de la coordination entre les professionnels 43
2.3 Formations spécifiques aux TCA 45
3. Le Parcours patient....46
3.1 Admission et évaluation initiale 46
3.2 Suivi et coordination des soins....48
3.3 Sortie et suivi post hospitalisation 52
4. Défis et pistes d'amélioration 53
V. DISCUSSION ET RECOMMANDATIONS 57
1. Le profil des patients accueillis : une cohérence avec les données épidémiologiques 57
2. Des prises en charge pluridisciplinaires, en ligne avec les recommandations HAS....57
3. Une durée de prise en charge adaptée, mais à renforcer selon les besoins ... 58
4. Les réunions pluridisciplinaires : une pratique recommandée 58
5. La prévention et la sensibilisation : un axe négligé malgré les recommandations 58
6. Des écarts entre les établissements de niveau 2 et de niveau 3....59
7. La question des effectifs : un frein à la prise en charge continue 59
8. Des contraintes matérielles à compenser par des solutions locales....59
9. Créer du lien entre établissements pour mutualiser les bonnes pratiques ..60
10.L'intérêt d'un accompagnement à domicile comme complément 60
11.Vers une optimisation concrète de l'organisation des prises en charge 61
11.1 Renforcer la composition de l'équipe soignante....61

11.2 Clarifier les rôles et structurer l’organisation interne 62
11.3 Mieux utiliser les locaux et aménager l’espace patient 62
11.4 Adapter les outils, soutenir les pratiques et développer les formations 63
11.5 Inclure les familles dans le parcours de soins.....63
11.6 Renforcer la prévention et développer les partenariats extérieurs...64
V. CONCLUSION.....65
BIBLIOGRAPHIE 66
ANNEXES 74

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Livres DSM-5 TR et CIM-10 15

Figure 2 : Répartition des établissements spécialisés TCA en France (FFAB, 2021)[16] 19

Figure 3 : Exemples d'initiatives organisées lors de la Journée mondiale des TCA (FFAB, 2025) 22

Figure 4 : Répartition géographique des établissements interrogés 32

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Classification de l'IMC selon l'OMS 18

Tableau 2 : Les entretiens réalisés 33

LISTE DES ABREVIATIONS

TCA : Troubles des conduites alimentaires

Covid-19 : Coronavirus Disease 2019

HDJ : Hôpital de jour

ARFID : Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder

FFAB : Fédération Française Anorexie Boulimie

TCC : Thérapies cognitivo-comportementales

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies – 10e révision

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

DSM-5 : 5e édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux

AM : Anorexie mentale

BN : Boulimie nerveuse

IMC : Indice de Masse Corporelle

ARS : Agence Régionale de Santé

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CMP : Centre Médico-Psychologique

HAS : Haute Autorité de Santé

FRM : Fondation pour la Recherche Médicale

EDE-Q : Eating Disorder Examination Questionnaire

EDI-2 : Eating Disorder Inventory – 2e version

EAT : Eating Attitudes Test

EMAS-SMEA : Équipe Mobile Adolescents Spécialisée – Santé Mentale Enfants Adolescents

FBT : Family-Based Treatment

IPVR : Institut de Psychothérapie du Valais Romand

HTC : Hospitalisation à Temps Complet

APA : Activité Physique Adaptée

IPA : Infirmier(ère) en Pratique Avancée

GED : Gestion Électronique des Documents

EM : Entretien Motivationnel

CNV : Communication Non Violente

IFAC : Intervention Familiale et Accompagnement des Crises

HM : Hôpital Manager

SIAGE : Système d'Information pour l'Amélioration de la Gestion Électronique

JPA : Journée de Première Admission

BEP : Bilan Éducatif Partagé

ELADEB : Échelle Lausannoise d'Auto-Évaluation des Difficultés Émotionnelles et des Besoins

INTRODUCTION

Les troubles des conduites alimentaires (TCA) représentent aujourd'hui un enjeu de santé publique important. En France, on estime qu'environ 10 % de la population pourrait être concernée par un TCA au cours de sa vie. L'anorexie mentale touche entre 0,9 et 1,5 % des femmes, et environ 0,2 à 0,3 % des hommes, avec un pic de fréquence autour de 13 à 17 ans. La boulimie, elle, est plus fréquente vers 19-20 ans et concerne environ 1,5 % des jeunes. Quant à l'hyperphagie boulimique, elle touche autant les femmes que les hommes, le plus souvent à l'âge adulte, et concernerait entre 3 et 5 % de la population. Ces chiffres traduisent une réalité inquiétante, surtout quand on sait que les troubles peuvent durer plusieurs années, avec un risque de rechute élevé [1][2].

La crise sanitaire liée au Covid-19 a encore accentué cette problématique [3]. Plusieurs études ont montré une augmentation marquée des cas de TCA chez les adolescents pendant et après les périodes de confinement. Isolement social, rupture des repères, sédentarité, perte de contrôle ou surconsommation des réseaux sociaux ont constitué autant de facteurs déclenchants ou aggravants. Les professionnels ont observé une arrivée massive de nouveaux cas, parfois plus sévères, avec des symptômes précoces ou des situations rapidement critiques. Cette vague a mis à rude épreuve les services spécialisés, notamment les hôpitaux de jour, qui ont dû adapter en urgence leur organisation pour répondre à cette demande croissante.

Ces dernières décennies, la prise en charge des TCA a pourtant beaucoup évolué. La thérapie familiale est aujourd'hui recommandée comme traitement de première intention chez les adolescents, mais d'autres approches ont également montré leur intérêt, comme les thérapies individuelles, les groupes multifamiliaux, ou les thérapies centrées sur la motivation. Pour autant, les taux de rémission complète restent relativement modestes : entre 20 % et 50 % pour l'anorexie mentale, et autour de 40 % pour la boulimie [4].

Pendant longtemps, l'hospitalisation complète a été la réponse principale pour les formes sévères. Mais plusieurs travaux ont montré que les bénéfices à long terme d'un séjour prolongé à l'hôpital restent limités, surtout lorsque la prise en charge reste déconnectée du quotidien du patient.

C’est dans ce contexte qu’ont émergé les programmes de jour ou hôpitaux de jour (HDJ) qui offrent une alternative plus souple, combinant intensité de soins et maintien dans l’environnement habituel.

Les patients participent à un programme structuré (entretiens, ateliers, repas thérapeutiques...) plusieurs jours par semaine, sans être hospitalisés à temps plein. Ce mode de prise en charge permet d’accompagner les jeunes dans la durée, en les aidant à réintégrer progressivement des repères sociaux, scolaires et familiaux, tout en poursuivant un travail thérapeutique approfondi [5].

Mais malgré leurs avantages, les HDJ restent encore inégalement structurés selon les établissements. Les moyens, les outils utilisés, la composition des équipes ou l’organisation du parcours peuvent varier fortement d’un service à l’autre. Cela rend parfois difficile l’harmonisation des pratiques et pose la question de l’équité dans l’accès à des soins de qualité, en particulier dans un contexte post-Covid où la demande explose.[6]

C’est dans cette perspective que ce mémoire s’inscrit. À travers une étude qualitative menée dans plusieurs hôpitaux de jour spécialisés, il s’agit de comprendre les pratiques existantes, de repérer les freins rencontrés au quotidien, et d’identifier des leviers d’amélioration concrets, en lien avec les réalités du terrain.

Cela m’a conduite à formuler la problématique suivante :

Comment améliorer les pratiques organisationnelles, ainsi que les outils utilisés, pour optimiser la prise en charge en hôpital de jour des patients atteints de troubles de conduites alimentaires ?

Afin de mieux comprendre les enjeux liés à l’organisation des soins dans les hôpitaux de jour spécialisés dans les troubles du comportement alimentaire, ce travail commencera par une revue de littérature présentant les TCA, les recommandations existantes et les modalités actuelles de prise en charge.

La deuxième partie sera consacrée à la méthodologie de l’enquête menée auprès de professionnels de terrain.

Les résultats de cette étude seront ensuite analysés autour des grandes thématiques qui en ressortent.
Enfin, une dernière partie proposera une discussion et des pistes d'amélioration concrètes pour optimiser l'organisation des soins dans ces structures.

I. REVUE DE LITTERATURE

1. Les troubles des conduites alimentaires : comprendre les pathologies pour mieux penser la prise en charge

Avant de s'intéresser à la structuration des services spécialisés et à l'optimisation des parcours de soins, il paraît essentiel de revenir sur ce que recouvrent les TCA, tant dans leur définition que dans leur diversité clinique.

Les TCA désignent un ensemble de troubles psychiatriques caractérisés par une perturbation durable du comportement alimentaire, souvent associée à une relation conflictuelle avec le corps, l'image de soi et l'alimentation. Ces troubles, qui peuvent évoluer de manière chronique ou présenter des formes aiguës, ont un impact profond sur la santé physique, mentale et sociale des personnes concernées. Ils incluent notamment l'anorexie mentale, la boulimie nerveuse, l'hyperphagie boulimique, mais aussi d'autres formes plus atypiques comme le trouble d'évitement/restriction de l'ingestion d'aliments (ARFID), le syndrome d'alimentation nocturne ou encore le mérycisme[1]. [5][7]

Selon la Fédération Française Anorexie Boulimie (FFAB), les TCA traduisent une perte de liberté face à l'alimentation, bien plus qu'un simple dérèglement du comportement alimentaire. Ils constituent le symptôme visible d'une souffrance psychique souvent profonde, qui ne peut se réduire à une question de poids ou de volonté individuelle [8].

[1] Le mérycisme est un trouble du comportement alimentaire lié à la notion de plaisir. En effet, par cette remontée volontaire des aliments, la personne revit, inconsciemment ou non, la satisfaction qu'elle a vécu lorsqu'elle les a ingérés. Le mérycisme est souvent associé à l'anorexie mentale [9].

2. Émergence historique et reconnaissance progressive des TCA (Fil Santé Jeunes, 2024)

Si les TCA sont aujourd'hui largement médiatisés et reconnus comme des pathologies à part entière, leur origine est bien plus ancienne. Dès le Moyen Âge, on trouve des récits de jeunes filles pratiquant des jeûnes prolongés à des fins spirituelles, souvent pour rechercher la pureté ou la sainteté. Ces comportements extrêmes, perçus alors comme des actes de foi ou de dévotion, peuvent aujourd'hui être analysés, avec le recul, comme les prémices d'un trouble alimentaire de type anorexie mentale. À l'époque, toutefois, ces conduites n'étaient pas considérées comme pathologiques [10].

C'est au XVIIe siècle que les premiers regards médicaux apparaissent : certains cas d'amaigrissement extrême sont alors désignés sous le terme de « phtisie nerveuse », un diagnostic souvent confondu avec la tuberculose. Mais il faut attendre le XIXe siècle pour que la dimension psychique des troubles commence à être explorée de manière plus approfondie. Des figures comme Jean-Martin Charcot ou Sigmund Freud s'intéressent à des formes de pathologies digestives (comme l'anorexie apepsique) ou psychiques (comme l'anorexie hystérique), amorçant une première tentative de compréhension de ces conduites sous l'angle psychiatrique [11].

Ce n'est véritablement qu'au XXe siècle, et plus précisément à partir des années 1950, que les troubles des conduites alimentaires sont reconnus comme des pathologies psychiatriques à part entière. La psychanalyse, puis l'émergence des thérapies cognitivo-comportementales (TCC), permettent de mieux cerner les mécanismes psychiques et les leviers thérapeutiques de ces troubles. Peu à peu, les TCA sont perçus comme des expressions complexes de la souffrance psychique, impliquant des dimensions biologiques, psychologiques, sociales et culturelles [12].

3. Facteurs culturels et sociétaux

Les TCA, particulièrement l'anorexie mentale, sont en augmentation dans les sociétés occidentales, où ils touchent principalement les populations blanches, issues des classes sociales moyennes et supérieures. Cette distribution peut s'expliquer par les normes sociétales valorisant la minceur, renforcées par les médias et les idéaux esthétiques.

Les sociétés centrées sur l'individualisme et la performance exacerbent ces pressions, tandis que les sociétés traditionnelles, plus communautaires, semblent mieux protéger leurs membres contre ces troubles [4].

Certains chercheurs attribuent également cette différence à l'évolution des relations sociales et des dynamiques familiales. Par exemple, les exigences élevées en termes d'apparence et de réussite personnelle peuvent jouer un rôle déclencheur dans l'apparition des TCA, en particulier chez les adolescents et jeunes adultes.

4. Les classifications internationales

Deux grandes classifications internationales sont aujourd'hui utilisées comme référence dans le domaine de la psychiatrie et de la santé mentale : la Classification Internationale des Maladies (CIM-10), établie par l'Organisation Mondiale de la Santé, et le DSM (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux), produit par l'American Psychiatric Association. Ces classifications sont essentielles, non seulement pour poser un diagnostic, mais aussi pour adapter les prises en charge et faciliter les échanges entre professionnels de santé [13].



Figure 1 : Livres DSM-5 TR et CIM-10

La CIM-10, adoptée en 1992, distingue trois grandes catégories de troubles des conduites alimentaires :

- L'anorexie mentale (AM),
- La boulimie nerveuse (BN),
- Et les troubles du comportement alimentaire atypiques.

La dernière version du manuel, le DSM-5, parue en 2013, apporte des ajustements importants. Elle reconnaît explicitement :

- L'anorexie mentale (F50.01),
- La boulimie (F50.02),
- Les accès hyperphagiques (F50.8),
- Et une catégorie dite de troubles de l'alimentation non spécifiés (F50.9), qui regroupe les formes atypiques ou incomplètes sur le plan clinique.

Ces systèmes de classification fournissent aujourd'hui les repères importants sur lesquels s'appuient les professionnels pour identifier, comprendre et accompagner les personnes souffrant de TCA. Ils constituent le socle sur lequel se construisent les stratégies de prise en charge, que nous aborderons dans les parties suivantes.

5. Les principales formes de TCA selon le DSM-5

À la lumière des classifications internationales, notamment du DSM-5, on distingue plusieurs formes de troubles des conduites alimentaires. Chacun de ces diagnostics repose sur des critères précis, qui permettent aux professionnels de santé d'objectiver les symptômes et d'orienter la prise en charge. Voici une présentation synthétique des principales catégories cliniques.

5.1 L'anorexie mentale (F50.01)

L'anorexie mentale se définit avant tout par une restriction volontaire et marquée des apports alimentaires, entraînant un poids significativement inférieur aux normes attendues pour l'âge, le sexe et la croissance. Elle s'accompagne d'une peur intense de prendre du poids et d'une perception altérée du corps. Deux sous-types existent : la forme restrictive (sans comportements purgatifs) et la forme avec accès hyperphagiques ou purgatifs.

Le DSM-5 précise les seuils de sévérité selon l'IMC (≥17 : léger, <15 : extrême) et introduit les notions de rémission partielle et complète pour mieux refléter les trajectoires cliniques. Le critère d'aménorrhée, autrefois central, a été supprimé, rendant le diagnostic plus inclusif.

5.2 La boulimie (F50.02)

La boulimie se manifeste par des épisodes récurrents de crises alimentaires incontrôlées (hyperphagie), suivies de comportements compensatoires comme les vomissements, le jeûne ou l'usage de laxatifs. Ces épisodes doivent survenir en moyenne au moins une fois par semaine pendant trois mois.

L'estime de soi est souvent fortement influencée par le poids et l'apparence corporelle. Le DSM-5 a abaissé la fréquence minimale des épisodes par rapport au DSM-IV et supprimé les sous-types, considérés comme peu pertinents. La sévérité est désormais définie selon la fréquence des comportements compensatoires.

5.3 Le trouble d'accès hyperphagiques (binge eating disorder, F50.8)

Contrairement à la boulimie, l'hyperphagie boulimique n'est pas suivie de comportements compensatoires. Le diagnostic repose sur la survenue répétée de crises alimentaires marquées par une perte de contrôle et au moins trois caractéristiques spécifiques (ex. : manger seul, rapidement, sans faim…).

Ce trouble est souvent associé à un surpoids ou à une obésité, mais ce n'est pas systématique. Le DSM-5 a réduit la durée minimale à trois mois et prévoit aussi des critères de sévérité, selon la fréquence hebdomadaire des crises.

5.4 Les autres troubles des conduites alimentaires spécifiés ou non spécifiés (F50.9)

Le DSM-5 introduit une catégorie pour les cas qui ne remplissent pas tous les critères des troubles précédents, mais dont l'impact clinique estimportant. On y trouve :

- L'anorexie mentale atypique (poids normal mais comportement anorexique),
- La boulimie ou l'hyperphagie à fréquence ou durée réduite,
- Le trouble purgatif isolé,
- Le syndrome d'alimentation nocturne,
- L'ARFID (trouble d'évitement/restriction de l'ingestion d'aliments), marqué par une alimentation très sélective sans peur de grossir,

• Et d'autres troubles émergents (comme le mérycisme ou le pica, abordés plus loin).

Ces distinctions permettent de ne pas exclure des patients de la prise en charge sous prétexte qu'ils ne rentrent pas dans des cases strictes. Elles soulignent aussi la nécessité de personnaliser les parcours de soins en fonction de la symptomatologie réelle, et non uniquement du diagnostic formel.

6. Le rôle de l'Indice de Masse Corporelle (IMC) dans l'évaluation des TCA

Quand on parle de troubles des conduites alimentaires, l'IMC reste un outil souvent utilisé pour évaluer la corpulence et, dans certains cas, appuyer un diagnostic. Même s'il ne permet pas à lui seul de dire si une personne souffre d'un TCA, il reste un repère utile, notamment dans le cadre de l'anorexie mentale, où le poids joue un rôle important.

L'IMC se calcule simplement : on divise le poids (en kilos) par la taille (en mètres) au carré. Ce chiffre permet ensuite de situer la personne sur une grille de classification définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) [14].

Mais attention, ce n'est pas parce que l'IMC est « normal » qu'il n'y a pas de souffrance. Par exemple, certaines formes d'anorexie atypique concernent des patients dont l'IMC n'est pas alarmant, mais qui présentent malgré tout des restrictions alimentaires très sévères, une peur intense de grossir et une altération de l'image du corps. C'est pourquoi il faut toujours prendre du recul et croiser l'IMC avec les autres signes cliniques, le vécu du patient, son comportement, et son état de santé global.

IMC	Classification
< 10	Dénutrition grade V
10 à 12,9	Dénutrition grade IV
13 à 14,9	Dénutrition grade III
15 à 16,9	Dénutrition grade II
17 à 18,4	Dénutrition grade I
18,5 à 24,9	Normal

Tableau 1 : Classification de l'IMC selon l'OMS

7. Organisation de la prise en charge des troubles des conduites alimentaires (TCA) en France

En France, la prise en charge des troubles des conduites alimentaires repose sur un réseau de structures réparties sur l'ensemble du territoire. D'après la Fédération Française Anorexie Boulimie (FFAB), 146 établissements spécialisés prennent actuellement en charge des patients souffrant de TCA [15].



Figure 2 : Répartition des établissements spécialisés TCA en France (FFAB, 2021)[16]

Certaines régions ont mis en place une organisation adaptée pour mieux structurer cette offre. Dans les Hauts-de-France, par exemple, un appel à projets a été lancé en 2021 par l'Agence Régionale de Santé (ARS) afin de développer une prise en charge plus lisible et cohérente sur le plan territorial [17]. Neuf établissements ont été identifiés selon une organisation en trois niveaux, en fonction du degré de complexité des situations suivies.

Les structures de **niveau 3** sont les unités dites de recours. Elles assurent la prise en charge des cas les plus sévères ou complexes, parfois marqués par des comorbidités psychiatriques ou une chronicité importante. Elles ont également un rôle d'expertise et de

formation auprès des autres professionnels. Dans la région, le CHU de Lille et l'Hôpital Saint-Vincent de Paul à Lille ont été désignés comme établissements de niveau 3 [17].

Les structures de **niveau 2** regroupent des établissements spécialisés assurant des soins spécifiques en ambulatoire ou en hospitalisation de jour. Elles peuvent prendre en charge un grand nombre de situations cliniques et orientent vers le niveau 3 si nécessaire. Dans les Hauts-de-France, plusieurs hôpitaux (Arras, Béthune, Boulogne, Calais, Hénin-Beaumont, Roubaix) ainsi que la Clinique du Campus à Amiens font partie de ce niveau [17].

Enfin, les structures de **niveau 1** correspondent aux dispositifs de proximité non spécialisés. Elles n'ont pas de mission exclusive dans la prise en charge des TCA, mais interviennent souvent au moment du repérage des premiers signes. Ce sont notamment les médecins généralistes, les centres médico-psychologiques (CMP) ou les services de santé scolaire désignés comme établissements de niveau 3 [17].

Ces structures proposent une prise en charge pluridisciplinaire, qui combine un accompagnement médical, psychologique et nutritionnel. Les équipes sont composées de professionnels aux profils variés : psychiatres, psychologues, diététiciens, infirmiers, mais aussi, dans certains cas, des travailleurs sociaux, éducateurs, psychomotriciens ou encore des thérapeutes spécialisés. Cette diversité permet d'aborder le trouble sous différents angles, en tenant compte aussi bien de l'état de santé physique que de la souffrance psychique et du contexte de vie du patient (HAS, 2010 ; FRM, 2024) [18].

Dans la pratique, la composition exacte de l'équipe dépend des moyens et de l'organisation de chaque établissement. Mais tous partagent un même objectif : proposer un accompagnement global, adapté et coordonné. Le médecin référent (le plus souvent un psychiatre) joue souvent un rôle central dans cette coordination.

Cela dit, certains établissements sont aujourd'hui confrontés à des difficultés de recrutement, notamment en ce qui concerne les médecins. La pénurie de professionnels de santé touche l'ensemble du territoire, et la psychiatrie est particulièrement concernée. Malgré quelques efforts récents, de nombreux postes de psychiatres restent vacants, ce qui complique l'accès aux soins dans certains secteurs (Atlas de la démographie médicale, 2025) [19].

Cette tension rend parfois difficile le maintien d'une prise en charge continue, surtout dans des services comme ceux dédiés aux TCA, où la stabilité des équipes est essentielle [18] [20].

8. Prévention des troubles des TCA

La prévention des TCA constitue un enjeu central de santé publique, en particulier chez les adolescents et les jeunes adultes [1]. Plusieurs études et articles mettent en avant l'importance d'une approche globale, associant repérage précoce, éducation à la diversité corporelle et actions coordonnées en milieu scolaire et familial.

Le repérage précoce des TCA repose sur la vigilance des familles, des enseignants et des professionnels de santé, qui doivent être formés à reconnaître les signes d'alerte tels que les changements de comportement alimentaire, la préoccupation excessive pour le poids ou l'image corporelle, et l'isolement social. Favoriser la parole et l'écoute active chez les jeunes est un levier majeur pour détecter rapidement les situations à risque (Revue médicale suisse, 2022) [21].

Les facteurs de risque identifiés sont multiples : vulnérabilités psychologiques, faible estime de soi, antécédents familiaux, mais aussi pression sociale et exposition aux idéaux corporels véhiculés par les réseaux sociaux. Les stratégies de prévention recommandées incluent la valorisation de l'estime de soi, la promotion d'une image corporelle positive, l'éducation à une alimentation équilibrée et la lutte contre la stigmatisation du poids (ameli.fr, 2024 ; FFAB, 2023) [22][23][24].
Les programmes de prévention en milieu scolaire, associant ateliers de sensibilisation, formation des enseignants et implication des familles, se sont révélés efficaces pour réduire les idées reçues et favoriser le dialogue autour de l'alimentation et du corps (Ministère de la Santé, 2023). Par ailleurs, la coordination entre les différents acteurs (école, famille, professionnels de santé) est essentielle pour assurer la continuité du repérage et de l'accompagnement des jeunes à risque [25].

Enfin, la littérature internationale souligne la nécessité de développer des interventions fondées sur des preuves, accessibles à tous et adaptées à chaque tranche d'âge, pour limiter l'incidence et la gravité des TCA (Current Psychiatry Reports, 2022) [26].

La Fédération Française Anorexie Boulimie (FFAB) organise chaque année, autour du 2 juin, la Semaine nationale de sensibilisation aux troubles des conduites alimentaires (TCA). En 2025, la 5e édition s'est tenue du 2 au 8 juin à l'échelle nationale, à l'occasion de la 10e Journée internationale des TCA. Ce format étendu, adopté en réponse à l'engouement des éditions précédentes, permet de donner une visibilité accrue à ces pathologies et de multiplier les actions sur tout le territoire [27].

Cette semaine est marquée par de nombreux événements : conférences, webinaires, témoignages, animations, actions d'information et ateliers pratiques, organisés partout en France par des professionnels, des associations et des centres spécialisés. L'objectif est de sensibiliser le grand public, de lutter contre la stigmatisation, de favoriser le repérage précoce, d'informer sur les lieux de soins, et de renforcer la coordination entre les acteurs de santé.

La thématique 2025 met l'accent sur le rôle central des familles dans la prévention, le repérage et le rétablissement, ainsi que sur la nécessité de supprimer les obstacles à l'accès aux soins, en particulier pour les jeunes, les étudiants et les populations précaires. La FFAB rappelle que plus de la moitié des personnes concernées par un TCA ne sont pas dépistées et n'accèdent pas aux soins, alors que ces troubles touchent près d'un million de personnes en France, tous âges et milieux sociaux confondus [27].

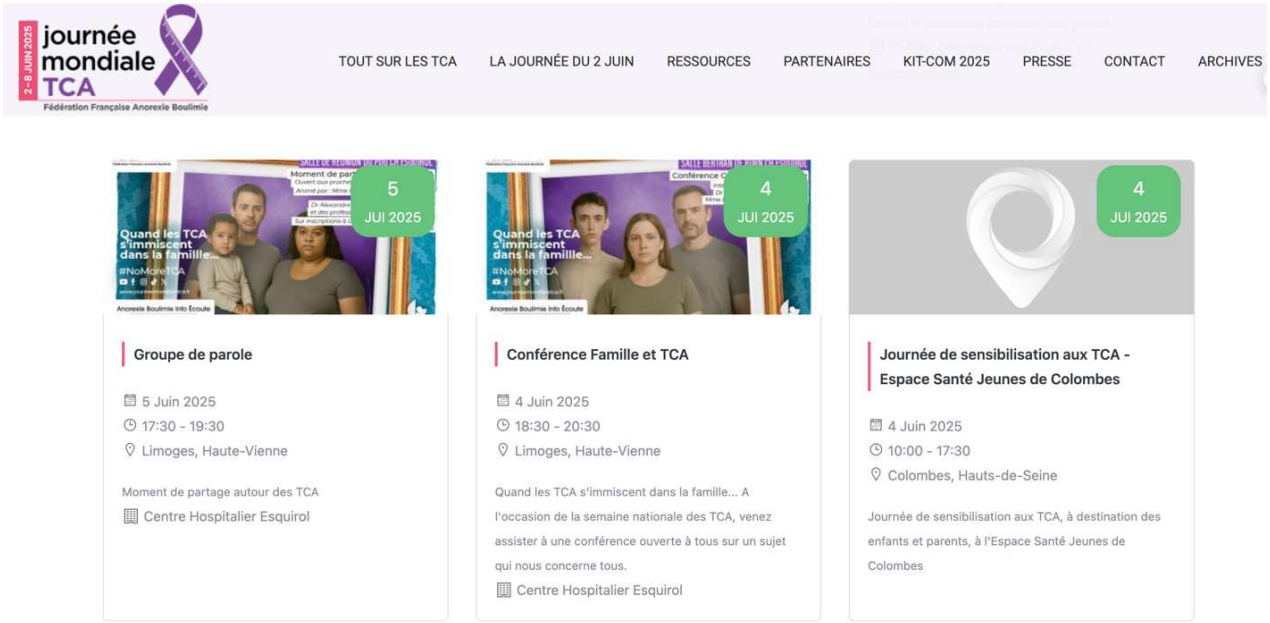


Figure 3 : Exemples d'initiatives organisées lors de la Journée mondiale des TCA (FFAB, 2025)

9. Les prises en charges en France

9.1 Les différentes prises en charges

Il semble essentiel de mieux comprendre les modalités actuelles proposées aux patients souffrant de TCA en France. Le système de soins s'articule autour de plusieurs formes d'accompagnement, plus ou moins intensives, adaptées en fonction de la gravité des troubles, du contexte de vie de la personne et de son état somatique et psychique [4].

La prise en charge **ambulatoire** constitue souvent la première étape. Elle peut se dérouler dans des structures non spécialisées, comme les centres médico-psychologiques (CMP), ou dans des consultations dédiées au sein d'établissements spécialisés. Cette modalité permet d'assurer un suivi médical et psychologique régulier, sans interrompre la scolarité ou les activités sociales du patient. Elle est recommandée chaque fois que la situation ne présente pas de danger immédiat et que le contexte familial ou environnemental le permet [28].

Lorsque la situation nécessite un cadre plus soutenu, sans pour autant justifier une **hospitalisation complète, l'hospitalisation de jour** (HDJ) représente une alternative particulièrement pertinente [29]. Ce dispositif propose une prise en charge structurée, pluridisciplinaire et intensive, tout en maintenant un lien fort avec la vie quotidienne du patient. L'HDJ repose sur des temps de présence réguliers, souvent plusieurs jours par semaine, au sein d'une unité spécialisée, où sont proposées des activités thérapeutiques individuelles et groupales : entretiens médicaux, suivis nutritionnels, psychothérapies, ateliers corporels, temps d'éducation thérapeutique, et parfois même des médiations artistiques. Ce format permet de travailler simultanément sur la réhabilitation nutritionnelle, le lien au corps, la gestion des émotions et le lien social, tout en favorisant un maintien à domicile ou en famille [29][30].

L'intérêt majeur de l'HDJ réside dans sa capacité à offrir une intensité de soins adaptée à des situations cliniques sérieuses mais stabilisées, tout en préservant une dynamique d'autonomie. Ce modèle est particulièrement indiqué pour les patients qui souffrent de troubles sévères mais chez qui une hospitalisation complète n'est pas jugée nécessaire ou souhaitée. Il peut aussi constituer une étape intermédiaire, soit en amont pour éviter une

hospitalisation à temps plein, soit en aval pour préparer un retour progressif à la vie quotidienne après une hospitalisation prolongée [31].

En cas de décompensation somatique ou de situation critique, une hospitalisation à temps complet peut être envisagée. Cette modalité reste réservée aux situations les plus complexes, notamment en cas de danger vital ou d'échec des prises en charge précédentes. Elle permet une surveillance continue et un encadrement médical renforcé, avec des objectifs clairs de renutrition, de stabilisation psychique et de protection de la personne [31].

La construction de ces parcours s'appuie sur les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS), qui insiste sur la nécessité d'une évaluation globale initiale et d'une orientation graduée vers le niveau de soins le plus adapté à la situation de chaque patient. Les parcours de soins sont donc pensés comme évolutifs, permettant des allers-retours entre les différents niveaux d'intensité, en fonction de l'évolution clinique et des objectifs thérapeutiques.

Dans ce contexte, l'hospitalisation de jour apparaît aujourd'hui comme une modalité de prise en charge incontournable, en particulier pour les adolescents et les jeunes adultes chez qui le maintien des liens sociaux et éducatifs joue un rôle important dans le processus de rétablissement. Plusieurs rapports, notamment ceux de la Fédération Française Anorexie Boulimie (FFAB) et de l'ARS Hauts-de-France, soulignent le développement croissant de ces structures et leur rôle central dans l'organisation des soins spécialisés en TCA. L'enjeu, désormais, est d'adapter leur fonctionnement aux besoins spécifiques des patients et d'outiller les équipes pour garantir une prise en charge cohérente, coordonnée et humaine.

Si les lignes directrices de la prise en charge des troubles des conduites alimentaires sont aujourd'hui bien définies, leur mise en œuvre sur le terrain reste hétérogène et dépend fortement du contexte institutionnel, des ressources humaines disponibles et de l'organisation locale des soins [32].

9.2 État des lieux

Pour mieux comprendre les pratiques actuelles, une étude qualitative publiée dans la revue ***Journal of Eating Disorders*** a été menée au sein de plusieurs établissements français accueillant des adolescents souffrant de TCA. Elle visait à explorer la manière dont ces services qu'ils soient pédopsychiatriques, somatiques ou mixtes, structurent leurs parcours de soins et coordonnent les prises en charge. À travers l'analyse de différents dispositifs (CHU, hôpitaux de proximité, structures spécialisées), cette enquête met en évidence plusieurs constantes dans la prise en charge : le rôle central du travail pluridisciplinaire, l'implication des familles, l'importance d'un accompagnement global associant le soin psychique, la réhabilitation nutritionnelle et le soutien à la scolarité. Les équipes insistent également sur la nécessité d'un suivi individualisé et d'une continuité des soins dans le temps, souvent rendue complexe par des tensions organisationnelles, un manque de personnel formé et des délais d'attente parfois importants.

Parmi les éléments particulièrement soulignés figure la capacité d'adaptation des établissements : programmes collectifs avec les familles, actions éducatives intégrées, souplesse des temps de soins, ou encore liens étroits avec les écoles. Ces ajustements témoignent d'une volonté de proposer des parcours lisibles, cohérents, et adaptés aux besoins spécifiques des adolescents et de leur entourage.
Si cette étude n'aborde pas de façon détaillée la question de l'hospitalisation de jour, elle rappelle néanmoins que toute modalité de prise en charge doit s'inscrire dans une logique de continuité, de cohérence organisationnelle et de collaboration renforcée entre professionnels.

C'est précisément cette perspective que vient compléter une autre étude, publié dans le *Psy Brèves n°13*, menée cette fois au sein du Centre Hospitalier d'Arras, et centrée spécifiquement sur un programme thérapeutique en hospitalisation de jour pour des patientes atteintes de TCA. Réalisée entre 2020 et 2022, cette étude observationnelle visait à évaluer les effets d'un protocole structuré associant psychoéducation, thérapies cognitivo-comportementales de groupe et travail autour de l'image corporelle, de l'estime de soi ou encore de la gestion émotionnelle.

Le programme, conçu sur seize journées réparties dans le temps, réunissait à chaque fois le même groupe de patientes, permettant une dynamique de groupe stable et propice à

l'engagement. Les résultats, mesurés via des outils psychométriques validés (EDE-Q, EDI-2, EAT), montrent une amélioration significative des comportements alimentaires et de la régulation émotionnelle, ainsi qu'une réduction des conduites de restriction et des crises boulimiques. Ce type de prise en charge semi-intensive, sans hébergement, présente plusieurs intérêts : il permet d'éviter certaines hospitalisations à temps complet, tout en garantissant une régularité suffisante des soins et une continuité thérapeutique.

En offrant un espace collectif encadré, l'HDJ facilite également certains leviers thérapeutiques plus difficiles à activer en consultation individuelle, comme les techniques d'exposition, la restructuration cognitive ou les échanges entre pairs. Ces éléments renforcent l'idée selon laquelle l'HDJ peut jouer un rôle stratégique dans les parcours de soins, notamment pour les patients stabilisés sur le plan somatique mais nécessitant un accompagnement psychologique soutenu.

Ainsi, à travers ces deux études complémentaires, on observe que les réponses organisationnelles apportées aux TCA doivent conjuguer souplesse, cohérence des parcours et adaptation aux réalités du terrain.

Dans cette perspective, l'hospitalisation de jour, lorsqu'elle est bien pensée et bien intégrée dans le maillage territorial des soins, peut représenter une alternative solide à l'hospitalisation à temps complet, tout en répondant aux attentes d'une population de patients souvent jeunes, fragiles, mais aussi en demande d'une prise en charge plus adaptée à leur quotidien.

10. Comment les TCA sont pris en charge à l'étranger ?

Quand on regarde les différentes sources disponibles, on se rend compte que la prise en charge des TCA à l'étranger repose globalement sur une organisation graduée, comme en France. Mais dans l'ensemble, les informations qu'on trouve restent assez générales. Peu de documents expliquent concrètement comment les soins sont organisés sur le terrain. Cela dit, certains pays comme la Belgique, la Suisse, le Royaume-Uni ou les États-Unis présentent des dispositifs un peu mieux décrits.

En Belgique, un trajet de soins structuré et remboursé a été mis en place pour les jeunes jusqu'à 23 ans. C'est le médecin généraliste qui lance ce parcours. Au début, les soins sont assurés par une équipe pluridisciplinaire en ambulatoire. Si la situation devient plus complexe, cette équipe peut faire appel à une structure spécialisée comme une équipe mobile (EMAS-SMEA), ou orienter vers un centre suprarégional pour une hospitalisation partielle (équivalent HDJ) ou complète. Ce système permet d'adapter le niveau de soins en fonction de la gravité du trouble, tout en assurant une continuité dans le suivi [33][34][35].

En Suisse, l'organisation est assez proche. Certains cantons comme Vaud ou Genève ont des centres spécialisés qui proposent différentes modalités de soins : consultations ambulatoires, programmes de jour et hospitalisation complète si besoin. D'autres structures, comme le Ceptade ou l'IPVR, proposent aussi des suivis adaptés à l'âge et à la situation des patients, avec une approche pluridisciplinaire [36][37].

Dans ces pays, il existe aussi une influence du modèle bifocal, d'inspiration psychanalytique. Deux professionnels suivent le patient : un thérapeute qui travaille sur son vécu psychique, et un autre (souvent psychiatre) qui s'occupe des aspects plus concrets comme la santé ou la scolarité.
Dans ce cadre, les parents sont peu présents dans le quotidien des soins. Ils peuvent être vus en entretien familial, mais ils ne sont pas impliqués de manière active dans la prise en charge. Il arrive même que l'adolescent soit séparé temporairement de sa famille, avec un retour prévu seulement après l'atteinte d'objectifs comme la reprise de poids [36][38].

Au contraire, dans les pays anglo-saxons comme le Royaume-Uni, les États-Unis ou le Canada, c'est l'approche dite Maudsley (ou Family-Based Treatment – FBT) qui est souvent utilisée. Cette méthode repose sur l'idée que les parents sont une ressource importante pour aider leur enfant à se réalimenter. L'équipe soignante les accompagne, les soutient et les guide tout au long du processus. L'objectif principal au début est de restaurer le poids. Ensuite, on redonne progressivement à l'adolescent l'autonomie sur son alimentation. Le traitement est structuré en plusieurs étapes et dure environ un an. Plusieurs études montrent que cette approche donne de bons résultats, notamment quand elle est mise en place assez tôt [33][38].

Dans les pays nordiques, on trouve une organisation plus territoriale. Des réseaux régionaux existent pour faciliter le lien entre les différents professionnels. Les outils numériques sont utilisés pour améliorer la coordination, et les services sociaux jouent souvent un rôle actif dans le suivi. Cela permet de mieux adapter les soins à la vie du patient et de garantir un bon accompagnement dans le temps [36].

Au final, chaque pays a développé ses propres pratiques, selon sa culture, son système de santé et ses moyens. Ce qui ressort surtout, ce sont des différences dans la place laissée aux familles, la façon dont le parcours de soins est structuré et l'accès au diagnostic.

11.Conclusion intermédiaire – Revue de littérature

Ce qu'on peut retenir de cette revue, c'est que les TCA sont des pathologies complexes, fréquentes et en constante évolution. L'HDJ s'est imposé ces dernières années comme une modalité de prise en charge à part entière, à mi-chemin entre l'hospitalisation complète et le suivi ambulatoire. Il permet un cadre structurant tout en maintenant le lien avec le quotidien du patient, notamment pour les adolescents et jeunes adultes.

Cependant, sur le terrain, les pratiques sont loin d'être uniformes. La composition des équipes, les outils utilisés, l'organisation des soins, les activités proposées ou encore les logiques de parcours varient fortement d'un établissement à l'autre. Cette hétérogénéité soulève des questions sur l'accessibilité, la qualité et la cohérence des soins proposés dans ces structures [40].

Par ailleurs, même si certains pays comme la Belgique ou le Royaume-Uni ont mis en place des dispositifs intéressants, les données disponibles à l'international restent souvent très générales, sans entrer dans les détails organisationnels. Cela limite la comparaison mais donne tout de même des pistes pour nourrir la réflexion.

C'est dans ce contexte qu'est née la problématique de ce mémoire :

Comment améliorer les pratiques organisationnelles, ainsi que les outils utilisés, pour optimiser la prise en charge en hôpital de jour des patients atteints de troubles des conduites alimentaires ?

II. METHODOLOGIE

1. Objet de l'étude

Ce mémoire s'inscrit dans une démarche d'analyse des pratiques organisationnelles au sein des structures de soins psychiatriques spécialisées dans les TCA, avec un focus particulier sur les prises en HDJ. Ces dernières années, les besoins en matière de soins pour les TCA ont fortement évolué, notamment chez les adolescents et jeunes adultes, dans un contexte post-Covid marqué par une augmentation importante des situations complexes.

Lors de mon stage de Master 2 dans un établissement psychiatrique de niveau 3, j'ai eu l'occasion d'intégrer un service TCA en hôpital de jour, récemment relocalisé dans une nouvelle structure. Ce contexte de transition a entraîné une réorganisation interne et une adaptation des pratiques. Cette immersion, bien qu'elle ne constitue pas le terrain de cette étude, m'a permis de mieux percevoir certains défis organisationnels concrets, ce qui a nourri ma réflexion. Elle a ainsi contribué à orienter le choix de ma problématique de mémoire, centrée sur l'optimisation des pratiques dans les HDJ spécialisés en TCA.

Dans cette optique, j'ai souhaité élargir mon analyse à une échelle nationale pour comprendre comment différents établissements, de niveaux 2 et 3, organisent leur fonctionnement face à des enjeux communs. L'objectif de ce travail est d'identifier les bonnes pratiques existantes, de repérer les difficultés partagées, et de proposer des pistes concrètes d'amélioration, dans une logique d'optimisation des parcours et de structuration des soins. Ces résultats pourront ainsi contribuer à une réflexion collective, utile à l'évolution des prises en charge au sein des HDJ spécialisés.

2. Choix de la méthodologie

Pour répondre à cette problématique, une approche qualitative a été privilégiée. Elle permet d'explorer en profondeur les représentations, les pratiques et les outils mobilisés dans différents établissements spécialisés. Ce type de démarche est particulièrement pertinent pour mieux comprendre des situations complexes, non quantifiables, et pour saisir les logiques organisationnelles spécifiques à chaque structure.

Le choix d'une étude qualitative reposant sur des entretiens semi-directifs s'est imposé naturellement. Il permet de recueillir un discours libre et nuancé de la part des professionnels, tout en cadrant l'échange autour de thématiques précises. Cette méthode vise ainsi à faire émerger des éléments de comparaison entre établissements et à dégager des enseignements transversaux.

Cette approche qualitative s'inscrit dans la lignée des travaux de Yin (2004), qui valorise les études de cas exploratoires dans des contextes organisationnels complexes. Il s'agit ici de comprendre comment les équipes organisent concrètement la prise en charge des patients atteints de TCA et d'identifier des pratiques transférables ou perfectibles, à partir de leurs expériences de terrain.

Le choix d'un échantillon composé à la fois d'établissements de niveau 2 et de niveau 3 permet de savoir comment la complémentarité est organisée dans la « vraie vie » et en quoi elle a des effets sur la structuration des soins dans les deux niveaux.

3. Présentation des participants

L'étude a été menée auprès de dix cadres de santé exerçant dans des établissements spécialisés dans la prise en charge des troubles du comportement alimentaire, principalement en hospitalisation de jour. La sélection des participants s'est faite sur la base de leur rôle dans l'organisation des soins, leur connaissance du fonctionnement de leur service et leur capacité à porter un regard global sur les pratiques mises en place. Mon lieu de stage fait également partie des établissements interrogés.

Les établissements interrogés se répartissent ainsi : deux relèvent du niveau 2, et huit du niveau 3, selon la classification des structures TCA établie par les autorités de santé.
Cette différenciation repose sur plusieurs critères, notamment la complexité des prises en charge, la présence ou non d'une hospitalisation à temps plein, le nombre de professionnels mobilisés autour du patient et le niveau d'intensité des soins proposés.

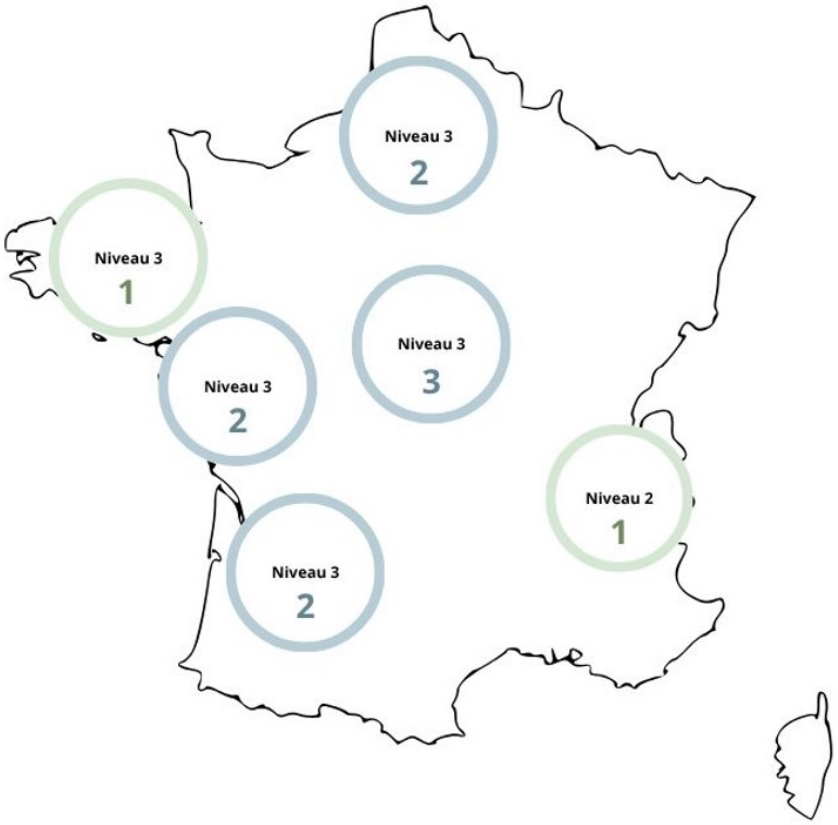


Figure 4 : Répartition géographique des établissements interrogés

Les entretiens ont été réalisés entre février et juin 2025. Deux ont eu lieu en présentiel, dans les locaux des établissements, tandis que huit ont été menés en visioconférence, principalement pour des raisons géographiques et de disponibilité. Pour garantir l'anonymat des répondants, chaque établissement a été identifié par un numéro attribué aléatoirement sans autre mention permettant de les reconnaître.

Etablissement	Région	Niveau	Date	Durée	Forme
Etablissement 1	Bretagne	Niveau 2	16 avril	1h24	Distanciel
Etablissement 2	Nord-Pas de Calais	Niveau 2	2 février	1h16	Présentiel
Etablissement 3	Nouvelle-Aquitaine	Niveau 3	12 mai	56 min	Distanciel
Etablissement 4	Île-de-France	Niveau 3	30 avril	1h14	Distanciel
Etablissement 5	Auvergne-Rhône-Alpes	Niveau 3	2 mai	55 min	Distanciel
Etablissement 6	Pays de la Loire	Niveau 3	7 mai	1h23	Distanciel
Etablissement 7	Pays de la Loire	Niveau 3	29 avril	1h17	Distanciel
Etablissement 8	Île-de-France	Niveau 3	12 juin	58 min	Distanciel
Etablissement 9	Île-de-France	Niveau 3	19 mai	1h	Distanciel
Etablissement 10	Nord-Pas de Calais	Niveau 3	27 mars	1h02	Présentiel

Tableau 2 : Les entretiens réalisés

4. Construction et structure du guide d'entretien

Pour assurer la cohérence de l'enquête et la comparabilité des données, un guide d'entretien semi-directif a été élaboré. Il a été construit à partir de plusieurs sources : les recommandations de la HAS concernant les TCA, des observations de terrain effectuées durant le stage, ainsi que des thématiques issues de la littérature scientifique sur les organisations des établissements de santé.

Le guide se structure en quatre grandes parties, chacune correspondant à un axe d'analyse :

1. Présentation du service : cette première partie vise à contextualiser le fonctionnement global du service, son organisation interne, son historique, ainsi que les caractéristiques du public accueilli.
2. Organisation de la prise en charge : ici, il s'agit d'explorer les modalités concrètes de soins en HDJ, les types de professionnels impliqués, les outils de coordination utilisés et les logiques de parcours patient.
3. Points forts et difficultés rencontrées : cette section permet de faire émerger les pratiques jugées efficaces par les cadres, mais aussi les freins rencontrés, qu'ils soient humains, logistiques ou institutionnels.
4. Perspectives d'amélioration : enfin, les participants sont invités à formuler leurs suggestions ou propositions d'ajustements pour renforcer la qualité de la prise en charge.

Des questions ouvertes ont été privilégiées pour permettre aux répondants de s'exprimer librement, tout en suivant un fil conducteur commun. Le guide complet est présenté en annexe du mémoire.

5. Démarche de recueil et analyse des données

Chaque entretien a duré entre 1h et 1h20, selon la richesse des échanges. Ils ont été enregistrés avec l'accord préalable des participants, puis retranscrits de manière intégrale. Cette étape a permis de conserver la précision des propos et d'assurer une analyse rigoureuse.

L'analyse a été réalisée selon une méthode thématique. Les verbatims ont été relus plusieurs fois afin de faire émerger des catégories récurrentes, d'identifier des convergences mais aussi des particularités liées au niveau de l'établissement, à sa taille ou à sa structuration. Une attention particulière a été portée à la formulation des cadres de santé, afin de refléter au mieux leur vécu, leurs préoccupations et leur posture professionnelle.

Les éléments ont ensuite été regroupés par grandes thématiques, en veillant à faire apparaître les différences de pratiques et les logiques partagées entre les structures. Ce traitement permet d'aboutir à une vision d'ensemble tout en tenant compte des spécificités locales.

6. Limites de l'étude

Comme toute recherche qualitative, cette étude comporte plusieurs limites. L'échantillon, bien que diversifié géographiquement, reste restreint et uniquement composé de professionnels cadres. Il ne permet donc pas de croiser les regards avec d'autres catégories de professionnels impliqués dans la prise en charge, comme les psychologues, les diététiciens ou les médecins. Le choix de se concentrer sur les cadres de santé s'explique par la problématique ciblée, qui interroge directement les pratiques organisationnelles des équipes soignantes et administratives. De ce fait, l'absence d'entretiens avec des médecins ne constitue pas une lacune méthodologique majeure, même si leur point de vue aurait pu enrichir certains constats.

Une autre limite importante est l'absence de participation des usagers. Le point de vue des patients n'a pas pu être recueilli. Or, leur avis est essentiel pour mieux comprendre les conséquences concrètes des dysfonctionnements de coordination sur la qualité de leur prise en charge. L'analyse présentée ici reste donc centrée sur ce que perçoivent les professionnels, sans permettre d'appréhender directement l'expérience vécue par les patients.

Par ailleurs, ma position en tant que stagiaire dans un établissement concerné par la thématique a pu influencer la posture adoptée lors des entretiens. J'ai cependant veillé à maintenir une attitude neutre, respectueuse et bienveillante, afin de favoriser un climat de confiance et recueillir des réponses sincères et libres.

Enfin, il convient de noter que sur les dix établissements interrogés, seuls deux relèvent du niveau 2. De plus, ces deux structures étaient récentes au moment de l'étude, encore en phase de mise en place. Les comparaisons entre les niveaux 2 et 3 doivent donc être interprétées avec précaution, car les écarts observés peuvent parfois refléter le stade de développement des établissements plus que des différences structurelles entre les niveaux.

7. Transition vers l'analyse des résultats

Les informations recueillies lors de ces dix entretiens constituent le centre de l'analyse présentée dans la partie suivante du mémoire. Elles permettent d'explorer les logiques d'organisation des soins et les outils utilisés au quotidien par les équipes encadrantes. et de faire émerger des leviers d'optimisation et des propositions concrètes d'amélioration. La comparaison entre les établissements de niveaux 2 et 3 permettra de saisir les impacts organisationnels liés à la différence de niveau.

III. RESULTATS D'ANALYSE

L'analyse des dix entretiens menés avec des cadres de santé d'établissements spécialisés dans les TCA a permis de faire ressortir plusieurs points communs, présents dans la majorité des échanges. Parmi les thématiques récurrentes identifiées, on retrouve notamment :

- La présentation et l'organisation des établissements (ancienneté, capacité, public accueilli, etc.)
- La composition des équipes et la coordination entre les professionnels de santé
- Le parcours patient, de l'admission au suivi post-hospitalisation
- Les difficultés rencontrées au quotidien et les pistes d'amélioration proposées par les professionnels

Ces éléments ont été regroupés dans les quatre grandes parties présentées ci-après. Globalement, les personnes interrogées ont partagé des constats proches, avec des remarques souvent similaires d'un établissement à l'autre.

1. Présentation et organisation des établissements

Avant d'analyser l'organisation interne de chaque service, il paraît utile de revenir sur l'ancienneté et la structure globale des établissements interrogés. Parmi les dix établissements spécialisés dans les TCA, huit sont classés en niveau 3 et deux en niveau 2. Une différence importante ressort rapidement : les établissements de niveau 3 sont généralement plus anciens, avec une activité débutée il y a 6 à 10 ans, alors que ceux de niveau 2 ont souvent été ouverts récemment, parfois même en 2024. Mais globalement, quel que soit le niveau, les structures sont récentes, ce qui reflète une tendance nationale à renforcer l'offre de soins ambulatoires pour les TCA, dans un souci de proposer des prises en charge plus souples, adaptées aux besoins de patients souvent jeunes et actifs.

Comme le dit une cadre :

*« C'est un service qu'on a monté il y a 6 ans. L'idée, c'était de proposer autre chose que l'hospitalisation complète. » (**Établissement 5**)*

La plupart des HDJ de niveau 3 sont rattachés à un hôpital ou à une structure plus large, avec parfois un lien fort avec une unité d'hospitalisation temps complète (HTC)ou un service d'addictologie. C'est souvent ce lien qui permet de mieux articuler les parcours de soins, notamment en cas de rechute ou d'aggravation de symptômes.

*« Le service TCA est intégré au pôle de psychiatrie du CHU, avec à la fois de l'hospitalisation complète et les services d'addictologie. On est en lien direct avec les unités d'urgences pour les cas très graves. » **(Établissement 10)***

À l'inverse, les structures plus récentes, souvent de niveau 2, sont encore en construction, avec des équipes plus petites et parfois moins stables.

« C'est une structure assez récente, on est encore en train de structurer l'équipe. » **(Établissement 2)**

La capacité d'accueil journalière varie de 5 à 15 patients selon les structures. En moyenne, on observe que la majorité des services accueillent entre 6 et 12 patients par jour, selon leur taille, leurs ressources humaines et la disponibilité des locaux.
À partir de cette capacité, on peut estimer que les établissements suivent entre 1 200 et 3 000 journées de soins par an, en fonction de leur rythme de fonctionnement. Ce volume reste relativement stable, même si certaines structures fonctionnent seulement 3 ou 4 jours par semaine. Une cadre précise par exemple :

*« On a une capacité d'accueil de 15 patients par jour, mais on tourne plutôt autour de 10. » **(Établissement 10)***

Concernant la typologie des patients accueillis, tous les établissements prennent en charge les trois grands types de TCA : l'anorexie mentale, la boulimie, et l'hyperphagie boulimique. Cependant, la majorité des situations traitées concernent l'anorexie restrictive, en particulier dans les premières demandes. Un professionnel résume :

> *« On est sur une file active avec 80 à 90 % d'anorexies mentales, souvent très jeunes »* ***(Établissement 4)***

La tranche d'âge des patients varie légèrement selon les structures. Certains établissements accueillent des mineurs, d'autres se concentrent uniquement sur les jeunes adultes. Globalement, la majorité des patients sont âgés de 16 à 30 ans. Quelques structures vont jusqu'à 40 ans, voire plus, en fonction des demandes. Comme l'indique une professionnelle :

> *« On a une file très jeune, mais on peut aller jusqu'à 35-40 ans. »* ***(Établissement 8)***

En termes de genre, tous les services accueillent une grande majorité de patientes. Dans certains établissements, cela représente plus de 95 % des patients. Toutefois, plusieurs cadres notent une évolution avec une légère augmentation des garçons. Une cadre explique :

> *« C'est encore très féminin, mais on voit apparaître d'autres profils, plus variés, surtout dans les jeunes générations. »* ***(Établissement 9)***

Enfin, sur le mode de fonctionnement, presque tous les établissements organisent la prise en charge autour de deux catégories de patients : ceux dits « en cycle », qui viennent plusieurs fois par semaine (souvent 2 à 3 jours), et ceux dits « *en bilan* », qui sont soit en première demande, soit déjà suivis et reviennent de manière plus espacée. Un des établissements utilise le terme « *séquentiel* » pour parler de ces allers-retours dans le parcours de soins, mais cela reste la même logique d'accompagnement modulé. Comme l'explique une cadre :

« Les patients en cycle viennent deux à trois fois par semaine, c'est la base du programme. Après, il y a les suivis plus ponctuels. » ***(Établissement 10)***

2. Équipe et coordination des professionnels de santé.

2.1 Composition

Dans tous les HDJ interrogés, la prise en charge s'appuie sur une équipe pluridisciplinaire. Même si la composition exacte varie un peu d'un établissement à l'autre, on retrouve à peu près les mêmes métiers dans chaque service.

Les infirmiers sont présents dans toutes les structures. Leur nombre varie selon le nombre de patients, en général entre deux et cinq. Ils sont très impliqués dans le quotidien du service : accompagnement des repas, soins, écoute, repérage des difficultés…

« Les infirmiers sont vraiment le lien du quotidien, ce sont eux qui tiennent la dynamique du service » ***(Établissement 3).***

Les médecins psychiatres sont également toujours présents. Ils assurent les consultations, les évaluations cliniques et les prescriptions. Certains services ont aussi un médecin somaticien ou un nutritionniste, surtout quand la prise en charge diététique est importante :

« On a la chance d'avoir un psychiatre et un nutritionniste, ce qui nous permet d'avoir une double lecture des situations » ***(Établissement 4).***

Les psychologues jouent aussi un rôle essentiel. Ils assurent les suivis individuels, les bilans psychologiques et les groupes de parole. Même quand ils tournent entre plusieurs patients, ils essaient de garder une continuité :

« Même s'ils tournent, ils essayent de suivre les mêmes patients, pour garder du lien » ***(Établissement 4).***

Les diététiciennes sont très impliquées. Elles accompagnent les repas, animent des ateliers nutritionnels et travaillent avec les médecins pour adapter les plans alimentaires. Dans la majorité des structures, leur présence est quotidienne :

> *« Elle est là tous les jours, elle participe aux repas, fait les pesées, anime les ateliers. C'est vraiment un poste important dans notre service »* ***(Établissement 8).***

En plus de ces professionnels, plusieurs services comptent aussi des psychomotriciens, des ergothérapeutes, des enseignants en activité physique adaptée (APA), des neuropsychologues, ou des assistants sociaux. Dans certains établissements, on trouve aussi des intervenants extérieurs comme un fasciathérapeute[2], un art-thérapeute ou un musicothérapeute. Trois structures ont même intégré une médiatrice de santé-paire :

> *« On a une médiatrice-paire qui anime un groupe avec les patients. Elle rassure beaucoup, elle parle leur langue »* ***(Établissement 2).***

Même si les équipes sont en général bien structurées, plusieurs cadres soulignent des difficultés liées aux effectifs : postes vacants, absences ou manque de stabilité dans certaines fonctions. Ces limites seront abordées dans la suite du travail.
Enfin, la fonction administrative est généralement assurée par une ou plusieurs secrétaires médico-administratives. Leur rôle est essentiel pour la gestion des rendez-vous, les appels, la planification et le lien avec les familles ou les structures extérieures.
À la suite de la question sur les professionnels présents, une autre question a été posée : « Quels sont les principaux défis organisationnels rencontrés dans votre service ? » Pour la majorité des établissements, la question des effectifs revient comme un problème majeur. Comme l'explique une cadre :

> « Le défi, c'est de pouvoir avoir le nombre de professionnels suffisants, compétents, volontaires… » ***(Établissement 4)***

[2] La fasciathérapie est une tout autre forme de médecine douce qui se concentre principalement sur les douleurs des fascias. Elle repose sur diverses techniques manuelles et gestuelles. Les fascias sont quant à eux de fines membranes de tissu conjonctif qui tapissent et enveloppent les muscles et les organes. [39]

Même si tous les services disposent en théorie des professions nécessaires, ces professionnels ne sont pas toujours présents à temps plein. Beaucoup sont partagés entre plusieurs unités (hospitalisation complète, consultations, autres HDJ), ce qui rend leur présence moins régulière. Une cadre explique par exemple :

« Ils sont là… mais pas tous les jours. Du coup, c'est à nous d'adapter l'emploi du temps. » ***(Établissement 2)***

Cela concerne notamment les psychomotriciens, ergothérapeutes, diététiciennes, neuropsychologues ou assistants sociaux. Même les psychologues peuvent être présents à temps partiel, mais ils s'organisent pour assurer un suivi cohérent :

« On n'a pas toujours les mêmes, mais on essaie de faire en sorte que les patientes retrouvent leur référent. » ***(Établissement 1)***

Le manque de médecins à temps plein est un autre problème soulevé. Dans certains établissements, le psychiatre référent est partagé entre plusieurs structures, ou bien il n'est pas remplacé en cas d'absence. Face à cette difficulté, certaines équipes ont recruté des internes ou développé des alternatives. Par exemple, une structure a recruté une infirmière en pratique avancée (IPA) qui joue un rôle central dans la gestion des nouvelles demandes :

« L'IPA regarde les dossiers, évalue l'urgence, et peut orienter vers d'autres établissements si besoin. » ***(Établissement 10)***

Parmi les autres points relevés, la coordination entre professionnels peut être complexifiée par la multiplicité des cadres. En effet, dans plusieurs établissements, chaque catégorie de professionnels a son propre cadre référent. Cela limite parfois l'action du cadre de santé principal dans l'organisation quotidienne :

« Je suis cadre de l'équipe infirmière, mais pas des psychologues, ni des secrétaires… donc je ne peux pas tout gérer. » ***(Établissement 10)***

« Il faut contacter le cadre du pôle ou de l'établissement pour chaque souci, ça prend du temps. » ***(Établissement 5)***

Enfin, certaines équipes font face à une rotation importante des secrétaires médicales. L'absence de référent fixe nuit à la continuité administrative et aux transmissions d'information.

« On a plusieurs secrétaires sur la semaine, mais pas une seule qui suit le service au quotidien. » ***(Établissement 10)***

« Les secrétaires changent tout le temps, du coup elles perdent des infos. » ***(Établissement 5)***

Ces difficultés n'empêchent pas les équipes de proposer une prise en charge de qualité, mais elles nécessitent des ajustements permanents, une bonne communication et parfois une forte capacité d'adaptation.

2.2 Organisation de la coordination entre les professionnels

Dans tous les établissements interrogés, la coordination entre les professionnels repose sur une organisation collective bien structurée. Des réunions d'équipe sont organisées de manière hebdomadaire dans chaque structure. Elles permettent de faire le point sur les situations cliniques, de coordonner les prises en charge et de répartir les rôles entre les différents intervenants.

« Tous les jeudis après-midi, on a une réunion de synthèse. On passe en revue tous les patients, on ajuste les suivis. » ***(Établissement 2)***

En complément, certains établissements (Établissements 6, 8, 10) organisent aussi des réunions quotidiennes, souvent le matin, pour faire un point rapide sur la journée à venir. Dans l'Établissement 10 par exemple, un « staff flash » a lieu tous les matins à 9h15, suivi de temps d'échange entre professionnels au fil de la journée.

Ce rythme soutenu de réunion permet une bonne réactivité et un ajustement régulier des suivis.

« Le matin on se cale à 10h15. Et après chaque repas, on fait un petit point pour ajuster. » ***(Établissement 8)***

La coordination passe aussi par des outils numériques. Dans certains services, des logiciels comme Sillage, Millenium, SIAGE ou encore HM (Hôpital Manager) sont utilisés pour la planification, les transmissions ou le suivi des parcours. Néanmoins, plusieurs cadres de santé ont souligné que ces outils ne sont pas toujours adaptés à la psychiatrie, et que les transmissions restent souvent partagées entre papier et informatique. À l'Établissement 2 par exemple, le dossier de soins est en partie informatisé, mais les comptes rendus restent sur papier. À l'Établissement 6, le logiciel Millenium est jugé peu pratique, ce qui pousse l'équipe à utiliser plutôt des plannings partagés sur Outlook et des fichiers communs.

« On est un peu entre deux mondes : on a des outils numériques, mais les transmissions papier, on n'arrive pas à les lâcher. »

Du côté des protocoles et documents partagés, la majorité des établissements ont mis en place un espace commun où sont stockées les procédures internes. Certains sont encore en phase de transition vers une GED (gestion électronique des documents), mais d'autres ont déjà structuré leur base documentaire. Les Établissements 1, 6 et 8, par exemple, ont une GED fonctionnelle où sont classés les protocoles de soins, les procédures administratives et les plannings. Cela facilite la circulation de l'information et sécurise les pratiques.

« La GED, c'est très pratique. Dès qu'on a une mise à jour, tout le monde y a accès. » **(Établissement 8)**

« Nos protocoles sont dans la GED. Même les fiches d'activité ou les consignes de groupe y sont. » **(Établissement 1)**

D’autres établissements sont en cours de déploiement. La majorité évoque un projet en cours de transfert depuis un serveur partagé ou un drive interne vers une GED plus structurée. Les cadres soulignent l’importance de ce changement, mais aussi les limites actuelles.

« Les documents sont sur le serveur pour le moment, mais on est en train de tout passer dans la GED. » **(Établissement 2)**

« On a une base documentaire interne, mais c’est pas encore une GED à proprement parler. C’est un projet en cours. » ***(Établissement 7)***

Dans certains services, il existe aussi des outils plus informels comme des fiches pratiques ou des fiches réflexes qui sont affichées dans les bureaux ou les salles de soins.

« On a des petites fiches affichées dans le bureau infirmier, sur les conduites à tenir en cas de malaise, ou les démarches de sortie. » ***(Établissement 2)***

Dans l’ensemble, la coordination repose donc à la fois sur des temps formels de réunion et sur des outils de communication qui s’adaptent progressivement aux besoins des équipes. Les efforts actuels de centralisation documentaire et d’harmonisation des pratiques s’inscrivent dans une volonté commune de mieux structurer les prises en charge, malgré les contraintes d’effectifs et de temps.

2.3 Formations spécifiques aux TCA

Concernant les formations, il n’existe pas de parcours formalisé d’intégration dans la majorité des établissements. La plupart des professionnels apprennent « sur le tas », grâce à l’accompagnement de leurs collègues et à l’expérience acquise sur le terrain. Ce mode de transmission est très fréquent, notamment pour les infirmiers et les psychologues nouvellement intégrés dans le service.

« Il n'y a pas de formation prévue quand quelqu'un arrive. C'est beaucoup par compagnonnage, en binôme. » ***(Établissement 5)***

Néanmoins, quelques initiatives locales existent. À l'Établissement 10, une formation interne a été proposée à l'ouverture du service, notamment autour des fondamentaux des TCA et des postures soignantes. À l'Établissement 7, certaines infirmières ont suivi des DU en lien avec les TCA ou la psychiatrie, mais cela repose sur des démarches individuelles. Dans plusieurs établissements (Établissements 4, 6 et 10), des formations thématiques sont proposées ponctuellement, comme sur l'entretien motivationnel (EM), les troubles psychotraumatiques ou la communication non violente (CNV).

« Ce sont surtout des formations thématiques, on a eu des modules sur le trauma, l'EM, la CNV… mais ce n'est pas systématique. » ***(Établissement 4)***

Dans l'établissement 9, la cadre a évoqué le fait que certains soignants suivent une formation appelée IFAC (Intervention Familiale et Accompagnement des Crises), qui permet de mieux comprendre les dynamiques familiales autour des troubles alimentaires. Ce type de formation reste rare mais très apprécié quand il est proposé.

« On aimerait bien pouvoir proposer plus de formations, mais pour l'instant c'est au bon vouloir du service et du budget. » ***(Établissement 9)***

De manière générale, il ressort que les professionnels sont très engagés et motivés pour monter en compétence sur les TCA, mais que le cadre institutionnel manque encore de structuration et de moyens pour proposer une véritable politique de formation spécialisée.

3. Le Parcours patient

3.1 Admission et évaluation initiale

Le parcours d'admission au sein des HDJ TCA varie d'un établissement à l'autre, bien que certains éléments soient communs, notamment la nécessité d'une évaluation pluridisciplinaire en amont.

Dans l'ensemble des structures interrogées, l'entrée en HDJ se fait uniquement sur orientation médicale. L'établissement 1 décrit une procédure d'entrée bien cadrée : « *L'admission se fait via une Journée de Première Admission (JPA), avec rencontre de toute l'équipe, et on partage un repas avec le patient.*
Ça permet d'évaluer la capacité d'adhésion. » Cette étape joue un rôle décisif dans la validation de l'intégration du patient au programme. De même, à l'établissement 4, un entretien de préadmission est réalisé par un médecin psychiatre ou nutritionniste, suivi d'une visite de l'unité.

> *« C'est à ce moment-là qu'on définit les objectifs thérapeutiques. On demande trois objectifs concrets. »* ***(Établissement 4)***

L'évaluation initiale est le plus souvent assurée par un binôme médecin-infirmier, comme au sein de l'établissement 6 :

> *« L'admission commence par un groupe d'information, ensuite une visite des locaux avec l'infirmier, puis un entretien croisé médecin/infirmier pour poser le contrat de soins. »* ***(Établissement 6)***

Dans d'autres structures comme l'établissement 5, c'est un médecin psychiatre et un psychologue qui assurent ensemble la visite préalable, accompagnés parfois d'une diététicienne.

Concernant les outils utilisés, on retrouve dans plusieurs établissements une combinaison entre évaluation clinique et outils formalisés. Dans l'établissement 1, l'équipe utilise notamment « *des échelles d'estime de soi, de dépression, d'insight, ainsi que l'IMC, mais tout dépend des professionnels* ». Ces outils sont complétés par un bilan éducatif partagé (BEP), structurant les objectifs de soins dès l'entrée. En revanche pour l'établissement 3, l'admission repose surtout sur l'avis clinique du médecin, sans protocole structuré :

> *« Il n'y a pas de grille standardisée, c'est le médecin qui juge si le patient est prêt pour l'HDJ. »* ***(Établissement 3)***

Dans certaines structures récentes, l'absence de protocole formalisé est encore en projet (Établissement 5). Ainsi, dans l'établissement 4, « *on n'a pas encore d'entretien infirmier systématique ou d'outil structurant, mais on veut intégrer ELADEB (Échelle Lausannoise d'Auto-Évaluation des Difficultés Émotionnelles et des Besoins) pour mieux cibler les besoins des patientes* ». Cette volonté de s'appuyer sur des outils d'évaluation adaptés se retrouve également pour l'établissement 5, où l'équipe prévoit une évolution du système de repérage des besoins à l'entrée.

Enfin, les critères somatiques comme l'IMC ou le taux de potassium restent essentiels dans l'évaluation initiale. Dans l'établissement 2, les patients doivent avoir

> *« Un IMC supérieur à 14 et un potassium dans les normes » pour intégrer le programme.*

Cette exigence reflète la nécessité d'assurer une stabilité somatique minimale pour bénéficier d'un suivi en HDJ.

En somme, si toutes les structures interrogées procèdent à une évaluation initiale mêlant critères médicaux et évaluation psychique, la formalisation de cette phase varie. Certaines disposent de protocoles et outils structurés (bilan éducatif, contrat de soins, échelles standardisées), tandis que d'autres en sont encore à une phase plus clinique et subjective, en projet d'amélioration.

3.2 Suivi et coordination des soins

La quasi-totalité des établissements proposent un accueil en journée complète, sur un rythme similaire : arrivée des patients le matin entre 8h30 et 9h00, départ autour de 16h30 à 17h00, avec une organisation stable autour d'activités thérapeutiques, de médiations, de temps de soins, de repas thérapeutiques et de temps d'échange. Le cadre est volontairement structurant, pour permettre aux jeunes de retrouver un rythme, des repères et une stabilité dans leur quotidien.

> *« Elles arrivent à 9h, elles doivent d'abord se présenter au bureau des infirmières pour dire qu'elles sont arrivées. »* ***(Établissement 5)***

« À 10h15 on fait un petit debriefing, et à partir de 10h30 tout le monde part soit en groupe, soit en individuel : médecin, psychologue, diététicienne… » ***(Établissement 4)***

« Le repas se fait à midi et demi, toutes ensemble, avec les infirmières, puis elles ont un temps calme après, et les activités reprennent à 14h. » ***(Établissement 4)***

L'organisation repose souvent sur une alternance entre les temps collectifs (groupes thérapeutiques, médiations, repas) et les temps individuels (entretiens, suivis médicaux), ce qui permet d'ajuster les prises en charge selon les besoins spécifiques. Les équipes ont mis en place des plannings hebdomadaires personnalisés, remis en fin de semaine précédente aux patients :

« Les infirmières font le planning jusqu'au vendredi de la semaine d'avant, où elles finalisent celui de la semaine suivante. Tout est déjà préétabli, les jeunes ont leur planning et savent à quelle heure elles ont médiation. » **(Établissement 6)**

Cette organisation quotidienne permet également d'intégrer des médiations thérapeutiques diverses selon les établissements (expression corporelle, arts plastiques, cuisine thérapeutique, etc.), et des temps de repas encadrés, essentiels dans les soins des TCA.

« Le repas, elles n'ont pas le droit de se servir, c'est les infirmières qui les servent, et tout le monde a la même chose dans l'assiette. C'est hyper important. » **(Établissement 7)**

« On mange tous ensemble, et après il y a un temps calme obligatoire de 30 minutes, puis on reprend les activités. » **(Établissement 4)**

Seul l'établissement de 6 se distingue en proposant un fonctionnement en demi-journées, avec des prises en charge sans repas thérapeutique. Les jeunes viennent soit le matin, soit l'après-midi.

« On ne fonctionne pas forcément en journée complète, c'est plus des demi-journées, parce qu'en fait les patients viennent soit le matin soit l'après-midi. » **(Établissement 8)**

Sur la question de la prévention, la majorité des établissements interrogés ont indiqué ne pas mettre en place d'actions à l'extérieur de la structure. Il ne s'agit donc pas d'un axe prioritaire dans les organisations actuelles.

Cependant, des sensibilisations sont parfois proposées en interne, notamment à destination des familles et des proches des patients. Ces actions prennent la forme d'échanges, de réunions ou de documents d'information. Comme l'a souligné une cadre :

« On fait de la prévention auprès des familles, mais pas en dehors de l'hôpital. » ***(Établissement 3)***

La journée nationale des TCA organisée chaque année le 2 juin par la FFAB a été mentionnée, mais aucun établissement n'a précisé y participer activement.
Dans la grande majorité des structures rencontrées, les équipes mettent en place des activités diversifiées, pour répondre aux besoins des patients. Ces activités permettent d'allier soins psychocorporels, expression émotionnelle, éducation thérapeutique et remobilisation sociale.
Parmi les activités les plus fréquentes, on retrouve :

- Art-thérapie
- Médiation corporelle
- Yoga et sophrologie
- Théâtre
- Groupes de parole
- Soins esthétiques
- Ateliers de cuisine thérapeutique
- Activités sportives douces
- Jardinage thérapeutique

Plusieurs cadres ont insisté sur le rôle essentiel de ces temps dans le parcours de soin. Comme l'indique l'établissement 1 :

« On a de l'art-thérapie, de la médiation corporelle, on propose aussi du théâtre, des ateliers bien-être. »

L'établissement 8 explique aussi :

« Il y a des soins esthétiques, du yoga, de la sophrologie. »

L'atelier cuisine est souvent cité comme une activité à la fois thérapeutique et symbolique. Comme précisé dans l'établissement 4 :

« Les ateliers cuisine sont encadrés par la diététicienne. C'est important car ça remet en confiance les patients avec les aliments. »

Dans plusieurs établissements, certaines de ces activités sont assurées par des professionnels extérieurs :

« On travaille avec une intervenante pour l'art-thérapie. » ***(Établissement 5)***

L'établissement 9 va encore plus loin, avec une démarche de gestion de projets structurée, articulée autour de collaborations prestigieuses et d'initiatives innovantes :

« Je me suis mise en contact avec le chef cuisinier de l'Élysée qui vient nous faire 4 ateliers par an aux patients et sur l'ensemble du pôle. » **(Établissement 9)**

« Je suis aussi rentré en contact avec une grande école de cuisine, l'école Ferrandi, pour organiser des ateliers et des visites. » ***(Établissement 9)***

« On développe des partenariats avec des musées pour organiser des sorties extérieures, où on couple culturel et alimentaire. » ***(Établissement 9)***

Toujours dans ce même établissement, un projet d'ateliers jardinage est en cours de lancement :

« On est en train de mettre en route des ateliers jardinage thérapeutique qui vont permettre de s'ancrer dans le ici et maintenant. » ***(Établissement 9)***

Pour financer certaines actions, les équipes se montrent proactives :

« On fait des appels de fonds à des fondations extérieures, j'ai fait un appel à la fondation Louis Vuitton, L'Oréal, Hermès et Truffaut. » ***(Établissement 9)***

3.3 Sortie et suivi post hospitalisation

Les critères de sortie sont généralement évalués en équipe pluridisciplinaire, en fonction de l'évolution du patient. Cette sortie s'envisage lorsque les objectifs thérapeutiques fixés en amont sont atteints, que le patient a retrouvé une certaine autonomie dans la gestion des repas, et qu'un apaisement des troubles psychiques est observé.

« On discute en équipe pluridisciplinaire, on voit si la patiente a atteint les objectifs posés au départ. » ***(Établissement 4)***

« Il faut que le patient soit acteur, sinon ça ne fonctionne pas. S'il ne veut plus venir, on ne peut pas le forcer. » ***(Établissement 10)***

Cependant, la sortie du programme ne signifie pas un arrêt brutal de la prise en charge. Dans la majorité des établissements, un suivi post-hospitalisation est prévu, souvent sous forme de consultations espacées avec les professionnels de l'équipe :

> *« Les psychologues restent disponibles, certains patients continuent à venir une fois par mois. »* ***(Établissement 5)***

> *« Le médecin revoit les patients en consultation ou les oriente vers les CMP ou les psychiatres libéraux. »* ***(Établissement 6)***

Le suivi peut aussi se faire en lien avec les professionnels de ville, comme les médecins traitants, psychiatres libéraux ou psychologues de ville, vers lesquels les patients sont réorientés lorsque le cadre intensif n'est plus nécessaire :

> *« On propose toujours un rendez-vous de suivi quelques semaines après la fin du programme. »* ***(Établissement 1)***

Des liens existent également avec les Centre Médico-Psychologique (CMP) ou d'autres structures sociales et médico-sociales, notamment pour les jeunes adultes ou les patients plus isolés. Ces liens ne sont pas toujours formalisés mais participent à la continuité du parcours de soins.

> *« On travaille avec le CMP, on les recontacte pour reprendre le relais. »* ***(Établissement 3)***

4. Défis et pistes d'amélioration

L'un des freins les plus fréquemment mentionnés est la contrainte liée aux locaux. Plusieurs établissements soulignent un manque d'espace, un cadre peu adapté, ou des locaux partagés avec d'autres services, ce qui limite le développement du HDJ. Une professionnelle confie :

« Même si j'ai envie de recevoir plus de patients, je suis limitée par les locaux que j'ai. » ***(Établissement 8)***

Une autre évoque :

« On partage nos locaux avec d'autres services, c'est pas évident pour la confidentialité, pour l'organisation. » ***(Établissement 3)***

Ces conditions matérielles impactent directement la capacité d'accueil et la qualité des prises en charge. La question des effectifs revient également très souvent, en particulier l'absence de personnel dédié à temps plein sur le HDJ.
Certains cadres regrettent de devoir composer avec des médecins ou psychologues partagés entre plusieurs unités, ce qui freine le suivi individualisé des patients :

« Le médecin pour l'HDJ, c'est le même que celui de l'hospitalisation complète… donc il ne peut pas tout faire. » ***(Établissement 2)***

Un autre entretien met en avant un besoin de recrutement structuré :

« Il faudrait un recrutement en masse, avec des journées dédiées, pourquoi pas à la sortie des IFSI. » ***(Établissement 8)***

Au-delà des moyens, les spécificités cliniques des TCA représentent aussi un frein selon plusieurs professionnels. La temporalité longue des soins, la chronicité des troubles, et la difficulté à obtenir l'adhésion des patients sont souvent évoquées :

« Ce sont des pathologies du temps long, il faut accepter de ne pas avoir de résultats rapides. » ***(Établissement 4)***

Un autre cadre souligne :

> *« Le consentement aux soins est parfois difficile à obtenir, surtout au début… certains passent par les urgences avant qu'on puisse les accueillir ici. »* ***(Établissement 5)***

Concernant les bonnes pratiques observées ailleurs, la majorité des personnes interrogées disent ne pas avoir eu l'occasion de visiter ou échanger avec d'autres structures. Une réponse typique est :

> *« Je ne peux pas vous dire, je ne connais pas d'autres organisations… j'aimerais bien aller voir comment ça se passe ailleurs. »* ***(Établissement 1)***

Lorsque la question des ressources idéales est posée, les priorités exprimées se concentrent autour de trois axes : agrandir les locaux, renforcer les équipes pluridisciplinaires, et créer de nouveaux dispositifs adaptés comme des lits de soins continus ou des prises en charge intensives :

> *« Avec plus de moyens, je créerais des lits de soins continus, c'est en cours mais on a encore besoin de validations. »* ***(Établissement 5)***

Enfin, une professionnelle évoque le besoin de fidéliser les soignants dans un secteur perçu comme exigeant :

> *« Il y a une marge de progression sur l'attractivité et la fidélisation… il faut des gens formés, motivés, et qu'on puisse garder. »* ***(Établissement 8)***

Malgré les limites évoquées, plusieurs établissements insistent sur des points forts déjà en place, notamment la cohésion d'équipe et la complémentarité des prises en charge psychiatriques et somatiques :

« On communique beaucoup, on se connaît bien, ça fluidifie tout. » ***(Établissement 6)***

« Chacun sait ce qu'il a à faire, mais on se consulte beaucoup. » ***(Établissement 3)***

Certains soulignent aussi l'expertise des professionnels, acquise avec le temps :

« C'est un travail d'équipe avec des gens expérimentés, et ça se ressent sur les prises en charge. » ***(Établissement 5)***

Conclusion intermédiaire des résultats

L'analyse des entretiens menés dans les structures spécialisées met en évidence plusieurs constats partagés. Les difficultés liées aux effectifs sont récurrentes : manque de médecins, professionnels non présents à temps plein, instabilité des secrétaires. Ces éléments nuisent à la continuité des soins et à la fluidité du parcours patient.

La coordination reste globalement bien assurée, notamment grâce aux réunions et outils partagés, mais la multiplicité des cadres de référence complexifie l'organisation.

La question d'un cadre unique dédié au service fait consensus parmi les professionnels interrogés.

Peu de structures disposent d'un parcours formalisé, et les actions de prévention à l'extérieur sont quasi absentes, malgré les recommandations nationales. Cela confirme un besoin de structuration plus claire et d'ouverture renforcée vers l'extérieur.

Ces résultats rejoignent les constats de la littérature et ouvrent des pistes concrètes d'amélioration sur les plans organisationnel et partenarial.

V. DISCUSSION ET RECOMMANDATIONS

Les enseignements issus des dix entretiens menés dans les HDJ spécialisés dans les TCA rejoignent, sur plusieurs points, les éléments issus de la revue de littérature. Cette discussion permet de croiser les constats de terrain avec les recommandations, les cadres théoriques et les données de santé publique.

1. Le profil des patients accueillis : une cohérence avec les données épidémiologiques

Comme le souligne la littérature (FFAB, 2022 ; DSM-5), les TCA touchent majoritairement les jeunes femmes âgées de 12 à 25 ans, avec un pic à l'adolescence. Cette tendance est clairement confirmée par les établissements interrogés, qui rapportent une population essentiellement féminine, souvent prise en charge dans la continuité d'un suivi pédiatrique ou adolescent. Cela confirme la nécessité d'adapter les approches thérapeutiques à cette tranche d'âge vulnérable.

2. Des prises en charge pluridisciplinaires, en ligne avec les recommandations HAS

Les recommandations de la HAS (2020) rappellent que la prise en charge des TCA repose sur une combinaison d'approches psychiques, corporelles, nutritionnelles et éducatives, coordonnées par une équipe pluridisciplinaire spécialisée. Les établissements rencontrés disposent tous d'un socle commun de professionnels essentiels : psychiatre, psychologue, infirmier, diététicien, médecins somaticiens. Cette organisation reflète bien l'approche globale recommandée.

Cependant, la revue souligne l'importance d'une articulation avec des intervenants extérieurs (art-thérapeutes, médiateurs corporels, etc.), ce qui reste encore inégalement développé, notamment dans les établissements de niveau 2, plus récents. Certains établissements ne proposent pas encore une diversité suffisante d'ateliers thérapeutiques, ce qui peut limiter la richesse de la prise en charge.

3. Une durée de prise en charge adaptée, mais à renforcer selon les besoins

Comme l'indique la littérature (FFAB, 2022 ; HAS, 2020), une prise en charge efficace des TCA s'inscrit dans la durée et nécessite au minimum plusieurs mois pour être réellement bénéfique. Ce point est également ressorti des entretiens : la majorité des patients suivis le sont sur des cycles de trois mois renouvelables, ce qui semble cohérent avec les recommandations.

Cependant, certains cadres évoquent la difficulté de prolonger les prises en charge au-delà de trois mois, en raison de manques de ressources médicales, ou de pressions pour accueillir de nouveaux patients. Cette tension entre durée optimale et contraintes de fonctionnement mérite d'être interrogée.

4. Les réunions pluridisciplinaires : une pratique recommandée

La HAS souligne l'importance des réunions de synthèse régulières, qui permettent d'ajuster la stratégie de soins et d'assurer la continuité du parcours. Ces réunions sont bien mises en œuvre dans plusieurs établissements interrogés, mais leur fréquence et leur formalisation varient encore fortement. Dans certains cas, elles sont hebdomadaires, dans d'autres plus espacées, faute de disponibilité des professionnels. Cela questionne la possibilité d'en faire une exigence formelle, au service d'un suivi coordonné.

5. La prévention et la sensibilisation : un axe négligé malgré les recommandations

La revue rappelle l'importance des actions de prévention en milieu scolaire, en lien avec la FFAB et les autorités de santé. Pourtant, les établissements interrogés ne mènent pas ou peu d'actions de sensibilisation extérieures. Les seules initiatives évoquées concernent des échanges avec les familles, mais sans portée collective. De plus, la journée nationale des TCA (2 juin) est peu connue ou mobilisée. Cela montre un manque d'implication sur l'aspect préventif, alors même que celui-ci joue un rôle important, non seulement dans la détection précoce, mais aussi dans la limitation de l'incidence des TCA.

6. Des écarts entre les établissements de niveau 2 et de niveau 3

La revue de littérature a souligné l'importance de la gradualité des soins selon les niveaux (1 à 3), en lien avec l'intensité des troubles. Ce cadre est bien appliqué dans les structures de niveau 3, plus anciennes, qui disposent souvent de liens étroits avec des unités HTC. En cas de rechute ou d'aggravation, les patients peuvent être réorientés rapidement. À l'inverse, les établissements de niveau 2 n'ont, pour la plupart, pas encore été confrontés à ce type de situation ou n'ont pas encore tissé de partenariats solides, ce qui peut poser des limites en termes de réajustement des parcours.
Ces différences structurelles ont un impact direct sur la fluidité des parcours et la capacité à répondre à des situations cliniques complexes.

7. La question des effectifs : un frein à la prise en charge continue

Comme le décrit la littérature, les HDJ souffrent souvent de contraintes de moyens humains. Ce point est fortement ressorti des entretiens : plusieurs établissements peinent à recruter des médecins, ce qui réduit leur capacité d'accueil. Des absences prolongées ou des temps partagés sur plusieurs services limitent également la stabilité de l'offre de soins. Cela freine la régularité des suivis, alors même que la littérature insiste sur la continuité et la cohérence de l'accompagnement comme leviers majeurs du rétablissement.

8. Des contraintes matérielles à compenser par des solutions locales

Certains établissements déplorent un manque d'espaces adaptés, empêchant l'organisation d'ateliers ou de groupes simultanés. La revue mentionne peu cette dimension, mais elle est bien présente sur le terrain. Pour y répondre, il serait envisageable d'explorer des solutions concrètes comme :

- L'emprunt ponctuel de salles municipales ou de gymnases
- Le partenariat avec des centres sociaux ou des instituts esthétiques pour proposer des ateliers bien-être
- La mobilisation de professionnels volontaires (coiffeurs, esthéticiennes) pour des interventions ponctuelles gratuites, favorisant l'estime de soi des patients.

Ces solutions sont déjà expérimentées localement dans quelques structures et mériteraient d'être développées à plus large échelle.

9. Créer du lien entre établissements pour mutualiser les bonnes pratiques

Un constat fort ressort des entretiens : les établissements ne savent pas ce que proposent les autres établissements. Aucun outil partagé n'existe à ce jour pour échanger sur les pratiques, les outils utilisés, ou les activités proposées. Il serait donc pertinent d'envisager :

· La création d'une plateforme d'échanges entre professionnels du secteur

· L'organisation de séminaires nationaux ou régionaux de 1 à 2 jours pour favoriser les rencontres, les retours d'expérience, et la mutualisation des outils

· La mise en place de référents TCA régionaux, chargés de coordonner les établissements et de diffuser les innovations

Ces propositions rejoignent le besoin identifié dans la littérature d'harmonisation des pratiques, aujourd'hui très variables d'un établissement à l'autre.

10.L'intérêt d'un accompagnement à domicile comme complément

Bien que la revue de littérature ne traite que très peu de l'accompagnement à domicile, plusieurs éléments en soulignent indirectement l'intérêt. En effet, les documents de référence comme le rapport de la HAS (2020) ou les recommandations de la FFAB insistent sur la nécessité de construire des parcours de soins souples, évolutifs, et ancrés dans le quotidien du patient. Ils rappellent que la réinsertion sociale, familiale et scolaire fait partie intégrante de la prise en charge des TCA.

Dans ce cadre, le développement d'un suivi partiel à domicile permettrait de prolonger les effets thérapeutiques de l'hospitalisation de jour, en offrant un soutien dans l'environnement réel du patient, là où les troubles alimentaires se manifestent concrètement. L'établissement n°4, par exemple, a évoqué l'idée de renforcer ce lien en proposant, à l'avenir, des interventions ponctuelles ou un accompagnement individualisé au domicile. Comme l'expliquait un cadre interrogé :

« *On est en train d'imaginer pouvoir travailler plus sur l'accompagnement individuel, avec du travail à domicile… vraiment dans l'idée de renforcer ce rôle de référent.* » (Établissement 4)

Cette proposition rejoint les recommandations de la littérature qui mettent en avant l'intérêt de maintenir les acquis thérapeutiques en dehors du cadre hospitalier et d'éviter les ruptures dans la continuité des soins (FFAB, 2023 ; HAS, 2020). De plus, dans une logique d'ancrage territorial et de parcours adapté, un suivi à domicile pourrait permettre de :

- Soutenir le patient dans l'adaptation à son environnement
- Favoriser l'autonomie dans la gestion des repas, des émotions et des rythmes
- Consolider les liens avec l'équipe entre deux séances de HDJ ou après la fin du suivi

Enfin, cela permettrait aussi de mieux accompagner certaines situations spécifiques, notamment lorsque le contexte familial est complexe, ou lorsque le patient rencontre des difficultés à se projeter hors du cadre protégé du service. Bien qu'encore peu développé, ce type d'accompagnement pourrait devenir un axe fort de diversification des pratiques, à condition d'y allouer les moyens humains et organisationnels nécessaires.

11.Vers une optimisation concrète de l'organisation des prises en charge

Au fil de cette étude, plusieurs leviers d'amélioration ont été évoqués par les cadres interrogés, souvent en lien avec des limites concrètes rencontrées sur le terrain. À partir de ces retours et des points développés dans les parties précédentes, il semble possible de dessiner un ensemble de pistes opérationnelles à mettre en place pour optimiser la prise en charge dans un HDJ spécialisé TCA.

11.1 Renforcer la composition de l'équipe soignante

L'un des éléments fondamentaux pour assurer la stabilité et la cohérence des prises en charge réside dans la constitution d'une équipe complète et stable. Une équipe de base doit a minima comprendre un psychiatre, un médecin somaticien, un psychologue, un infirmier et un diététicien. Ce noyau est indispensable au regard des besoins multiples des patients TCA.

Ensuite, d'autres professionnels peuvent venir compléter l'équipe : psychomotricien, éducateur APA, art-thérapeute ou encore intervenants extérieurs ponctuels. Mais avant cela, il est essentiel de garantir que les postes médicaux principaux soient bien pourvus,

ce qui reste une difficulté dans de nombreux établissements. À défaut, et dans un contexte de pénurie, il pourrait être envisagé d'intégrer des internes en psychiatrie ou de soutenir les infirmiers vers une formation en pratique avancée (IPA), ce qui permettrait de structurer certains suivis en relais du médecin. Comme l'ont souligné plusieurs professionnels, le nombre de soignants ne peut pas être pensé de manière figée : il doit impérativement s'adapter à la file active réelle du service.
Enfin, il pourrait être pertinent de réfléchir à l'intégration d'une personne en pair-aidance, afin d'apporter un soutien complémentaire aux patients à certains moments du parcours.

11.2 Clarifier les rôles et structurer l'organisation interne

Dans certains établissements, la gestion du service est partagée entre plusieurs cadres selon les professions. Cela complique la coordination au quotidien. Il serait plus simple qu'un seul cadre de santé soit clairement identifié comme responsable de tous les professionnels du service. Cela permettrait une organisation plus fluide et plus lisible pour l'ensemble de l'équipe.
De la même manière, il serait important qu'une secrétaire soit bien dédiée au service. Sa présence régulière est essentielle pour assurer une bonne transmission des informations entre les professionnels, notamment sur les plannings, les rendez-vous ou les suivis de patients.
Enfin, les réunions hebdomadaires autour des patients et du fonctionnement du service, souvent difficiles à maintenir, gagneraient à inclure les secrétaires. Cela permettrait d'améliorer la circulation de l'information et d'éviter certaines incompréhensions. Il serait aussi utile de tracer les points abordés dans un espace partagé et sécurisé, afin que chacun puisse y accéder en cas d'absence.

11.3 Mieux utiliser les locaux et aménager l'espace patient

Plusieurs établissements ont mentionné un manque d'espaces adaptés, ce qui complexifie l'organisation des groupes et des médiations. Une réflexion sur la gestion des salles pourrait être engagée. Par exemple, il pourrait être utile de concevoir un tableau de répartition par salle, intégrant les professionnels et les créneaux horaires associés, de manière à fluidifier l'utilisation des lieux tout en respectant les plannings des uns et des autres.

Par ailleurs, au-delà des salles d'activité, il est important de penser les espaces communs comme des temps thérapeutiques indirects. Entre deux rendez-vous, les patients restent parfois plusieurs heures sur site. Il semble donc pertinent d'aménager ces espaces de manière à les rendre plus accueillants : fauteuils confortables, espace lecture, jeux de société, petite bibliothèque, etc. L'objectif est de favoriser un climat de confiance et de bien-être. Dans l'établissement n°10, par exemple, une boîte à cartes à thème est utilisée pour encourager les discussions pendant les repas, ce qui permet d'aborder ce moment souvent délicat de façon plus détendue.

11.4 Adapter les outils, soutenir les pratiques et développer les formations

De nombreux cadres ont souligné la difficulté liée à la multiplicité des supports utilisés (papier, informatique) et au manque d'uniformité. Une priorité serait de digitaliser les supports de suivi, tout en accompagnant les équipes : par des formations adaptées, ou des binômes entre soignants à l'aise et ceux ayant davantage de difficultés.
Côté formation, la demande est forte pour avoir des contenus standardisés sur les TCA, communs à tous les professionnels. Cette formation devrait être systématique et obligatoire pour toute personne intervenant dans un service TCA. Elle permettrait d'harmoniser les pratiques, mais aussi de mieux comprendre les enjeux de la maladie, qui restent encore mal connus dans certains corps de métier

11.5 Inclure les familles dans le parcours de soins

Comme souligné dans plusieurs entretiens et dans la littérature, la place de la famille est un facteur important de soutien, mais aussi parfois de tension. Plusieurs actions pourraient être systématisées : des groupes de parole dédiés aux proches, des séances de thérapie familiale, et pourquoi pas une session d'information à l'entrée dans le parcours, pour expliquer aux familles les spécificités des TCA, leur impact, les limites et les ressources disponibles.
Il serait également pertinent d'orienter les familles vers des ressources fiables, telles que le site de la FFAB, qui propose des sessions d'information gratuites à destination des proches et des patients. Ces contenus pédagogiques peuvent contribuer à mieux comprendre les enjeux des troubles alimentaires et à renforcer la cohérence du soutien entre professionnels, patients et entourage.

Ce type d'approche permettrait d'impliquer davantage les proches et d'éviter certaines incompréhensions qui freinent la progression thérapeutique.

11.6 Renforcer la prévention et développer les partenariats extérieurs

Enfin, un autre axe d'optimisation concerne l'ouverture du service vers l'extérieur. Peu d'établissements mènent des actions de prévention auprès des jeunes ou des professionnels scolaires. Il serait pourtant intéressant de créer des groupes de sensibilisation pouvant intervenir dans les écoles, les lycées ou les structures jeunesse. Ces actions pourraient aussi être soutenues par des soignants formés ou par d'anciens patients souhaitant témoigner.

Ces initiatives de sensibilisation gagneraient à être développées en lien avec des structures déjà actives sur le terrain, comme la FFAB, qui propose régulièrement des interventions auprès des jeunes et des familles. Une meilleure articulation avec ces acteurs permettrait de renforcer les actions de prévention menées par les établissements.

Parallèlement, les partenariats avec des structures extérieures (restaurateurs, coiffeurs, salles de sport, fondations) devraient être valorisés. Certains établissements mènent déjà des projets ponctuels via des appels à projet ou des financements spécifiques. Cela permet de diversifier les activités proposées, de renforcer l'estime de soi des patients, et parfois de créer un lien entre soin et réinsertion.

Enfin, la piste d'un accompagnement à domicile, évoquée précédemment, pourrait s'inscrire comme un complément au suivi en HDJ, notamment lors des phases de transition. Cela supposerait de pouvoir mobiliser des professionnels sur des temps spécifiques en dehors du site, mais aussi de sécuriser les sorties, souvent vécues comme un moment difficile par les patients.

V. CONCLUSION

L'organisation d'un service spécialisé dans les troubles du comportement alimentaire pose des enjeux à la fois cliniques, humains et organisationnels. Ce travail a permis d'illustrer la complexité de cette prise en charge, marquée par une diversité de profils de patients, une intensité de besoins et une mobilisation constante de l'équipe soignante. Face à des situations souvent chroniques, instables, voire critiques, les HDJ jouent un rôle central, à la frontière entre l'hospitalisation complète et l'accompagnement à domicile.

À travers l'étude de dix établissements, ce mémoire a montré que les pratiques mises en place sont souvent le fruit d'un équilibre fragile entre l'engagement des équipes, les moyens disponibles, et les contraintes du terrain. Certains dispositifs apparaissent comme particulièrement porteurs, notamment l'implication des familles, la richesse des médiations thérapeutiques, ou encore le rôle du référent infirmier dans la coordination du parcours. Mais ces forces coexistent avec des freins : pénurie de médecins, manque de formations spécifiques, faiblesse des liens inter-établissements ou encore inadéquation des locaux.

Ce constat met en avant un besoin d'adaptation constante des organisations. Adapter les outils, mieux répartir les ressources humaines, valoriser les partenariats extérieurs, penser l'articulation entre soin et vie quotidienne : ce sont autant de leviers que les établissements peuvent actionner pour rendre leur accompagnement plus cohérent et plus efficace. Certaines idées évoquées au cours de cette étude comme la création d'un réseau national d'échanges, ou la mise en place d'un suivi ponctuel à domicile mériteraient d'être explorées plus largement.

Ce mémoire ne prétend pas offrir un modèle unique, mais souhaite contribuer à la réflexion collective sur les façons d'améliorer les parcours de soins des patients atteints de TCA. L'organisation ne peut être figée : elle doit évoluer au rythme des besoins, des pratiques, et des réalités du terrain. C'est cette capacité d'ajustement collectif, porté par des professionnels engagés, qui fait toute la différence dans l'accompagnement de troubles aussi complexes que les TCA.

BIBLIOGRAPHIE

1. Fondation pour la Recherche Médicale. Focus : Troubles des conduites alimentaires. Disponible sur : https://www.frm.org/fr/maladies/recherches-maladies-neurologiques/troubles-des-conduites-alimentaires/focus-troubles-conduite-alimentaires.

2. Association Anorexie Boulimie Ouest. Les TCA en chiffres. Disponible sur : https://association-anorexie-boulimie-ouest.com/les-tca-en-chiffres.

3. Planète Santé. Confinement et Covid-19 : quel impact sur les troubles alimentaires ? Disponible sur : https://www.planetesante.ch/Magazine/Autour-de-la-maladie/Covid-19/Confinement-et-Covid-19-quel-impact-sur-les-troubles-alimentaires.

4. Haute Autorité de Santé. Argumentaire : Anorexie mentale. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-09/argu_anorexie_mentale.pdf.

5. CCSD CNRS. DUMAS : Étude sur les troubles alimentaires. Disponible sur : https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01305421v1.

6. Société Française d'Alcoologie. La Revue TCA. Disponible sur : https://sfalcoologie.fr/wp-content/uploads/LA-REVUE-TCA_VF-Reperage.pdf.

7. Ameli.fr. Anorexie mentale : définition, fréquence et causes. Disponible sur : https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/anorexie-mentale/definition-frequence-causes#:~:text=L'anorexie%20mentale%20fait%20partie.

8. Journée Mondiale des TCA. Tout sur les TCA : définition et types. Disponible sur : https://www.journeemondialetca.fr/tout-sur-les-tca/definition-et-differents-tca.

9. Fil Santé Jeunes. Histoire des troubles du comportement alimentaire (TCA). Disponible sur : https://www.filsantejeunes.com/histoire-des-troubles-du-comportement-alimentaire-tca-17904.

10. INICEA. Les troubles du comportement alimentaire : définitions. Disponible sur : https://www.inicea.fr/articles/specialite/les-troubles-du-comportement-alimentaire-TCA.

11. Conseil national de l'Ordre des médecins. Atlas de la démographie médicale 2025.

12. Le Progrès. Psychiatrie : votre département souffre-t-il d'une pénurie ? Avril 2025.

13. Revue Médicale Suisse. Troubles du comportement alimentaire et prise en charge en hôpital psychiatrique. Disponible sur : https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2015/revue-medicale-suisse-461/troubles-du-comportement-alimentaire.

14. Ameli.fr. Prévention des troubles alimentaires. Disponible sur : https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/anorexie-mentale/prevention.

15. Fédération Française Anorexie Boulimie. Qu'est-ce qu'un TCA ? Disponible sur : https://www.ffab.fr/accueil/qu-est-ce-qu-un-tca.

16. Santé.gouv.fr. Prévention des troubles alimentaires chez les jeunes. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/nutrition/article/prevention-des-troubles-du-comportement-alimentaire-chez-les-jeunes.

17. HAS. Prise en charge de l'anorexie mentale : critères de qualité. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-02/anorexie_mentale_prise_en_charge_guide_criteres_qualite.pdf.

18. ScienceDirect. Études sur les troubles alimentaires. Disponible sur : https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0222961719300480?via%3Dihub.

19. Revue Médicale Suisse. Adolescents souffrant d'anorexie mentale : Le rôle des parents, une approche basée sur l'évidence. 2018.

20. INAMI Belgique. Prise en charge des troubles du comportement alimentaire pour les jeunes jusqu'à 23 ans inclus. 2024.

21. Boulimie-anorexie.ch. Liens utiles – structures suisses. 2021.

22. CEPIA. La COMSMEA. 2024.

23. CEPIA. Organisation francophone des soins liés aux TCA. 2022.

24. Ana-mia.ch. Unité ambulatoire spécialisée dans la prise en soins des TCA. 2025.

25. Santé.gouv.fr. Prévention des troubles alimentaires chez les jeunes. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/nutrition/article/prevention-des-troubles-du-comportement-alimentaire-chez-les-jeunes.

26. Société Française d'Alcoologie. La Revue TCA : guide pratique. Disponible sur : https://sfalcoologie.fr/wp-content/uploads/LA-REVUE-TCA_VF.pdf.

27. Journée Mondiale des TCA. La journée du 2 juin. Disponible sur : https://www.journeemondialetca.fr/la-journee-du-2-juin.

28. Haute Autorité de Santé. Guide familial : Anorexie mentale. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-09/3ebat_fs_famillepatient_anorexie_2209.pdf.

29. Haute Autorité de Santé. Prise en charge de la boulimie : guide pratique. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-09/fs_boulimie_prise_en_charge_pluri_v2.pdf.

30. Haute Autorité de Santé. Critères de qualité pour l'anorexie mentale. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-03/reco2clics_-anorexie-mentale.pdf.

31. ScienceDirect. Études sur les troubles alimentaires. Disponible sur : https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0222961719300480?via%3Dihub.

32. Satisform.com. Fasciathérapie : bienfaits et contre-indications. Disponible sur : https://www.satisform.com/fasciatherapie-bienfaits-contre-indications.html#:~:text=La%20fasciath%C3%A9rapie%20est%20une%20tout.

33. Fondation pour la Recherche Médicale. Troubles des conduites alimentaires : état des lieux. 2025.

34. Fédération Française Anorexie Boulimie (FFAB). Annuaire des structures spécialisées 2021. Disponible sur : https://www.ffab.fr/trouver-de-l-aide/annuaire-2021-carteseule.

35. Fédération Française Anorexie Boulimie (FFAB). Colloques et formations. Disponible sur : https://www.ffab.fr/actualite/colloques-et-formations.

36. Revue Médicale Suisse. Adolescents souffrant d'anorexie mentale : Le rôle des parents, une approche basée sur l'évidence. 2018.

37. CEPIA. Organisation francophone des soins liés aux troubles des conduites alimentaires. 2022.

38. Ana-mia.ch. Unité ambulatoire spécialisée dans la prise en soins des troubles des conduites alimentaires (TCA). 2025.

39. Conseil national de l'Ordre des médecins. Atlas de la démographie médicale. 2025.

40. Le Progrès. Psychiatrie : votre département souffre-t-il d'une pénurie ? Avril 2025.

41. Société Française d'Alcoologie. La Revue TCA : guide pratique. Disponible sur : https://sfalcoologie.fr/wp-content/uploads/LA-REVUE-TCA_VF.pdf.

SOMMAIRE

REMERCIEMENT 4

SOMMAIRE 5

LISTE DES FIGURES 8

LISTE DES TABLEAUX 8

LISTE DES ABREVIATIONS 9

INTRODUCTION 11

I. REVUE DE LITTERATURE 13

1. Les troubles des conduites alimentaires : comprendre les pathologies pour mieux penser la prise en charge.....13

2. Émergence historique et reconnaissance progressive des TCA (Fil Santé Jeunes, 2024) 14

3. Facteurs culturels et sociétaux.....14

4. Les classifications internationales.....15

5. Les principales formes de TCA selon le DSM-5.....16

5.1 L'anorexie mentale (F50.01) 16

5.2 La boulimie (F50.02) 17

5.3 Le trouble d'accès hyperphagiques (binge eating disorder, F50.8) ...17

5.4 Les autres troubles des conduites alimentaires spécifiés ou non spécifiés (F50.9) 17

6. Le rôle de l'Indice de Masse Corporelle (IMC) dans l'évaluation des TCA ..18

7. Organisation de la prise en charge des troubles des conduites alimentaires (TCA) en France 19

8. Prévention des troubles des TCA.....21

9. Les prises en charges en France.....23

9.1 Les différentes prises en charges 23

9.2 État des lieux.....25

10.Comment les TCA sont pris en charge à l'étranger ? 26

11.Conclusion intermédiaire – Revue de littérature 29

II. METHODOLOGIE 30

1. Objet de l'étude 30

2. Choix de la méthodologie.....31

3. Présentation des participants.....31
4. Construction et structure du guide d'entretien 33
5. Démarche de recueil et analyse des données.....34
6. Limites de l'étude 35
7. Transition vers l'analyse des résultats 36
III.RESULTATS D'ANALYSE 37
1. Présentation et organisation des établissements.....37
2. Équipe et coordination des professionnels de santé.....40
2.1 Composition 40
2.2 Organisation de la coordination entre les professionnels 43
2.3 Formations spécifiques aux TCA 45
3. Le Parcours patient.....46
3.1 Admission et évaluation initiale 46
3.2 Suivi et coordination des soins.....48
3.3 Sortie et suivi post hospitalisation 52
4. Défis et pistes d'amélioration 53
V. DISCUSSION ET RECOMMANDATIONS.....57
1. Le profil des patients accueillis : une cohérence avec les données épidémiologiques 57
2. Des prises en charge pluridisciplinaires, en ligne avec les recommandations HAS.....57
3. Une durée de prise en charge adaptée, mais à renforcer selon les besoins... 58
4. Les réunions pluridisciplinaires : une pratique recommandée 58
5. La prévention et la sensibilisation : un axe négligé malgré les recommandations 58
6. Des écarts entre les établissements de niveau 2 et de niveau 3 59
7. La question des effectifs : un frein à la prise en charge continue 59
8. Des contraintes matérielles à compenser par des solutions locales.....59
9. Créer du lien entre établissements pour mutualiser les bonnes pratiques ..60
10.L'intérêt d'un accompagnement à domicile comme complément 60
11.Vers une optimisation concrète de l'organisation des prises en charge 61
11.1 Renforcer la composition de l'équipe soignante.....61

11.2 Clarifier les rôles et structurer l’organisation interne 62
11.3 Mieux utiliser les locaux et aménager l’espace patient 62
11.4 Adapter les outils, soutenir les pratiques et développer les formations 63
11.5 Inclure les familles dans le parcours de soins.....63
11.6 Renforcer la prévention et développer les partenariats extérieurs...64
V. CONCLUSION 65
BIBLIOGRAPHIE 66
ANNEXES 74

ANNEXES

ANNEXE I : GRILLE D'ENTRETIEN_____1
ANNEXE II: GRILLE D'ENTRETIEN ETABLISSEMENT _____2

ANNEXE I : GRILLE D'ENTRETIEN

GRILLE D'ENTRETIEN CADRE DE SANTÉ EN SERVICE TCA

- Nom :
- Fonction :
- Établissement :
- Type d'établissement : (Public / Privé / ESPIC)
- Date
- Heure de début d'entretien :
- Heure de fin d'entretien :

Introduction

Bonjour et merci d'avoir accepté cet entretien.

Dans le cadre de mon mémoire de Master 2, j'étudie l'optimisation des pratiques organisationnelles ainsi que les outils utilisés pour améliorer la prise en charge des patients dans un service spécialisé dans les troubles du comportement alimentaire.

L'objectif de cet échange est de mieux comprendre le fonctionnement de votre service, le parcours patient, les outils utilisés, et d'identifier les axes d'amélioration.

L'entretien durera environ 1 heure, et vos réponses resteront anonymes et confidentielles. Avec votre accord, je prendrai des notes (ou enregistrerai l'entretien).

Comment adapter et améliorer les pratiques organisationnelles et les outils utilisés afin d'optimiser la prise en charge des patients dans un nouveau service spécialisé dans les troubles du comportement alimentaire ?

1. Organisation de l'établissement et du service TCA

1.1 Présentation du service

1. Pouvez-vous me présenter brièvement votre établissement ? Date de création

2. Quel est le statut de l'établissement ? (Public, privé, ESPIC, associatif)

ANNEXE II: GRILLE D'ENTRETIEN ETABLISSEMENT

Entretien HDJ établissement 6 (Niveau 3)

El Bali Nada : Bonjour ! Vous m'entendez ?

Cadre : Oui, je vous entends bien.

El Bali Nada : Moi Ah, super, très bien. Vous allez bien ?

Cadre : Oui, ça va bien, merci et vous aussi ?

El Bali Nada : Oui, très bien. Merci d'avoir accepté de faire l'entretien avec moi, du coup.

Cadre : Plaisir. Vous êtes en cours de formation là, c'est la dernière ligne droite ?

El Bali Nada : Oui, c'est ma dernière année. (Rire)

Cadre : OK, bon courage à vous.

El Bali Nada : Merci. Je vais commencer par me présenter. Du coup, je m'appelle El Bali Nada. Je suis étudiante en Master 2, Management sectoriel à ILIS, à Lille.

Cadre : OK.

El Bali Nada : Et là, je suis actuellement stagiaire cadre et référente du service TCA dans un établissement HDJ en psychiatrie. Et d'où le choix de ma problématique pour mon mémoire de fin d'étude.

Cadre : D'accord.

El Bali Nada : Essayer de voir un peu les différentes manières de prise en charge des patients, des différents services spécialisés en TCA en France. Essayer de comparer ce qui est bien, ce qui peut être mis dans d'autres établissements et faire un comparatif des différentes manières de prise en charge afin d'optimiser la prise en charge du patient.

Cadre : Super. Vous pourrez partager votre expérience après. Ça m'intéresserait d'avoir un retour aussi.

El Bali Nada : Oui, il n'y a pas de souci.

Cadre : Oh, merci. Et votre mémoire est à rendre pour quand ?

El Bali Nada : Début juin.

Cadre : OK, oui, ça vous laisse encore un peu de temps. C'est presque le plus fastidieux, les entretiens. Mais maintenant, les retranscriptions, il y a plein de logiciels qui permettent de retranscrire.

El Bali Nada : Oui, oui, oui.

Cadre : Avant, il fallait tout taper à la main.

El Bali Nada : (Rire)

Cadre : On passait plus notre temps à retranscrire nos entretiens que le mémoire en lui-même.

El Bali Nada : (Rire) D'ailleurs, ça ne vous dérange pas si je vous enregistre ?

Cadre : Non, pas du tout.

El Bali Nada : Super. Mais du coup, voilà. Je pense qu'on va commencer. On ne perd pas de temps.

Cadre : Oui.

El Bali Nada : Est-ce que c'est possible de me présenter un peu votre établissement, la date de création ?

Cadre : Sur l'histoire euh…, je peux m'aider un petit peu ?

El Bali Nada : Oui bien sûr.

Cadre : Pour tout vous dire, moi, je suis sur ce poste-là depuis euh… juillet 2023. Donc, ça fait un peu moins de deux ans, là, sur l'hôpital de jour euh… de TCA. Et euh… j'ai un parcours exclusivement psychiatrie adulte. Donc, ça fait deux ans que je découvre l'addictologie. Donc, sur l'histoire euh… de l'hôpital de jour, je vais juste essayer de retrouver quelques éléments pour ne pas vous dire de bêtises.

El Bali Nada : Je pense que juste les informations globales sont suffisantes, le nom de l'établissement, la date de création etc..

Cadre : Ok, je vais vous donner les éléments généraux que je connais bien. Donc, je travaille au sein du CH ….. Euh… et plus particulièrement sur le pôle hospitalo-universitaire psychiatrie et santé mentale. Euh… qui regroupe cinq secteurs de psychiatrie adulte. Et de la pédopsychiatrie, de la personne âgée et de l'addictologie. Donc, moi, comme je vous le disais, ça fait bientôt deux ans que je suis sur ce service d'addictologie. Qui est divisé euh.. fin…, en tout cas qui est partagé en deux filières. La filière produits, dans laquelle on a un hôpital de jour, de la psychiatrie de liaison et eu…de l'hospitalisation en temps plein. Et filière comportements, dans laquelle on a aussi euh… des lits d'hospitalisation en temps plein. Donc, c'est l'unité S….donc, là qui prend en charge, majoritairement, on y trouve des troubles des conduites alimentaires. Mais aussi, de temps en

temps, à la marge des troubles, des addictions comportementales type jeux vidéo, notamment. Et puis, nous qui sommes le centre de soins ambulatoires B….. On a une partie d'activité hôpital de jour. On a une partie d'activité 7 ETP. Et on a de la consultation. Donc, c'est un gros centre qui a plusieurs cordes à son arc, j'ai envie de dire. Et qui, pour sa partie hôpital de jour, a essentiellement une file active de patients. On traite les addictions comportementales. Il est vrai que sur notre file active hôpital de jour, on a, je vais dire, 80-90% de personnes qui souffrent plutôt des troubles, des conduites alimentaires. Et dans ces troubles des conduites alimentaires, je vais rajouter encore 75-80% plutôt d'anorexie mentale restrictive. On commence de plus en plus à avoir des hyperphages et boulimies. Et la boulimie, il y en a pour les patients qui font de l'anorexie. Mais ça reste, ce n'est pas la majorité. Et on a aussi quelques patients qui ont des addictions comportementales plutôt sur les jeux vidéo.

El Bali Nada : Vous êtes un établissement public, c'est ça ?

Cadre : Oui, on fait partie du centre hospitalier.

El Bali Nada : D'accord. Et du coup, quelle est la capacité d'accueil de votre service ?

Cadre : Sur l'hôpital de jour, on a une capacité de 90 patients en file active. Après, sur la demi-journée, on peut avoir au maximum trois groupes de huit par demi-journée. Et donc, on a une capacité de file active globale et puis une capacité quotidienne et une capacité aussi autour du repas qui est de... Notre salle à manger, elle ne peut accueillir que 15 patients à la fois. Donc, on a plein de contraintes. Donc, par jour, ça revient à 15 patients... À 15 patients à table. Si on a 15 patients à table, ça peut aller jusqu'à 23 patients si on a un double sur un repas, sur un groupe qui mange dans une autre salle. Mais c'est ponctuel. Et puis, on peut aller jusqu'à trois médiations par demi-journée. Une médiation comptant 24 patients par demi-journée. Et puis, oui, une quinzaine de patients sur le repas. Les patients viennent essentiellement à la demi-journée. C'est médiation plus repas ou repas plus médiation plus relation.Ils ne font pas de journée entière.

El Bali Nada : D'accord. Donc, leurs horaires, c'est ?

Cadre : Eh bien, ils arrivent à 10h, à peu près... Non, 9h30. C'est les médiations qui commencent à 9h. Il y a un temps d'accueil de 9h30 à 10h où, là, on leur met à disposition des boissons chaudes. Il y a un petit espace avec des canapés. L'idée, c'est que l'ensemble des patients, même s'ils ne font pas la même médiation, se retrouvent là pour pouvoir faire du lien dans d'autres espaces. Et puis, à 10h, on démarre les médiations. Donc, chaque patient va dans son groupe, dans sa salle avec les infirmiers. Et puis, les médiations se terminent à 11h30. Et de nouveau, avant le repas, il y a une demi-heure comme ça où on les laisse en temps plus informel en groupe patient. C'est aussi un temps qui peut être utilisé par les infirmiers où les médecins proposent des rendez-vous. Et midi ou midi et demi, ça dépend du jour où le repas commence, jusqu'à 13h30. Et puis, ceux qui ont été en médiation le matin quittent l'hôpital du jour à 13h30. Et ceux qui ont commencé leur demi-jour à l'hôpital du jour par le repas, ont un temps après repas, de café, de partage un petit peu où ils débriefent du repas avec les infirmiers. Et puis, les médiations démarrent à 14h. Jusqu'à 15h30. Et 15h30, après, c'est vrai, il y a encore un petit temps de pause pour les patients. Et 16h, on propose une collation jusqu'à 16h30. Et la journée se termine pour les patients à 16h30 qui sont libérés.

El Bali Nada : D'accord. Et selon vous, quels sont les principaux défis organisationnels que vous rencontrez dans le service ?

Cadre : Les défis, c'est les locaux qui sont… On a une structure qui est très grande, mais avec plein de salles très exigües. Donc, on est très vite limité. Quand on veut proposer certaines médiations, notamment ce qui est corporel ou ce qui mobilise… Dans les salles dans lesquelles on a besoin d'espace, notamment, je pense à la psychomotricité, on n'a qu'une seule grande salle. En tout, on a quatre salles de médiation. On en a une vraiment grande. Et les autres, elles sont plus petites. Donc, elles sont bien pour les groupes de parole, les choses comme ça. Mais il y a des médiations qui ne sont pas compatibles avec certains espaces. Donc, ça, c'est une vraie contrainte. Et c'est des fois une vraie gymnastique de pouvoir mettre la bonne médiation dans la bonne salle. Les principaux enjeux, je vais dire aussi, c'est… En tout cas, quelque chose qui peut être empêchant parfois, c'est les définitions de groupe, que ce soit les groupes ouverts ou les groupes fermés. Quand on élabore un planning de médiation, de ma petite expérience, j'ai remarqué qu'il y a des médiations que les infirmiers aiment bien proposer en groupe fermé. C'est-à-dire qu'une fois que la médiation est démarrée et qu'on a un cycle de cinq, six, sept séances, on ne va pas intégrer de nouveaux patients avant le démarrage d'un nouveau cycle. Et ça, ça peut être très contraignant au niveau d'organisation parce que, ou le groupe n'est pas très plein et du coup, on démarre des groupes à cinq, six et ce n'est pas forcément intéressant, voire des fois, on décale le démarrage du groupe parce qu'il n'est pas plein, ce qui serait intéressant d'indiquer sur ces groupes-là, mais on est obligé d'attendre un mois et demi avant qu'un nouveau cycle démarre. Donc, moi, tendance, là, ça va être la troisième fois que je les accompagne sur un bilan d'activité puis une projection de nouveaux plannings. Je pense que, dans mes réflexions, je me dis qu'on va tendre à arrêter les groupes fermés pour essayer de proposer des groupes ouverts de façon à ce qu'il puisse y avoir de l'intégration de patients au fil de l'an, que ce ne soit pas bloquant.

El Bali Nada : D'accord. Oui. OK. Et quelle est la tranche d'âge de vos patients ?

Cadre : Eh bien, on va de 15 ans, 3 mois jusqu'à 35 ans. On a un seul groupe, mais qui n'est pas de l'hôpital de jour, c'est du CATTP, qui est à destination des patients qui ont plus de 35 ans, qui s'appelle Vivre Avec, où là, on est plutôt sur la rééducation des risques et puis le fait de vivre avec sans que ce soit un côté fatidique, mais autrement, oui. Donc, dès que les patients... Là, on a le cas en ce moment d'une patiente qui est en train d'approcher les 35 ans, on va travailler la transition ou vers d'autres espaces, sur le libéral ou sur ce groupe-là. En tout cas, ils ne peuvent plus intégrer nos groupes de médiation.

El Bali Nada : C'est majoritairement des femmes ?

Cadre : Ah oui, oui.

El Bali Nada : Oui. Et du coup, quand vous accueillez des mineurs, vous faites comment pour intégrer la famille dans le parcours de soins du patient ?

Cadre : Eh bien, ça, c'est le rôle des infirmiers. Nous, notre fonctionnement, c'est que quand on a une demande de prise en charge, déjà pour l'adressage à l'hôpital de jour, on demande à ce que la personne rédige un courrier d'initiation et qu'elle... Elle est un courrier, évidemment, d'adressage

d'un médecin. Et puis, on a le lundi soir ce qu'on appelle un groupe information auquel on demande aux personnes qui souhaitent intégrer l'hôpital de jour de participer. Et c'est quatre thématiques qui sont proposées tous les lundis. La thématique, elle est doublée. Ça va être la thématique soins, la semaine d'adhésion des patients. La semaine d'après, on a la même thématique, à l'adhésion de la famille. On invite la famille à être présente sur ces temps-là. Ça permet déjà de faire un premier lien avec les proches. Et une fois que la personne intègre l'hôpital de jour, on lui définit un référent infirmier. Et ce référent infirmier, il va tout de suite se mettre en lien avec la famille du mineur, déjà pour l'autorisation de parental de soins. Et puis après, pour tout ce qui est information. Alors évidemment, on ne va pas tout dire, parce qu'il y a des choses qui relèvent aussi, je pense, de l'individuel et du mineur qui lui appartiennent. Mais on va donner les grands éléments de la prise en charge, donner des informations sur les rendez-vous, sur l'impact sur la vie scolaire. Il y a un vrai travail de coordination du référent par rapport à ça. Pour les mineurs d'ailleurs, on propose un entretien par entourage au moins, non fonctionnant par contrat, trois mois. La personne s'engage pour trois mois. Et le contrat pour les mineurs, on l'établit en entretien conjoint médical infirmier, en présence du patient évidemment. On pose des objectifs, on pose des médiations. Tout le monde signe le contrat, le mineur y compris. Et après le contrat, il y a l'autorité parentale. Voilà.

El Bali Nada : D'accord, d'accord. Et quels sont vos critères d'admission dans le service général ? Que ce soit pour un patient mineur ou majeur ?

Cadre : Les critères d'admission, c'est de souffrir déjà d'addition comportementale avant tout. Et puis après, il y a des critères basés autour de l'IMC. Je ne sais pas si c'est l'IMC, il ne faut pas qu'il soit numéro 15.

El Bali Nada : 14 ?

Cadre : Oui, 14. Il y a une norme aussi de potassium à respecter. S'il y a un potassium trop bas, on ne peut pas démarrer les soins. Il y a le côté motivationnel qui est une évidence. Pour s'inscrire dans les soins à l'hôpital de jour, il faut un engagement à suivre ce qui est stipulé dans le contrat de soins, sachant qu'on n'autorise pas les absences injustifiées. Toute absence doit être justifiée. Et au bout de deux absences injustifiées, le contrat, on le suspend. D'accord.

El Bali Nada : Au bout de deux absences, c'est ça ?

Cadre : Oui. Au bout de deux absences non justifiées, on suspend le contrat et on repose un an d'entretien avec le médecin pour requestionner la motivation et l'intégration de soins, la place du soin. Parce que souvent, notamment chez les mineurs, il y a la question du rythme scolaire. Il y a la question de comment est-ce que je priorise aussi le soin et ma santé par rapport à d'autres espaces. C'est vraiment quelque chose qui est assez fréquent, d'ailleurs, dans nos files actives. Là, on le voit en plus, on a eu beaucoup de demandes de prise en charge sur l'année 2024 et ça se ressemble sur 2025 à des patients qui ne... qui sont à leur premier contrat donc qui débutent les soins sur leur TCA et qui n'arrivent pas à s'engager. Oui. On a beaucoup de pauses. On met une pause dans le contrat. Je dis suspendu, ça veut dire qu'on suspend les venues à l'hôpital de jour jusqu'à réévaluation par le médecin.

El Bali Nada : D'accord. Et par rapport au filtre d'admission, est-ce qu'il y a un protocole qui a été créé pour ça, justement ?

Cadre : Euh... Un protocole ? Euh... Pas ma connaissance, non.

El Bali Nada : Non ? D'accord.

Cadre : Non. Les critères d'admission, on les pose de toute façon. Ils sont posés dès lors que... Dès lors que... En gros, le circuit, quand le patient adresse sa demande à l'hôpital de jour. Et le patient, à partir du moment où il est reçu pour un projet hôpital de jour, dès la visite, on les donne... Dès qu'il vient visiter la structure, on donne oralement le petit livret de présentation de l'unité. Et dedans, ils sont stipulés les critères.

El Bali Nada : D'accord. Et quels sont les principaux motifs d'orientation vers votre rétablissement ? C'est-à-dire qui... Qui oriente les patients dans votre HDJ ?

Cadre : Eh bien, pas mal les médecins libéraux, les médecins traitants. On a aussi un réseau qui est assez connu. En fait, sur …. , on a le réseau Abela qui regroupe beaucoup d'acteurs qui prennent en charge les TCA sur la Loire-Atlantique. C'est un réseau de patients qui se connaissent bien, qui travaillent ensemble et il y a beaucoup de psychos qui savent aussi, qui sont reconnus et, du coup, eux peuvent orienter ou conseiller d'orienter vers l'hôpital de jour.

El Bali Nada : D'accord.

Cadre : Le libéral, beaucoup. Il y a le docteur R….. aussi ou le docteur B….. qui sont quand même bien connus sur le CHU de …… comme étant les interlocuteurs sur cette problématique-là. Ou alors sur le réseau, pas mal. Et puis là, on est en train de travailler sur la création d'un annuaire qui identifie tous les professionnels qui ont une compétence particulière à pouvoir prendre en charge les TCA sur le libéral. C'est pareil, ça nous aide aussi à mailler le territoire et aussi à être mieux reconnus parce qu'on leur propose de la formation en visio, en étant notés d'expertise, de choses comme ça. Ça nous permet aussi de se connaître mutuellement et de s'identifier mutuellement. Ça facilite clairement les modalités d'adressage.

El Bali Nada : D'accord. C'est bien, ça. Et du coup, quels sont les différents professionnels qui interviennent et si possible, donnez-nous le nombre de chaque professionnel.

Cadre : Euh... Donc, on a le psychomotricien, on a le neuropsychologue, on a les infirmiers, l'assistante sociale, les psychiatres, l'électologue, évidemment. Moi, j'ai un mi-temps de cadre de santé sur l'hôpital B….. Euh... Projet, projet, projet d'unité... Donc, je donne bien le focus que sur l'activité hôpital de jour.

El Bali Nada : Oui s'il vous plaît

Cadre : Parce que sur le centre ambulatoire, on a... OK, hôpital de jour. Sur l'hôpital de jour... Donc, on a le médecin référent à 0,6 TP, un médecin à 0,5 TP, un assistant à 0,5 TP et un médecin à 0,3 ETP. On a un médecin généraliste qui intervient aussi une journée par semaine, donc 0,2 ETP. On a 0,5 ETP de cadre de santé, 0,6 ETP de psychologue, mais regroupé sur trois personnes, dont une

neuropsych. Un ETP SH, 6,2 ETP infirmier, un demi-ETP assistante sociale, un 0,25 ETP de diète, un 0,3 psychomote et un 1,5 ETP d'assistant médico-administratif.

El Bali Nada : D'accord. Vous avez des intervenants extérieurs ou pas ?

Cadre : Ça peut arriver, oui. Ça peut arriver. On a eu un partenariat avec la fédération de boxe SAVAD, donc on a eu d'intervenants pendant un moment extérieur en boxe. On a pu faire appel à des arts-thérapeutes, à des médiateurs animaliers, ça peut être un peu tout. Après, c'est soumis. On a aussi des danseurs qui font du line-up, qui proposent ça aussi aux patients. C'est du bénévolat. On est approché par plein de propositions d'intervention extérieures.
Quand c'est bénévole ou dans le cadre d'un stage, c'est très facile à mettre en place. Quand c'est soumis à des engagements budgétaires, c'est dans la mesure de ce qu'on peut nous donner, prioriser nos enveloppes médiations qui ne sont pas énormes. Moi, j'aime bien, je trouve que la collaboration de l'extérieur et en plus, quand ce n'est pas des soignants, le double regard, c'est hyper intéressant.

El Bali Nada : Vous avez un intervenant APA ?

Cadre : Oui. Il est sur le service d'addictologie, pas spécialement sur l'hôpital de jour. On a un petit peu de temps APA. Là, c'est en pause, mais qui était dédié à un projet d'études cliniques sur l'activité physique adaptée chez les personnes qui souffrent de TCA. Là, ils sont en période de recrutement de patients, donc c'est tout le cas. Mais après, de façon pérenne, sur l'hôpital de jour, non. On imagine que le temps à pas qu'il y a sur l'addictologie, pour le moment, il est fléché sur l'hospital en plein. L'idée, c'est que ça puisse tourner.
Peut-être que l'année prochaine, ce sera plutôt sur les extra-hospitaliers, mais il n'y a rien de garantie.

El Bali Nada : D'accord.

Cadre : Et on aimerait bien, parce qu'en plus, on a fait un temps de réunion soignant-soigné avec nos patients la semaine dernière, et il y a énormément de demandes vis-à-vis de l'activité physique adaptée. Les infirmiers proposent des choses pour travailler autour de l'hyperactivité physique, mais c'est vrai que d'avoir le regard d'un APA, c'est quand même aussi hyper riche.

El Bali Nada : Et comment est organisée la coordination entre les professionnels ? Le nombre de réunions que vous effectuez dans la semaine, les différentes réunions ?

Cadre : Oui. On a pour l'hôpital de jour deux tendances hebdomadaires de réunion. Le premier, c'est une demi-journée de réunion clinique, de 14h à 17h, tous les jeudis. Donc là, tous les intervenants sont invités. Après, comme beaucoup, c'est des temps partagés. Les transversaux, comme je les appelle, les psychomotes, qui sont sur plusieurs unités, neuropsy, AS, ne sont pas forcément là tout le temps, mais on essaie d'avoir au moins un à chaque réunion clinique. Et puis, on a un temps de réunion de fonctionnement hebdomadaire, mais là, c'est un lundi sur deux, de 10h30 à midi. Donc là, on parle plus du fonctionnement global de l'hôpital de jour, la présentation des nouvelles médiations. C'est sur cet espace-là qu'on peut rencontrer aussi, quand on a des demandes d'intervenants extérieurs, ils viennent se présenter. Sur ce moment-là, on peut rencontrer des partenaires. C'est un temps vraiment dédié au projet, au fonctionnement, aux

demandes de stages et de visiteurs. Et puis, on a aussi un temps d'articulation. Ça, c'est deux fois par mois avec, justement, l'hôpital, l'hôpital en plein, avec l'unité S….., une heure et demie à peu près de temps. Voilà. Donc là, c'est nos temps hebdomadaires. Et puis après, sur l'année, on va avoir deux temps, deux demi-journées qui vont être réservées à la réunion soignants-soignés, ce qu'on appelle la réunion soignants-soignés. C'est le partage avec les patients sur notre organisation, sur ce qui leur convient, ce qui ne leur convient pas, ce qu'ils aimeraient de se voir proposer sur l'hôpital de jour. On a... Enfin, on fonctionne en année scolaire. Donc on propose un planning de septembre à début juillet. Et puis après, le juillet, on a une période de fermeture. Au août, on est plutôt sur une reprise en douceur avec les groupes de travail, les groupes de parole. Mais le vrai planning, il démarre en septembre. Et du coup, à chaque année, on a un bilan d'activité de toutes les médiations de l'année passée et une demi-journée perspective où on projette le planning de septembre. On s'en fait ça tous les ans.

El Bali Nada : D'accord. Et vous utilisez quoi comme outil de communication entre les différents professionnels ?

Cadre : Essentiellement le mail et les invitations au Wash. J'fais beaucoup de ça aussi pour permettre que c'est un problème d'avoir beaucoup de personnes à temps partiel, pas partagés du temps partiel, mais ceux qui sont sur plusieurs unités. Ils peuvent pas être sur toutes les instants. Je les trace beaucoup plutôt avec les invitations au Wash sur les temps de réunion notamment.

El Bali Nada : Et concernant les protocoles, est-ce que vous avez une GED qui regroupe un peu les différents protocoles de l'établissement ou du service ?

Cadre : Oui, on a une GED très générale qui est une usine à gaz pas très bien mise à jour et qui est, à mon sens, peu fonctionnelle parce qu'on y trouve aussi bien des documents complètement obsolètes dont on n'a pas la possibilité de vérifier s'ils sont toujours d'actualité ou pas. Donc ça va pas être forcément une ressource. Ce qu'on utilise beaucoup, nous, c'est les dossiers partagés. On a des dossiers communs et on y trouve tous nos supports, nos outils de partage. On est un peu entre deux mondes : on a des outils numériques, mais les transmissions papier, on n'arrive pas à les lâcher.

El Bali Nada : Les professionnels, ils reçoivent une formation spécifique au TCA ?

Cadre : Alors, arrivé, non. C'est de la formation qui se fait par les pairs. Après, ils peuvent avoir des formations spécifiques à l'établissement, sur l'entretien infirmier, sur des outils plus spécifiques, l'entretien solutionniste ou motivationnel, des aspects comme ça. Le psychotrauma, c'est vraiment de près ou loin rattaché à ce qu'on peut rencontrer chez les personnes qui souffrent du TCA. Mais proprement parler, sur les produits alimentaires, non.
En tout cas, ceux que j'ai vus arriver récemment, ils se forment entre eux.

El Bali Nada : OK. Parce que du coup, que ce soit pour les infirmières ou les aides-soignantes, disons que dans le domaine du sanitaire, un entretien pour la psychiatrie, c'est un peu différent. On va employer certains mots pour ne pas frustrer le patient.

Cadre : Oui. Il y a l'usage du vocabulaire. Après, j'ai beaucoup d'infirmières sur B….., l'hôpital du jour, qui viennent déjà de S……, de l'unité d'emploi. Elles ont grandi professionnellement dans une

unité aiguë qui sont quand même assez aidantes à aiguiser le sens clinique, le vocabulaire, des choses comme ça.

El Bali Nada : D'accord.

Cadre : Très vite, ils passent à faire eux-mêmes de la formation. Comme on est beaucoup sollicité, le fait de se mettre au travail pour aller former les autres, automatiquement, on vient chercher aussi des connaissances cliniques et intellectuelles. Après, c'est aussi par expérience.
Cette culture de l'apprentissage, de la recherche. On a des séminaires addictos régulièrement. On a des formations en visio et des interventions sur divers sujets addictos. On n'est pas forcément sur les TCA, mais on est un peu acculturé aussi à ça.

El Bali Nada : Du coup, vous avez des internes au sein du service ?

Cadre : Oui, mais on n'en a pas forcément tous les semestres. C'est une place qui est soumise... Déjà, c'est un interne à mi-temps qui est partagé avec un autre hôpital de jour de premier épisode de psychotique, donc pas du tout de l'addicto. C'est un assistant partagé. C'est un poste d'assistant d'interne qui est ouvert à la candidature. Des fois, il n'est pas choisi par les internes.

El Bali Nada : D'accord. Vous avez des externes aussi ?

Cadre : Oui, en tous les cas. Absolument.

El Bali Nada : Et comment... Là, je vais passer sur le parcours patient et l'admission. Comment se passe l'admission des patients dans votre service ? Quel professionnel fait l'évaluation initiale ?

Cadre : Alors, le tout premier... La toute première étape de l'admission, c'est la présence au groupe d'information. Là, c'est coanimé par... C'est en format groupe de paroles. On commence par une vidéo de présentation puis après, il y a un temps d'échange. C'est une coanimation paramédicale et médicale. Il y a deux personnes qui animent. Après, on va inviter le patient à venir sur un temps de visite accompagné par son encourage s'il le souhaite. Là, c'est une infirmière qui fait une structure qui redonne les éléments de règlement intérieur, les éléments de notre fonctionnement et des modalités, des critères d'admission et sur l'hôpital de jour. Et puis après, on fixe un entretien avec le médecin référent et l'infirmier référent qui est fixé dans lequel le contrat de soins est posé. Ils sont définis. Et puis, une fois que le contrat de soins est posé, ça va être l'infirmier qui va s'occuper de l'accompagnement dans les soins, dans les différentes médiations, sachant que le référent infirmier n'est pas forcément le référent de la médiation dans laquelle le patient va participer. C'est-à-dire qu'on croise des regards des infirmiers qui voient l'entourage et tout le reste. Donc voilà. Et puis tout le long du contrat de 3 mois, l'infirmier fixe des points infirmiers réguliers. Ils fonctionnent aussi beaucoup par échange de mail avec les patients dont ils ont la référence.

El Bali Nada : Vous m'avez dit que c'est des cycles de 6 semaines, c'est ça ?

Cadre : Les contrats sont de 3 mois. 3 mois. 3 mois renouvelables, souvent. Il y a rarement un seul contrat. Un, deux, trois, quatre.

El Bali Nada : D'accord.

Cadre : Et le patient fait un entretien médecin-infirmier à la pose du contrat, un entretien de mi-contrat, en gros, et un entretien de fin de contrat. D'accord. Donc il voit 3 fois le médecin pendant son contrat, et il y a un entretien par entourage, un patient-entourage par contrat.

El Bali Nada : D'accord, d'accord.

Cadre : Et après, en oriente, s'il y a besoin d'une direction sociale, c'est pas systématique l'orientation vers l'assistante sociale, la psychomotricienne n'écoute pas forcément des bilans individuels, systématiquement, la neuropsy non plus. C'est vraiment à la carte.

El Bali Nada : D'accord. Quelles sont les outils qui sont utilisés pour évaluer l'état clinique, somatique, à l'entrée du patient ?

Cadre : Les outils qui sont utilisés pour évaluer l'état clinique, je ne sais même pas s'il y en a. Je sais qu'on demande un certificat de poids du médecin-traitant. On demande aussi à ce que le patient fournisse des bilans sanguins. On marche sur la confiance. Un patient à qui on va demander un certificat de poids en cours de contrat, parce qu'on imagine qu'il a perdu du poids et qu'il ne le fait pas, on va aller questionner ça auprès de lui. Mais c'est très, très rare qu'on pèse. On ne pèse pas. Mis à part se baser sur les propos du patient et les éléments d'observation qu'on peut avoir en tant que soignant. De voir un corps qui s'amaigri, un patient qui reste pas du tout concentré ou qui s'endort en médiation, l'état de fatigue, des choses comme ça. Ça va être plus de l'évaluation visuelle et se basant aussi sur les propos du patient, les éléments d'inquiétude qu'ils peuvent apporter.

El Bali Nada : Et du coup, dans l'entretien avec l'infirmier, le premier entretien avec l'infirmier, il effectue une prise de sang ?

Cadre : Non. Tout ça, c'est fait en libéral. On demande à ce qu'il y ait un bilan sanguin qui soit transmis, mais ce n'est pas nous qui le piquons. D'accord. Et on demande à ce qu'un poids soit transmis, mais ce n'est pas nous qui le pesons. On essaie vraiment de travailler en collaboration avec les médecins généralistes.

El Bali Nada : Ok. Et vous avez des catégories de patients ? En fonction des IMC, des choses comme ça ?

Cadre : Non. On n'a pas... On a des groupes qui sont assez, je vais dire, hétérogènes, oui, et encore, parce qu'il y a des médiations qu'on ne peut pas proposer sur des patients qui sont en tout début de soins. Par contre, on peut avoir des critères de taille de plateau, par exemple.
Il y a des médiations qu'on ne va pas pouvoir faire si on ne tenait pas au moins aux trois quarts de plateau, voire à l'entier. Notamment, je pense aux médiations, tout ce qui est... Il y a aussi une maladie qui s'appelle une fausse sympose. Tout ça, voilà. Là, il y a des critères d'apport alimentaire. Une condition aussi, je ne suis pas sûre qu'on l'ait notée quelque part, mais en tout cas, elle est toujours rappelée aux patients, c'est qu'on demande à ce que le patient, avant d'arriver le matin, il ait pris un petit déjeuner. On a une salle de repos. Si le patient n'est pas en capacité, s'il n'a pas mangé, s'il n'est pas en capacité de faire une médiation, on va l'allonger. Il y a cette évaluation-là.

Après, il y a d'autres critères. Le critère général, l'IMC à 14. Après, on n'a aucune autre. On ne catégorise pas les médiations sur des normes d'IMC. Non. Je vois vraiment que c'est plutôt par rapport à la taille de plateau. Ça peut être un critère sur certaines médiations.

El Bali Nada : OK. Et quelle est la personne qui va organiser le parcours du patient qui va l'affecter dans les différentes médiations ? C'est l'infirmier référent ?

Cadre : Oui. C'est vraiment le fil conducteur. C'est le fil conducteur qui a la référence qu'on peut s'imaginer en santé mentale. C'est le coordonnateur. Il est en lien avec le milieu scolaire, le milieu professionnel si c'est nécessaire, le milieu familial. Là, on est en train d'imaginer pouvoir travailler plus sur l'accompagnement individuel avec du travail à domicile, vraiment dans l'idée de renforcer ce rôle de référent. Oui.

El Bali Nada : Et du coup, par infirmier, ils ont à peu près combien de patients ?

Cadre : À temps plein, ils en ont 15. 15 références. Et puis après, c'est à 90 % 14 et puis à 80, 13.

El Bali Nada : D'accord. Et est-ce que, du coup, vous pouvez me décrire un peu le parcours patients tout au long de la journée, de la demi-journée, du coup ?

Cadre : Oui. Comme je disais tout à l'heure, si c'est le matin, ça commence par un temps d'accueil de 9h30 à 10h, un temps de médiation de 10h à 11h30. 11h30, midi ou midi et demi, il y a de nouveau un temps en commun entre patients. Là, on leur met à disposition musique, jeux, livres. Ils n'ont pas le droit d'avoir accès à leur téléphone portable pendant les soins, pendant la journée d'hôpital de jour, la demi-journée, et ils n'ont pas le droit d'aller fumer non plus et ils n'ont pas le droit de faire de travail scolaire. Donc, c'est vraiment l'idée de favoriser au maximum l'interaction dans le groupe. Midi et demi, on propose le repas avec notre collègue A.S.H. qui travaille de temps en temps pour le plat, c'est du repas thérapeutique. Il y a un infirmier par table pour 4 à 5 patients par table. Et puis, après ce temps-là, il y a un gros temps de débrief sur le temps du repas jusqu'au démarrage des médiations d'après-midi à 14h. Pour ceux comme 17h qui viennent le matin, 14h, ils partent. Et puis, ceux qui arrivent pour manger mangent jusqu'à 15h30. 15h30-16h, c'est de nouveau temps calme. Et 16h-16h30, c'est collation thérapeutique et on libère les patients de 16h30.

El Bali Nada : D'accord. Et vous avez des staff le matin ?

Cadre : Oui, on a un quart d'heure. L'équipe arrive à 9h15 et on a de 9h15 à 9h30 médecins, infirmiers puis tous les professionnels qui sont présents les jours pour qu'ils se rejoignent sur un petit quart d'heure de staff. Ça va être un peu les éléments significatifs de la journée, s'il y a eu une inquiétude la veille sur telle ou telle prise en charge, s'il y a une info spécifique à passer.

El Bali Nada : Et la répartition des patients en fonction des professionnels, ça se passe comment ?

Cadre : Les références médicales, ça va être en fonction de leur disponibilité aussi, et je pense qu'ils ne sont pas calibrés sur un nombre de patients spécifiques sur l'activité hôpital de jour, en tout cas. Et puis les références infirmières, elles sont bien validées. Par contre, ce n'est pas plus de 15 patients pour un infirmier, 15 références pour un infirmier à temps.

El Bali Nada : Et un patient, il va venir combien de fois par semaine ?

Cadre : Une à deux fois. Souvent, c'est deux fois. Deux fois et un repas.

El Bali Nada : Et ça, du coup, c'est pour tous les patients, une à deux fois ?

Cadre : Oui. Je n'ai jamais vu plus de deux fois. La norme, c'est à peu près deux fois. Deux fois et un repas. Après, quand c'est vraiment compliqué pour la personne de perdre la place et de se libérer de demi-journée et de perdre la place à la maison, on peut faire une fois un repas. D'accord. La norme, c'est plutôt deux fois et un repas.

El Bali Nada : Et les repas, ça se passe comment ? Vous faites des activités pour préparer le repas ou on vous livre, les deux ?

Cadre : Il y a les deux. Tout nouveau, on vient nous installer une cuisine thérapeutique. C'est un outil qui a été demandé depuis une dizaine d'années. Je pense que l'opportunité du changement de cadre et la motivation a fait qu'à force de les souler, j'ai fini par avoir la validation pour l'installation de cette cuisine qui a eu lieu la semaine d'il y a 15 jours. Elle est toute neuve. On est hyper contents. C'est hyper investi par l'équipe. C'est hyper chouette. Les patients ont super bien accueilli et ont mis plein de choses.

El Bali Nada : C'est cool.

Cadre : On a une salle qui est dédiée au repas ordinaire, celui qui est distribué par l'hôpital avec un travail de mise en plat. On ne distribue pas dans les barquettes. On essaie de prendre autant que possible les repas un peu appétissants. Une grimace en disant ça, mais des fois, c'est un peu le cas. Ce n'est pas toujours très bon. On n'a pas toujours très envie. Et puis, on a une autre pièce, celle qui est équipée de cette cuisine thérapeutique qu'on pouvait utiliser, mais c'était plus pour faire de l'amélioration. On allait faire des plats froids ou des choses qui ne nécessitaient pas de la cuisine parce qu'on n'avait pas la cuisine pour le faire. Et maintenant, c'est devenu un vrai espace de travail où, le mardi, il y a un groupe qui cuisine ou le petit-déjeuner ou le déjeuner. Avec les patients, ils déjeunent en groupe. C'est une médiation coanimée infirmière-diététicienne. Le lundi aussi, on a un groupe qui est un peu particulier qui n'est pas dans le réfectoire, mais qui est dans une petite salle en bas qui s'appelle Autour du Repas. Là, c'est les tout débuts de démarrage des soins de patients qui sont hyper pralines sur le plan alimentaire. On est sur des objectifs quart de plateau. C'est un tout petit groupe. Là, on est très enveloppant, très sécurisant. Ça, c'est toutes les semaines aussi. Le vendredi, on a la médiation aux petits oignons. Là, l'idée, c'est de venir ou améliorer le repas de l'hôpital. Avant, c'était en faisant des trucs un peu sympas. Maintenant, ça va être en recuisinant, en mettant du beurre dans les haricots, des choses comme ça, des choses qu'on peut faire à la maison. Ou préparer une collation pour le goûter, du coup, dans un gâteau, des choses comme ça. Ou bien même expérimenter quelque chose avec la famille, avec les enfants. J'ai l'exemple d'une patiente, il y a quelques semaines, qui a voulu faire un poulet frites avec son fils. Ça faisait des années qu'elle n'avait pas mangé. C'est servi de cet espace-là pour lui proposer d'expérimenter ça avec les infirmiers. Là, c'est un peu du surmesure de la préparation de repas. Et d'aller de plus sur ce qui est à la maison, transposable à l'extérieur. Ils nous disent

souvent que le standard d'un plateau de l'hôpital, c'est facile, parce que le goûter, ça va être le yaourt, le gâteau, le fruit. Mais à la maison, j'ai pas toujours un yaourt, un gâteau, un fruit. Quand je vais avec mes copains, ils veulent aller manger une crêpe ou une pâtisserie, je vais pas demander de leur donner un yaourt, un gâteau, un fruit. J'essaie de me rapprocher au plus de ce qu'ils peuvent transposer et je suis contente pour eux.

El Bali Nada : Et concernant le repas, qui mange avec les patients ?

Cadre : Eh bien, infirmiers, l'ASH aussi, elle fait deux repas thérapeutiques dans la semaine. Les infirmiers, on a systématiquement deux voire trois selon le nombre de patients présents, voire quatre même des fois. Ça peut arriver, la diète, elle peut manger le mardi quand elle est là. Les étudiants peuvent aussi, ou les personnes qui viennent en observation, en stage par comparaison, on peut les inviter aussi sur les temps de repas. Et puis après, on a des gros temps conviviaux au moment des repas de Noël, les médecins, on fait des grandes tablées et on partage un moment qui est un peu différent. Il y a moins d'enjeux autour de l'alimentaire.

El Bali Nada : Mais il y a un planning qui est défini pour les rotations.

Cadre : Oui. Chaque infirmier a deux repas thérapeutiques et une collation à faire par semaine. On définit chacun chaque jour. Après, ça roule toute l'année. Quand ils ne sont pas là ou quand ils échangent, on fait un point, l'équipe infirmière cadre et on projette les 15 jours d'après en disant qui n'est pas là et on échange.

El Bali Nada : D'accord, d'accord. Et à chaque fois qu'ils viennent, ils sont vus par un médecin le matin ?

Cadre : Oui.

El Bali Nada : Et quels sont vos objectifs thérapeutiques qui sont définis en début de prise en charge ?

Cadre : Je crois qu'il y en a un qui est posé par le thérapeute, un qui est posé par le patient. Et ça peut être plein de choses. Il y a des ordres de contrats, je ne sais pas si j'en ai sous les yeux. Après, vous formulez, je pense que ça peut être des choses liées à la diminuer d'activité physique. Ça peut être un objectif de poids de maintenir tel poids, remonter le poids. Ça peut être un objectif en lien avec des éléments d'ordre social. Reprendre contact avec untel. Ça peut être pas forcément des choses très pragmatiques dans le sens... On n'a pas toujours un objectif de poids. Ça peut être en lien avec l'estime de soi. Ça peut être... Il peut y avoir plein de choses. Je ne sais pas si j'en ai regardé dans le livre, s'ils définissent les objectifs. Je crois que c'est souvent ça. De mémoire, je ne sais pas si je l'ai décrit, mais je crois qu'il y a un objectif qui est posé par le patient, un objectif qui est posé par le soignant. Tout dépendra de chaque patient. Oui. C'est vraiment aucun par cas. Les objectifs sont définis au tout premier entretien de pose de contrat. Quand on vient poser le contrat avec le patient, on définit les objectifs. Les objectifs sont signés partout. Et au bilan, on fait le point sur les trois objectifs.

El Bali Nada : En termes de prévention, avez-vous mis en place des actions ? Des actions de prévention ?

Cadre : Pas tellement. Ils font beaucoup de prévention de réduction des risques. On en a de la prévention sur les jeux d'argent, les jeux vidéo, les choses comme ça. Mais sur les TCA en soi, pourquoi est-ce qu'il y avait si peu de prévention ? Parce qu'il y a de la déstigmatisation, les semaines mondiales des TCA, des choses comme ça, on en parle. Le docteur R…. m'avait répondu que la prévention dans les TCA, elle n'a pas tellement montré son efficacité sur la prévention pour des TCA dans les collèges, par exemple. Ça va plutôt avoir un effet inverse, parce qu'il y a une espèce de fascination, notamment qui est portée par les réseaux, avec plein de mouvements de personnes qui souffrent ou de boulimie ou d'anorexie qui se filment, qui sont en train de criser. Il disait que, de par cette fascination, la prévention, c'est pas forcément très... Voilà. J'étais restée avec ça.

El Bali Nada : Je me disais qu'au collège, on avait des personnes qui nous faisaient de la prévention concernant l'obésité, qu'il fallait manger 5 fruits et légumes par jour. Je me posais des questions par rapport à tout ce qui est anorexie ou restrictions alimentaires. Est-ce qu'il y avait des choses qui avaient été mises en place ?

Cadre : Non, non. Ça fait pas partie des choses que j'ai vu faire, en tout cas. De l'information, oui. Mais de la prévention, non.

El Bali Nada : Et c'est quoi les activités que vous proposez exactement aux patients ?

Cadre : Alors, il y en a plein. On a plein d'activités différentes qui sont organisées autour de différentes thématiques. On va avoir des activités qui vont travailler sur le cognitif, des activités qui vont travailler, comme la remédiation cognitive, un traitement qui est pour animer, infirmer le neuropsy, l'activité sensorielle, l'activité artistique, l'activité corporelle, la danse au swing, les expressions primitives avec la psychomotricienne. On faisait une pause sympo, c'était travailler autour de l'activité, de l'hyperactivité. On a des médiations alimentaires, évidemment. On a au sensoriel cognitif, relationnel, tout ce qui est groupe de parole, vie sociale, on sort aussi. Émotionnel, en musique, par exemple, où ils font de l'exploration musicale, on recommence à bien travailler avec des médiations autour de la vie affective et sexuelle. C'est quelque chose qu'on propose depuis il y a un an maintenant. C'est assez délicat à aborder avec des patients qui ont souvent des traumas et des vécus incestueux ou de viols dans leur parcours. C'est comment on dit non, les limites du corps, le consentement, ils vont visiter des structures comme le plan familial, des choses comme ça. Et puis, sur le cognitif aussi, on essaie de proposer des espaces de médiation pour sortir du champ de l'anorexie restrictive et aller explorer d'autres aspects.

El Bali Nada : Vous organisez des sorties en extérieur ?

Cadre : Oui, il y en a dans toutes les médiations, on va en sortir un café, alimentaire, on va manger un burger. On a aussi une médiation qui permet aux patients de construire leur propre boîte à outils de bien-être. On va explorer plein de trucs et les patients prennent un peu ce qu'ils ont envie pour faire leur boîte à outils quand ils ont besoin de soutien, de se ressourcer. La médiation en musique on sort une fois par mois, une fois tous les deux mois à l'Orchestre National des Pays de la Loire. Ils écoutent un concert, parentalité, ils vont avec les enfants une séance par cycle, manger

une glace, faire un tour de manège. Il y a énormément d'envie d'aller vers l'extérieur, de sortir des murs.

El Bali Nada : Et les ateliers qui sont fixes dans la semaine ?

Cadre : C'est le même toute l'année scolaire. Il y a des ajustements en cours d'année qui peuvent être faits sur un groupe si on n'arrive pas à remplir. S'il y avait trop de groupes, on l'arrête. Le planning est défini en septembre et ne bouge pas. Pour chaque médiation, j'attribue une salle. La limite du nombre de patients par médiation, c'est défini en septembre et ça ne bouge pas de l'année. Il y a certaines médiations qui sont au format cycle, atelier. Quand on fait intervenir quelqu'un en extérieur, on savait que c'était sur un cycle. La médiation art-créatif, on l'a mis de septembre à décembre. Sur le même créneau, on a proposé une autre médiation autour de la créativité mais sans art-thérapie. Le créneau est toujours fléché sur le même jour.

El Bali Nada : Comment vous gérez les situations de rechutes ou d'aggravation de symptômes ?

Cadre : On la gère sur la chance qu'on a de collaborer étroitement avec l'HTC. C'est très facile d'aller penser une hospitalisation à notre niveau. Après, c'est moins facile de l'accompagner pour le patient parce qu'il y a plusieurs semaines qui se passent avant d'aider le patient à prendre conscience qu'il a besoin d'une hospitalisation. Après, il est sur l'endoc. On a des lits pour les patients de TCA dans le service d'endocrineau. Lui, il va aller voir. En même temps, il a un oeil sur ces lits-là. Quand on a des patients qui dégringolent ou qui sont aphagiques depuis plusieurs jours ou pour lesquels on envisage une pause de son, B….. R…… va facilement aller faire le lien et bloquer une place en endoc jusqu'à ce que le patient... L'idée, c'est qu'il consente de pouvoir aller sur l'HTC ou sur l'endoc. En deux ans, j'ai vu à deux reprises B….. devoir mettre en place une mesure de soins sous contraint pour hospitaliser quelqu'un qui a été très inquiétant sur le plan somatique et qui ne refusait les soins. Mais ça marche.

El Bali Nada : Et concernant les critères de sortie de patients ?

Cadre : Les critères de sortie, ça va être sur le...Ça va se décider lors du bilan avec le patient. Ça va être un peu au feeling du patient. Il a l'impression qu'on reçoit un contrat de trois mois supplémentaires qui lui apporteront quelque chose. C'est l'évolution des soins. L'idée, c'est de pouvoir lâcher la personne avec un étayage sur le libéral. On ne laisse pas les personnes... On ne va pas imposer une fin de prise en charge. Ça va se travailler la transition entre la fin de l'hôpital de jour et la reprise d'une vie normale, entre guillemets. Ça se travaille. Il n'y a pas de critères. C'est multi-critères, la vie du médecin, de l'infirmier, les envies du patient, les éléments d'amélioration de l'état de santé, la place.

El Bali Nada : Oui. Oui. Quand un patient décide d'arrêter, est-ce que vous avez un système de suivi post...

Cadre : Oui, on peut repasser sur des consultations simples.

El Bali Nada : D'accord.

Cadre : On repasse sur des consultations simples. Des fois, ça arrive que le patient fait un contrat, deux contrats, on a l'impression d'un petit peu de stagner. Il va dire que c'est bon, il va rester en consultation. Un événement de vie fait que il est testé à haute flamme et la personne ne va pas bien. Ensuite, on décide de redémarrer un contrat d'hôpital de jour. Ce qui fait que, finalement, il y a beaucoup de patients que les infirmières connaissent depuis longtemps.

El Bali Nada : Vous avez des liens avec des structures extérieures pour le suivi post-hospitalisation avec qui vous collaborez ?

Cadre : Oui, avec des libéraux, des... des médecins généralistes qui nous ont bien repérés. Oui, on a des liens. On a aussi des liens avec une structure qui s'appelle Kebako et c'est une structure d'accompagnement au logement. Eux, on fait des synthèses régulièrement et ils ont des appartements qui sont dédiés pour les patients de l'hôpital. On a conventionné et on les rencontre aussi régulièrement pour faire le point sur les prises en charge qu'on fera.

El Bali Nada : En termes de gestion du logiciel que vous utilisez ?

Cadre : On utilise Millenium et ça va changer. On nous avait dit 2025, mais je ne sais pas si ce sera 2025 ou 2026. On est en train de migrer vers Easy. L'idée, c'est d'avoir que tous les établissements du GHT aient le même logiciel, le même dossier patient donc on nous fait changer, mais ça fait 5 ans qu'ils sont sur le sujet. On nous dit tous les ans que c'est cette année. Ça sera comme la cuisine. Je ne mettrai pas d'énergie là-dessus. Ils sont en train de faire des changements de logiciel sur tout ce qui est administratif. On a eu des changements cette année donc ça va venir.

El Bali Nada : Et c'était quoi les problèmes rencontrés avec ce logiciel ? Je ne suis pas sûre qu'il y avait un problème.

Cadre : Ce n'est pas un véritable problème. Je pense que c'est un choix collectif qui s'est fait sur tous les établissements. Je pense qu'ils ont choisi justement EASY parce qu'en termes d'évolutivité, c'est peut-être plus performant que ce qu'on a actuellement. Après, Millenium, je ne déteste pas ce logiciel. Après, il y a des moments où il y a plusieurs interfaces donc il y a plein d'accès pour arriver au même endroit donc c'est un peu compliqué. Il est bien investi par les infirmiers.

El Bali Nada : Est-ce que vous avez mis en place des innovations organisationnelles pour améliorer la communication des équipes ?

Cadre : Des innovations organisationnelles ? Je ne vois pas. Non. La communication, mais la communication effective. On communique beaucoup, on se connaît bien, ça fluidifie tout. Ça peut être effectif, ça peut être... Par exemple, je ne sais pas si c'est une innovation organisationnelle pour moi, non, mais j'ai fait le choix de former l'ensemble de l'équipe à la communication non-violente. Dans l'idée de faciliter la communication, d'avoir un référentiel commun de comment je prends soin de la façon dont je communique avec mes collègues. Ça fait partie. C'est plutôt en lien avec une... Quelques mois avant mon arrivée, c'est une équipe qui a énormément souffert de la surcharge de travail, de la hausse de demandes de prise en charge de patients souffrant de TCA. Il n'est qu'imposé, début 2023, la structure a fermé, l'équipe était pratiquement 100% en arrêt. Ça a été la catastrophe. Quand j'ai récupéré ça, c'était compliqué, à ma prise de poste. En même temps, j'avais postulé, mais c'était un peu dans cette intention. C'est une équipe qui avait perdu le goût de

travailler ensemble, qui ne se parlait pas très bien. La formation de CNV, elle fait du bien, je pense. J'organise une journée de team building à la rentrée. L'idée, c'est vraiment d'être fédérés. Mieux on se connaît, mieux on partage des moments où on peut avoir du stress, des fois de la pression qu'on peut avoir sur les files d'attente qui augmentent, sur les délais de consultes qui sont interminables, qui mettent de la pression à tout le monde.
Là, c'est des moments plus off. C'est plus ça, le travail autour de prendre soin des liens entre les professionnels. Après, c'est des outils de facilitation, clairement, les réunions sur OA, les plannings partagés, les tableaux d'occupation des salles, je gère l'occupation, des choses comme ça, décharger l'équipe de cette inquiétude d'avoir à chercher une salle, d'avoir à chercher...

El Bali Nada : Et l'occupation des salles, ça se fait informatiquement ou sur papier ?

Cadre : Oui, j'ai la main sur... J'ai un planning via OA, un planning pour chacune de mes salles, comme un agenda, et je mets des invitations toute l'année pour telle ou telle médiation.

El Bali Nada : C'est génial, ça.

Cadre : Oui, et ça permet quand un groupe mutuel, on a aussi de l'activité de thérapie familiale, on me demande, il y a une séance tel jour, telle heure, est-ce que je peux avoir telle salle. J'ai essayé de simplifier au maximum.

El Bali Nada : OK, d'accord. Et comment vous évaluez la qualité des soins dans votre service ?

Cadre : Je l'évalue bien, en toute objectivité. L'évaluation de la qualité des soins, on l'a fait... Pour moi, la première personne à pouvoir répondre à ces questions, c'est le patient. On a des bons retours sur nos temps en réunion, soignants, soignées, de la qualité des soins, de ce qui est dit par les patients sur ces espaces-là, avec des patients qui investissent bien leurs référents, qui se sentent soutenus. Après, la qualité des soins, elle passe aussi par la qualité des locaux. On a une vieille bâtisse qui est certes classée magnifique d'extérieur, mais qui est extrêmement froide l'hiver. Et on a des patients qui, en hiver, font les médiations avec boudoune et couverture sur le dos parce que le chauffage ne chauffe pas bien. Quand je pense logistique, je pense aussi à la qualité des repas, de l'hôpital qui sont parfois... Franchement, quand on essaie de donner envie ou de redonner envie de manger et qu'on voit la qualité de nos plats, voir la quantité de nos plats parce que des fois, on est obligé de doubler nos commandes pour avoir les quantités normales parce que plus ça va et plus les portions deviennent petites dans ce qu'ils nous proposent. Là, des fois, je me dis que les patients tirent un peu la tronche. Ça fait partie des choses qui sont bof-bof au niveau qualité.
Après, dans les choses chouettes au niveau de la qualité, il y a quand même une équipe hyper motivée, hyper créative qui est toujours... Même s'il y en a certains qui sont là depuis quelques années, je n'ai pas ce ressenti d'une équipe qui est un peu ronronnante dans un truc un peu routinier. Ils sont toujours à faire des propositions, ils investissent dans des projets, ils sont complètement dévoués, je trouve, dans leur tête en charge, dans leur accompagnement de patients. Et puis, ils mettent vraiment leur expertise au service de ces patients.
Je trouve que c'est une équipe qui, en termes d'accompagnement, dans un processus de rétablissement, je trouve ça top. De toute façon, l'équipe, c'est elle qui fait un peu... C'est le centre de la prise en charge.

El Bali Nada : Oui, une équipe qui va bien, de toute façon, elle ne peut que faire des soins de bonne qualité, ça, c'est clair.

Cadre : Et qui se recentre sur pourquoi on est là, sur quel est le centre de nos missions. Et ça, c'est un peu la limite aussi de se dire, on sait que les TCA, les patients, elles peuvent être à l'attente qu'on veuille à leur place. On vient remplir à leur place. C'est la limite. Et je pense que les profs, l'équipe, ils ont bien conscience de ça. Ils savent aussi faire le pas de côté. On peut bien entendre quand on leur dit, peut-être là, il faut que tu laisses et qu'il faut que tu laisses. C'est ça, c'est clair. On a des espaces de régulation, de supervision avec un psycho qui sont intéressants pour prendre du recul par rapport à notre posture professionnelle. C'est important aussi d'avoir ces espaces-là.

El Bali Nada : Et du coup, pour vous, quels sont les points forts de votre organisation actuelle ? Les points forts de l'organisation ?

Cadre : Je vais dire l'implication. Oui.

El Bali Nada : Et les principaux freins à une prise en charge optimale du patient ? Vous m'avez dit, il y a déjà les salles...

Cadre : Le manque de moyens. Je pense qu'on ferait encore mieux si on avait plus de temps infirmier et plus de temps médical. Entre autres, plus de temps de tout, les moyens humains. Un 25 % de diététicienne dans une structure qui prend en charge les TCA, c'est aussi aberrant d'avoir une structure sans aucune thérapeutique. C'est clairement des fonctions qu'on devrait avoir à temps. Je pense que c'est ça, les moyens humains.

El Bali Nada : Et existent-il des bonnes pratiques observées dans d'autres établissements pour les mettre en place dans le vôtre ?

Cadre : Là, c'est joker. Je n'ai pas observé de pratiques dans d'autres établissements. Je ne les ai pas observées, mais j'en ai entendu parler. On a eu une formation par une équipe d'Angers qui fait de l'intervention à domicile. Ça fait partie des projets qu'on aimerait mettre en place.
Je vais envoyer des infirmiers en sèche à la VAD, regarder les placards, cuisiner avec la personne à son domicile, voir quelle place a la balance dans l'appartement, voir s'il y a des miroirs, la taille des assiettes, si la personne mange dans un bol, dans une tasse à café. Vraiment d'aller voir ce qui se passe dans la vraie vie des gens sans être intrusif, mais aller faire des courses dans le supermarché habituel que j'ai proposé et qui a été très vite saisie par l'équipe. Je pense que d'aller s'inspirer de ce qui se fait sur Angers.

El Bali Nada : Et si vous aviez toutes les ressources nécessaires, quel serait votre... votre... objectif numéro un pour améliorer votre service ?

Cadre : L'ouverture vers l'extérieur.

El Bali Nada : L'ouverture vers l'extérieur ?

Cadre : Oui, l'ouverture vers l'extérieur. Sortir des murs.

El Bali Nada : OK, OK. Je pense qu'on a fait un peu le tour. Bon, chouette.

Cadre : J'espère que vous aurez matière

El Bali Nada : Oui, franchement, c'était intéressant, en tout cas. Et est-ce qu'il y a des points qu'on n'a pas abordés que, pour vous, ça vous semble nécessaire ?

Cadre : Comme ça, je dirais que non.

El Bali Nada : Je pense qu'on a tout balayé.

Cadre : OK, super.

El Bali Nada : Merci beaucoup.

Cadre : Si vous avez des questions ou des besoins de précision, vous pouvez revenir vers moi, n'hésitez pas.

El Bali Nada : Merci beaucoup, c'est super. En tout cas, c'était super intéressant et merci à vous d'avoir accordé du temps pour mon entretien.

Cadre : Je vous en prie. Plein de bonnes choses pour la fin de votre formation.

El Bali Nada : Merci beaucoup.

Cadre : Avec plaisir. Super, merci. Merci beaucoup et bon courage. Au revoir.El Bali Nada : Au revoir. Bon courage à vous.

Optimiser la prise en charge des TCA en hôpital de jour : enjeux et pistes d'amélioration

Résumé:

Ce mémoire s'intéresse à l'organisation des prises en charge dans les hôpitaux de jour spécialisés dans les troubles des conduites alimentaires (TCA). À travers une revue de littérature et une enquête menée dans dix établissements, il met en lumière les points forts des structures actuelles mais aussi leurs limites, notamment en matière de coordination, de ressources humaines et d'outils de suivi.

Les résultats montrent une réelle implication des équipes pluridisciplinaires, mais aussi un besoin d'ajustements pour mieux répondre aux besoins des patients. Plusieurs pistes d'amélioration sont proposées, comme la désignation d'un cadre unique, le renforcement des liens avec la ville ou encore le développement de formations spécifiques aux TCA.

L'objectif est de mieux structurer les parcours tout en s'adaptant aux réalités du terrain.

Mots clés : troubles du comportement alimentaire, hôpital de jour, organisation, coordination, équipe soignante, parcours patient.

Optimising the care of eating disorders in day hospitals: challenges and areas for improvement

Summary:

This thesis focuses on how care is organised in day hospitals specialised in eating disorders (EDs). Through a literature review and ten interviews with healthcare professionals, it highlights both the strengths of current structures and their limits, especially regarding coordination, staffing and care planning tools.

Findings show a strong involvement of multidisciplinary teams, but also the need for adjustments to better meet patients' needs. Suggestions include appointing a single coordinating manager, strengthening community partnerships, and developing specific training on EDs.

The aim is to help services better structure patient pathways while adapting to the realities of the field.

Keywords: eating disorders, day hospital, care organisation, coordination, healthcare team, patient pathway.