



HAL
open science

Bilan d'activité de l'hôpital de jour de médecine de l'adolescent du CHU de Rouen

Mathieu Eudo

► **To cite this version:**

Mathieu Eudo. Bilan d'activité de l'hôpital de jour de médecine de l'adolescent du CHU de Rouen. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02958989

HAL Id: dumas-02958989

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02958989v1>

Submitted on 6 Oct 2020

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

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

Thèse pour le Doctorat en Médecine

Diplôme d'État

PAR

Mathieu EUDO

Né le 24 janvier 1991 À PARIS

PRESENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 8 SEPTEMBRE 2020

BILAN D'ACTIVITE DE L'HOPITAL DE JOUR DE MEDECINE DE L'ADOLESCENT
DU CHU DE ROUEN

PRESIDENTE DU JURY : Madame le Professeur P. GERARDIN CHU ROUEN

DIRECTRICE DE THESE : Madame le Docteur M. LASFAR CHU ROUEN

MEMBRES DU JURY : Madame le Professeur G. APTER CH LE HAVRE

Monsieur le Professeur C. MARGUET CHU ROUEN

ANNEE UNIVERSITAIRE 2019 - 2020

U.F.R. SANTÉ DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Benoît VEBER**

ASSESSEURS : **Professeur Michel GUERBET**

Professeur Agnès LIARD

Professeur Guillaume SAVOYE

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle APTER	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Jean-Marc BASTE	HCN	Chirurgie Thoracique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal BENHAMOU	HCN	Médecine interne
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mme Sophie CANDON	HCN	Immunologie

Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas CORNU	HCN	Urologie
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mr Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie
Mr Frédéric DI FIORE	CHB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CHB	Radiothérapie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
Mr Pierre FREGER (<i>surnombre</i>)	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie

Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Claude HOUDAYER	HCN	Génétique
Mr Fabrice JARDIN	CHB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato – Vénérologie
Mme Bouchra LAMIA	Havre	Pneumologie
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HCN	Rhumatologie
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HCN	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HCN	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépto-gastro-entérologie
M. Benoit MISSET (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation Médicale
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophtalmologie

Mr Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace ROMAN (<i>disponibilité</i>)	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie – Pathologie
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépatogastrologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Lilian SCHWARZ	HCN	Chirurgie Viscérale et Digestive
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Hervé TILLY (<i>surnombre</i>)	CHB	Hématologie et transfusion
M. Gilles TOURNEL	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier TROST	HCN	Anatomie -Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CHB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	Les Herbiers	Médecine Physique et de Réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique

Mr Olivier VITTECOQ	HC	Rhumatologie
Mme Marie-Laure WELTER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Najate ACHAMRAH	HCN	Nutrition
Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mr Emmanuel BESNIER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Neurophysiologie
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
M. Florent MARGUET	HCN	Histologie
Mme Chloé MELCHIOR	HCN	Gastroentérologie
Mr Thomas MOUREZ (<i>détachement</i>)	HCN	Virologie
Mr Gaël NICOLAS	UFR	Génétique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia ROLLIN	HCN	Médecine du Travail
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
Mr David WALLON	HCN	Neurologie

Mr Julien **WILS**

HCN Pharmacologie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mr Thierry **WABLE**

UFR Communication

Mme Mélanie **AUVRAY-HAMEL**

UFR Anglais

II - PHARMACIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mr Jérémy BELLIEN (PU-PH)	Pharmacologie
Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim EL OMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE (Professeur émérite)	Toxicologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Thomas CASTANHEIRO MATIAS	Chimie Organique

Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Camille CHARBONNIER (LE CLEZIO)	Statistiques
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB santé	Législation pharmaceutique et économie de la
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Dominique DUTERTE- BOUCHER	Pharmacologie
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Nejla EL GHARBI-HAMZA	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
Mr Hervé HUE	Biophysique et mathématiques
Mme Hong LU	Biologie
Mme Marine MALLETER	Toxicologie
M. Jérémie MARTINET (MCU-PH)	Immunologie
Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT	Chimie analytique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mme Caroline BERTOUX	Pharmacie

PAU-PH

M. Mikaël **DAOUPHARS**

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde **GUERIN**

Anglais

ASSISTANTS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES

Mme Alice **MOISAN**

Virologie

M. Henri **GONDÉ**

Pharmacie

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

M. Abdel **MOUHAJIR**

Parasitologie

M. Maxime **GRAND**

Bactériologie

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT

Mme Ramla **SALHI**

Pharmacognosie

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim EL OMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Rémi VARIN	Pharmacie clinique
M. Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR MEDECINE GENERALE

Mr Jean-Loup **HERMIL** (PU-MG) UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCE MEDECINE GENERALE

Mr Matthieu **SCHUERS** (MCU-MG) UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTE

Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine Générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mr Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN** UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX** UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES

Mr Pascal **BOULET** UFR Médecine générale

Mme Laëtitia **BOURDON** UFR Médecine Générale

Mr Emmanuel **HAZARD** UFR Médecine Générale

Mme Lucile **PELLERIN** UFR Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Paul MULDER (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su RUAN (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil ADRIOUCH (med) 905)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain FRAINEAU (med)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline GAILDRAT (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas GUEROUT (med)	Chirurgie Expérimentale
Mme Rachel LETELLIER (med)	Physiologie
Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mme Christine RONDANINO (med)	Physiologie de la reproduction
Mr Youssan Var TAN	Immunologie
Mme Isabelle TOURNIER (med)	Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation *SJ – Saint Julien Rouen*

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbations.

LISTE DES ABREVIATIONS

AAH : Allocation Adulte Handicapé

AED : Aide Éducative à Domicile

AEMO : Action Éducative en Milieu Ouvert

AFDAS-TCA : Association Française pour le Développement des Approches Spécialisées des Troubles du Comportement Alimentaire

APA : American Psychiatric Association

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

ASSEDIC : Association pour l'Emploi dans l'Industrie et le Commerce

CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

CECOS : Centre d'Étude et de Conservation des Œufs et du Sperme humain

CETF : Centre d'Entretien et de Thérapie Familiale

CESAH : Centre d'Enseignement Spécialisé A l'Hôpital

ESAT : Établissement et Service d'Aide par le Travail

FME : Femme-Mère-Enfant (pôle)

HAS : Haute Autorité de Santé

HDJ : Hôpital De Jour

IMC : Indice de Masse Corporelle

IME : Institut Médico-Educatif

IMPro : Institut Médico-Professionnel

ITEP : Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique

MDA : Maison De l'Adolescent

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

MICI : Maladies Inflammatoires Chroniques de l'Intestin

PAI : Projet d'Accueil Individualisé

PJJ : Protection Judiciaire de la Jeunesse

RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

RSA : Revenu de Solidarité Active

SEGPA : Section d'Enseignement Général et Professionnel Adapté

TCA : Trouble du Comportement Alimentaire

TCC : Thérapie Cognitivo-Comportementale

Table des matières

Table des figures	21
Table des tableaux	22
I. Introduction.....	23
L'adolescence	23
La psychiatrie de l'adolescent.....	24
La médecine de l'adolescent.....	25
L'hôpital de jour.....	26
Recommandations.....	27
Les troubles du comportement alimentaire (TCA)	27
L'obésité.....	28
Les pathologies chroniques avec intrication psychique	28
II. L'hôpital de jour de médecine de l'adolescent du CHU de Rouen	29
Historique	29
Les indications de prise en charge	31
Les acteurs et leur rôle.....	31
Parcours de l'adolescent et fonctionnement au sein de l'hôpital de jour de médecine de l'adolescent du CHU de Rouen.....	32
Lien avec les autres structures	37
Le scolaire	37
Aide sociale à l'enfance.....	37
LADAPT.....	37
La thérapie familiale	38
La nutrition adulte	38
Objectif de ce travail.....	39
III. Matériel et méthode	40
Type d'étude.....	40
Recueil de données.....	40
Population ciblée	40

IV. Résultats	41
Les professionnels adresseurs.....	41
Caractéristiques de la population étudiée	42
Age des adolescents lors de la préadmission	42
Sex-ratio.....	43
Lieu d'habitation.....	43
Scolarité	44
Mode de vie	44
Fratrie	45
Les mesures éducatives	45
Thérapie familiale.....	45
Les pathologies rencontrées	46
Antécédents familiaux	47
Antécédents d'hospitalisation.....	49
Les traitements à l'entrée	49
Activité sportive.....	51
L'Indice de Masse Corporelle à la préadmission.....	51
Orientation après la consultation de pré-admission	53
Orientation en fonction du professionnel adresseur.....	54
Délai à l'admission	55
La durée moyenne de prise en charge	56
Fréquence hebdomadaire de prise en charge	56
Les TCA.....	56
Pour les patients obèses	57
Cas particulier des adolescents inclus dans le protocole de chirurgie bariatrique.....	58
Pour les adolescents ayant une pathologie chronique	58
Les médiations.....	58
TCA.....	59
Les patients obèses.....	59
Les adolescents présentant une maladie chronique avec intrication psychique	59
Les prises en charge en individuel.....	59
TCA.....	60
Les patients obèses.....	60
Les patients présentant une maladie chronique	61

IMC à la sortie.....	62
Devenir à la sortie de l'hôpital de jour.....	63
TCA.....	64
Obésité.....	64
Pathologies chroniques.....	64
<i>Discussion</i>.....	64
<i>Conclusion</i>	72
<i>Bibliographie</i>	73

Table des figures

Figure 1 Professionnels adresseurs	41
Figure 2 Sex-ratio par pathologie	43
Figure 3 Département de provenance des adolescents.....	44
Figure 4 Les différentes catégories socio-professionnelles.....	45
Figure 5 Les pathologies rencontrées.....	46
Figure 6 Les différents types de TCA.....	47
Figure 7 Antécédents familiaux (TCA).....	48
Figure 8 Antécédents familiaux (Obésité).....	48
Figure 9 Antécédents familiaux (Chronique).....	48
Figure 10 Antécédents d'hospitalisation.....	49
Figure 11 Traitements à l'entrée	50
Figure 12 Traitements à l'entrée (par pathologies)	50
Figure 13 Activité sportive moyenne par pathologie (en heures).....	51
Figure 14 IMC en fonction du type de TCA	52
Figure 15 Orientation après la pré-admission.....	53
Figure 16 Validation de l'indication de l'HDJ en fonction du professionnel adresseur	54
Figure 17 Délai entre la préadmission et l'admission en HDJ.....	55
Figure 18 Évolution de la fréquence hebdomadaire de prise en charge en effectif.....	57
Figure 19 Les médiations en fonction des pathologies	58
Figure 20 Prises en charge individuelles (TCA) *kiné = kinésithérapique.....	60
Figure 21 Suivis individuels des patients obèses.....	61
Figure 22 Suivis individuels chez les patients atteints de pathologies chroniques.....	61
Figure 23 IMC à la sortie en fonction du type de TCA	63
Figure 24 Relai post hôpital de jour.....	63

Table des tableaux

Tableau 1 Caractéristiques socio-démographiques.....	42
Tableau 2 IMC en fonction des pathologies à la préadmission.....	52
Tableau 3 Effectifs par pathologie à la préadmission et à l'admission	53
Tableau 4 Durée moyenne de prise en charge par pathologie.....	56
Tableau 5 Évolution de la moyenne des fréquences hebdomadaire de prise en charge	57
Tableau 6 IMC moyens en fonction des pathologies.....	62

I. Introduction

L'adolescence

L'adolescence désigne la phase du développement humain durant laquelle se déroule le passage de l'enfance à l'âge adulte. Le terme vient du latin *adolescere*, signifiant littéralement « grandir ». Il existe de multiples définitions de l'adolescence, physiologiques, pédiatriques, sociologique, cognitive, éducatives, anthropologiques, psychologiques... L'Organisation Mondiale de la Santé choisit de définir l'adolescence comme la « période de croissance et de développement entre l'enfance et l'âge adulte », donc de caractériser cette période par opposition avec ce qu'elle n'est plus et ce qu'elle n'est pas encore. Cette période transitoire, où l'individu n'est, en effet, plus un enfant, mais pas encore un adulte, est caractérisée par un changement, physique, psychique et social. Le début de l'adolescence est généralement situé au moment de la puberté, durant laquelle surviennent des transformations physiques et notamment la maturation de la fonction hypothalamo-hypophyso-gonadique pour obtenir in fine, le développement des caractères sexuels. La maturation cérébrale est également un enjeu particulier de cette période. Le cortex préfrontal (CPF), impliqué dans les processus décisionnels de haut niveau, est divisé en deux parties : le CPF ventromédial, siège de la régulation émotionnelle des comportements, et le CPF dorsolatéral, qui joue un rôle dans la planification, l'inhibition, la flexibilité mentale et la cognition sociale. Au cours de l'adolescence, un élagage synaptique (pruning) et une intensification de la myélinisation sont modulées par les actions et la satisfaction qui en résulte. D'autres structures sont bien entendues impliquées parmi lesquelles, le striatum ventral entrant en jeu dans les circuits de la récompenses, médiés par la dopamine, et impliqué dans les comportement appétitifs, addictifs, et aversifs (1). Ces changements induisent donc des chamboulements psychiques et affectifs. Le corps de l'adolescent devient un objet sexué, avec pour conséquences un regard différent sur son propre corps et son identité de la part de l'adolescent lui-même mais également de ses pairs. Marcelli explique (2) « *L'adolescence est l'âge où chaque individu doit pouvoir se «soccier de lui-même» ou en d'autres termes, développer à son propre égard une connaissance de soi et de ses limites à l'intérieur desquelles la capacité à «prendre soin de soi» est un facteur fondamental de santé, physique et mentale, actuelle et future* ». Il existe une discordance physiologique et sociale concernant les limites de cette période, notamment en ce qui concerne sa fin. La fin de la maturation des caractères sexuels secondaires n'est pas souvent

contemporaine de l'acquisition d'une maturité affective et d'une indépendance matérielle. Contrairement à la puberté, l'adolescence n'est pas un phénomène homogène et encore moins universel, elle varie en fonction des époques, des cultures ainsi que des sociétés. Du point de vue des adolescents eux-mêmes, cette période de la vie est rapportée comme « pas toujours facile » pour la majorité d'entre eux, voire difficile pour un tiers de filles et près d'un quart des garçons (3).

La psychiatrie de l'adolescent

Les adolescents sont pour la plupart en bonne santé. Ils ont peu de contacts avec le corps médical. Le suivi se fait principalement avec un pédiatre ou un médecin généraliste. Les deux principales causes de mortalité chez les 15-24 ans sont les accidents et les suicides (15,2% des décès selon l'Insee en 2016). La prévalence pour l'ensemble des troubles psychiatriques de l'enfant et de l'adolescent est d'environ 12,3% (4). A l'adolescence, l'agir est « *considéré comme un des modes d'expression privilégiée de conflits et des angoisses de l'individu* » (2) et les troubles du comportement dont le passage à l'acte sont fréquents. L'urgence est donc un mode de contact avec l'hôpital.

L'adolescence peut en effet voir apparaître une grande variété de troubles psychiques et notamment les troubles dépressifs, anxieux, psychotiques mais aussi les troubles du comportement alimentaire. Lorsque ces troubles sont antérieurs à l'adolescence, le décalage entre l'adolescent et ses pairs s'accroît. Il est donc important de prendre en charge ces adolescents en grandes difficultés. Un cadre adapté et spécifique est nécessaire pour prendre en charge l'adolescent, car il s'agira d'un lieu de rencontres avec des adultes soignants mais également avec ses pairs. La présence de médiations, comme d'activités ludiques, sont nécessaires dans le réinvestissement de la pensée à l'échelle individuelle, ainsi qu'aux relations dans le groupe de pairs. Les besoins développementaux, principalement la scolarité, ne seront pas non plus à négliger et ajoute encore une particularité à cette prise en charge.

La médecine de l'adolescent

L'approche est particulière : elle prend en compte les développements biologiques, psychologiques et également sociaux, spécifiques à cette période. La médecine actuelle reconnaît plusieurs principes fondamentaux pour tenir compte des spécificités de cette population et le caractère global de sa prise en charge : la considération de l'adolescent comme interlocuteur à part entière, l'approche nécessairement générale en prenant en compte les pathologies somatiques mais également les troubles psychosociaux et psycho-comportementaux, ainsi qu'un travail multidisciplinaire au sein de l'établissement et son intégration au sein d'un réseau.

D'un point de vue historique, un premier ouvrage traitant de la médecine de l'adolescence vers le début du XXe siècle, l'*index medicus* de 1904, dans lequel se trouve un document intitulé « L'adolescence: sa psychologie et ses relations à l'anthropologie, la sociologie, le sexe, la criminalité, la religion et l'éducation » (5), montrant déjà les prémices de cette approche globale. Une des premières unités hospitalières consacrées aux adolescents est créée au début des années 1950 à Boston par l'équipe de JR Gallagher (6). En 1968, la société de médecine de l'adolescent est fondée par des pédiatres, et publie un journal consacré à la santé de l'adolescent. Plus tard en 1974 le « journal of pediatrics » consacre une rubrique à la médecine de l'adolescent. Cependant l'évolution de la médecine de l'adolescent est variable selon les pays, et des revues de la littérature décrivent ces évolutions (7). La médecine de l'adolescent poursuit toujours son essor. Le Lancet publie en 2012 des articles concernant l'adolescence avec un état des lieux de la santé de cette population dans 25 pays (8,9).

Au niveau français, dans les années 1970, des pédiatres et des psychiatres se sont penchés sur la place de l'adolescent dans le système de soins avec la création de cahiers de bioéthiques consacrés à la médecine de l'adolescent de 1980 (10) qui établissent la nécessité de créer des structures spécialisées pour les adolescents. En 1982, la première unité d'hospitalisations et de consultations pour adolescents est créée à l'hôpital Bicêtre. En 1994, est créé le diplôme d'université médecine et psychopathologie de l'adolescent par D. Marcelli et P. Alvin.

En plus des structures hospitalières, des structures d'accueil et de soins émergent. Les plus connues sont les Maisons De L'Adolescent (MDA). La première a été créée en 1999 et se situe au Havre. Leur rôle est d'accueillir les adolescents en ville et les prendre en charge avec une équipe pluri disciplinaire comprenant généralement pédiatres, pédopsychiatres,

psychologues, du personnel social, infirmier, éducateur. Les MDA sont réparties à travers la France afin d'être accessibles à tous.

Un autre type de structure qui semble adapté dans la prise en charge des adolescents est l'hôpital de jour.

L'hôpital de jour

Le premier hôpital de jour psychiatrique a été fondé en 1937 à Moscou par Dzagharov (11). Un autre voit le jour en 1947 par le Professeur E. Cameron au Royal Victoria Hospital de Montréal, lors d'une réunion de l'Association Américaine de Psychiatrie (APA). Par la suite, un hôpital de jour psychiatrique voit le jour à Liège, à l'initiative du Professeur M. Dongier. Ce projet devient source d'intérêt et s'étend, notamment en France. Le concept de cet outil de soin a notamment été inspiré par la psychothérapie institutionnelle et de secteur, orientées sur des prises en charge ambulatoires tout en assurant un cadre institutionnel et s'établissant comme une sorte de continuité entre l'ambulatoire et l'hospitalisation complète.

Dans la majorité des spécialités médicales, l'hôpital de jour est un lieu permettant l'administration d'un certain nombre de soins qui ne peuvent pas être réalisés au domicile. Les patients y sont donc admis pour une durée inférieure à une journée. Les soins peuvent être répétés dans le temps (exemple d'un traitement par perfusion tous les trois mois). Il existe d'autres façons d'organiser des hôpitaux de jour (selon un planning hebdomadaire proposé au patient), notamment les hôpitaux de jour psychiatriques, dans le cadre de pathologies à l'expression et au retentissement essentiellement psychiques. Enfin, il existe un troisième type d'hôpitaux de jour pour les pathologies dont les intrications psychiques et somatiques sont complexes (comme les troubles du comportement alimentaire) et permettent enfin de réunir dans un même lieu et une même approche l'ensemble des problématiques rencontrées par ces patients.

La littérature concernant la prise en charge en hôpital de jour pour adolescents est limitée. L'hétérogénéité de la population accueillie dans ces structures rend en effet la réalisation de comparaisons entre les structures difficiles. Les critères d'inclusion sont souvent spécifiques à chaque structure et peuvent varier au cours du temps, des responsables ainsi que des équipes. Il existe parfois une réelle difficulté à déterminer un diagnostic clair, d'une part parce que la symptomatologie évolue au fil du temps et d'autre part parce que les symptômes sont intriqués, peu spécifiques et apparaissent dans plusieurs cadres nosographiques. Ce flou

diagnostique rend d'autant plus complexe la réalisation d'études aux méthodologies précises. Néanmoins, des recommandations mettent en avant l'intérêt de l'hôpital de jour dans la prise en charge de certains types de pathologies de l'adolescent.

Recommandations

Les troubles du comportement alimentaire (TCA)

En 1985, P.E. Garfinkel propose de développer la prise en charge de l'anorexie mentale en hôpital de jour, pour faire suite à diverses études sur l'anorexie mentale et l'aspect financier des maladies mentales (12). C'est cette même équipe qui publie le premier article dans lequel est décrite l'application du concept d'hôpital de jour pour les troubles du comportement alimentaires en 1989 (13).

Aux États-Unis, sortent en 2006 des recommandations de bonne pratique, par l'American Psychiatric Association, concernant les troubles du comportement alimentaire et notamment la place de la prise en charge ambulatoire (14). Cependant, il n'y a pas de référence directe à l'hôpital de jour et aucune ligne directrice n'est mentionnée. Il est principalement recommandé de favoriser l'alliance thérapeutique avec le patient et de coordonner les soins avec tous les intervenants participant à la prise en charge.

Plus récemment, les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) de 2010 (15) font référence à l'hospitalisation de jour comme une « *des étapes possibles du parcours de soins des patients anorexiques* ». Elle peut correspondre à :

- Une étape initiale permettant une évaluation approfondie ;
- Une étape d'intensification des soins ambulatoires si ceux-ci s'avèrent insuffisants (l'hospitalisation de jour peut être alors une alternative à l'hospitalisation ou aboutir à une hospitalisation à temps plein en cas d'échec)
- Une étape de diminution de l'intensité des soins, succédant à une hospitalisation à temps plein.

Ainsi, selon les moments et la gravité, les prises en charge peuvent se dérouler au travers de soins ambulatoires plus ou moins intensifs et/ou en hospitalisation, chacun s'articulant les uns avec les autres, pour s'adapter aux besoins de l'adolescent.

L'HAS ajoute également qu' « *il est recommandé en cas d'hospitalisation que les soins hospitaliers soient relayés par des soins ambulatoires, soit séquentiels, soit en hôpital de jour, soit en consultation au minimum, car les patients ne sortent pas guéris* »

Quel que soit le niveau de soin, il est recommandé d'adapter le cadre à l'âge du patient, exigeant une attention particulière envers les besoins éducatifs et sociaux des enfants et des adolescents, afin d'éviter les pertes de chance quant à leur avenir.

Un des avantages est de permettre aux patients d'acquérir des compétences et de les appliquer sans délai et concrètement dans leur vie quotidienne, et maintient leur insertion dans leur environnement habituel. La prise en charge en hôpital de jour permet aussi aux patients d'expérimenter une amélioration des conduites alimentaires en dehors d'un service hospitalier, dans leurs milieux de vie et favorise ainsi leur autonomie.

L'obésité

L'obésité est également un enjeu de santé publique (16). Dans le monde, le nombre de filles entre 5 et 19 ans atteintes d'obésité est passé de 5 millions en 1975 à 50 millions en 2016. Le nombre de garçons entre 5 et 19 ans atteints d'obésité dans le monde est passé de 6 millions en 1975 à 74 millions en 2016 (17). En France et dans le monde, la prévalence de l'obésité dans la population pédiatrique a fortement augmenté depuis les années 1980 (18). Dans le monde, elle est passée de 0,7% en 1975 à 5,6% en 2016 chez les filles et de 0,9% en 1975 à 7,8% en 2016 chez les garçons (17). En France, en 2015, chez les 6-17 ans, le prévalence du surpoids est de 17% dont 4% d'obésité (16). De nombreuses stratégies ont été mises en place pour lutter contre l'obésité : campagnes de prévention, mesures coercitives concernant la publicité pour les aliments jugés « trop gras » ou « trop sucrés », formation des médecins et utilisation des courbes de croissance et réseau de soins spécialisés. Dans un guide des bonnes pratiques (19), l'HAS met en avant une prise en charge globale organisée en réseaux : suivi libéral par le médecin traitant, suivi libéral pluridisciplinaire, et centre de soins spécialisés. Selon les recommandations du Plan National Nutrition Santé, du plan obésité 2010-2013 et d'autres études qui prônent une prise en charge globale, pluridisciplinaire, une approche adaptée au développement et incluant l'entourage familial (20–22), l'hôpital de jour semble être une modalité de soins parfaitement adaptée à la prise en charge de cette pathologie.

Les pathologies chroniques avec intrication psychique

L'annonce d'un diagnostic de maladie chronique (avec parfois une diminution de l'espérance de vie) constitue toujours un traumatisme, même si cette annonce est réalisée dans les meilleures conditions possibles. Il s'agit d'un deuil, tant pour l'adolescent que sa famille, accompagné d'angoisse concernant l'avenir de l'adolescent mais aussi parfois de la fratrie, en

cas de pathologie ayant un caractère familial héréditaire. L'annonce d'un diagnostic à l'adolescence intervient alors que la construction identitaire est déjà amorcée, avec son lot de rêves et de projets, qui, par conséquent, s'en trouvent chamboulés.

La scolarité de l'adolescent malade peut également être perturbée : par des consultations médicales itératives, parfois des hospitalisations, une asthénie plus importante retentissant sur les capacités attentionnelles ou plus simplement des dispenses de sport ou des régimes alimentaires spécifiques, qui contribuent à distinguer l'adolescent de ses pairs, et de son idéal de « normalité ». Pour toutes ces raisons, les pathologies chroniques à l'adolescence peuvent faire le lit d'importants troubles psychiques. Si, la plupart du temps, ces troubles sont gérables en ville, ils peuvent dans certains cas nécessiter une prise en charge spécifique. L'hôpital de jour est une modalité de soins adaptée aux particularités de ces pathologies et des adolescents.

II. L'hôpital de jour de médecine de l'adolescent du CHU de Rouen

Historique

Le développement de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent au sein du pôle Femme-Mère-Enfant (FME) du CHU de Rouen est assez récent.

Tout d'abord, en 2002, c'est une équipe de liaison de pédopsychiatrie composée d'un praticien hospitalier et d'un infirmier, qui intervient dans les services de pédiatrie. Cependant, les professionnels de santé mentale étaient en nombre restreint, et la nécessité de créer une structure répondant aux besoins spécifiques de la prise en charge des adolescents s'est imposée.

En 2005 a donc été créé le service d'hospitalisation temps plein « psychopathologie et médecine de l'adolescent » au CHU de Rouen, afin de répondre aux dits besoins, toujours en collaboration avec les pédiatres. C'est une unité d'hospitalisation complète, de 10 lits, orientée sur la prise en charge d'adolescents de 11 à 16 ans sur des problématiques pédopsychiatriques et de médecine de l'adolescent, notamment les intrications psycho organiques. A titre d'exemple, on peut citer les troubles du comportement alimentaire, les troubles psychiatriques des maladies chroniques, les pathologies dépressives-anxieuses et de refus scolaire, les premiers épisodes psychotiques aigus. Cette unité a pour objectif une évaluation diagnostique pluridisciplinaire, associée à une prise en charge double, somatique et psychiatrique. L'équipe soignante est donc pluridisciplinaire, et composée de psychiatres de l'enfant et de l'adolescent, d'un pédiatre, de psychologues, d'une psychomotricienne, d'une équipe infirmière, d'une

assistante sociale, de diététiciens. Les adolescents ont un emploi du temps qui alterne les entretiens individuels (psychologiques et psychiatriques), les examens médicaux par le pédiatre, le temps scolaire au Centre d'Enseignement Spécialisé A l'Hôpital (CESAH) et les médiations organisées par l'équipe soignante. La durée de l'hospitalisation est souvent longue, de l'ordre de 4 mois. Il arrive cependant que des prises en charge atteignent une durée d'un an.

Suite à cela, c'est la nécessité d'une structure spécialisée prenant en charge les adolescents en ambulatoire qui apparaît. C'est la mission de la Maison de l'Adolescent (MDA) qui a donc pour objectif d'assurer une prise en charge ambulatoire spécifique de cette population.

La Maison de l'Adolescent est une structure bi site qui a été créée en 2009. Elle se situe à deux endroits :

- Un site se trouve au rez-de-chaussée du bâtiment de pédiatrie au CHU de Rouen. Il a pour vocation de proposer des prises en charge complémentaires de la MDA site ville, à l'échelle régionale. Sa particularité réside dans des consultations réalisées sur prescription médicale. Les indications sont posées lors de réunions cliniques hebdomadaires. Les prises en charge concernent les adolescents (et leur famille) présentant des pathologies ayant une intrication psychique et somatique, telles que les troubles du comportement alimentaire, des maladies chroniques comme le diabète, la mucoviscidose... L'équipe est naturellement pluridisciplinaire et composée entre autres de pédiatres (dont gynéco-pédiatre), pédopsychiatres, infirmiers, psychologues, ergothérapeute, assistante sociale.
- L'autre site est au niveau de l'espace du palais, en centre-ville, et s'adresse aux adolescents de 13 à 21 ans présentant « des difficultés ou des signes de souffrance psychologique et/ou psychiatrique », avec un personnel multidisciplinaire composé notamment pédopsychiatres, psychologues, équipe infirmière, assistantes sociales, éducateurs spécialisés, aides médico psychologiques.

Ces deux structures sont les plus en lien avec l'hôpital de jour de médecine de l'adolescent. Elles ont été pensées en collaboration avec les pédiatres. Ce lien intervient aussi bien avant la prise en charge en HDJ, qu'après. En effet, ces services peuvent adresser des patients en hospitalisation, mais également assurer le suivi post hospitalisation de jour.

L'hôpital de jour de médecine de l'adolescent s'intègre donc dans un souci plus global de développer le secteur ambulatoire de la pédiatrie au CHU de Rouen. Il fonctionne comme

un véritable « chaînon » entre l'hospitalisation complète et le secteur purement ambulatoire. Il fait partie du département de pédiatrie et médecine de l'adolescent mais également associé à la fédération hospitalo-universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent CHU-CH du Rouvray. Situé au 6^{ème} étage du pavillon de pédiatrie l'hôpital de jour de médecine de l'adolescent a ouvert effectivement ses portes en octobre 2018. Sa capacité d'accueil est de 10 places, soit une cinquantaine de patients par semaines.

Les indications de prise en charge

La population cible de l'hôpital de jour de médecine de l'adolescent est de prendre en charge des adolescents habitant prioritairement dans le secteur de l'Eure ou Seine-Maritime, de 12 à 18 ans et dont les pathologies sont :

- Trouble du comportement alimentaire,
- Obésité morbide avec retentissement psychologique et/ou psychiatrique,
- Toutes pathologies chroniques avec retentissement psychologique et/ou psychiatrique.

Les soins proposés comprennent une exploration diagnostique, la mise en place d'un traitement, bilan pluri disciplinaire, ou dans le cadre de consultations multidisciplinaires visant à intensifier les soins pour les patients suivis uniquement en consultation ou à soutenir la sortie d'hospitalisation conventionnelle. Les contre-indications concernent les troubles graves du comportement avec auto ou hétéro agressivité.

L'HDJ de médecine de l'adolescent n'a pas pour but de s'occuper d'adolescents avec des problématiques psychiatriques pures. Il est donc complémentaire à d'autres hôpitaux de jour pour adolescents tels que « Adosphère », celui de la MGEN ou le centre Saint Gervais, plus centré sur les pathologies psychiatriques.

Les acteurs et leur rôle

La structure dispose d'une équipe pluridisciplinaire. L'équipe médicale se compose d'une pédiatre et deux pédopsychiatres. L'équipe paramédicale, de rééducation et administrative, est constituée d'un agent d'accueil, d'infirmiers, d'une cadre, de psychologues, d'une ergothérapeute, d'une assistante sociale, de diététiciens, et d'une kinésithérapeute. Les professionnels ont des temps de travail variables (de 0,20 à 1 équivalent temps plein).

La pédiatre assure l'évaluation initiale et le suivi pédiatrique des patients présentant un TCA ou atteints d'obésité. En cas de pathologie chronique, c'est le pédiatre spécialiste qui reste référent de l'adolescent.

Les infirmiers, psychologues, et ergothérapeute s'occupent du cadre des médiations principalement. Les infirmiers prennent également les constantes des adolescents au moins une fois par semaine.

Les psychologues ne font pas que des groupes thérapeutiques, elles proposent également des suivis individuels.

La kinésithérapeute s'occupe principalement de groupes thérapeutiques et notamment de la réadaptation à l'effort. Elle pratique parfois des bilans individuels afin de personnaliser au mieux les prises en charge.

L'objectif de cette pluridisciplinarité est de pouvoir donner une réponse à toutes les problématiques des adolescents pris en charge mais aussi de faciliter les échanges avec le secteur sanitaire, social, médico-social, associatif et scolaire, et d'orienter la suite de prise en charge si cela s'avère nécessaire.

Le pédopsychiatre y a alors un rôle de coordonnateur des soins, et fait le lien avec les partenaires des différents réseaux.

Parcours de l'adolescent et fonctionnement au sein de l'hôpital de jour de médecine de l'adolescent du CHU de Rouen

Le parcours de l'adolescent commence par une évaluation au cours de la consultation de pré admission au sein de l'hôpital de jour. Cette consultation comprend une évaluation :

- Pédiatrique avec :
 - Le recueil des antécédents médico-chirurgicaux
 - L'examen médical clinique avec les constantes,
 - La prescription d'un bilan biologique et urinaire,
- Psychiatrique, qui s'intéresse :
 - Au recueil des antécédents psychiatriques personnels et familiaux
 - Au mode de vie de l'adolescent avec la situation parentale, sa fratrie, un génogramme, sa scolarité, les étayages amicaux et familiaux, les relations sentimentales, les animaux de compagnie, les activités extra scolaires, l'activité physique,

- À l'aspect social avec les difficultés financières et l'affection longue durée, l'aide éducative,
 - Aux traitements en cours et passés,
 - À l'anamnèse développementale,
 - À la consommation de toxiques,
 - À l'histoire de la maladie,
 - Et qui se compose de l'entretien pédopsychiatrique,
- Et diététique :
- Les habitudes alimentaires avec l'existence de saut de repas, de sélectivité ou de restriction alimentaire, grignotage, compulsions, crise de boulimie, vomissements ou autre technique de purge,
 - L'hydratation.

Tout ceci permettant d'établir un projet de soins individualisé proposé à l'adolescent ainsi qu'à sa famille ou son tuteur légal. La fréquence de prise en charge peut aller d'un à trois jours par semaine, en fonction de l'état clinique et de sa gravité, et ceci pour une période de deux mois, renouvelable. Lorsque l'indication à une prise en charge en hôpital de jour n'est pas posée, l'adolescent est alors réorienté vers les partenaires extérieurs (par exemple vers un suivi ambulatoire avec un pédiatre ou un pédopsychiatre, à la Maison des Adolescents.

Les demandes de prise en charge peuvent provenir de la Maison des adolescents bi site, (ville et CHU), de l'hospitalisation complète, de médecine de ville. Les adolescents pris en charge sont essentiellement ceux présentant des troubles du comportement alimentaire, ceux souffrant d'obésité ou présentant une pathologie chronique, ayant un fort retentissement psychique.

Pour les patients présentant un trouble du comportement alimentaire, les indications peuvent être l'évaluation diagnostique et thérapeutique du trouble, une demande d'intensification d'une prise en charge ambulatoire, un relais post hospitalisation complète, ou même une préparation à une hospitalisation complète dans le service de psychopathologie et médecine de l'adolescent.

Pour les patients présentant une obésité morbide, les indications sont une obésité compliquée de troubles psychiques et les objectifs peuvent comprendre une évaluation des complications du trouble, la construction d'un projet de chirurgie bariatrique, ou encore une intensification d'un suivi ambulatoire.

Concernant les patients ayant un projet de chirurgie bariatrique, les recommandations de l'HAS de 2016 (23) précise les indications à la chirurgie :

- Être âgé d'au moins 15 ans au minimum (et au cas par cas entre 13 et 15 ans),
- Avoir atteint un stade de croissance osseuse et de puberté suffisant : stade de Tanner \geq IV (âge osseux \geq 13 ans chez les filles et \geq 15 ans chez les garçons),
- Présenter un indice de masse corporel (IMC) supérieur à 35 kg/m² avec au moins une comorbidité sévère ou un IMC supérieur à 40 kg/m² avec une altération majeure de la qualité de vie,
- Avoir une maturité psychologique assurant sa compréhension (ainsi que celle de son entourage) des risques d'une telle chirurgie et de son engagement à vie à des changements de modes de vie et à un suivi médical régulier.

Il existe toutefois des contre-indications :

- Lorsque l'adolescent présente un trouble psychiatrique décompensé ou non pris en charge,
- Lorsque l'adolescent présente un trouble du comportement alimentaire sévère et non stabilisé,
- Conduites addictives,
- En cas d'obésité syndromique, monogénique ou lésionnelle,
- Si l'adolescente est enceinte ou allaitant, ou celles pour lesquelles une grossesse serait envisagée dans les 2 années après la chirurgie,
- Soutien familial inadapté.

L'opération sera réalisée au sein d'un centre spécialisé obésité (CSO) à compétence pédiatrique ou en lien étroit avec celui-ci. Après l'échec d'une prise en charge pluriprofessionnelle de l'adolescent (au moins un an), une demande de chirurgie peut être faite. Au sein du CHU de Rouen, une proposition d'évaluation en hôpital de jour de médecine de l'adolescent est faite, au cours de 2 à 3 journées. L'évaluation y est naturellement pluridisciplinaire (par pédiatre, pédopsychiatre, diététicien, ergothérapeute, kinésithérapeute) et se concentre sur la nature de la demande et la motivation de l'adolescent. Un bilan somatique est effectué (non invasif) et il est demandé que l'adolescent et ses parents participent à une réunion d'information sur la chirurgie bariatrique. Si, après cette évaluation, la demande est considérée comme adaptée, elle est alors discutée lors d'une première Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) régionale. Si la décision à l'issue de la RCP est négative, le suivi de l'adolescent est réorienté. Si l'indication est validée au cours de cette réunion, l'adolescent est

orienté vers une phase de préparation à cette chirurgie (d'une durée minimum d'un an). Au sein de l'hôpital de jour, cela consiste en prise en charge mensuelle pendant 9 à 12 mois avec :

- Bilan somatique complet,
- Prise en charge diététique,
- Évaluation de l'activité physique,
- Travail « d'éducation thérapeutique »
- Consultation avec le chirurgien,
- Consultation gynécologique/ Centre d'Etude et de Conservation des Œufs et du Sperme humain (CECOS).

Ces journées mensuelles sont consacrées uniquement aux adolescents ayant un projet de chirurgie bariatrique, et un planning des dates et des différentes prises en charge est constitué.

A l'issue de cette période, une seconde RCP valide définitivement le recours à l'opération chirurgicale (ainsi que le type de chirurgie choisi : anneau gastrique, gastrectomie ou « bypass »). Il n'y a pas de recommandation quant au fait de privilégier une technique plutôt qu'une autre. Après l'opération, une surveillance régulière est nécessaire, comprenant un suivi pluriprofessionnel tous les 3 mois jusqu'à la transition vers l'équipe adulte du centre spécialisé.

Parmi les patients présentant une maladie chronique, on retrouve une grande hétérogénéité de pathologies comme le diabète, la mucoviscidose, l'asthme, l'insuffisance surrénalienne, ou la maladie de Crohn. Les prises en charge ne sont pas spécifiques de ces pathologies. La prise en charge est orientée sur le vécu de l'adolescent avec sa pathologie chronique. C'est le pédiatre référent qui suit l'adolescent pour cette pathologie en ambulatoire qui propose une prise en charge spécifique. Par conséquent, il n'y a pas d'interférence avec la prise en charge proposée en hôpital de jour.

Comme évoqué précédemment, la capacité d'accueil de l'hôpital de jour de médecine de l'adolescent est d'environ une cinquantaine d'adolescents par semaine, soit une dizaine par jour. Les adolescents peuvent venir entre une à trois fois dans la semaine. L'HDJ est fermé le weekend et les jours fériés. Les adolescents sont accueillis le matin entre 9h et 9h30 et la journée s'achève pour eux après un goûter vers 16h30. Les médiations sont réparties tout au long de la journée. Les soins proposés sont adaptés aux différents groupes d'adolescents formés et s'articulent autour de médiations variées et animées par les soignants qui la plupart du temps ont participé à leur création :

- L'alimentation, souvent animées par les diététiciens,
- Le corporel, avec des médiations sur l'image corporelle mais aussi de relaxation, méditation,
- L'estime de soi, souvent animées par des psychologues
- L'expression des émotions, comme à travers le théâtre,
- La gestion des émotions,
- Le développement de la créativité, avec des séances d'arts plastiques,
- L'autonomisation,
- La socialisation, avec des jeux de société, des débats d'opinion,
- La réadaptation à l'effort, séances souvent animées avec l'ergothérapeute,
- Les sorties à l'extérieur, souvent une fois par semaine. Au musée, au cinéma pour faire un « ciné-débat » ensuite. C'est l'occasion de travailler les habiletés sociales et culturelles.

Les médiations sont un autre moyen de rentrer en contact avec les adolescents, qui ne sont pas toujours à l'aise dans une prise en charge en individuel, en « tête à tête ».

Le déjeuner est l'occasion d'un repas thérapeutique en présence de soignants (souvent les infirmiers mais également internes, ergothérapeute, diététiciens). C'est l'occasion de réintroduire la fonction sociale des repas et de pouvoir évaluer et gérer les difficultés liées aux angoisses présentées lors des repas par les adolescents.

Des consultations individuelles sont organisées régulièrement avec le pédiatre et le pédopsychiatre.

Une réunion de synthèse régulière est programmée au sein de l'hôpital de jour de médecine de l'adolescent pour suivre l'évolution des patients, notamment l'efficacité thérapeutique, la compliance des adolescents, la dynamique familiale, le comportement scolaire. Des entretiens familiaux sont organisés régulièrement mais les adolescents sont seuls pendant la journée. L'accompagnement familial est également une prérogative.

Lien avec les autres structures

Comme mentionné précédemment, l'hôpital de jour de médecine de l'adolescent s'inscrit dans un réseau, avec des partenaires différents. Certaines de ces structures peuvent adresser des adolescents à l'hôpital de jour pour une prise en charge, ou tout aussi bien être un relai de l'hôpital de jour, voire un lieu de suivi post hospitalisation de jour (telles que l'unité de psychopathologie de l'adolescent, la maison de l'ado, LADAPT, la nutrition adulte, la thérapie familiale). D'autres sont des acteurs spécifiques dans la prise en charge des enfants et adolescents et avec lesquels il est indispensable de travailler en coopération (tels que le scolaire, l'aide sociale à l'enfance).

Le scolaire

Il est indispensable de travailler conjointement avec l'établissement scolaire de l'adolescent. L'hospitalisation de jour se fait en effet sur du temps scolaire. C'est pourquoi, un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) est mis en place et un lien régulier est fait avec les différents établissements et les intervenant de l'éducation nationale mais également les médecins et infirmières scolaires. Il n'y a toutefois pas de référent officiel ayant ce rôle au sein de l'hôpital de jour.

Aide sociale à l'enfance

L'Aide sociale à l'enfance (ASE) est un service départemental, qui a pour mission de venir en aide aux enfants qui ne peuvent demeurer dans leur famille, quelle qu'en soit la raison, à travers des actions de soutien (matérielle, éducative et psychologique) et de prévention. Ses missions sont décrites notamment dans l'article L.221-1 al. 1 4° du code de l'action sociale et des familles comme étant « *pourvoir à l'ensemble des besoins des mineurs confiés au service et veiller à leur orientation en collaboration avec leur famille ou leur représentant légal* ».

LADAPT

Il s'agit d'un centre de soins de suite et de réadaptation pédiatrique privé à but non lucratif, situé à Caudebec-lès-Elbeuf. D'une capacité d'accueil de 50 lits pour l'hospitalisation complète, il dispose également d'une hospitalisation de jour. Les indications sont les enfants jusqu'à l'âge de 18 ans, atteints de maladie chronique, nécessitant une rééducation fonctionnelle ou un séjour de répit. Les contextes peuvent être variés (post chirurgical, maladie neuro

musculaire, affection congénitale, syndrome poly malformatif, trouble des apprentissages, surcharge pondérale, diabète, mucoviscidose, maladies inflammatoires chroniques de l'intestin MICI, etc...). La prise en charge y est multidisciplinaire (équipe médicale, paramédicale, rééducative et éducative).

La thérapie familiale

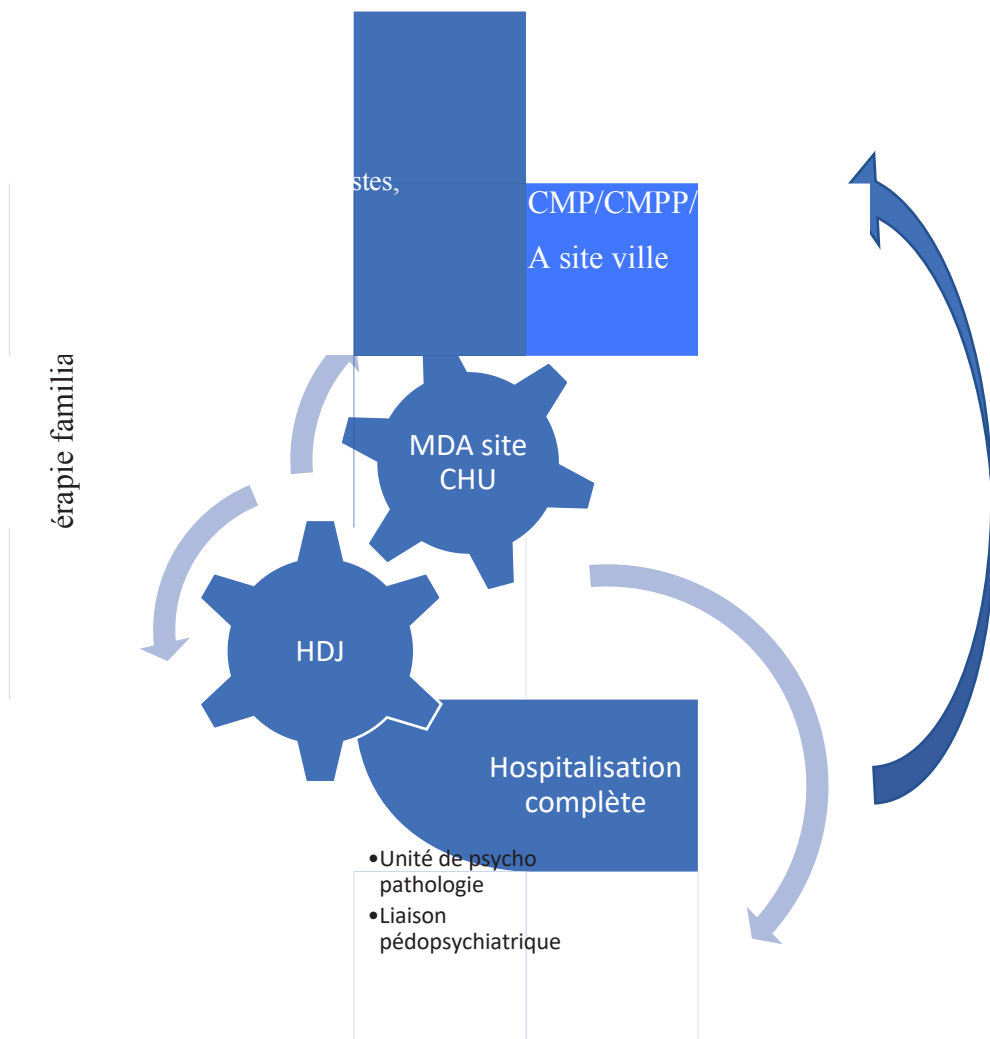
La thérapie familiale s'adresse à des familles dont les liens et la communication dysfonctionnent. Elle a pour but de restaurer un fonctionnement familial équilibré, en permettant de dépasser une situation de crise et en rendant possible l'évolution individuelle de chaque membre de la famille. Pour cela, la présence des parents et de la fratrie est nécessaire. Il existe plusieurs courants dont les principaux sont les thérapies systémiques et les thérapies psychanalytiques. A Rouen, l'interlocuteur privilégié est le Centre d'Entretien et de Thérapie Familiale (CETF).

La nutrition adulte

Ce service est sous la responsabilité du Pr P. Dechelotte. Les activités de ce service sont localisées sur deux sites :

- Au centre Erik Satie (CHU de Rouen) sont pris en charge la dénutrition et les troubles du comportement alimentaire. En 2019, Il s'agissait de la seule unité spécialisée dans l'anorexie et la boulimie, pour adultes. Elle a de ce fait un rayonnement régional et au même au-delà.
- Au centre de nutrition du Bois Guillaume, les problématiques d'obésité sont pris en charge.

C'est un intervenant de choix lors du relai de suivi vers les structures adultes.



Objectif de ce travail

L'objectif de cette étude est de dresser un bilan de l'activité de l'hôpital de jour de médecine de l'adolescent et ce faisant d'en retirer des points forts mais aussi des limites, afin de créer des pistes d'amélioration.

III. Matériel et méthode

Type d'étude

La présente étude est une étude épidémiologique descriptive monocentrique et rétrospective.

Recueil de données

Les données ont été recueillies via les dossiers papiers ainsi que les dossiers informatisés des patients, à l'aide du logiciel CDP2. Les données recueillies comportent les caractéristiques socio-démographiques de l'adolescent et de sa famille, les antécédents personnels et familiaux psychiatriques, les traitements entrepris médicamenteux ou non, le professionnel adressant l'adolescent, l'orientation après l'entretien de pré admission et à l'issue de la prise en charge, les différents types de médiations auxquelles a participé l'adolescent.

Population ciblée

Les critères d'inclusion étaient : tous les patients ayant été pris en charge à l'hôpital de jour de médecine de l'adolescent de l'ouverture en octobre 2018 jusqu'en décembre 2019. Le critère d'exclusion est le fait de ne pas s'être présenté à l'entretien de pré-admission.

La cohorte de patients correspond donc à tous les adolescents pour lesquels une demande de prise en charge en Hôpital de jour de médecine de l'adolescent au CHU de Rouen a été posée, d'octobre 2018 à décembre 2019. Les patients dont les prises en charge ne sont pas terminées en décembre 2019 sont également inclus.

IV. Résultats

Le total des demandes d'admissions entre octobre 2018 et décembre 2019 s'élève à 95 adolescents. 2 adolescents ne se sont pas présentés à l'entretien de préadmission.

Les professionnels adresseurs

Les adolescents étaient le plus souvent adressés à l'hôpital de jour par un pédopsychiatre (39% d'entre eux, soit 36 patients). Les pédiatres et les médecins traitant ont adressé respectivement 15 (16%) et 16 (17%) adolescents. D'autres professionnels de santé pouvaient adresser les adolescents dans 10% (9 patients) des cas, tels que des médecins nutritionnistes, ou des psychologues. L'information était manquante pour 17 (18%) adolescents. Ces données sont illustrées en figure 1.

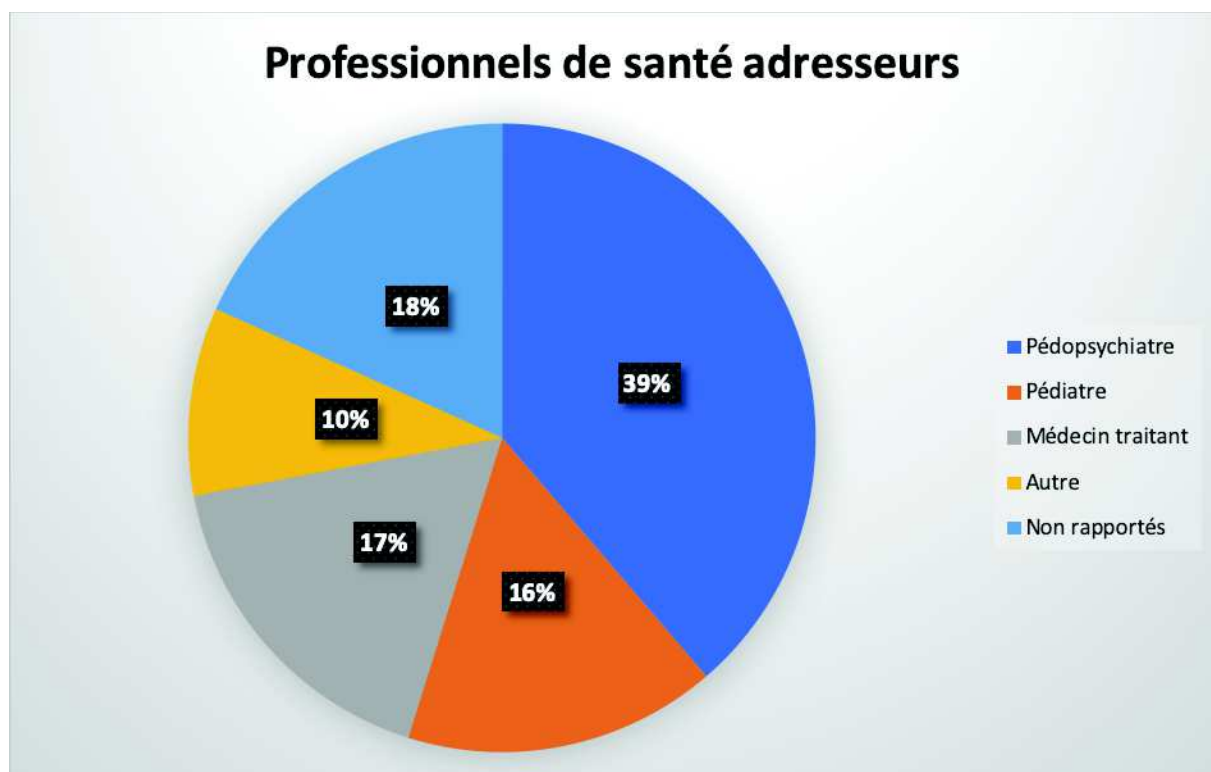


Figure 1 Professionnels adresseurs

Caractéristiques de la population étudiée

Ces résultats sont résumés en tableau 1.

Caractéristiques socio-démographiques	
Sex-ratio (F/G)	5,64
Age moyen ans (ET)	15,25 (1,5)
Situation parentale n (%)	
En couple	57 (61%)
Séparés	36 (39%)
<i>Chez la mère</i>	28 (78%)
<i>Chez le père</i>	2 (5%)
<i>Garde alternée</i>	6 (17%)
Fratrie n (%)	
Enfant unique	11 (12%)
2 enfants	38 (41%)
3 enfants	34 (37%)
4 enfants et plus	10 (11%)
Scolarisé n (%)	
Lycée	45 (48%)
Collège	45 (48%)
Déscolarisé n (%)	2 (2%)
Donnée manquante n (%)	1 (1%)
Mesure éducative n (%)	
Sans	81 (87%)
AED	4 (4%)
AEMO	3 (3%)

Tableau 1 Caractéristiques socio-démographiques

Age des adolescents lors de la préadmission

L'âge moyen à la consultation de préadmission est de 15 ans et 3 mois (écart type : 1 an et 6 mois, valeurs extrêmes 12 ans et 1 mois et 17 ans et 11 mois).

Sex-ratio

Le sex-ratio est de 5,64 (F/G). Cette surreprésentation féminine se retrouve quelle que soit la pathologie observée, à différents degrés. Ces spécificités sont présentées en figure 2.

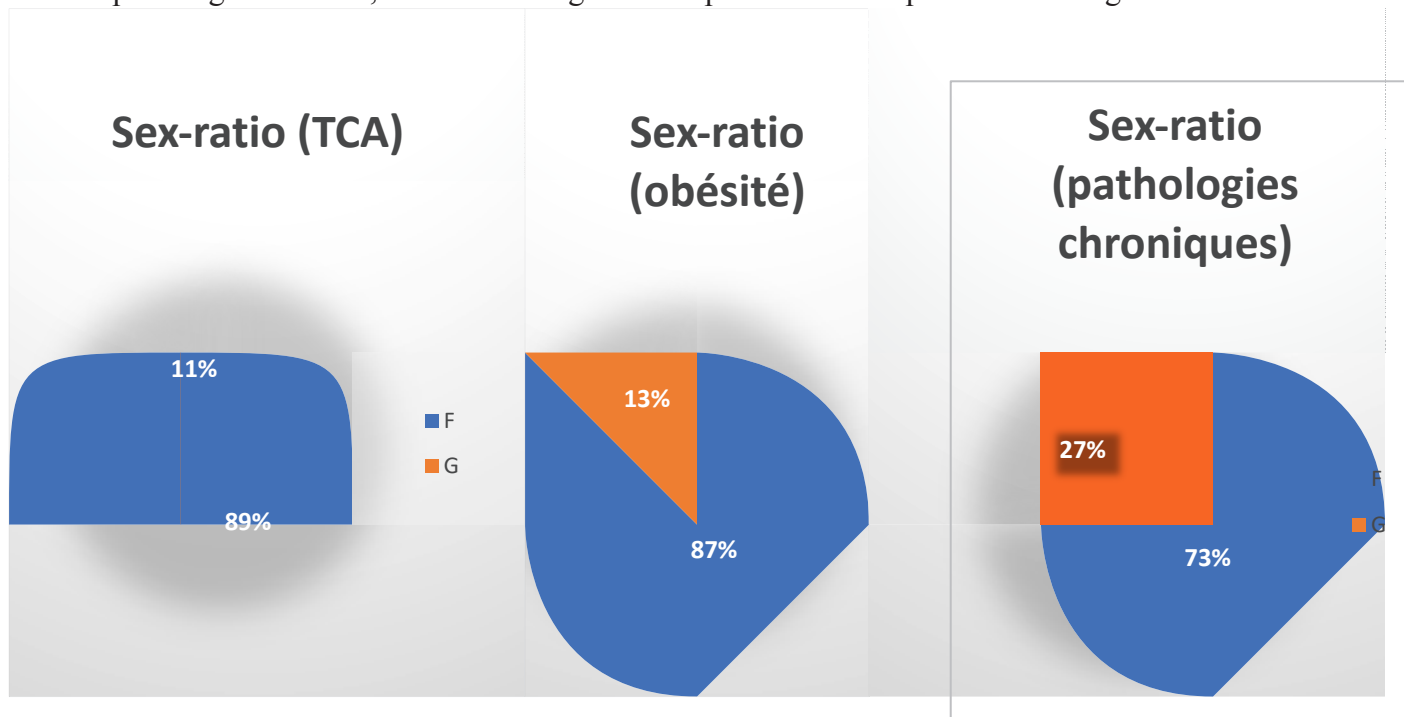


Figure 2 Sex-ratio par pathologie

Lieu d'habitation

La prise en charge en hôpital de jour de médecine de l'adolescent concerne principalement les adolescents venant des départements de la Seine Maritime et de l'Eure, comme rapporté dans la figure 3. 74 adolescents viennent de la Seine Maritime, et notamment de Rouen et des villes alentours. 16 adolescents vivent dans l'Eure. A noter, 3 adolescents venant du Calvados, de l'Oise et de l'Orne.

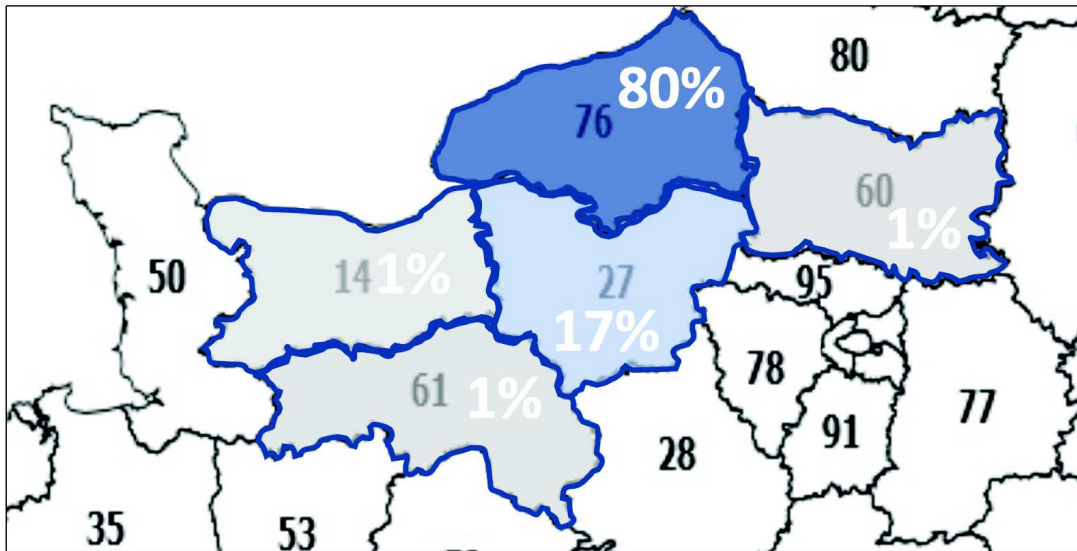


Figure 3 Département de provenance des adolescents

Scolarité

On retrouve 45 patients (48%) ayant un niveau lycée, et 45 (48%) ayant un niveau collège. 2 patients (2%) étaient déscolarisés. L'information n'était pas disponible pour un patient.

Mode de vie

57 adolescents (61%) vivaient chez leurs parents qui étaient en couple. 36 adolescents (39%) avaient leurs parents séparés. Parmi eux, 28 vivaient principalement chez leur mère (78%), 2 chez vivaient principalement chez leur père (5%), et la garde était alternée pour 6 adolescents (17%).

Sur le plan professionnel, parmi les parents des adolescents, 1 était agriculteur (1%), 13 étaient artisans, commerçants, ou chefs d'entreprise (7%), 36 appartenaient à la catégorie des cadres et professions intellectuelles supérieures (19%), 47 exerçaient des professions intermédiaires (25%), 33 étaient employés (18%), 26 étaient ouvriers (14%). Il y avait 21 parents sans emploi (11%), 2 parents retraités (1%). Un parent était décédé (1%). L'information était manquante pour 6 parents. Ces résultats sont résumés en figure 4.

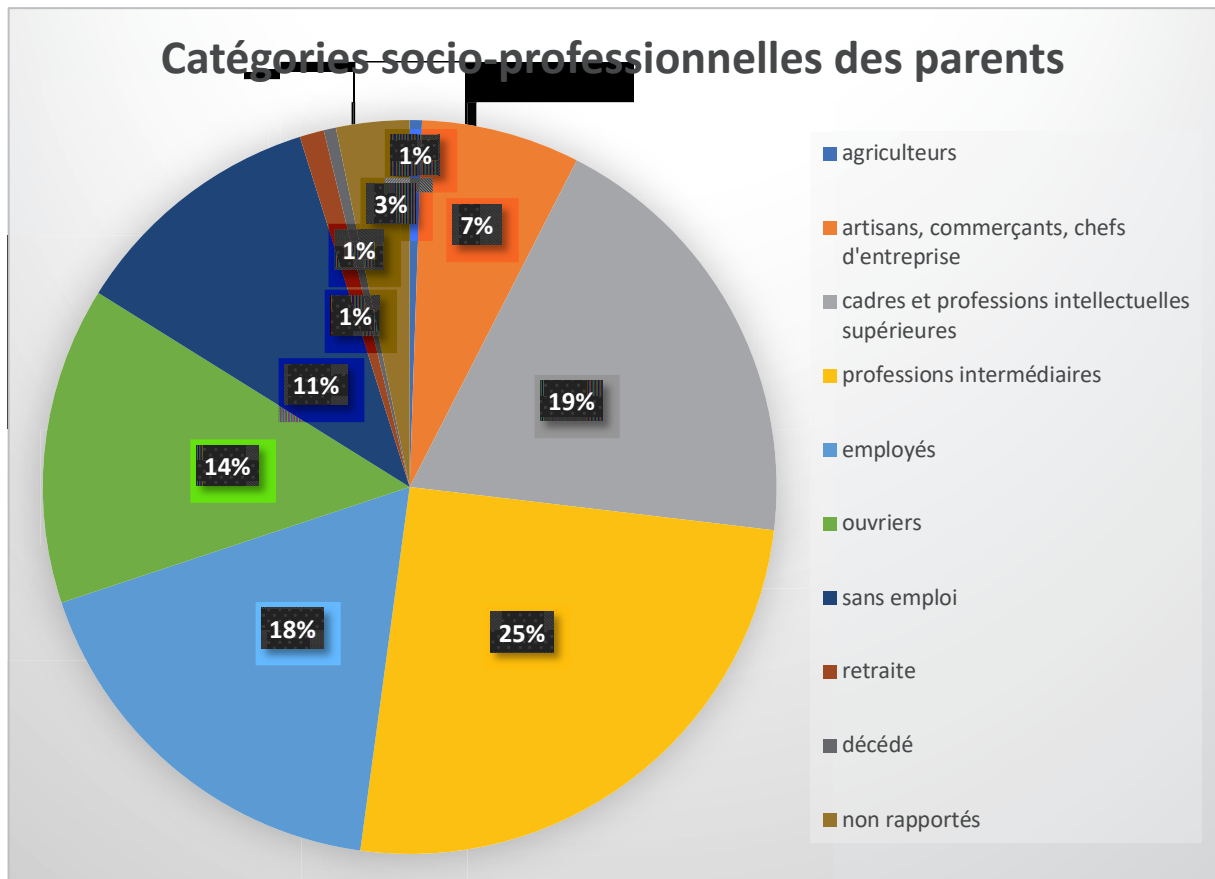


Figure 4 Les différentes catégories socio-professionnelles

Fratrie

11 adolescents étaient enfants uniques (12%). 38 adolescents étaient issus d'une fratrie de deux enfants (41%). 34 adolescents étaient issus d'une fratrie de trois enfants (37%), et 10 adolescents étaient issus d'une fratrie de quatre enfants et plus (avec un maximum de 9 enfants dans la fratrie d'un des adolescents) soit 11%.

Les mesures éducatives

La présence d'une mesure éducative est résumée dans le tableau 1. Parmi les 93 adolescents, 81 n'avaient pas de mesure éducative (87%). 7 adolescents bénéficiaient d'une mesure éducative dont 4 (4%) d'une Aide Éducative à Domicile (AED) et 3 d'une Action Éducative en Milieu Ouvert (3%). Les données sont manquantes pour 5 adolescents (5%).

Thérapie familiale

5 adolescents suivaient une thérapie familiale (5%). Les données sont manquantes pour 2 adolescents.

Les pathologies rencontrées

Les différentes pathologies pour lesquelles les adolescents sont pris en charge sont résumées en figure 5. La majorité des adolescents présentait un trouble du comportement alimentaire (n = 65, soit 70%). Parmi ces adolescents, 44 d'entre eux présentaient un épisode d'anorexie mentale restrictive pure, 4 présentaient un trouble du comportement alimentaire type épisode d'hyperphagie/boulimie, 7 d'entre eux présentaient un épisode d'anorexie mentale mixte et pour 10 d'entre eux, le diagnostic porté était un épisode d'anorexie mentale atypique. Ces résultats sont illustrés en figure 6. Les autres pathologies rencontrées étaient l'obésité pour 17 adolescents et une pathologie chronique pour 11 adolescents. Ces pathologies chroniques étaient : diabète (7 adolescents), mucoviscidose (2 adolescents), hyperplasie bilatérale des surrénales (1 adolescent) et maladie inflammatoire chronique de l'intestin (1 adolescent).

Les diagnostics ont été relevés sur le dossier de chaque adolescent. Par conséquent, les diagnostics ont pu être posés avant l'hospitalisation de jour ou au cours de celle-ci.

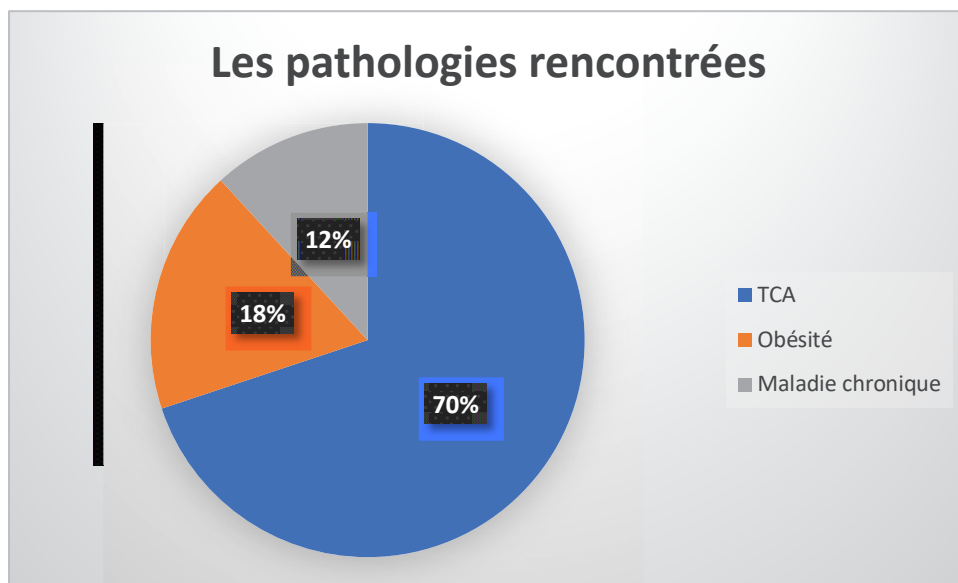


Figure 5 Les pathologies rencontrées

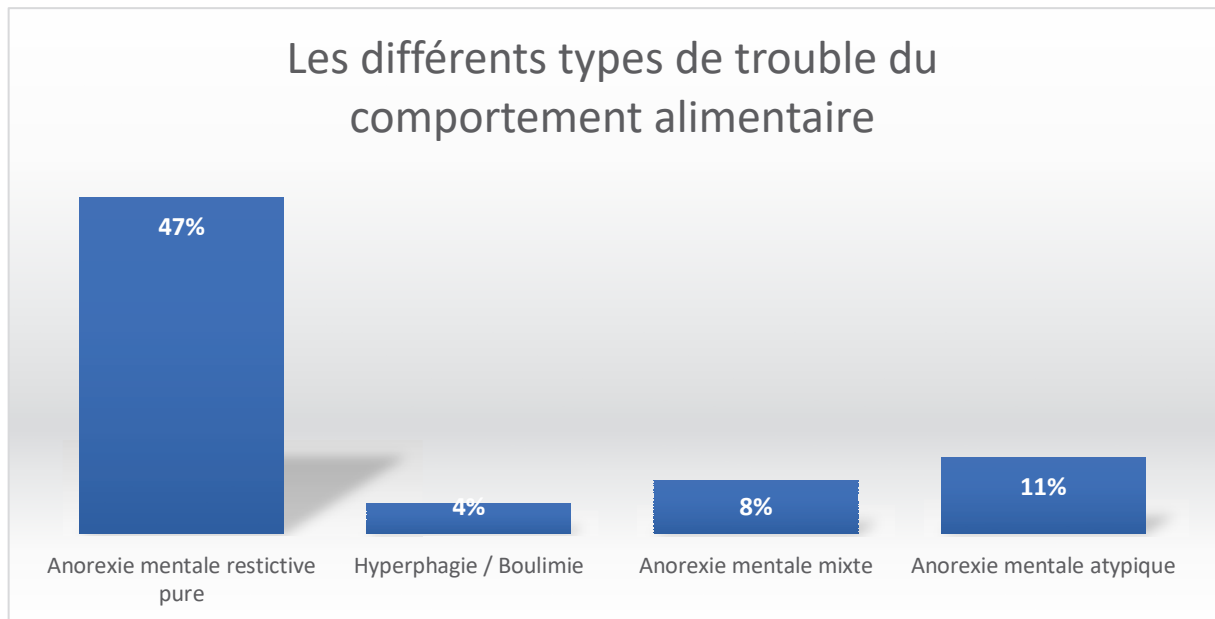


Figure 6 Les différents types de TCA

Antécédents familiaux

On retrouve des antécédents familiaux de maladies psychiatriques chez 69 adolescents (74%). Les antécédents familiaux de troubles psychiatriques dont les troubles du comportement alimentaire et d'obésité sont illustrés en figure 7, 8 et 9. Chez les adolescents présentant un TCA, 55 (85%) avaient au moins un antécédent familial de trouble psychiatrique, parmi lesquels 19 (29%) avaient au moins un antécédent familial de TCA. Il n'y a pas de donnée disponible sur les antécédents familiaux d'obésité chez ces patients.

Chez les adolescents obèses, 11 patients (65%) avaient au moins un antécédent familial de trouble psychiatrique, parmi lesquels 2 (12%) avaient au moins un antécédent familial de TCA. 13 (76%) adolescents obèses avaient au moins un antécédent familial d'obésité.

Chez les adolescents présentant une pathologie chronique, 6 (55%) avaient au moins un antécédent familial de trouble psychiatrique. Un seul adolescent (9%) avait un antécédent familial d'obésité. Aucun antécédent familial de TCA n'est retrouvé chez ces patients.

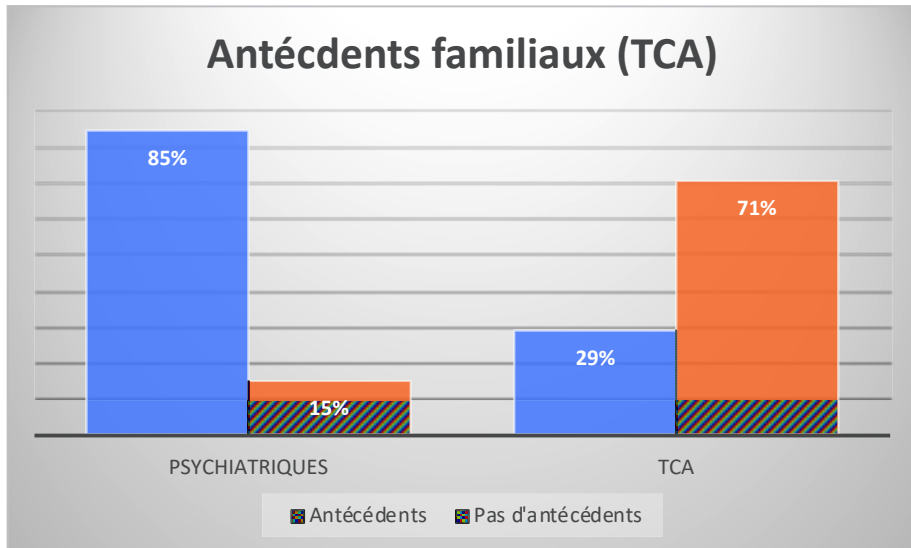


Figure 7 Antécédents familiaux (TCA)

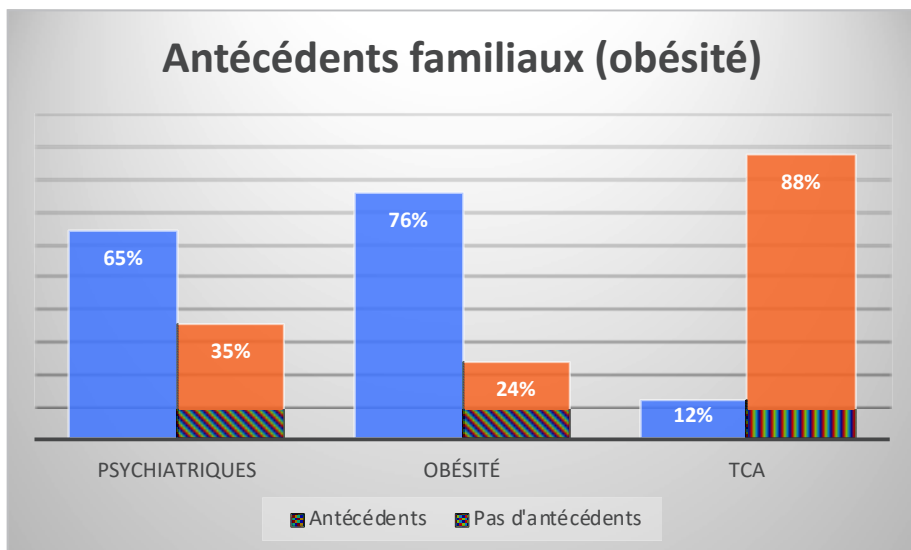


Figure 8 Antécédents familiaux (Obésité)

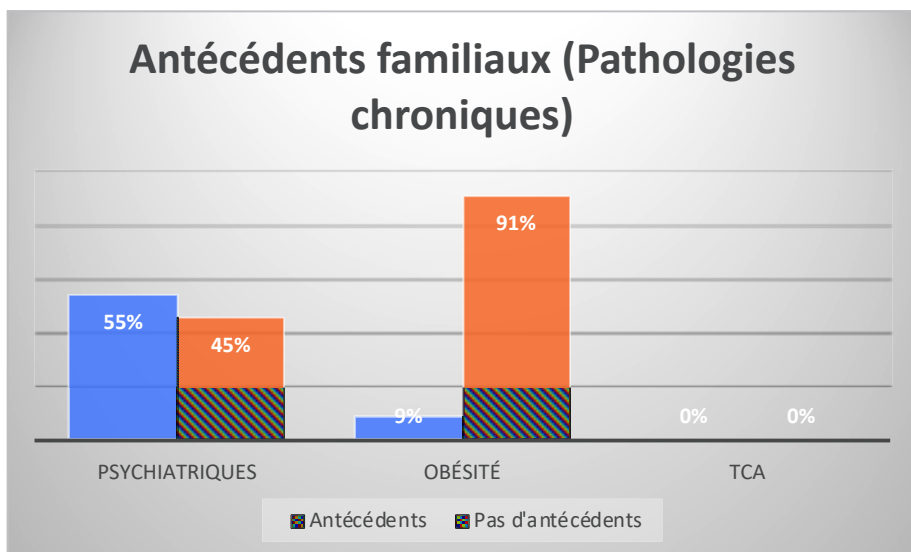


Figure 9 Antécédents familiaux (Chronique)

Antécédents d'hospitalisation

28 adolescents (30%) ont été hospitalisés une fois avant leur admission à l'hôpital de jour. 14 (15%) ont été hospitalisés deux fois, et 11 adolescents (11,8%) ont été hospitalisés trois fois et plus. 40 adolescents n'ont jamais été hospitalisés (43%). Ces résultats sont illustrés en figure 10. Les motifs d'hospitalisation les plus souvent retrouvés sont la mauvaise tolérance physique à la dénutrition, les tentatives d'autolyse et la présence d'idées suicidaires.

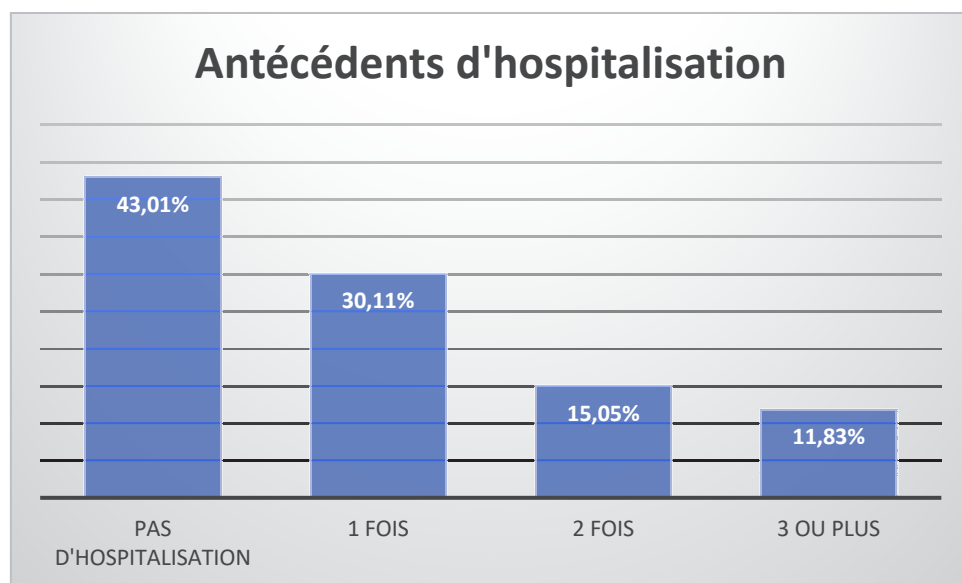


Figure 10 Antécédents d'hospitalisation

Les traitements à l'entrée

Parmi les 93 adolescents, 29 d'entre eux (31%) n'avaient pas de traitement à l'entrée. 34 (37%) adolescents étaient sous traitement antidépresseur, 16 (17%) étaient sous traitement antipsychotique, 5 (5%) sous benzodiazépines, et un (1%) adolescent était sous thymorégulateur. 46 adolescents (49%) prenaient des traitements non psychotropes. Ces résultats sont résumés en figure 11. Les traitements pris en fonction des pathologies sont illustrés en figure 12.

Les adolescents présentant un TCA étaient 28 (43%) à prendre un traitement anti-dépresseur. 1 adolescent (2%) était sous thymorégulateur. 15 adolescents (23%) prenaient au moins un antipsychotique. 3 adolescents étaient sous benzodiazépines (5%). 27 adolescents prenaient un traitement autre que psychotrope. Enfin, 21 adolescents (42%) ne prenaient pas de traitement.

Concernant les adolescents orientés pour l'obésité, 4 d'entre eux (24%) étaient sous traitement anti dépresseur. 9 (53%) prenaient un traitement autre que psychotrope. 8 adolescents (47%) ne prenaient pas de traitement. Enfin, aucun adolescent obèse ne prenait de traitement thymorégulateur, anti psychotique ou benzodiazépine.

Les adolescents présentant une pathologie chronique étaient 2 à prendre un traitement anti dépresseur. Un adolescent était sous traitement anti psychotique. 9 prenaient des traitements autres que psychotropes. Un adolescent ne prenait pas de traitement. Il n'y avait pas de traitement thymorégulateur ni de benzodiazépine prescrit pour ces patients.

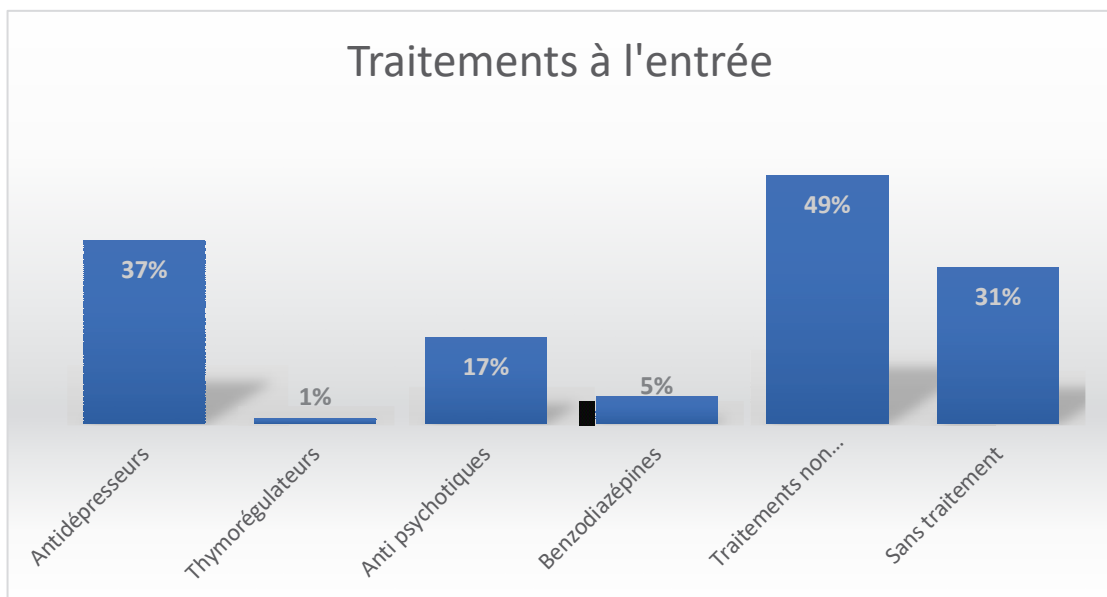


Figure 11 Traitements à l'entrée

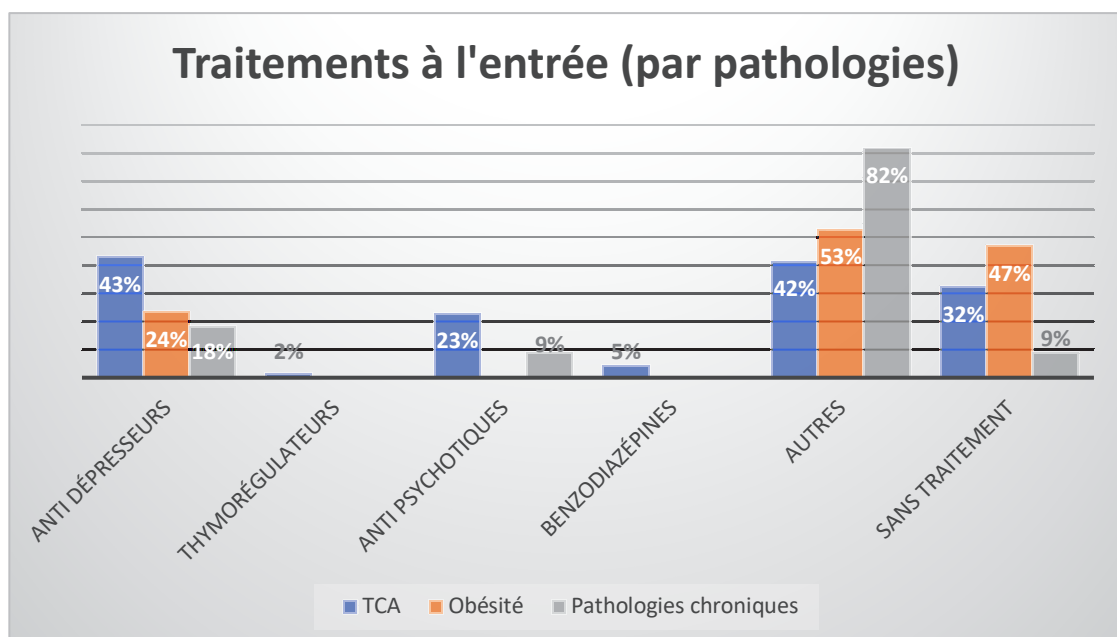


Figure 12 Traitements à l'entrée (par pathologies)

Activité sportive

En moyenne, les adolescents de notre population étudiée font 4h de sport par semaine. Les moyennes en fonction des pathologies sont illustrées en figure 13.

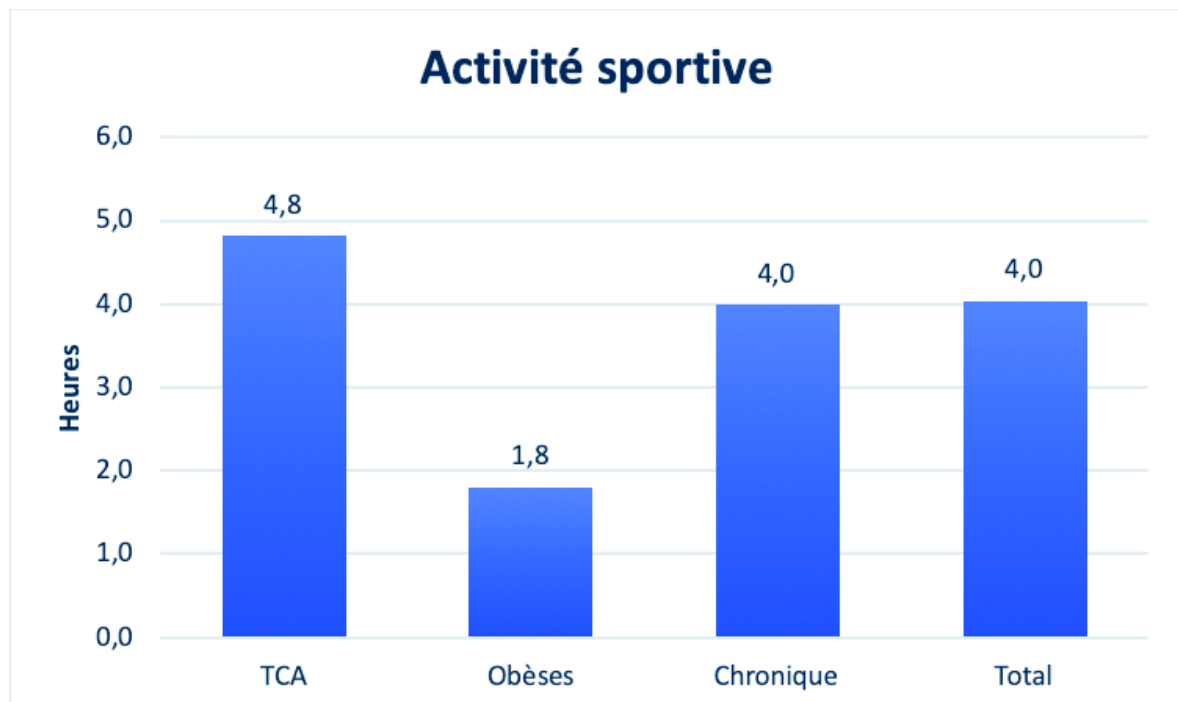


Figure 13 Activité sportive moyenne par pathologie (en heures)

L'Indice de Masse Corporelle à la préadmission

Les indices de masse corporelle (IMC) relevés à la consultation de préadmission sont classés en fonction des pathologies dans le tableau 2. L'IMC moyen pour les adolescents présentant un trouble du comportement alimentaire, quel qu'il soit, était de 17,91. L'IMC moyen pour les adolescents présentant un épisode d'anorexie mentale restrictive était de 16,86. Celui des adolescents présentant une boulimie ou une anorexie mentale mixte était de 22,83. L'IMC moyen des adolescents présentant une anorexie atypique était de 17,11. Concernant les adolescents obèses, l'IMC moyen était de 43,17 et de 48,66 dans le sous-groupe des adolescents consultant pour un projet de chirurgie bariatrique. Pour information, l'IMC moyen des adolescents atteints d'une pathologie chronique était de 24,22.

	IMC Moyen (ET) [min ; max]
TCA	17,91 (3,58) [12,3 ; 31,9]
<i>Anorexie restrictive</i>	16,86 (1,98) [12,3 ; 22,7]
<i>Boulimie et anorexie mixte</i>	22,83 (4,98) [16,74 ; 31,9]
<i>Anorexie atypique</i>	17,11 (3,10) [13,3 ; 22,15]
Obésité	43,17 (8,10) [32,38 ; 57,7]
<i>Protocole chirurgie bariatrique</i>	48,66 (7,89) [38,8 ; 57,7]
Pathologies chroniques	24,22 (6,8) [15,14 ; 34,9]

Tableau 2 IMC en fonction des pathologies à la préadmission

La figure 14 représente les proportions des différents types de TCA en fonction de leur catégorie d'IMC. En raison du faible effectif (2 patients présentaient un épisode de boulimie, 9 patients un épisode d'anorexie mentale mixte) les catégories « Boulimie » et « Anorexie mentale mixte » ont été regroupées pour en faciliter leur interprétation.

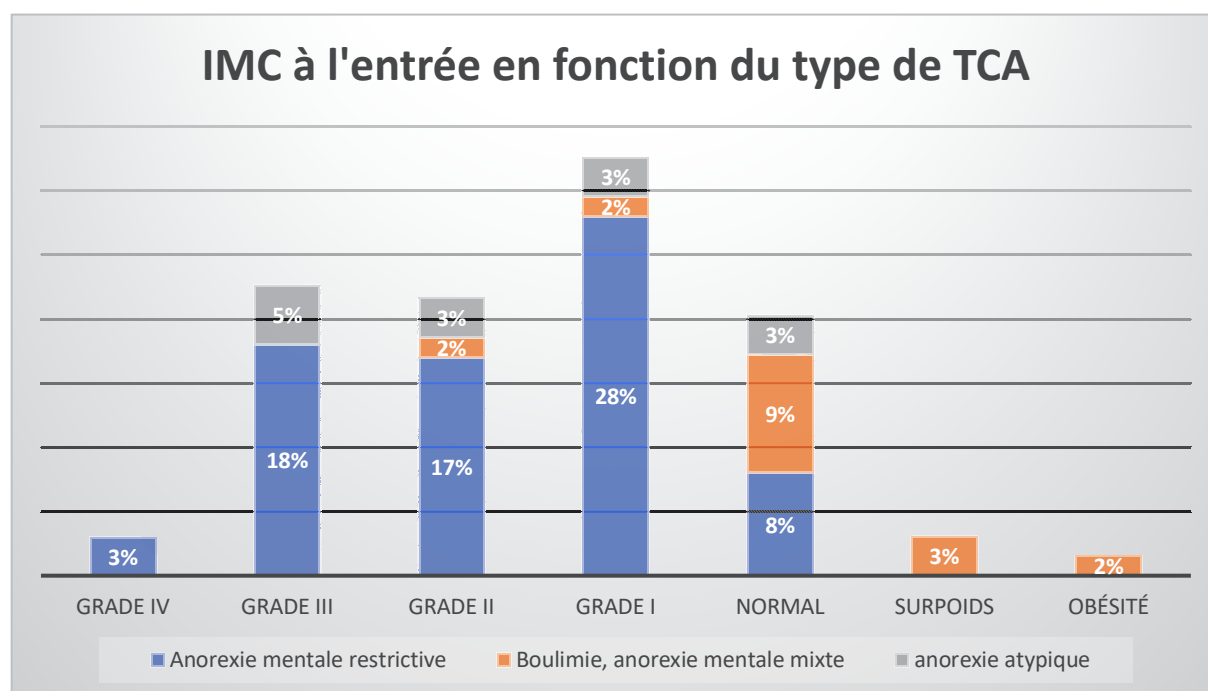


Figure 14 IMC en fonction du type de TCA

Orientation après la consultation de pré-admission

Sur les 93 adolescents ayant eu une consultation de pré-admission, 69 (74%) ont été orientés sur une prise en charge par l'hôpital de jour de médecine de l'adolescent. 14 adolescents (15%) ont été orientés sur un suivi ambulatoire, à la MDA site CHU dans la quasi-totalité des cas (sauf suivi antérieur existant). 10 adolescents (11%) ont été orientés en hospitalisation complète. Ces résultats sont illustrés en figure 15.

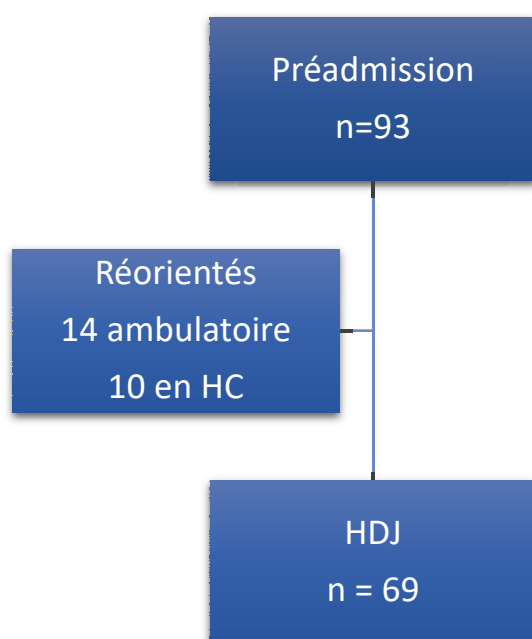


Figure 15 Orientation après la pré-admission

Parmi ces 69 adolescents effectivement pris en charge en hôpital de jour, on retrouve 44 adolescents présentant des TCA (64%), 15 patients obèses (22%), et 10 adolescents atteints de pathologies chroniques (14%). Les données récapitulant les effectifs par pathologie avant et après admission sont présentées dans le tableau 3.

	TCA	Obèses	Chroniques	Total
Pré admission n (%)	65 (70%)	17 (18%)	11 (12%)	93 (100%)
Admis n (%)	44 (64%)	15 (22%)	10 (14%)	69 (100%)

Tableau 3 Effectifs par pathologie à la préadmission et à l'admission

Parmi les 21 patients présentant un TCA qui ont été réorientés à l'issue de la consultation de pré admission, 10 ont été adressés à l'hospitalisation complète et 11 vers la maison de l'ado pour un suivi ambulatoire.

Orientation en fonction du professionnel adresseur

La figure 16 illustre la validation de l'indication de l'hôpital de jour en fonction du professionnel qui a adressé l'adolescent. 34 adolescents sur 36 (94%) ont été effectivement admis en hôpital de jour après avoir été adressés par un pédopsychiatre. 13 adolescents sur 15 (87%) adressés par un pédiatre ont été admis. 8 adolescents sur 16 (50%) adressés par leur médecin traitant ont été pris en charge. 5 adolescents sur 9 (56%) adressés par un autre professionnel de santé ont intégré l'hôpital de jour. Enfin, parmi les adolescents pour lesquels l'information est manquante, 9 sur 17 (53%) ont été admis.

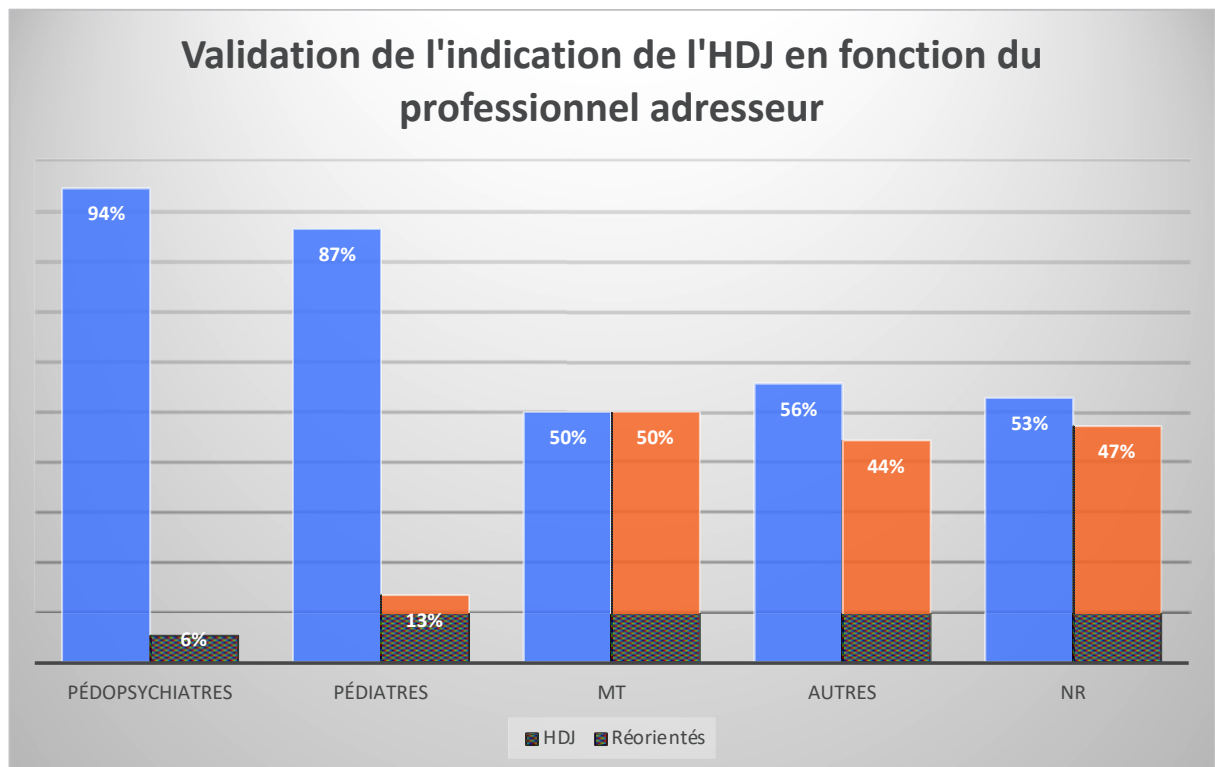


Figure 16 Validation de l'indication de l'HDJ en fonction du professionnel adresseur

Délai à l'admission

La figure 17 représente le délai existant entre la consultation de préadmission et l'admission effective en HDJ. Le délai moyen séparant la consultation de préadmission et l'admission effective en HDJ était de 14 jours. Cependant, il est intéressant de noter qu'un des adolescents a été pris en charge en HDJ 133 jours après la consultation de préadmission, en raison d'une hospitalisation intercurrente. La médiane semble, de ce fait, plus adaptée à l'analyse de ce paramètre. La médiane était de 8,5 jours (1^{er} quartile : 5 jours, 3^e quartile : 14,25 jours).

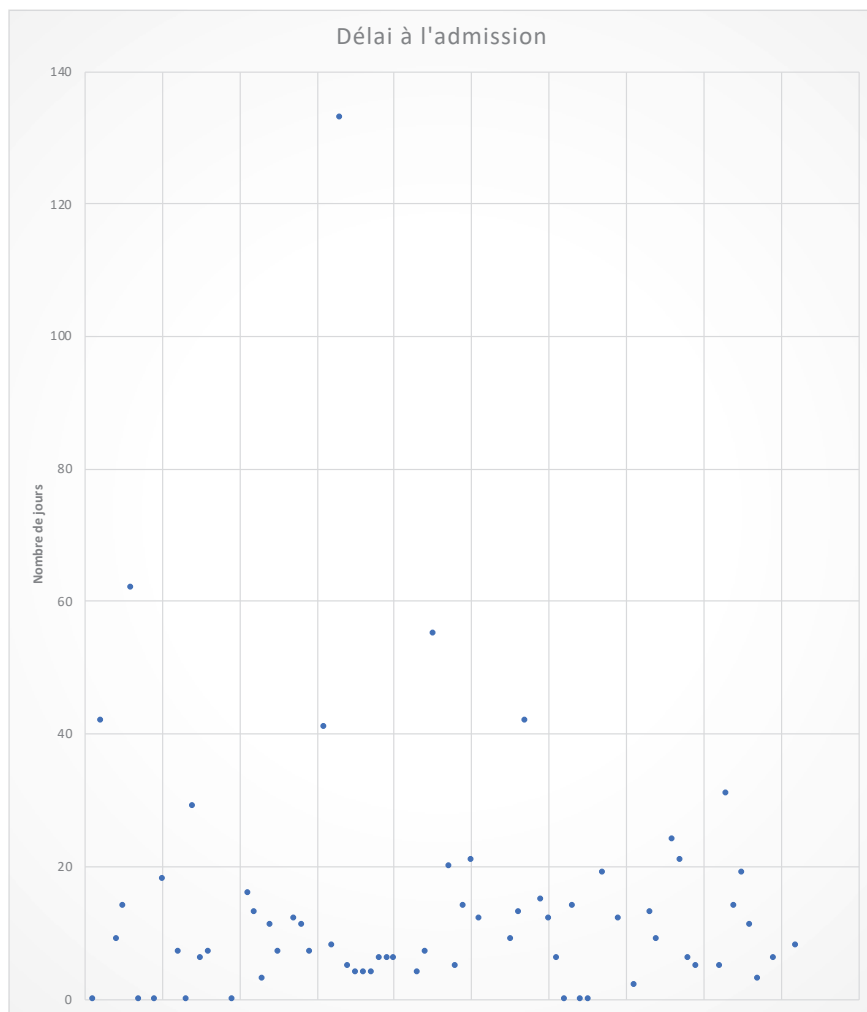


Figure 17 Délai entre la préadmission et l'admission en HDJ

La durée moyenne de prise en charge

La durée moyenne de prise en charge était de 144,38j (écart type : 95,03). La durée moyenne de prise en charge ajustée par pathologie est présentée en Tableau 4. La durée moyenne de prise en charge n'a pu être calculées que pour les adolescents dont la prise en charge était terminée à la date de fin de recueil soit au 31/12/2019, soit pour 28 adolescents présentant un TCA, 12 adolescents obèses, et 6 adolescents atteints de pathologies somatiques.

	TCA	Obésité	Chroniques
Durée moyenne de prise en charge (j)	135,36	172,45	135,00
Ecart type	99,24	89,55	89,12

Tableau 4 Durée moyenne de prise en charge par pathologie

Fréquence hebdomadaire de prise en charge

Les TCA

Parmi les 44 adolescents pris en charge pour trouble du comportement alimentaire, 29 (66%) ont eu une fréquence hebdomadaire de prise en charge fixe, 1,90 jours par semaine en moyenne. Pour 15 adolescents (33%), la fréquence a dû être adaptée en cours de prise en charge, comme illustré en figure 18. Lorsque la fréquence hebdomadaire de prise en charge a été modifiée au cours d'un intervalle de deux mois, la valeur de la fréquence de prise en charge a été pondérée en fonction du nombre de jours où l'adolescent est venu (si un adolescent est venu une fois par semaine pendant 30 jours puis deux fois par semaine pendant 30 jours, la fréquence est ajustée à 1,5 pour la période de 60 jours). Pour ces patients, on retrouve donc une moyenne de fréquence hebdomadaire de prise en charge variable en fonction des intervalles de 2 mois considérés, comme illustré en Tableau 5.

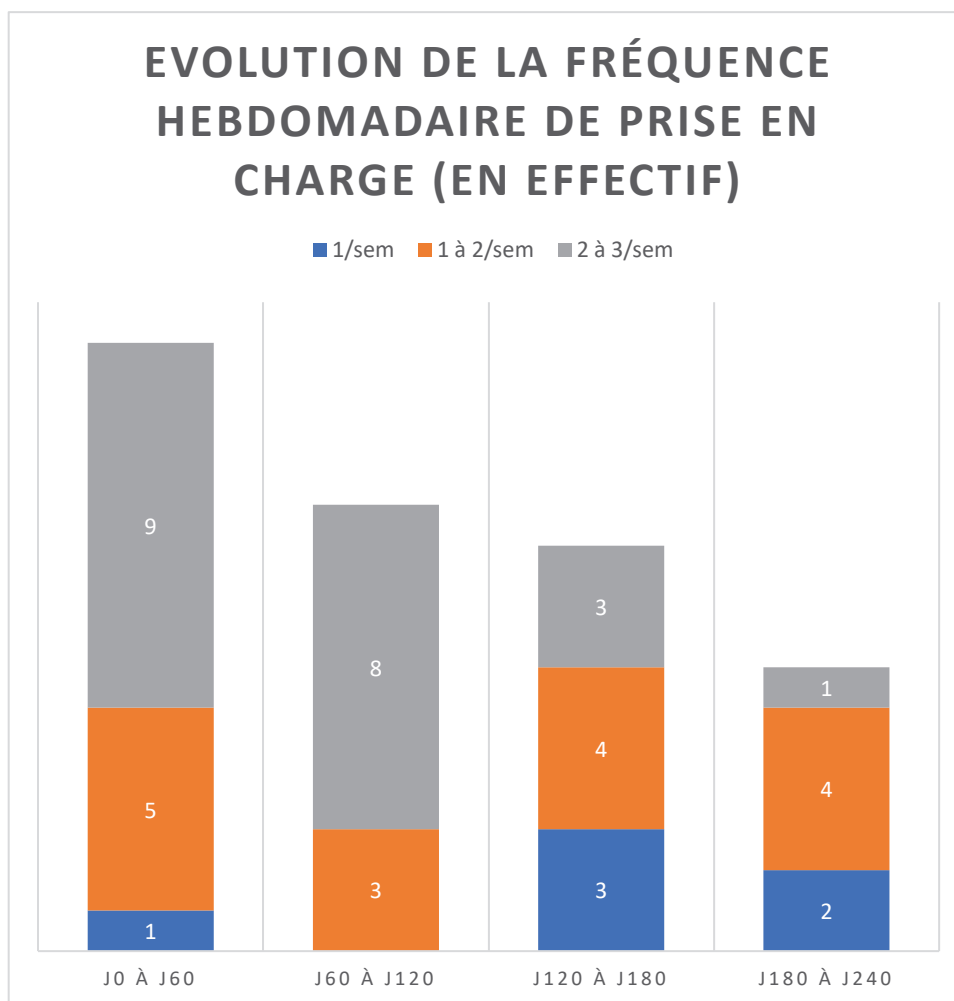


Figure 18 Évolution de la fréquence hebdomadaire de prise en charge en effectif

	J0 à J60	J60 à J120	J120 à J180	J180 à J240
Moyenne	2,47	2,52	1,95	1,86

Tableau 5 Évolution de la moyenne des fréquences hebdomadaire de prise en charge

Pour les patients obèses

9 adolescents étaient pris en charge pour obésité hors chirurgie bariatrique (cf paragraphe suivant). La fréquence hebdomadaire de prise en charge est restée stable pour 8 d'entre eux. La fréquence hebdomadaire moyenne de prise en charge pour ces patients était de 1,75 jours. Pour un adolescent, la fréquence était hebdomadaire pendant 90 jours puis deux fois par semaine pendant 45 jours.

Cas particulier des adolescents inclus dans le protocole de chirurgie bariatrique

Ces adolescents viennent à l'hôpital de jour à une fréquence mensuelle. Une journée leur est dédiée. Cela concernait 6 adolescents.

Pour les adolescents ayant une pathologie chronique

10 adolescents présentant une pathologie chronique étaient pris en charge. Pour 8 d'entre eux (80%), la fréquence hebdomadaire de prise en charge n'a pas été modifiée. La moyenne de cette fréquence était de 1,25 jours par semaine. Pour 2 d'entre eux (20%), la fréquence hebdomadaire de prise en charge était une fois pendant 60 jours puis 2 fois pendant 7 jours et deux fois par semaine pendant 168 jours puis une fois par semaine. Ce dernier était toujours pris en charge à la date du 31/12/2019.

Les médiations

Différentes médiations sont proposées à l'hôpital de jour de médecine de l'adolescent. Elles varient en fonction des adolescents et des pathologies qu'ils présentent, comme résumé en figure 19.

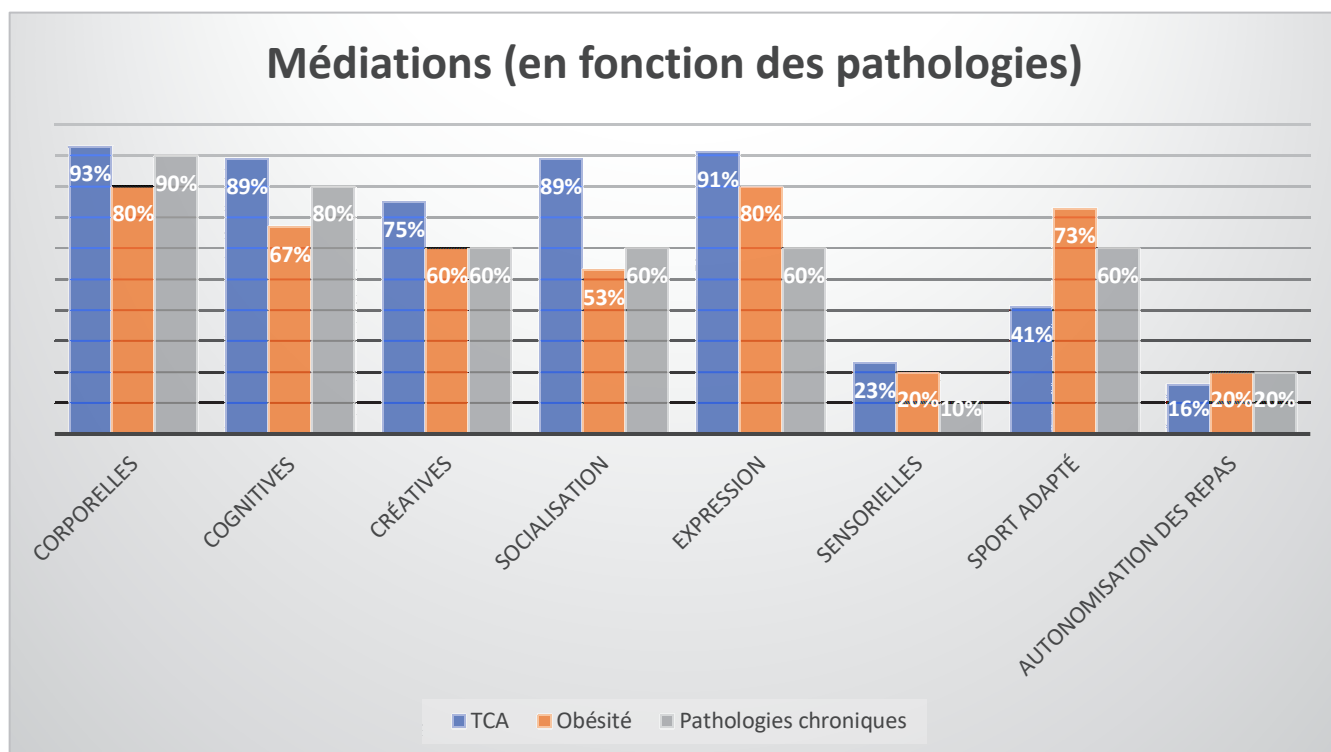


Figure 19 Les médiations en fonction des pathologies

TCA

Concernant les médiations proposées aux adolescents présentant un trouble du comportement alimentaire, 41 (93%) des adolescents participaient à des médiations corporelles, 39 (89%) à des médiations travaillant l'aspect cognitif, 33 (75%) des médiations sur la créativité, 39 (89%) à des médiations concernant la socialisation, 40 (91%) sur l'expression des émotions, 10 (23%) sur le sensoriel, 18 (41%) ont pratiqué du sport adapté et 7 (16%) sur l'autonomie des repas.

Les patients obèses

Concernant les médiations proposées aux adolescents présentant une obésité (dont ceux ayant un projet de chirurgie bariatrique), 12 adolescents (75%) ont participé à des médiations corporelles et d'expression. 10 d'entre eux (67%) ont bénéficié de médiations cognitives, 9 (60%) de médiations développant la créativité, 8 (53%) de médiations travaillant la socialisation, 3 (19%) ont eu des médiations sensorielles, 11 (73%) ont pratiqué du sport adapté et 3 (20%) ont travaillé sur l'autonomisation des repas.

Les adolescents présentant une maladie chronique avec intrication psychique

Concernant les médiations proposées aux adolescents présentant une maladie chronique avec intrication psychique, parmi les 10 adolescents pris en charge à l'hôpital de jour, 9 d'entre eux (90%) ont participé à des médiations corporelles. 8 (80%) ont également participé à des médiations cognitives, 6 (60%) des médiations travaillant la créativité, la socialisation, l'expression des émotions et du sport adapté. Les médiations autour de l'autonomisation aux repas ont concerné 2 adolescents (20%). Le travail autour du sensoriel a été proposé à 1 adolescent (10%).

Les prises en charge en individuel

En plus des médiations, des prises en charge individuelles sont également proposées.

TCA

13 (30%) adolescents présentant un trouble du comportement alimentaire étaient suivis en psychothérapie individuelle à l'hôpital de jour de médecine de l'adolescent. 10 (23%) ont bénéficié d'un suivi individuel par une ergothérapeute. 12 (27%) ont participé à des séances de thérapie cognitive et comportementale (TCC). Ces séances sont considérées comme des soins cognitifs mais individuels. Un bilan a été pratiqué par un kinésithérapeute pour 3 adolescents (7%). 4 (9%) ont participé à une thérapie du lien. Ces données sont illustrées en figure 20.

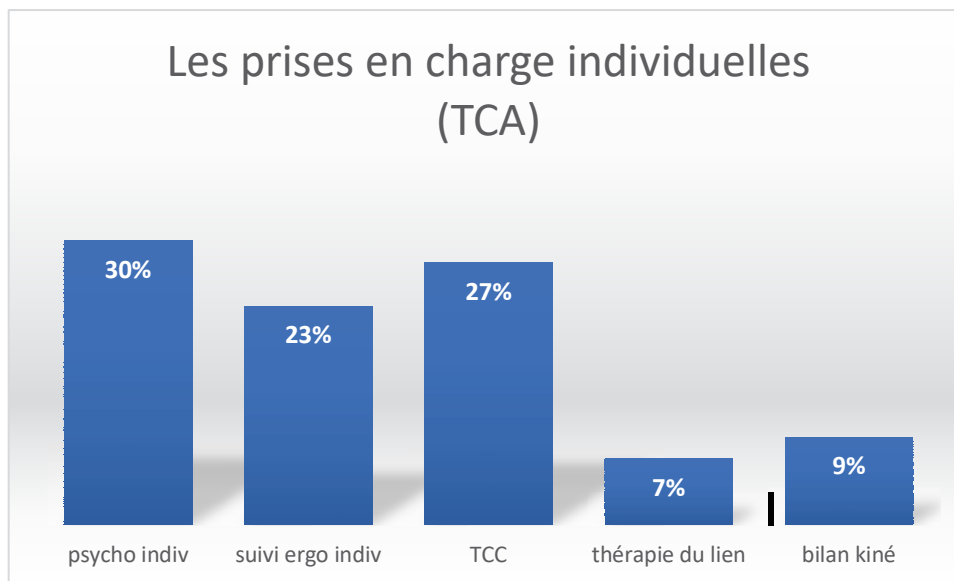


Figure 20 Prises en charge individuelles (TCA) *kiné = kinésithérapique

Les patients obèses

Les prises en charge individuelles proposées aux patients obèses sont illustrées en figure 21. Sur les 15 adolescents présentant une obésité, 5 (33%) étaient suivis en psychothérapie individuelle à l'hôpital de jour de médecine de l'adolescent. 2 (13%) ont bénéficié d'un suivi individuel par une ergothérapeute. 2 (13%) ont participé à des séances de TCC. Un bilan a été pratiqué par un kinésithérapeute pour un adolescent (7%). 1 seul (7%) a participé à une thérapie du lien.

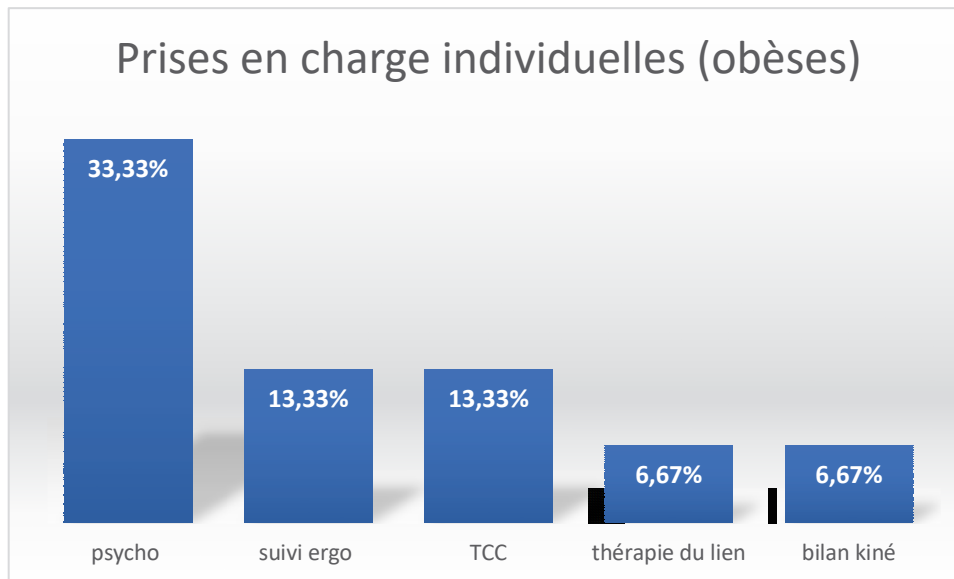


Figure 21 Suivis individuels des patients obèses

Les patients présentant une maladie chronique

Parmi les 10 adolescents suivis dans le cadre d'une pathologie chroniques, 3 d'entre eux (30%) ont suivi une psychothérapie individuelle. 1 seul a participé à une TCC ou à une thérapie du lien. Aucun patient de ce groupe n'a eu de suivi en ergothérapie ou de bilan de kinésithérapie (figure 22).

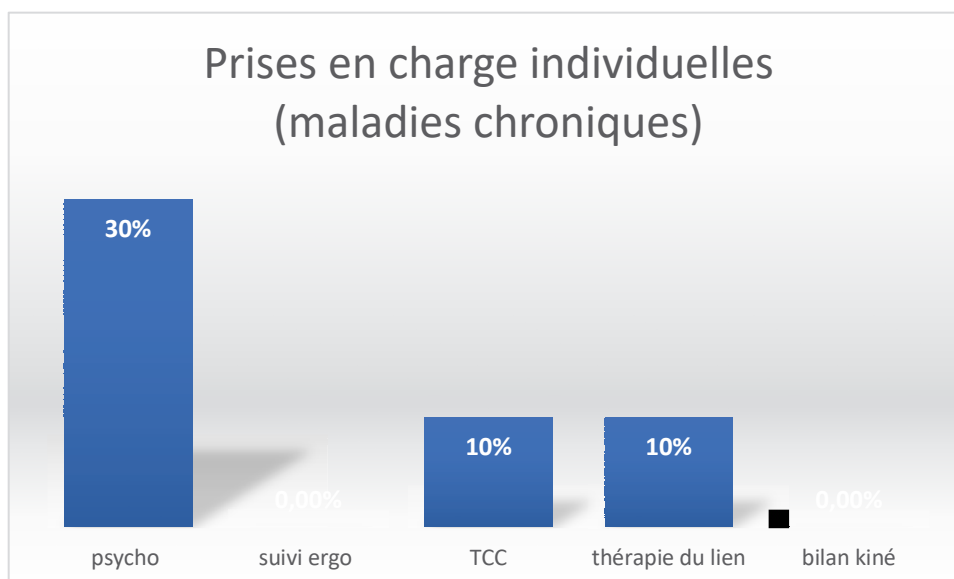


Figure 22 Suivis individuels chez les patients atteints de pathologies chroniques

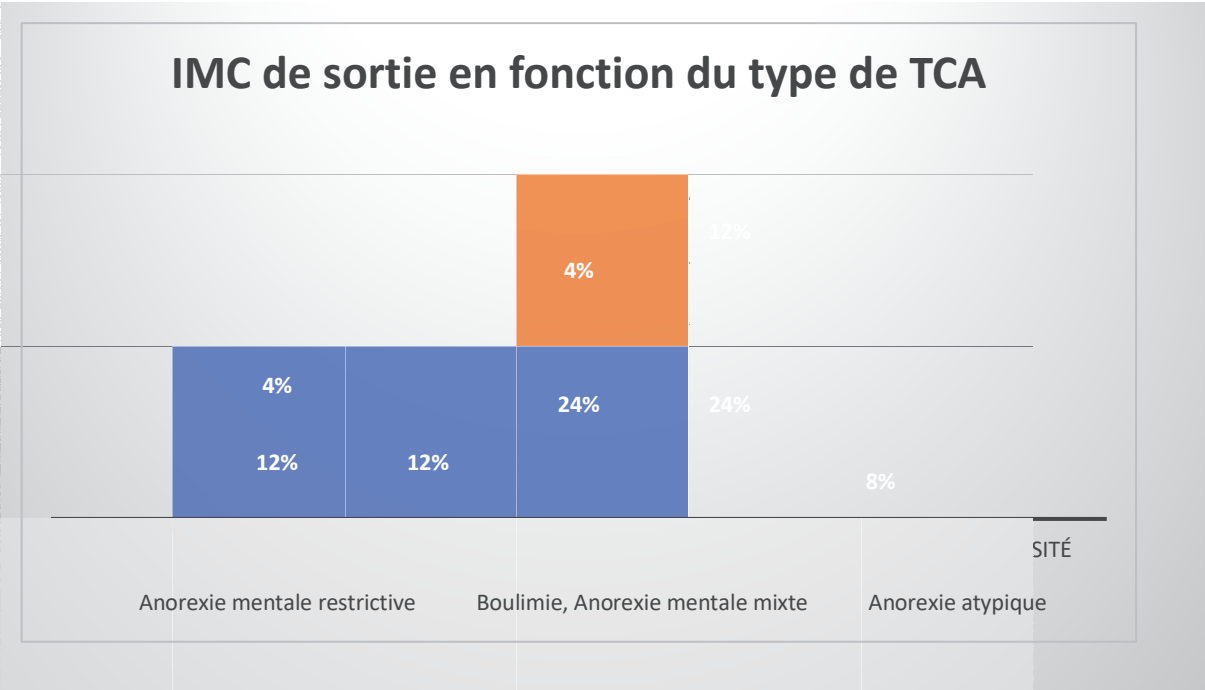
IMC à la sortie

Les IMC moyens à la sortie de l'hôpital de jour de médecine de l'adolescents sont résumés en tableau 6. Cela concernait 39 adolescents, dont 25 présentant un TCA, 9 atteints d'obésité et 5 ayant une pathologie chronique. L'IMC moyen à la sortie pour un adolescent présentant un TCA était de 18,77. Une seule patiente présentant un épisode d'anorexie atypique est sortie, ne permettant pas de calculer une moyenne. Concernant les adolescents obèses, l'IMC moyen était de 52,17 à la sortie (51,5 dans le sous-groupe protocole de chirurgie bariatrique) et pour les adolescents atteints d'une pathologie chronique, l'IMC moyen était de 23,88 à la sortie.

	IMC Moyen (ET) [min ; max]
TCA	18,77 (3,5) [14,24 ; 28,32]
<i>Anorexie restrictive</i>	17,78 (2,06) [14,24 ; 23,1]
<i>Boulimie et anorexie mixte</i>	22,41 (4,42) [18,17 ; 28,32]
<i>Anorexie atypique</i>	/
Obésité	52,17 (10,9) [37,7 ; 60,48]
<i>Protocole chirurgie bariatrique</i>	51,5 (6,7) [43,49 ; 57,9]
Pathologies chroniques	23,88 (4,1) [19,4 ; 27,7]

Tableau 6 IMC moyens en fonction des pathologies

La figure 23 représente les proportions des différents types de TCA en fonction de leur catégorie d'IMC, à la sortie de l'hôpital de jour. Les catégories « Boulimie » et « Anorexie mentale mixte » sont regroupées, dans le même souci de clarté.



Devenir à la sortie de l'hôpital de jour

Cette donnée a été également évaluée pour les patients dont la prise en charge en hôpital de jour était terminée à la date de clôture de l'étude. Ces résultats sont résumés en figure 24.

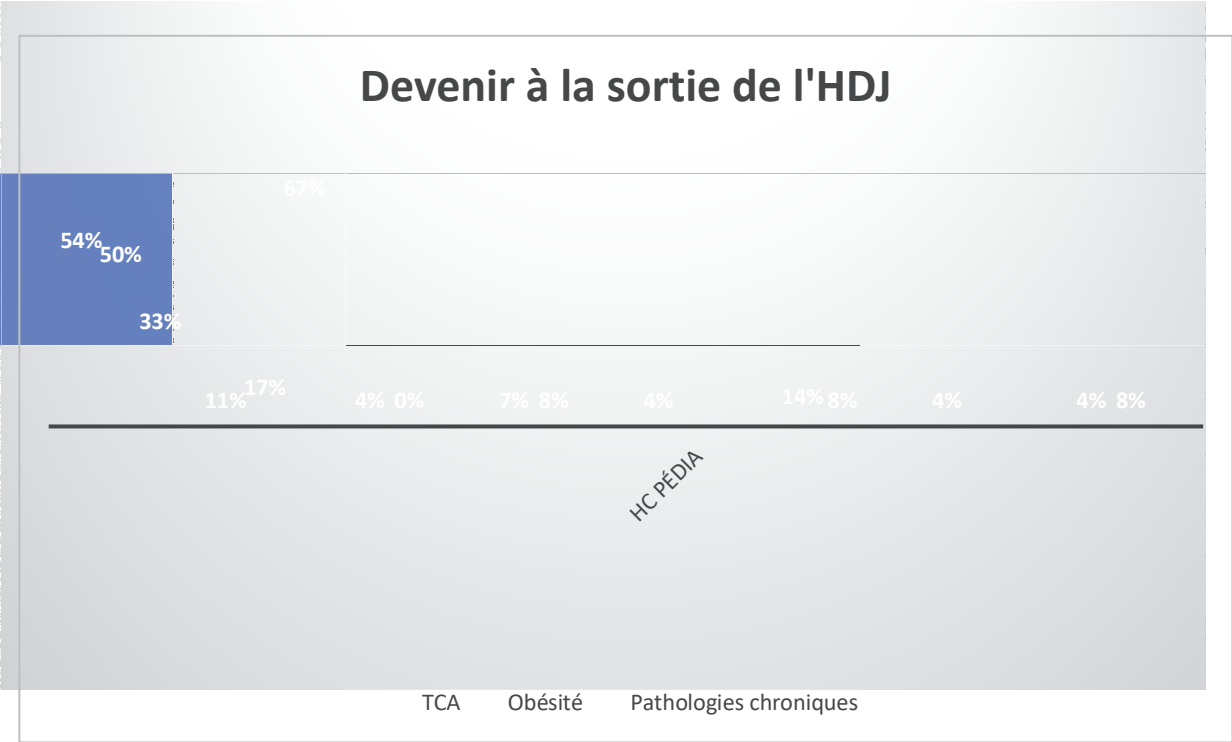


Figure 24 Relai post hôpital de jour

TCA

Les patients atteints de TCA ont majoritairement été orientés vers une prise en charge ambulatoire à la MDA site CHU (15 patients, soit 54%). Le suivi de 4 adolescents (14%) a été relayé vers une prise en charge adulte. 3 ont poursuivi un autre type de suivi ambulatoire (10%), 4 (14%) ont été transférés vers de l'hospitalisation : 1 (3%) vers l'unité de psychopathologie de l'adolescent, 1 (3%) en pédiatrie, et 2 (7%) en nutrition. 1 adolescent (3%) a été pris en charge en internat thérapeutique et, enfin, le dernier a été perdu de vue.

Obésité

Les adolescents pris en charge pour obésité ont majoritairement été orientés vers un suivi ambulatoire à la sortie de l'HDJ comme représenté en figure 24 : à la MDA pour 6 d'entre eux (55%), autre pour 2 autres patients (18%). On note 1 hospitalisation (9%), 1 relai vers les adultes et 1 perdu de vue.

Pathologies chroniques

Parmi les patients pris en charge dans un contexte de pathologies chroniques, deux adolescents (33%) ont été orientés vers la MDA site CHU à la sortie de l'HDJ. Les 4 autres (67%) ont été orientés sur un suivi ambulatoire, notamment pédiatrique. On ne retrouve pas d'hospitalisation complète pour cette population.

Discussion

L'hôpital de jour de médecine de l'adolescent s'inscrit dans une dynamique globale au sein du CHU de Rouen. Il occupe une place de choix dans le réseau de soins, permettant une prise en charge pluridisciplinaire tout en maintenant l'adolescent dans son milieu de vie.

L'objectif à la création de l'hôpital de jour de médecine de l'adolescent du CHU de Rouen était d'accueillir une population composée d'environ 50% d'adolescents présentant un trouble du comportement alimentaire et 50% d'adolescents présentant une obésité ou une maladie chronique avec intrication psychique. Or, nous avons vu précédemment que les patients présentant un TCA représentaient 65% de la file active de l'hôpital de jour. Cette

surreprésentation pourrait s'expliquer par un défaut de recrutement d'adolescents obèses ou présentant une pathologie chronique. On peut émettre l'hypothèse que ce versant de l'HDJ est moins connu des professionnels de santé, hospitaliers ou situés en ville. Il existe une certaine difficulté à bien visualiser le rôle de l'hôpital de jour et notamment distinguer les composantes psychiatriques et sociales. Promouvoir cet aspect de l'HDJ auprès d'eux pourrait permettre de faire bénéficier de cette modalité de soins à plus d'adolescents atteints d'obésité ou de pathologies chroniques.

Sur les 95 adolescents ayant fait l'objet d'une demande de prise en charge, 2 d'entre eux ne se sont pas présentés. Pouvoir déterminer le profil de ces adolescents et la raison de leur non venue pourrait être une piste d'amélioration pour l'HDJ.

L'HDJ de médecine de l'adolescent du CHU de Rouen accueille des adolescents présentant un trouble du comportement alimentaire, pour près de deux tiers d'entre eux, des adolescents obèses (avec ou non un projet de chirurgie bariatrique), mais aussi des adolescents atteints de pathologies chroniques ayant un fort retentissement psychique. Ils ont en moyenne 15 ans et 3 mois (de 12 à 17 ans), donc scolarisés au collège ou au lycée. On relève 2% de déscolarisation dans notre population, ce qui semble cohérent avec les chiffres nationaux de la population globale (99,3% d'adolescent scolarisé à 12 ans, 93,3% à 17 ans selon l'INSERM en 2017). Se pose la question de l'impact de l'hospitalisation de jour sur la scolarité des adolescents. Comme dit précédemment, l'hospitalisation de jour se fait sur du temps scolaire. Cela peut être un frein pour des adolescents (et/ou leurs parents) à l'utilisation de cette modalité de soins (particulièrement sur des profils d'hyperinvestissement scolaire, souvent présentés par des patients ayant un TCA). Cependant, l'hospitalisation de jour reste moins contraignante par rapport à la scolarité qu'une hospitalisation complète, même s'il est possible de scolariser les adolescents à l'école à l'hôpital (conformément à l'arrêté du 2 avril 2009 relatif à la « création et à l'organisation d'unités d'enseignement dans les établissements et services médico-sociaux ou de santé »). C'est le CESA qui a ce rôle au CHU de Rouen. Cela amène aussi la question du lien entre l'HDJ et l'établissement scolaire de l'adolescent. Il n'y a pas d'intervenant référent par rapport à la scolarité au sein de l'hôpital de jour, ce qui peut être problématique pour assurer une prise en charge optimale. Avoir un intervenant issu de l'éducation nationale inclus dans l'HDJ et participant à la prise en charge des adolescents pourrait améliorer la communication et donc le lien.

Le sex-ratio est largement en faveur d'une surreprésentation féminine, de façon plus ou moins marquée selon les pathologies. Ce résultat est peu surprenant concernant les patients présentant un TCA (le type de TCA le plus représenté dans notre population est l'anorexie mentale restrictive, où le sex ratio est de 8F/1H selon le Collège de Psychiatrie). Ces chiffres semblent cohérents avec des études épidémiologiques plus vastes, où 30% des adolescentes déclarent souffrir d'avoir un corps qui ne représente pas ce qu'elles sont, contre 16% des garçons, avec des complexes qui paraissent se focaliser sur le ventre et les cuisses (3).

En ce qui concerne les adolescents adressés pour obésité, le contraste semble, en revanche, plus marqué que dans la population générale (24).

Concernant leurs parents, la majorité était en couple. Parmi les enfants de parents séparés, la garde principale maternelle était largement majoritaire, ce qui est là encore un chiffre très proche de la population générale (78% dans cette étude et 76% dans la population générale selon l'Insee en 2015). La proportion de gardes alternées était de 17%, tout comme dans la population générale, toujours selon les données de l'Insee parues en 2015. Les adolescents faisaient le plus souvent partie d'une fratrie de 2 enfants, qui correspond tout à fait à l'indicateur conjoncturel de fécondité observé en France ces dernières années (données provenant de l'Insee)

En ce qui concerne les catégories socioprofessionnelles des parents des adolescents adressés, il est intéressant de noter que là encore, on retrouve une distribution tout à fait superposable à celle de la population générale française selon les chiffres de l'Insee de 2019.

Au total, on constate clairement que les adolescents qui sont pris en charge en HDJ ressemblent tout à fait aux adolescents français de la population générale en termes de schémas familiaux et de scolarité.

Au moins 87% des adolescents ne faisaient pas l'objet de mesures éducatives. On retrouve dans cette étude 4 Aides Éducatives à Domicile et 3 Actions Éducatives en Milieu Ouvert, qui sont deux types de mesure relativement légère maintenant l'adolescent au sein de son environnement familial.

Concernant la pratique d'une activité physique, les recommandations nationales préconisent 1h d'exercices physiques par jour (type marche à pied). L'activité physique sportive est quant à elle recommandée à hauteur d'1h, un jour sur deux, soit environ 3,5h/semaine (selon les documents à usage du public mis à disposition par le Programme National Nutrition Santé via son site internet mangerbouger.fr). Sur l'ensemble des adolescents adressés à l'HDJ, cet

objectif est atteint (avec 4h d'activité sportive hebdomadaire). On remarque toutefois en observant ce paramètre en fonction des pathologies que les adolescents obèses pratiquent nettement moins de sport (1,8h/semaine), ce qui est, comme vu précédemment, inférieur aux recommandations.

On retrouve des antécédents familiaux d'obésité chez les 3/4 des adolescents admis en HDJ pour ce motif. Ces résultats concordent avec les données de la littérature (25).

En ce qui concerne les patients adressés à l'HDJ dans un contexte de TCA, un antécédent familial était retrouvé dans 29% des cas. Ces données concordent parfaitement avec celles retrouvées dans la littérature. En effet, le poids de l'historique familial est connu et bien décrit depuis plusieurs décennies avec des études très anciennes, comme avec celle de Morgan et al en 1975 (26) qui retrouvaient un résultat similaire. De même, la psychopathologie transgénérationnelle est également un facteur pouvant expliquer ces résultats : l'impact d'un parent présentant un TCA sur son enfant (souvent la mère par rapport à sa fille). Une étude de 1999 par Waugh et al. (27) comparait des enfants (entre 1 et 4 ans) de mères ayant un TCA à un groupe contrôle et concluait que ce facteur contribuait à favoriser une évolution pathologique, sur une vulnérabilité génétique, sans toutefois établir de lien direct de causalité. On peut également mettre en avant le type de profil des mères TCA avec la rigidité et le perfectionnisme et leur influence sur l'enfant. Les recherches modernes continuent d'étayer ces faits par des pistes génétiques, avec notamment des études très récentes (réalisées en 2019) identifiant 8 loci comme significativement plus fréquemment retrouvés chez des patients anorexiques que chez les témoins (28).

On ne retrouve pas d'antécédents d'hospitalisation pour 43% des adolescents adressés à l'HDJ. Dans le cas contraire, il s'agit le plus souvent d'une seule hospitalisation (30%).

Au total, si l'HDJ peut être un mode de relai à la sortie d'une hospitalisation complète, elle concerne des patients qui n'ont jamais été hospitalisés, pouvant suggérer une intervention précoce dans le parcours de soin.

Parallèlement, 31% des adolescents ne prenaient pas de traitement au moment de la consultation de préadmission. Les traitements les plus représentés restaient les traitements psychotropes (retrouvés chez 49% des adolescents). En ce qui concerne les psychotropes, la classe majoritaire était les antidépresseurs. Cela est cohérent avec la littérature. Les traitements recommandés sont avant tout de l'ordre psychosocial (14,29). Il n'existe pas de traitement médicamenteux spécifiques des troubles du comportement alimentaire ou de l'obésité. Le fait

que les psychotropes soient aussi présents, et en particulier les antidépresseurs, peut s'expliquer par l'importance des comorbidités dans ces pathologies, notamment la dépression (30–32).

En termes de thérapies non médicamenteuses, au moins 93% des patients ne suivaient pas de thérapie familiale. Cet aspect est dommageable dans le sens où la thérapie familiale est un traitement de choix dans l'anorexie mentale (25). La présence de cette information dans les dossiers suggère l'intérêt porté par les professionnels de l'HDJ à cette modalité de soins. L'HDJ peut se présenter soit comme un premier intervenant évoquant cette modalité thérapeutique avec l'adolescent et sa famille pour pouvoir amorcer un suivi en externe ou bien proposer une nouvelle fois la thérapie familiale lorsque cette prise en charge a déjà été évoquée auparavant, par exemple en hospitalisation complète où l'urgence de la situation ne permettait pas une bonne compréhension des tenants et aboutissants de la thérapie familiale. Malgré l'efficacité rapportée de cette prise en charge, elle reste difficile à mettre en place. Du côté des patients, l'organisation en amont peut être compliquée, puisque ces thérapies nécessitent la présence de l'adolescent mais aussi des parents et de la fratrie. Du côté soignant, le nombre de professionnels formés gagnerait à s'accroître, même si le facteur principal est plutôt de l'ordre matériel, les salles aménagées spécifiquement pour cette prise en charge étant très peu nombreuses.

Les adolescents sont adressés environ deux fois plus souvent par un pédopsychiatre (39%) que par un autre médecin (16% pour les pédiatres, 17% pour les médecins traitants notamment). Ceci suggère que l'HDJ est une structure qui tend à être bien connue des pédopsychiatres, mais qui gagnerait à être développée auprès des autres spécialistes au contact des adolescents. Autre élément en faveur de ce postulat : lorsque l'adolescent était adressé à l'HDJ par un pédopsychiatre, il y était effectivement admis dans 95% des cas. S'il était adressé par un pédiatre, il était un peu plus souvent réorienté (13%). Lorsque l'HDJ était proposée par un médecin traitant, seulement 50% des indications étaient validées à l'issue de la consultation de préadmission. Non seulement l'HDJ pourrait gagner à être mieux connue des autres spécialistes amenés à intervenir auprès des adolescents, mais les indications pourraient être précisées pour ceux qui connaissent déjà ce type de structures.

La consultation de préadmission est en effet l'occasion de rediriger les adolescents qui pourraient bénéficier d'un autre type de prise en charge, en ambulatoire ou en hospitalisation selon les cas. Cette redirection concernait le plus souvent les patients atteints de TCA. Il est d'ailleurs intéressant de noter que tous les adolescents qui ont été pris en charge en hospitalisation complète à l'issue de la consultation de préadmission étaient des patients

présentant un TCA. En effet, en fonction de la temporalité de la prise en charge, cette pathologie peut ne pas nécessiter une intensification des soins, ou se compliquer et nécessiter une prise en charge plus lourde.

L'un des objectifs de la création de l'hôpital de jour était également de « fluidifier » le parcours de l'adolescent, en permettant de diminuer le délai de consultation à la MDA par un pédopsychiatre et un pédiatre (les délais pouvant atteindre 6 semaines pour une consultation avec un pédopsychiatre et 3 mois avec un pédiatre, alors que parfois la consultation pédiatrique était nécessaire plus rapidement que la consultation pédopsychiatrique). Une fois l'adolescent admis à l'HDJ, le délai moyen séparant la consultation de préadmission et l'admission effective était de 14 jours et la médiane était de 8,5 jours. Selon une enquête de l'Association Française pour le Développement des Approches Spécialisées des Troubles du Comportement Alimentaire (AFDAS-TCA) en 2008 sur 134 structures spécialisées dans les soins pour les troubles du comportement alimentaire, les délais de prise en charge en HDJ sont moins longs que pour une hospitalisation complète ou une consultation, le délai d'attente ne dépassant pas un mois dans plus de la majorité des cas. Cela est cohérent avec les résultats de notre étude.

Au début de la prise en charge en HDJ, un programme personnalisé est présenté à l'adolescent et à sa famille, impliquant une fréquence hebdomadaire de prise en charge en fonction des objectifs fixés et de l'étape de la prise en charge. Dans la plupart des cas, cette fréquence est restée fixe tout au long de la prise en charge (en moyenne, 1,86j par semaine en cas de TCA, 1,75j par semaine en cas d'obésité, et 1,26j par semaine en cas de pathologies chroniques). La plupart des patients pour lesquels la fréquence de prise en charge a varié présentaient un TCA. On remarque que de façon globale, ces adolescents ont commencé leur prise en charge le plus souvent à 3j/semaine. Cette fréquence a, par la suite, diminuée progressivement. Il s'agit en effet souvent de prise en charge longue, pouvant s'étendre au-delà de 8 mois. L'enquête de l'AFDAS-TCA rapporte une prise en charge longue des patients avec plus d'un quart des prises en charge d'AFDAS-TCA dépassant 6 mois. De plus, la fréquentation moyenne des HDJ était d'environ deux fois par semaine. Cela reste cohérent avec notre étude, malgré la présence d'autres pathologies prises en charge et de protocoles spécifiques (pour la chirurgie bariatrique). Même si la durée de prise en charge est souvent longue, elle varie en fonction des hôpitaux de jour. La durée proposée à l'hôpital de jour de médecine de l'adolescent du CHU de Rouen est de 2 mois, renouvelable. Cette durée a été choisie car elle permet notamment de réajuster la fréquence et les jours de la prise en charge plus facilement, pour

optimiser le parcours de l'adolescent. De plus, cette durée de 2 mois correspond plus ou moins à l'intervalle entre deux périodes de vacances scolaires.

Le programme de l'adolescent au sein de l'hôpital de jour, outre les consultations médicales avec les différents spécialistes, comporte des médiations en groupe. Ces médiations sont choisies en fonction des problématiques rencontrées, même s'il y a peu de médiations spécifiques de pathologies.

On relève par exemple que 73,33% des adolescents obèses ont réalisé du sport adapté, quand cette médiation ne concernait que 42,22% des adolescent présentant un TCA et 56% avec pathologies chroniques. Ce résultat correspond en effet au besoin des adolescents, puisqu'on retrouvait chez les patients obèses une pratique sportive sous les seuils de recommandations à l'entrée. En revanche, les patients présentant un TCA pouvaient présenter des contre-indications à la pratique du sport (par exemple lors d'une mauvaise tolérance hémodynamique), qui peut expliquer cette différence. Il n'a cependant pas été pris en compte la pratique sportive malgré une dispense de sport chez les adolescents présentant un TCA. Afin d'améliorer cette partie de la prise en charge, et de l'adapter au mieux aux différents profils d'adolescents, un intervenant spécialisé serait nécessaire. C'est pourquoi la recherche d'un éducateur en activité physique adaptée est en cours.

Certaines médiations semblent très fréquemment proposées, telles que les médiations corporelles. La plupart des médiations ne sont pas spécifiques d'une pathologie particulière. Il y en a toutefois quelques-unes, notamment la médiation multi-sensorielle (33) ou la balnéothérapie, qui ne sont proposées qu'aux adolescents présentant un TCA.

En sus des médiations, des prises en charges individuelles peuvent être proposées. On peut relever notamment que le suivi avec un ergothérapeute ou un kinésithérapeute n'a pas été rapporté pour les adolescents atteints de pathologies chroniques. On peut supposer que ces patients disposent déjà d'une prise en charge par ailleurs et sont adressés à l'HDJ pour des problématiques psychologiques plus spécifiques. Le suivi individuel par psychothérapie était en effet retrouvé pour un tiers d'entre eux. Il pourrait y avoir plusieurs raisons à cela : l'adolescent peut disposer d'un suivi psychothérapeutique antérieur à la prise en charge en HDJ, ou bien l'adolescent n'est pas encore prêt à entreprendre un suivi psychothérapeutique au moment de la prise en charge en HDJ, ou encore il manque du temps de psychologue pour pouvoir leur proposer un suivi individuel en HDJ. Pour cela, la question de la place de l'hôpital de jour pour les suivis psychothérapeutiques se pose : le suivi individuel pourrait se faire en extérieur (en CMP ou en libéral), et consacrer le temps psychologue au sein de l'hôpital de jour aux médiations groupales.

La durée moyenne de prise en charge était relativement similaire quelle que soit la pathologie rencontrée (144,38j en moyenne). On note cependant un écart type très important, témoignant d'une grande dispersion de cette valeur à l'échelle individuelle.

A la sortie de l'HDJ, le relai se fait très majoritairement en ambulatoire, et le plus souvent à la MDA. A la sortie, très peu d'adolescents sont adressés à l'hospitalisation complète depuis l'HDJ, pouvant témoigner d'une bonne évolution au cours de cette prise en charge. Cependant, il est à noter que certains adolescents ont dû être orientés sur une hospitalisation complète au cours de leur prise en charge en HDJ dans un contexte d'urgence (que ce soit pédiatrique ou psychiatrique) mais ont pu reprendre la prise en charge en HDJ à l'issue de cette hospitalisation.

Les limites de cette étude sont tout d'abord son caractère rétrospectif, induisant nécessairement un biais dans la collecte des données, qui peuvent parfois être manquantes dans les dossiers. Son caractère monocentrique également, qui empêche toute généralisation à des structures similaires. Ceci est toutefois à relativiser, car les hôpitaux de jour ciblant la population adolescente sont eux-mêmes difficilement comparables. Le recrutement est souvent spécifique à chaque structure et les protocoles sont locaux.

Cependant, cette étude comporte un certain nombre de points forts. En effet, une étude de cette ampleur est la première à être réalisée sur cette structure, depuis la création du service. Elle permet d'obtenir des données à long terme, notamment en ce qui concerne le devenir des patients. De plus, le recueil des données disponibles de l'ensemble des patients pris en charge durant cette période permet d'obtenir une vue d'ensemble, avec un échantillon conséquent.

Conclusion

La population est comparable entre les adolescents adressés à l'hôpital de jour de médecine de l'adolescent et les données de la littérature. La majorité des patients a été adressé par un pédopsychiatre, et lorsque ce n'était pas le cas, l'orientation en HDJ est plus fréquemment redéfinie à l'issue de la consultation de préadmission. L'hôpital de jour, dont l'essence même est de fonctionner en réseau, est une structure jeune. Ces différents éléments suggèrent que sa place au sein du réseau est en cours de développement, et reste perfectible. Les points forts de l'hôpital de jour sont : l'entrée par sa consultation de préadmission, qui permet d'orienter au mieux les adolescents dont l'indication d'une prise en charge n'est pas retenue, mais qui permet également un délai d'admission plus court que d'autres modalités de prises en charge. L'hôpital de jour offre des médiations et des thérapies variées en fonction des besoins et de la pathologie de l'adolescent, aboutissant à une véritable médecine personnalisée. La multiplicité des intervenants permet un regard transdisciplinaire sur ces pathologies complexes aux enjeux intriqués, permettant une vue globale des problématiques de l'adolescent.

Bibliographie

1. Caballero A, Granberg R, Tseng KY. Mechanisms contributing to prefrontal cortex maturation during adolescence. *Neurosci Biobehav Rev.* nov 2016;70:4-12.
2. Marcelli D, Braconnier A, Tandonnet L. *Adolescence et psychopathologie*. Elsevier Health Sciences; 2018. 945 p.
3. Jusselme C. *Portraits d'adolescents*. INSERM. 2013;
4. médicale (Inserm) I national de la santé et de la recherche. *Troubles mentaux : Dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent* [Internet]. Les éditions Inserm; 2002 [cité 15 juin 2020]. Disponible sur: <http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/165>
5. Hall GS. *its psychology and its relation to physiology, antropology, sociology, sex, crime, religion and education*. (ADOLESCENCE; vol. 2).
6. Gallagher JR. The origins, development, and goals of adolescent medicine. *J Adolesc Health Care.* août 1982;3(1):57-63.
7. Alderman EM, Rieder J, Cohen MI. The History of Adolescent Medicine. *Pediatr Res.* juill 2003;54(1):137-47.
8. Blum RW, Bastos FI, Kabiru CW, Le LC. Adolescent health in the 21st century. *The Lancet.* avr 2012;379(9826):1567-8.
9. Resnick MD, Catalano RF, Sawyer SM, Viner R, Patton GC. Seizing the opportunities of adolescent health. *The Lancet.* avr 2012;379(9826):1564-7.
10. Wachter MAM de. *Médecine et adolescence*. Presses Université Laval; 1980. 324 p.
11. Zipfel S, Reas DL, Thornton C, Olmsted MP, Williamson DA, Gerlinghoff M, et al. Day hospitalization programs for eating disorders: A systematic review of the literature. *Int J Eat Disord.* mars 2002;31(2):105-17.
12. Garfinkel PE. The treatment of anorexia nervosa in Toronto. *J Psychiatr Res.* 1 janv 1985;19(2):405-11.
13. Piran N, Kaplan A, Kerr A, Shekter-Wolfson L, Winocur J, Gold E, et al. A day hospital program for anorexia nervosa and bulimia. *Int J Eat Disord.* 1989;8(5):511-21.
14. *Treatment of Patients With Eating Disorders, Third Edition*. In: *APA Practice Guidelines for the Treatment of Psychiatric Disorders: Comprehensive Guidelines and Guideline Watches* [Internet]. 1^{re} éd. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2006 [cité 3 août 2020]. Disponible sur: <http://www.psychiatryonline.com/content.aspx?aID=138660>
15. *Recommandations de bonne pratique. Anorexie mentale : prise en charge*. Médecine

Thérapeutique. 1 janv 2012;17(4):334-61.

16. Ministère de la santé. Plan National Nutrition Santé. 2019. 2019;
17. NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128·9 million children, adolescents, and adults. *Lancet Lond Engl*. 16 déc 2017;390(10113):2627-42.
18. Pol TDS. Obésité et milieux sociaux en France: les inégalités augmentent. :7.
19. HAS. Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent. *Recomm BONNE Prat*. 2011;
20. Baur LA, Hazelton B, Shrewsbury VA. Assessment and management of obesity in childhood and adolescence. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. nov 2011;8(11):635-45.
21. Dietz WH. Therapeutic Strategies in Childhood Obesity. *Horm Res*. 1993;39:86-90.
22. Strauss R. Childhood Obesity. *Curr Probl Pediatr*. 1999;29:5-29.
23. Chirurgie de l'obésité pour les moins de 18 ans : à n'envisager que dans des cas très particuliers [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 13 août 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2620574/fr/chirurgie-de-l-obesite-pour-les-moins-de-18-ans-a-n-envisager-que-dans-des-cas-tres-particuliers
24. Direction de la Recherche des études, de l'évaluation et des statistiques. Epidémiologie de l'obésité chez les adolescents. 2019.
25. Corica D, Aversa T, Valenzise M, Messina MF, Alibrandi A, De Luca F, et al. Does Family History of Obesity, Cardiovascular, and Metabolic Diseases Influence Onset and Severity of Childhood Obesity? *Front Endocrinol*. 2 mai 2018;9:187.
26. Morgan HG, Russell GFM. Value of family background and clinical features as predictors of long-term outcome in anorexia nervosa: four-year follow-up study of 41 patients. *Psychol Med*. nov 1975;5(4):355-71.
27. Waugh E, Bulik CM. Offspring of women with eating disorders. *Int J Eat Disord*. 1999;25(2):123-33.
28. Anorexia Nervosa Genetics Initiative, Eating Disorders Working Group of the Psychiatric Genomics Consortium, Watson HJ, Yilmaz Z, Thornton LM, Hübel C, et al. Genome-wide association study identifies eight risk loci and implicates metabo-psychiatric origins for anorexia nervosa. *Nat Genet*. août 2019;51(8):1207-14.
29. Bell L. What can we learn from consumer studies and qualitative research in the treatment of eating disorders? *Eat Weight Disord - Stud Anorex Bulim Obes*. sept 2003;8(3):181-7.

30. Nascimento VS do, Santos AV dos, Arruda SB, Silva GA da, Cintra JD de S, Pinto TCC, et al. Association between eating disorders, suicide and depressive symptoms in undergraduate students of health-related courses. *Einstein Sao Paulo*. 12 déc 2019;18.
31. Puccio F, Fuller-Tyszkiewicz M, Ong D, Krug I. A systematic review and meta-analysis on the longitudinal relationship between eating pathology and depression. *Int J Eat Disord*. mai 2016;49(5):439-54.
32. Mannan M, Mamun A, Doi S, Clavarino A. Prospective Associations between Depression and Obesity for Adolescent Males and Females- A Systematic Review and Meta-Analysis of Longitudinal Studies. *PloS One*. 2016;11(6):e0157240.
33. Dodin V, Payen A, Croquelois C, Bayart A, Benzidour N, Anache C, et al. Soins à médiation multi-sensorielle. *Adolescence*. 13 nov 2012;T. 30 n°3(3):603-16.

BILAN D'ACTIVITE DE L'HOPITAL DE JOUR DE MEDECINE DE L'ADOLESCENT DU CHU DE ROUEN

Introduction : La médecine de l'adolescent nécessite une prise en charge pluridisciplinaire. L'hôpital de jour de médecine de l'adolescent du CHU de Rouen est une structure récente, logiquement créée pour s'intégrer dans un réseau de soins, et fait le lien entre l'hospitalisation complète et le secteur ambulatoire. Il accueille des patients présentant des pathologies où les problématiques psychiques et somatiques sont intriquées.

Méthode : Cette étude est épidémiologique, descriptive, rétrospective et monocentrique au CHU de Rouen. L'objectif est de dresser un bilan de l'activité de l'hôpital de jour et d'en retirer les points forts et les limites, afin de créer des pistes d'amélioration. La population étudiée se compose des patients pour lesquels une demande de prise en charge à l'hôpital de jour a été faite de son ouverture en octobre 2018 à décembre 2019.

Résultats : Cette étude détaille les caractéristiques socio démographiques des patients (âge, sex ratio, pathologies rencontrées, mode de vie, antécédents et traitements), mais aussi sur le mode d'arrivée à l'hôpital de jour, les différentes prises en charge mises en place, l'orientation post hospitalisation.

Discussion : Les indications de l'hôpital de jour pourraient être d'avantage promues aux différents professionnels de santé intervenant auprès des adolescents. Les points forts sont : la pluridisciplinarité des intervenants et des prises en charge, la consultation de préadmission, des délais d'admission courts, des médiations variées et adaptées.

Conclusion : l'hôpital de jour de médecine de l'adolescent est un maillon fort du réseau de soins. Cette structure récente ne demande qu'à se développer.

Mots clés : adolescence, hôpital de jour, trouble du comportement alimentaire, obésité, chirurgie bariatrique, pathologies chroniques