

Université de Lille

Formation continue - UFR Sciences de santé et du sport

Année universitaire 2025/2026

Mémoire pour l'obtention du
DIU Troubles du Comportement Alimentaire

présenté par

Alexandra BERGONZOLI RIVIERE

(née le 02/04/79)

Améliorer l'estime de soi pour agir sur l'hyperphagie boulimique?

*Évaluation d'un accompagnement collectif centré sur l'estime de soi
auprès d'adolescents en obésité sévère (CHU de La Réunion, 2024-2026)*

Direction du mémoire :

Dr Komlan HEGBE

Dr Tianna LOOSE

Responsabilité pédagogique :

Pr Paul BRUNAULT (Tours)

Pr Olivier COTTENCIN (Lille)

Pr Marie GRALL-BRONNEC (Nantes)

Pr Sébastien GUILLAUME (Montpellier)

REMERCIEMENTS

Je remercie pour leur direction de mémoire, Komlan Hegbe et Tianna Loose, Psychologues et docteurs en psychologie. Je suis touchée par votre investissement enthousiaste à mes côtés pour donner à ce travail toute la rigueur qu'il mérite.

Je remercie les membres du jury, Mme Julie Capelle, Dr Sylvain Lambert, M. Nicolas Sahuc et en particulier Pr Olivier Cottencin, Professeur de psychiatrie et d'addictologie, en tant que Président du jury et Responsable pédagogique de ce DIU porté par Lille cette année.

J'adresse également mes remerciements à l'ensemble des équipes pédagogiques qui contribuent à l'intérêt de ce DIU. En particulier, je remercie le Responsable pédagogique de ce DIU à l'Université de Tours, Pr Paul Brunault, Professeur de psychiatrie et d'addictologie, pour son accueil en stage et sa générosité dans la transmission de ses savoirs.

Merci au CHU de la Réunion pour le financement de ma participation à ce DIU TCA, ainsi qu'au Fond de solidarité Santé Solid'R du CHU de la Réunion d'avoir cru en notre projet ESAO (Estime de Soi Adolescents en Obésité). Merci à ceux qui, par leur présence aux vernissages, ont soutenu notre action : M. Patrick Goyon, Directeur du CHU Sud Réunion, les cadres du Pôle Femme Mère Enfant, Mme Danièle Bègue puis Mme Sabrina Robert et Dr Mahé Ruin, Responsable de la Pédiatrie (Sud). Merci à Natacha Dijoux et Lindsay Ethève du service Communication du CHU pour leur engouement.

Je remercie la photographe Sandrine Hubert Delisle pour notre joyeuse collaboration.

Enfin, ma reconnaissance va aussi au Dr Laure Houdon, Pédiatre endocrinologue et Responsable de l'Endocrinologie pédiatrique au CHU Sud Réunion. Merci Laure pour ta confiance, merci de rendre ce travail possible. Merci à toute l'équipe qui s'est engagée à fond dans cet accompagnement pour les adolescents et en particulier à Claire Chambertin, Éducatrice spécialisée. J'ai beaucoup de chance de travailler avec vous.

Pour finir, je remercie ma petite famille, mon mari et mes enfants pour leur soutien inconditionnel.

Table des matières

INTRODUCTION.....	3
1. CONTEXTE CLINIQUE.....	4
1.1. L'ENDOCRINOLOGIE PÉDIATRIQUE AU CHU SUD RÉUNION	4
1.2. LE DIAGNOSTIC D'HYPERPHAGIE BOULIMIQUE (HB) AU SEIN DE NOTRE SERVICE	5
1.3. LES FREINS AU DIAGNOSTIC	6
2. CADRE THEORIQUE	7
2.1. L'OBÉSITÉ CHEZ L'ADOLESCENT.....	7
2.2. L'HYPERPHAGIE BOULIMIQUE (HB)	8
2.3. OBÉSITÉ ET HYPERPHAGIE BOULIMIQUE (HB).....	10
2.4. L'ESTIME DE SOI	11
2.4.1. L'estime de soi des adolescents en obésité	11
2.4.2. L'estime de soi comme levier thérapeutique	11
2.4.3. L'apparence comme déterminant central de l'estime de soi.....	12
2.5. LIEN ENTRE L'ESTIME DE SOI ET L'HYPERPHAGIE BOULIMIQUE (HB)	13
2.6. PROBLEMATIQUE	13
3. L'ACCOMPAGNEMENT COLLECTIF "ESTIME DE SOI ADOLESCENTS EN OBESITE " (ESAO) : PRÉSENTATION ET MÉTHODE D'ÉVALUATION	14
3.1. CONCEPTION ET RÉALISATION DU PROGRAMME ESAO	14
3.2. MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE	17
3.2.1. Population	17
3.2.2. Mesures	18
3.2.3. Considérations éthiques	20
3.2.4. Plan d'analyse statistique	20
4. RESULTATS	21
4.1. ESTIME DE SOI	21
4.2. LE COMPORTEMENT ALIMENTAIRE	22
4.3. L'AVIS DES ADOLESCENTS ET DE LEURS PARENTS	22
5. DISCUSSION	25
5.1. QUESTIONS PRINCIPALES.....	25
5.2. LIMITES ET FORCES DE L'ÉTUDE	28
5.3. PERSPECTIVES	29
CONCLUSION	29

LISTE DES SIGLES

ADO-BEDS : *Adolescent Binge Eating Scale* (échelle d'accès hyperphagiques pour adolescents)

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIM : Classification Internationale des Maladies (OMS)

CSO : Centre Spécialisé de l'Obésité

DIU : Diplôme Inter-Universitaire

DSM : *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux)

EAPA : Enseignant en Activité Physique Adaptée

ESAO : Estime de Soi Adolescents en Obésité (accompagnement collectif)

HAS : Haute Autorité de Santé

HB : Hyperphagie Boulimique

IMC : Indice de Masse Corporelle

IOTF : *International Obesity Task Force* (Groupe de travail international sur l'obésité)

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RSE / RSES : *Rosenberg Self-Esteem Scale* (échelle d'estime de soi de Rosenberg)

SMR : Soins Médicaux et de Réadaptation

TCA : Trouble du Comportement Alimentaire

UF : Unité de Fonctionnement

Introduction

J'exerce en tant que psychologue clinicienne en Pédiatrie générale, au CHU de la Réunion (Sud). Plus particulièrement, il s'agit ici de mon activité au sein de l'Endocrinologie pédiatrique. Ce mémoire témoigne du profit tiré de ce Diplôme Inter-Universitaire (DIU) sur les Troubles du Comportement Alimentaire (TCA), en termes de connaissances acquises et de réflexions impulsées, tant sur le plan théorique que clinique.

Participer au DIU TCA est une opportunité qui se concrétise dans ce mémoire par deux volets. D'abord réaliser cette étude, l'évaluation d'un accompagnement collectif d'adolescents en obésité sévère. Nous voulions proposer un programme innovant, loin du classique "manger, bouger" ô combien nécessaire, mais a priori pas très motivant pour des adolescents suivis de longue date. Cet accompagnement a vocation à améliorer l'estime de soi. Chemin faisant, la question de son effet sur les comportements alimentaires a émergé. Il n'a pas été conçu comme une recherche mais les retours cliniques ont suscité mon intérêt et la nécessité de cette étude.

La deuxième opportunité, et non des moindres, concerne le point sur ma pratique clinique quant aux TCA. L'abord des TCA ne pouvant se réduire à la question d'un professionnel ou d'un autre, la question se pense nécessairement de manière articulée ; je me permettrai ainsi, en filigrane de l'étude, un point plus global sur nos avancées et points de butée, au niveau de l'Endocrinologie pédiatrique.

Bien entendu ces deux aspects sont liés, car l'accompagnement, nommé "Estime de Soi pour Adolescents en Obésité" (ESAO), met en exergue une modalité de repérage du risque d'hyperphagie boulimique (HB) - le questionnaire ADO-BEDS- et pointe la difficulté du diagnostic d'HB, en particulier pour ce jeune public.

Par conséquent, la problématique étudiée concerne l'évaluation de l'accompagnement ESAO (Estime de Soi Adolescents en Obésité). Afin d'introduire cette problématique, le contexte clinique (partie 1) et le cadre théorique (partie 2) sont présentés. Cet accompagnement est décrit (partie 3) et s'ensuivent les résultats (partie 4) et la discussion inhérente (partie 5).

1. CONTEXTE CLINIQUE

1.1. L'endocrinologie pédiatrique au CHU Sud

Réunion

L'Endocrinologie recouvre plusieurs Unités de Fonctionnement (UF) comprenant des hôpitaux de jour, des hospitalisations complètes ainsi que des consultations externes. Les UF de Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR) sont également concernées par l'évaluation, le suivi et l'éducation thérapeutique des patients en obésité.

Ces patients, adressés par un médecin, relèvent d'un deuxième ou troisième recours de prise en charge de leur obésité. Cela signifie que l'obésité est significativement sévère et complexe, résistante aux soins réalisés par les professionnels libéraux et le milieu associatif dédié. Notre cohorte est estimée autour des 300 patients, avec en 2025 une centaine de nouvelles demandes. Des patients sont régulièrement sortis de la cohorte en étant réorientés vers les suivis extérieurs au CHU, lorsque l'état de santé de l'enfant n'est pas compliqué médicalement, et plus globalement, que l'évaluation en équipe de la complexité de la situation ne le contre-indique pas.

En somme, les enfants ou adolescents que nous suivons sont dans une situation grave et préoccupante sur le plan médical, engageant leur espérance de vie. A ce tableau médical, s'ajoutent en général de nombreux autres facteurs de vulnérabilité, d'ordre psychologique et social (précarité sociale, difficultés de séparation dans la relation parent-enfant, faible estime de soi, déscolarisation, vécu de rejets des pairs, ...).

Malgré cette réalité, ces patients, que nous rencontrons en équipe pluriprofessionnelle, ne sont pas toujours en demande de suivi de leur obésité. L'obésité peut être totalement banalisée, perçue comme une norme familiale, une fatalité. Ces patients viennent assez souvent portés par la seule impulsion du médecin traitant, soucieux des complications médicales (hypertension artérielle, diabète, pathologie ostéo-articulaire, stéatose hépatique, ...). D'autres fois, les parents sont inquiets, et plus rarement l'enfant ou l'adolescent peut lui-même formuler une demande d'aide. Tous les cas de figure co-existent.

Cette question de la demande - ou pour le dire autrement des attentes de la famille à l'égard de l'équipe - retient mon attention car elle laisse entrevoir nos possibilités d'intervention et la nécessité le cas échéant d'accompagner à l'émergence d'une demande de l'enfant et de ses

parents. Si cette demande n'est déjà pas évidente pour la prise en soin de l'obésité, elle l'est encore moins pour l'éventuelle hyperphagie boulimique (HB) associée. En d'autres termes, il revient aux professionnels d'introduire le sujet. Non recherché, le TCA passe facilement sous silence alors qu'il pourrait être déterminant dans l'étiologie et le maintien des troubles somatiques. Comment dès lors espérer une amélioration de l'obésité ?

1.2. Le diagnostic d'hyperphagie boulimique (HB) au sein de notre service

La création des UF spécialisées d'Endocrinologie pédiatrique est récente (2022) et a auguré d'une augmentation significative de la prise en soin de l'obésité. Depuis, nous sommes de plus en plus attentifs au comportement alimentaire, soucieux de détecter l'HB. Plus largement, l'équipe cherche à repérer l'ensemble des difficultés de régulation du comportement alimentaire ou des désordres alimentaires (tachyphagie, hyperphagie prandiale, alimentation émotionnelle, restriction cognitive...). Pour autant le diagnostic n'est pas systématique et la prise en charge de l'HB reste à améliorer au sein de notre service, nous y reviendrons.

Pour ma part, il faut parfois un temps considérable pour évaluer le comportement alimentaire. La première rencontre avec l'enfant et sa famille, que je nomme "bilan obésité", est un temps où je cherche à me faire une idée globale des besoins de l'enfant au niveau psychologique. Le plus souvent, c'est la première fois que la famille rencontre une psychologue. J'ai en tête de nombreux aspects à évaluer, à adapter en fonction de l'âge :

- analyse de la demande,
- préoccupation des parents quant à l'enfant,
- histoire de l'enfant et relation parent-enfant,
- avis de l'enfant sur ses différentes sphères de vie (scolaire, familiale, relations avec les autres,...),
- étiologie de l'obésité selon l'enfant et selon ses parents (recherche d'un éventuel traumatisme déclencheur),
- vécu de l'obésité (rapport au corps, stigmatisation, impact sur la qualité de vie, estime de soi...),
- rapport à l'alimentation (place de l'alimentation, lien avec les émotions, perte de contrôle, ...)

Au moment de ce bilan, j'ignore si cette rencontre fera série ou pas, et quand c'est possible (selon mon emploi du temps), je réalise un entretien familial et un entretien individuel. Malgré

ce cadre clair énoncé, je garde une posture souple, en laissant un espace à la parole spontanée et en favorisant une relation de confiance. C'est ainsi que le temps de l'entretien est parfois occupé par une préoccupation au premier plan pour l'enfant ou l'adolescent et nous prenons le temps de traiter ce point, quitte à omettre d'autres aspects. C'est régulièrement le cas pour des problématiques d'harcèlement scolaire, fréquentes pour les patients en obésité. J'entends cela comme étant la demande d'aide de l'enfant et elle est à mon sens incontournable. D'autres cas de figure se présentent, par exemple qu'il faille s'occuper en premier lieu d'une dépression parentale très manifeste. De fait, la tournure de l'entretien ne peut guère être totalement prévue à l'avance.

Ensuite, le temps de synthèse interdisciplinaire me permet d'éclairer autrement l'enfant et sa famille et de partager les éléments cliniques utiles. C'est le moment où les observations liées au comportement alimentaire sont mises en commun (diététicien(ne), médecin et psychologue essentiellement). Le projet de soin au sein du service ou l'orientation se dessine alors.

Pour résumer, si l'évaluation du comportement alimentaire est essentielle, elle n'est pas toujours possible dès le bilan d'obésité à mon niveau, malgré une écoute de plus en plus affûtée à cet égard.

1.3. Les freins au diagnostic

Nonobstant sa forte prévalence, l'HB demeure un diagnostic largement sous-évalué (Giel et al., 2022). Tout d'abord, rappelons que, contrairement aux autres TCA, l'HB est relativement récente, avec sa première apparition en 2013 dans le DSM-5 (classification américaine) et une intégration encore plus tardive dans la CIM-11 (classification internationale, de l'OMS) en 2020. Ce diagnostic, psychiatrique, est paradoxalement à réaliser au sein d'un service ne relevant pas de la psychiatrie, car, comme évoqué plus haut, c'est la logique dictée par la symptomatologie somatique des enfants et adolescents.

En outre, les filières de prise en charge des TCA s'organisent progressivement, avec des variations selon les régions, et de manière souvent spécifique à un TCA en particulier. Les TCA convoquent en effet des professionnels aussi bien sur un versant psychiatrique que sur un versant somatique, ce qui laisse plusieurs possibilités d'abord. Des Centres de Recours et de Coordination des TCA sont en cours de déploiement sur tout le territoire.

En conséquence, l'HB est bien peu connue du grand public et, comme pour les autres principaux TCA, la boulimie et l'anorexie mentale, l'anosognosie est fréquente. Lorsque le patient a

conscience d'une dérégulation de son alimentation, la honte et la culpabilité entravent la parole (*Boulimie et hyperphagie boulimique*, 2026). Il y a néanmoins un enjeu éthique à faire advenir autant que faire se peut cette parole, afin de sortir l'enfant ou l'adolescent d'une certaine solitude. Cette parole peut de surcroît ouvrir à des effets thérapeutiques. Afin de la favoriser, je recours si besoin à une réassurance, expliquant notamment à l'enfant ou l'adolescent que j'en connais qui vivent des pertes de contrôle, ou qui ressentent un besoin impérieux de manger quand ils s'ennuient (avec des formulations adaptées bien entendu). Lorsque je sens de l'inhibition ou de la réticence à parler de la part de l'enfant ou de ses parents, j'ai l'idée que le sujet est à (ré)aborder ultérieurement. La qualité de la relation nouée me paraît importante pour accueillir ces confidences, mais cela n'est pas forcément une question de temps et peut advenir dès le bilan obésité évoqué plus haut.

Ajoutons qu'en Pédiatrie, la culpabilité ressentie par les parents ou le fait d'être eux-mêmes concernés par les mêmes troubles participent à rendre délicat ce diagnostic. Là encore, cet aspect familial est à prendre en compte dans l'appréciation globale de la situation.

Enfin, nous le verrons dans la définition de l'HB, la symptomatologie de l'enfant et de l'adolescent pourrait être spécifique par rapport à celle de l'adulte.

2. CADRE THEORIQUE

2.1. L'obésité chez l'adolescent

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'obésité est définie comme un excès de masse grasse dû à un "déséquilibre entre l'apport énergétique (alimentation) et la dépense énergétique (activité physique)". L'équation paraît simple, mais elle ne l'est pas car "dans la plupart des cas, l'obésité est une maladie multifactorielle due à des environnements obésogènes, à des facteurs psychosociaux et à des variantes génétiques." Il s'agit d'un problème de santé publique majeur, d'envergure mondiale : la prévalence de l'obésité augmente dans presque tous les pays.

Le diagnostic d'obésité repose sur la mesure du poids et de la taille des personnes et sur le calcul de l'indice de masse corporelle (IMC) : $\text{poids (kg)}/\text{taille}^2 (\text{m}^2)$. Pour les adultes, il y a obésité quand l'IMC est égal ou supérieur à 30, mais pour les enfants et adolescents, les seuils critiques d'IMC varient en fonction de l'âge et du sexe. En France, on se réfère aux seuils définis par le Groupe de travail international sur l'obésité (*International Obesity Task Force*,

IOTF) (Cole, 2000). A titre d'illustration, un IMC à 21 à 6 ans révèle une obésité (IOTF>30), alors que ce même IMC indique la maigreur pour un adulte. Ainsi, pour la plupart des gens, à 6 ans, un enfant de poids normal paraît maigre et un enfant en obésité paraît de poids normal. Soit dit en passant, cela ne plaide pas en faveur de la prise de conscience de l'obésité par les familles. Du fait de ces particularités pédiatriques, le recours aux courbes de poids, de taille et d'IMC est indispensable pour l'enfant et l'adolescent. Logiquement, plus l'adolescent approche des 18 ans, moins la correction IOTF est importante. Plus précisément, un IMC IOTF >30 indique une obésité de grade 1 (modérée), alors qu'un IMC IOTF>35 indique une obésité de grade 2 (sévère). Pour les patients avec une obésité morbide (grade 3, IMC>40), il n'y a pas de seuil IOTF.

2.2. L'hyperphagie boulimique (HB)

La définition la plus usuelle de l'HB est celle du DSM-5, à partir des critères permettant d'établir le diagnostic dit "accès hyperphagiques" (Crocq et al., 2023) :

Critère A. Survenue récurrente d'accès hyperphagiques. Un accès hyperphagique répond aux deux caractéristiques suivantes :

- Absorption, en une période de temps limitée (moins de 2 heures), d'une quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des gens absorberaient en une période de temps similaire et dans les mêmes circonstances.
- Sentiment d'une perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise (par exemple sentiment de ne pas pouvoir s'arrêter de manger ou de ne pas pouvoir contrôler ce que l'on mange ou la quantité que l'on mange).

Critère B. Les accès hyperphagiques sont associés à au moins trois des caractéristiques suivantes :

- Manger beaucoup plus rapidement que la normale.
- Manger jusqu'à éprouver une sensation pénible de distension abdominale.
- Manger de grandes quantités de nourriture en l'absence d'une sensation physique de faim.
- Manger seul parce que l'on est gêné de la quantité de nourriture que l'on absorbe.
- Se sentir dégoûté de soi-même, déprimé ou très coupable après avoir mangé.

Critère C. Les accès hyperphagiques entraînent une détresse marquée.

Critère D. Les accès hyperphagiques surviennent, en moyenne, au moins une fois par semaine pendant 3 mois.

Critère E. Les accès hyperphagiques ne sont pas associés au recours régulier à des comportements compensatoires inappropriés comme dans la boulimie, et ne surviennent pas exclusivement au cours de la boulimie ou de l'anorexie mentale.

Dans la perspective addictologique, une attention particulière est portée à la perte de contrôle dans les prises alimentaires (critère A). Cela permet de détecter les nombreuses formes subsyndromiques (infra-diagnostiques) de l'HB, c'est à dire en deçà de la fréquence critique (critère D). Cela est d'autant plus pertinent en Pédiatrie que la recherche montre que tous ces critères de DSM-5 sont rarement réunis pour les enfants et adolescents (Chamay-Weber et al., 2017). De même, lors de l'évaluation de la souffrance induite (critère C), il est pertinent d'interroger l'envahissement psychique, c'est à dire la préoccupation pathologique pour le poids, l'apparence corporelle et/ou la nourriture.

Bien qu'elle fasse référence, cette définition du DSM-5 est remise en question, notamment car les critères de gravité (en fonction de la fréquence des accès hyperphagiques - critère D) ne seraient pas valides (Smith et al., 2017).

La CIM 11 donne une définition de l'HB nommée "frénésie alimentaire". Par rapport à celle du DSM-5, cette définition, bien que proche, laisse davantage de place à l'appréciation du clinicien (moins de repères précis, pour la fréquence des accès hyperphagiques par exemple). Cette définition insiste sur les impacts en termes de qualité de vie : "Il y a une détresse marquée concernant le schéma de frénésie alimentaire ou une déficience significative dans les domaines personnel, familial, social, scolaire, professionnel ou d'autres aspects de fonctionnement importants." (CIM, s. d.).

Les critères de Tanofsky-Kraff et al. (2008) sont également une référence, pour évaluer le comportement alimentaire des enfants, en particulier la perte de contrôle alimentaire. Initialement spécifique aux moins de 12 ans, cette définition a néanmoins servi pour l'élaboration de l'auto-questionnaire ADO-BEDS destiné aux adolescents en obésité de 12 à 18 ans, référence pour le repérage de l'HB (du fait que les critères de DSM-5 soient rarement réunis pour les enfants et adolescents (Chamay-Weber et al., 2017), comme évoqué plus haut. Les critères retenus pour la population pédiatrique varient selon les études, mais la perte de contrôle alimentaire est un critère très partagé (He et al., 2017). A noter que ces critères sont une révision de critères précédemment établis pour évaluer le comportement alimentaire des enfants (Marcus & Kalarchian, 2003).

2.3. Obésité et hyperphagie boulimique (HB)

S'il est entendu qu'obésité et HB ne se superposent pas, elles sont très liées. Les patients en obésité constituent une population à risque d'HB, et vice versa. En effet, selon une méta-analyse, la prévalence du diagnostic d'HB chez l'enfant en surpoids et obèse s'élève à 22,2 % (contre 1,6% en population adolescente selon Swanson et al., 2011) et la prévalence de la perte de contrôle alimentaire à 31,2 % (He et al., 2017). Il est fort possible que ce chiffre soit encore plus élevé au sein de notre cohorte de patients, au vu de la spécialisation de notre service (nous ne recevons pas de patients “uniquement” en surpoids mais avec une obésité sévère (en général IMC IOTF>35)).

Si l'HB favorise la prise de poids (Basdevant, 2006), l'inverse peut aussi se produire. En effet, la surcharge pondérale semble augmenter le risque de développer un TCA (Shunk & Birch, 2004). La psychopathologie des troubles alimentaires chez l'enfant à risque ou en situation d'obésité montre bien comment la stigmatisation sociale de l'obésité pousse à la dévalorisation de soi et par là-même aux pratiques alimentaires compensatoires (Paris & Isnard, 2024).

En population à risque d'HB comme le sont les patients du service, il s'agit également de détecter les désordres alimentaires (tachyphagie, restriction cognitive, hyperphagie prandiale, ...) pour orienter le suivi et limiter le risque d'apparition d'HB. Pour finir, notons que l'anorexie (atypique) est diagnostiquée plus tardivement lorsque les patients sont en surpoids (Lebow et al., 2015). Il existe en effet des bascules d'un TCA à un autre. La détermination à perdre du poids peut pousser à des restrictions très excessives jusqu'à l'anorexie, ce qui est une pratique bien entendu risquée au niveau médical. Il y a eu dans le service un adolescent qui a basculé de l'HB à la boulimie puis à l'anorexie (il participe à l'accompagnement ESAO (Estime de Soi Adolescents en Obésité) dont il s'agit ici). C'est ainsi que de manière paradoxale un patient en surpoids est nourri à l'aide d'une sonde naso-gastrique.

En somme, un service d'Endocrinologie pédiatrique est un lieu essentiel de repérage des TCA, et en particulier de l'HB. Les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) vont tout à fait dans ce sens, car la prise en charge précoce améliore le pronostic du TCA (Guide du parcours de soins : surpoids et obésité chez l'enfant et l'adolescent(e), 2023).

2.4. L'estime de soi

2.4.1. L'estime de soi des adolescents en obésité

L'estime de soi est un concept clé en psychologie. On peut la définir simplement comme : « l'évaluation qu'un individu fait de sa propre valeur, c'est-à-dire son degré de satisfaction de lui-même » (Harter, 1998). Ainsi, l'estime de soi est tout à fait subjective et sert à s'engager dans l'action : « Une des premières fonctions, et la plus facilement observable de l'estime de soi, concerne la capacité à s'engager efficacement dans l'action. La notion de « confiance en soi », que l'on peut assimiler à une composante partielle de l'estime de soi, désigne ainsi le sentiment subjectif, chez un sujet donné, d'être ou non capable de réussir ce qu'il entreprend. » (André, 2005). Ce même auteur évoque également l'importance du regard des autres et de la comparaison sociale dans l'estime de soi : « Le niveau d'estime de soi est très étroitement corrélé aux expériences subjectives d'approbation ou de rejet par autrui. Plus le sujet pense qu'il est l'objet d'une évaluation favorable par les autres, plus cela améliore son estime de soi. »

L'adolescence est une période intense de la vie, du fait de constructions et de remaniements à de multiples niveaux : biologique, psychique, social etc. Aussi, ces changements induisent une vulnérabilité particulière, qui se mesure notamment par une estime de soi plus basse qu'à d'autres moments de la vie (Robins & Trzesniewski, 2005). L'estime de soi est susceptible d'être affectée par les événements extérieurs, les jugements de pairs et les transitions de vie (Reitz, 2022). En somme, l'adolescence est structurellement une période où l'estime de soi est plus basse, plus instable et plus perméable au regard des pairs.

Pour les adolescents en obésité, cette vulnérabilité est majorée. Ils présentent un risque significativement plus élevé de faible estime de soi que leurs pairs de poids normal (Biro et al., 2006 ; Moradi et al., 2022). Ce serait l'insatisfaction corporelle, c'est à dire la perception négative du corps et non pas le poids en lui-même, qui expliquerait la baisse d'estime de soi (Mond et al., 2011). La stigmatisation liée au poids est également un facteur majeur de diminution de l'estime de soi ou plus globalement de détérioration de la santé mentale (Emmer et al., 2020; Warnick et al., 2022).

2.4.2. L'estime de soi comme levier thérapeutique

Viser l'amélioration de l'estime de soi dans l'accompagnement d'adolescents en obésité sévère peut constituer un objectif à part entière. L'estime de soi est stable, mais pas immuable.

La vulnérabilité évoquée précédemment n'est bien entendu pas sans conséquence ; une faible estime de soi à l'adolescence est un facteur de risque établi pour le développement de symptômes dépressifs (Sowislo & Orth, 2013). En outre, la faible estime de soi est associée aux comportements alimentaires problématiques et plus largement aux comportements de santé défavorables (Mcgee & Williams, 2000). Nous retiendrons que l'estime de soi est un concept qui a plusieurs implications majeures et la recherche de son amélioration est encouragée par les études (Orth & Robins, 2014).

La méta-analyse australienne menée par Megan Gow montre que les traitements de l'obésité à multi-composantes (49 études avec données avant et après les interventions, représentant 10471 participants) ont un petit effet positif sur l'estime de soi des enfants et adolescents en surpoids ou obésité (Gow et al., 2020). Selon cette même référence, l'amélioration des indicateurs liés au poids ne semble pas déterminante pour l'amélioration de l'estime de soi.

Pour aller plus loin, les interventions ciblant l'estime de soi provoquent son amélioration et ce d'autant plus que cette amélioration de l'estime de soi est l'objectif premier de l'intervention. En outre, les interventions destinées à des enfants ou adolescents présentant déjà des difficultés psychologiques ou comportementales produisent des effets plus importants - par rapport à des enfants ou adolescents en population générale sans problèmes identifiés (Haney & Durlak, 1998). Or, 83,5% des adolescents présentent au moins un trouble psychiatrique (vie entière) en cas d'HB (Swanson et al., 2011).

Ces deux conditions d'efficacité majorée sont réunies dans l'accompagnement ESAO (Estime de Soi Adolescents en Obésité) proposé par notre service : l'amélioration de l'estime de soi comme objectif premier, pour des adolescents présentant des difficultés psychologiques ou comportementales.

2.4.3. L'apparence comme déterminant central de l'estime de soi

L'insatisfaction corporelle et l'estime de soi sont liées de manière réciproque (Wichstrøm & Von Soest, 2016). L'évaluation que chacun fait de son apparence est primordiale dans l'estime de soi et vice versa : une faible estime de soi peut amener à percevoir son corps de manière plus négative, tout comme une insatisfaction corporelle peut éroder l'estime de soi globale.

Susan Harter a indiqué la première que l'évaluation de son apparence constitue le premier prédicteur de l'estime de soi globale (Harter, 1998), ce qui a été confirmé plus récemment dans

d'autres travaux de recherche (Baudson et al., 2016). L'apparence a une importance prépondérante, devant les dimensions de réussite scolaire, de relations sociales ou encore de conduite morale. Il semble en outre que le sexe soit un facteur majorant ; pour les filles en particulier, les perceptions liées à l'apparence constituent la principale source d'évaluations négatives de soi (Dubois et al., 2000).

Ainsi, l'enjeu de transformer "je suis moche" en "je suis beau" pourrait modifier l'estime de soi sous-jacente, et avoir un effet indirect sur les troubles de comportement alimentaire.

2.5. Lien entre l'estime de soi et l'hyperphagie boulimique (HB)

En cherchant à renforcer l'estime de soi, faut-il s'attendre à une amélioration du comportement alimentaire ? Cette amélioration est probable, d'après une méta-analyse basée sur 48 études, réunissant plus de 19000 participants d'âge moyen de 19 ans. En effet, les résultats suggèrent qu'une faible estime de soi rend les individus plus vulnérables au développement d'un trouble du comportement alimentaire et que, réciproquement, souffrir d'un tel trouble affecte durablement l'estime de soi. Les résultats sont similaires quel que soit le TCA, donc y compris pour l'HB et ne varient pas en fonction de l'âge (Krauss et al., 2023).

2.6. Problématique

L'estime de soi, faible chez les adolescents en obésité, est apparue comme un levier d'intervention pertinent car la littérature suggère son rôle majeur pour la santé et le bien-vivre en général, en particulier dans le contexte de TCA.

L'accompagnement ESAO (Estime de Soi Adolescents en Obésité) a donc été construit avec un objectif premier clair : améliorer l'estime de soi d'adolescents en obésité sévère. Sa première mise en œuvre en 2024 a fait apparaître, dans les retours des adolescents et de leurs parents, des effets que nous n'avions pas explicitement cherchés à produire : des modifications du comportement alimentaire. Ce constat clinique a fait émerger une hypothèse de travail pour les sessions suivantes : un accompagnement centré sur l'estime de soi pourrait-il, indirectement, infléchir le comportement alimentaire ?

C'est dans cette perspective qu'a été introduit le questionnaire ADO-BEDS à partir de 2025, dans une démarche exploratoire visant à objectiver ce que les témoignages laissaient pressentir.

Cette étude vise donc à éclairer deux questions, distinctes par leur statut méthodologique :

Une question principale, formulée a priori : l'accompagnement ESAO (Estime de Soi Adolescents en Obésité) améliore-t-il l'estime de soi d'adolescents en obésité sévère ?

Une question exploratoire, issue de la clinique et corroborée par la littérature : observe-t-on, en parallèle, une évolution de la symptomatologie de l'HB chez ces adolescents ?

3. L'ACCOMPAGNEMENT COLLECTIF "ESTIME DE SOI ADOLESCENTS EN OBESITE " (ESAO) : présentation et méthode d'évaluation

3.1. Conception et réalisation du programme ESAO

Constatant que de nombreux adolescents en obésité se perçoivent "moches"¹, notre idée de départ est qu'ils puissent se voir autrement. Notre ambition est de donner une opportunité à ces adolescents de se trouver beaux, au sens propre comme figuré. Il s'agit de modifier le jugement porté sur soi pour améliorer l'estime de soi.

Se croire "moche" est bien évidemment une question d'époque. Je n'en développerai pas les raisons ici mais on peut noter que les adolescents d'aujourd'hui sont "branchés" sur un idéal trompeur, véhiculé par des images omniprésentes. Dans ce contexte, argumenter de la vacuité des images ne paraît pas suffisant. Certes, il y a tout intérêt à s'en distancier autant que faire se peut, en repérant la supercherie des images retravaillées, ou encore la surreprésentation des corps minces, mais qui peut croire qu'il est possible de s'en détacher complètement ? Dès lors, comment adoucir le regard porté sur soi ? Comment alléger la pression du standard ?

Nous faisons le pari de la subjectivité pour contrer le "tous pareils". L'idée est d'accompagner chaque adolescent dans la recherche de sa singularité, d'un trait bien à lui, qui parle de lui. En lui donnant la parole et en favorisant l'introspection, la connaissance de soi et la réflexion, on induit du mouvement au niveau psychique afin que chacun ait une meilleure vision de soi.

Cette orientation se concrétise par un accompagnement collectif, dont un groupe de parole animé par la psychologue -moi-même en l'occurrence-, nommé "Dire un peu de soi". Il s'agit d'un lieu d'échange entre adolescents autour de l'estime de soi (définition, facteurs d'amélioration et de détérioration) et d'un espace de réflexion autour du soi (mieux se connaître, se présenter aux autres). Cette orientation se traduit également par des ateliers de théâtre, animés par l'éducatrice spécialisée. Il s'agit ici du théâtre comme outil d'expression, de

¹ Terme employé dans le test MDI-C - Échelle composite de dépression pour enfants et adolescents

conscientisation et d'extériorisation des émotions ; les adolescents sont invités à sortir de leur zone de confort, au sein d'un espace sécurisé. Les enseignants en activité physique adaptée ont accompagné chacun sur la prise de conscience de leur posture (quel message renvoie-t-elle ?). Enfin, la subjectivité recherchée s'exprime également à travers une image de soi, capturée par une photographie et pensée pour être la plus personnalisée possible.

Quelques modalités de cet accompagnement méritent d'être soulignées.

- **Le groupe** : cette modalité est largement plébiscitée par les adolescents. La dimension collective permet de mobiliser un soutien inter-pairs très efficace, grâce aux effets d'identification.
- **La pluridisciplinarité** : toute l'équipe dédiée à la prise en charge de l'obésité participe à l'accompagnement, y compris les puéricultrices et auxiliaires de puériculture. Ces dernières étaient au départ prévues pour un temps individuel d'accueil et de suivi, mais elles se sont investies en proposant des séances pertinentes de psychoéducation.
- **La temporalité** : par rapport aux accompagnements habituels au sein de notre service, l'accompagnement est court (4 mois) et soutenu (une demi-journée toutes les 2 semaines – en dehors de l'emploi du temps scolaire), il se veut adapté au rythme des adolescents.

L'accompagnement est pensé pour préparer le point d'orgue du programme : le vernissage. C'est le moment où chaque adolescent, accompagné de ses proches, découvre sa photographie en grand format (tableau de 60/90 centimètres). Avec l'aide des diététiciens, les adolescents choisissent puis préparent eux-mêmes un buffet festif pour accompagner ce moment. Les diététiciens ont en outre eu la bonne idée de créer un livret des recettes sélectionnées, chaque famille peut repartir avec. Ces expériences, les commentaires suscités, ainsi que l'ampleur du vernissage (présence du Directeur de l'hôpital, les discours, les invités apprêtés, ...) valorisent puissamment les adolescents. Grâce au service dédié du CHU, la communication autour de l'évènement contribue aussi à cette valorisation, par des articles sur les réseaux sociaux ou même dans la presse régionale (cf annexe). Suite au vernissage, une exposition des tableaux s'installe dans le hall d'accueil principal du CHU (site de St-Pierre), pendant un mois, avant que les tableaux soient offerts aux familles.

Pour résumer, trois grands axes de travail ont été choisis (tableau 1) :

- **mieux se connaître** ; cet axe est conduit selon l'idée que mieux se connaître revient à mieux s'accepter, grâce à une vision beaucoup plus large de soi et non plus focalisée sur des points d'insatisfaction.
- **favoriser l'aisance corporelle** ; il s'agit d'aborder le corps en tant qu'il représente l'apparence. Quel message exprime-t-il ? Comment mieux habiter ce corps ?
- **apprivoiser le regard de l'autre** ; l'estime de soi est une évaluation subjective qui passe néanmoins par le regard de l'autre. Au fil des séances, il s'agit que chaque adolescent soit en confiance avant d'être mis en lumière plus que jamais auparavant.

Tableau 1 : Axes de travail ESAO déclinés en séquences

SEQUENCES		nombre de rencontres	Mieux se connaître	Favoriser l'aisance corporelle	Apprivoiser le regard de l'autre
Personnaliser sa photo	Educatrice, psychologue et photographe (+ maquilleuse et coiffeuse)	4			
Dire un peu de soi : Définir l'estime de soi, Savoir se présenter aux autres (groupe de parole)	Psychologue	3			
Théâtre : oser s'exprimer, s'affirmer	Educatrice spécialisée	2			
Préparation du buffet de vernissage	Dietéticien (ne)	2			
Vernissage	Médecin et équipe	1			
Prendre conscience de sa posture	Enseignant(e) activité physique adaptée	1			
Les aspects mensongers de l'image et des réseaux sociaux	Association "La Prév"	1			
Vêtements adaptés : dispositif médical de contention	Orthopédiste (intervenant prestataire)	1			
Evaluations : débriefings et questionnaires	Psychologue et éducatrice	2			

Le projet écrit a été soumis à l'approbation de l'équipe et de la médecin responsable. Une fois le projet validé, il a entraîné la création d'une association, Pédiatrie Endocrinologie Diabète Sud Réunion - PEDSR (l'équipe y pensait depuis quelques temps), afin de solliciter une subvention. Le Fonds de dotation du CHU de la Réunion, Santé Solid'R, a accueilli très favorablement notre projet et l'a financé en totalité (11 305 euros). Nous avons choisi la photographe Sandrine Hubert Delisle, reconnue pour l'esthétisme de son travail et spécialisée en portraits, car elle montre une volonté sincère de valoriser chacun. Son engagement à mettre à l'aise les adolescents est également essentiel, d'autant que le studio professionnel est un lieu assez

impressionnant². Elle s'entoure d'une maquilleuse et d'une coiffeuse afin de préparer le *shooting*. Par ailleurs, l'association "La Prév" intervient pour la séquence "Les aspects mensongers de l'image et des réseaux sociaux".

L'accompagnement est décliné en 9 séances. L'organisation est restée sensiblement la même à chacune des trois sessions, en 2024, 2025 et 2026, mises à part quelques améliorations (comme l'intervention de l'association « La Prév »).

Tableau 2 : Programme de 4 mois "Estime de Soi pour Adolescents en Obésité" (ESAO)

Séance 1 27/08/25	13h30	Informations sur le programme et engagement, avec les parents : rappel	médecin LNH + psychologue AR
	14h	Informations sur les vêtements adaptés Bodynov	référente Bodynov
	14h45	Attentes personnelles et évaluation de l'estime de soi	psychologue AR
Séance 2 10/09/25	13h30	Prendre conscience de sa posture	EAPA MB et JR
	14h30	Les aspects mensongers de l'image et des réseaux sociaux	association La Prev
Séance 3 24/09/25	13h30	Personnaliser sa photo avec la photographe SHD	éducatrice CC et psychologue AR
	15h	Dire un peu de soi	psychologue AR
Séance 4 08/10/25	13h30	Accueil et point individuel	puéricultrice EG + AP CF
	14h	Théâtre	éducatrice CC
	15h	Dire un peu de soi	psychologue AR
Séance 5 22/10/25	13h30	Accueil et point individuel	puéricultrice EG + AP CF
	14h	Personnaliser sa photo - la suite	éducatrice CC + psychologue AR
	15h	Théâtre	éducatrice CC
Séance 6 : 5, 12 ou 19/11/25	13H30	PHOTO INDIVIDUELLE EN STUDIO (éducatrice CC accompagne)	
Séance 7 26/11/25	13h30	Accueil et point individuel	puéricultrice EG + AP CF
	14h	Retour sur la séance photo et sélection des clichés préférés	éducatrice CC + psychologue AR
	15h	Préparation du buffet de vernissage	diététiciens AC et BD
Séance 8 10/12/25	13h	Préparation du buffet de vernissage	diététiciens AC et BD
	16h	VERNISSAGE	
Séance 9 17/12/25	13h30	Retour sur le vernissage et évaluation du programme et de l'estime de soi	psychologue AR et éducatrice CC

3.2. Méthodologie de l'étude

3.2.1. Population

L'accompagnement ESAO (Estime de Soi Adolescents en Obésité) a été proposé à des adolescents déjà suivis au sein du service pour leur obésité. L'effectif global de 24 adolescents se répartit comme suit : 8 en 2024, 6 en 2025 et 10 en 2026. Le budget obtenu nous permettait

² Annexe 4 : Scannez le QR code !

d'accompagner jusqu'à 30 adolescents, mais c'était sans compter la difficulté à trouver ce nombre d'adolescents volontaires, et le risque d'abandon en cours d'accompagnement (3 abandons au total : une a voulu rester auprès de sa mère tombée malade, un n'a pas supporté la dimension groupale et enfin une déscolarisée à ce moment-là a trouvé une formation). Les 24 participants ont fait preuve d'une assiduité remarquable pour l'ensemble des 9 séances prévues, comme nous le leur demandions. Il y a 19 filles et 5 garçons, les filles s'avérant plus intéressées que les garçons par le programme et étant plus nombreuses qu'eux au sein de notre cohorte de patients suivis. Ces 24 adolescents, sont âgés de 13 à 19 ans, ils ont en moyenne 15 ans et demi (écart type 1,6 ans). Ils semblent représentatifs des adolescents habituellement suivis dans le service. Parmi eux : 20 ont un IMC IOTF >35, dont 7 ont un IMC supérieur à 40 (IMC jusqu'à 53) ; 3 ont un IMC >30. Un participant, dont la situation a été évoquée plus haut, fait figure d'exception avec un IMC IOTF>25 (il est en surpoids) ; il présentait précédemment un IMC IOTF >35 (et de l'HB) puis a basculé en anorexie atypique avec une perte de poids très rapide. Il était très désireux de bénéficier de cet accompagnement et nous avons accepté de maintenir sa participation.

Ces adolescents présentent pour la plupart plusieurs complications de l'obésité, à différents niveaux : métabolique (n=17 dont 8 diabète), digestif (n= 8 dont 6 stéatose hépatique), cardiovasculaire (n=4 hypertension artérielle), ostéoarticulaire (n=4), respiratoire (n=2 syndrome d'apnée du sommeil), endocrinien (n=3 dont 2 aménorrhée secondaire). 9 adolescents ont un suivi en pédopsychiatrie et 2 ont été orientés en ce sens sans en faire la démarche pour l'instant. Quelques adolescents sont également concernés par des comorbidités plus rares, en lien ou non avec leur obésité : craniopharyngiome et cécité bilatérale, trouble du spectre autistique associé à un trouble de l'attention et de l'hyperactivité, syndrome de Turner, myopathie de Duchenne, arthrite juvénile idiopathique, endométriose et narcolepsie.

3.2.2. Mesures

L'ADO-BEDS³ est un auto-questionnaire validé en français pour repérer un risque d'HB auprès d'adolescents en obésité (Carrard et al., 2013; Chamay-Weber et al., 2017). Il comporte 10 questions, dont 8 en réponse binaire (oui/non). Les 2 autres questions sont à choix multiples (2 possibilités pour l'une, 4 pour l'autre). Il a été administré à 15 adolescents (avant et après l'accompagnement - soit à 4 mois d'écart). Les résultats d'un adolescent n'ont pas été pris en

³ Annexe 1

compte car il n'était plus en obésité au moment des passations. Pour les participants en 2024, le questionnaire n'a pas été administré. Lors de la conception de l'accompagnement ESAO (Estime de Soi Adolescents en Obésité), aucune mesure de l'HB n'a été prévue. Après la première session en 2024, lors de la reprise des suivis habituels, j'interrogeais les adolescents sur les effets d'ESAO pour eux. Plusieurs ont témoigné spontanément de changement dans leur rapport à l'alimentation ; ce qui se présentait de prime abord comme "manger moins" s'est précisé en "ne plus ressentir le besoin de crise" (perte de contrôle hyperphagique) pour au moins deux adolescents. Ce constat, en lien avec ma sensibilisation progressive aux TCA, m'a conduit à introduire une mesure du comportement alimentaire pour les sessions de 2025 et 2026.

Selon l'équipe suisse qui a établi le questionnaire (Carrard et al., 2013; Chamay-Weber et al., 2017), il existe un lien significatif entre l'HB clinique ou de forme subclinique et des réponses positives à l'une et/ou l'autre des deux premières questions de l'ADO-BEDS ; question 1 : "T'arrive-t-il parfois d'avoir une envie irrésistible de manger alors que tu n'as pas faim ou que tu viens de manger ?" ; question 2 : "Dans cette situation-là, t'arrive-t-il de commencer à manger et de ne pas pouvoir t'arrêter ?" A noter que le score global est également à prendre en compte car plus le nombre de réponses positives augmente, plus le risque d'HB augmente.

Nous relevons cependant que l'ADO-BEDS a un critère de fréquence très exigeant (seuil de "2 à 3 fois par semaine" pour être considéré comme positif) alors que le critère défini par Tanofsky-Kraff et al., (2008) est bien moindre (2 fois par mois).

L'échelle de Rosenberg⁴ (*Rosenberg self-esteem scale* RSES) est un questionnaire validé pour mesurer l'estime de soi (Vallieres & Vallerand, 1990), très utilisé dans les études (Krauss et al., 2023). Cette échelle de Rosenberg comporte 10 affirmations, avec 4 possibilités de réponses (échelle de Likert : tout à fait en désaccord, plutôt en désaccord, plutôt en accord ou tout à fait en accord). Il a été administré à 24 adolescents (avant et après l'accompagnement - soit à 4 mois d'écart).

Le score total s'obtient par addition des scores aux questions, la cotation est inversée pour la moitié d'entre elles. Le score total est compris entre 10 et 40. L'interprétation des résultats est réalisée selon le score : un score inférieur à 25 indique une estime de soi très faible, un score entre 25 et 31 une estime de soi faible, un score entre 31 et 34 une estime de soi moyenne, un

⁴ Annexe 2

score compris entre 34 et 39 une estime de soi forte, un score supérieur à 39, indique une estime de soi très forte.

Questionnaire sur l’avis des adolescents et parents⁵ : il s’agit du même questionnaire rempli par les uns ou les autres. Il comporte 14 questions : 3 notations de 1 à 10 (échelle de Likert : 1 pas du tout et 10 tout à fait) et 11 questions ouvertes (par exemple “Quels sont les effets de ce programme selon vous ?”). Il a été administré à 24 adolescents et 21 parents en fin d’accompagnement ESAO (Estime de Soi Adolescents en Obésité).

3.2.3. Considérations éthiques

L’utilisation des données des patients pour cette étude a fait l’objet d’un courrier envoyé à chaque famille en vue de les informer de la démarche et de leur permettre de s’opposer à cette utilisation s’ils le souhaitent (non-consentement). Ce courrier vient en complément d’une mention à cette fin dans le livret d’accueil du CHU de la Réunion et figurant également au bas des courriers médicaux de notre service. J’ai en outre pu parler de vive voix de cette démarche à quasiment toutes les familles. Aucune famille ne s’est opposée à l’utilisation des données pour cette étude.

3.2.4. Plan d’analyse statistique

Les statistiques ont été réalisées avec Excel assisté par Co-pilot. Pour l’analyse quantitative, afin de tester l’effet de l’accompagnement sur l’estime de soi et le comportement alimentaire, un test t de Student à groupes appariés a été effectué. Le test du Chi² de McNemar (χ^2) a également été calculé sur des réponses du questionnaire ADO-BEDS (questions 1 et 2 retenues comme les plus pertinentes (Carrard et al., 2013; Chamay-Weber et al., 2017)). Les valeurs p inférieures à .05 sont considérées significatives. Enfin, un d de Cohen est également calculé afin de mesurer les tailles d’effet.

Pour l’analyse qualitative, les verbatims sont isolés et catégorisés en 7 thèmes principaux. Nous avons gardé précisément la terminologie choisie par les adolescents et leurs parents afin d’exprimer leurs avis sur l’accompagnement ESAO (Estime de Soi Adolescents en Obésité). Nous avons compté le nombre d’occurrences.

⁵ Annexe 3

4. RESULTATS

4.1. Estime de soi

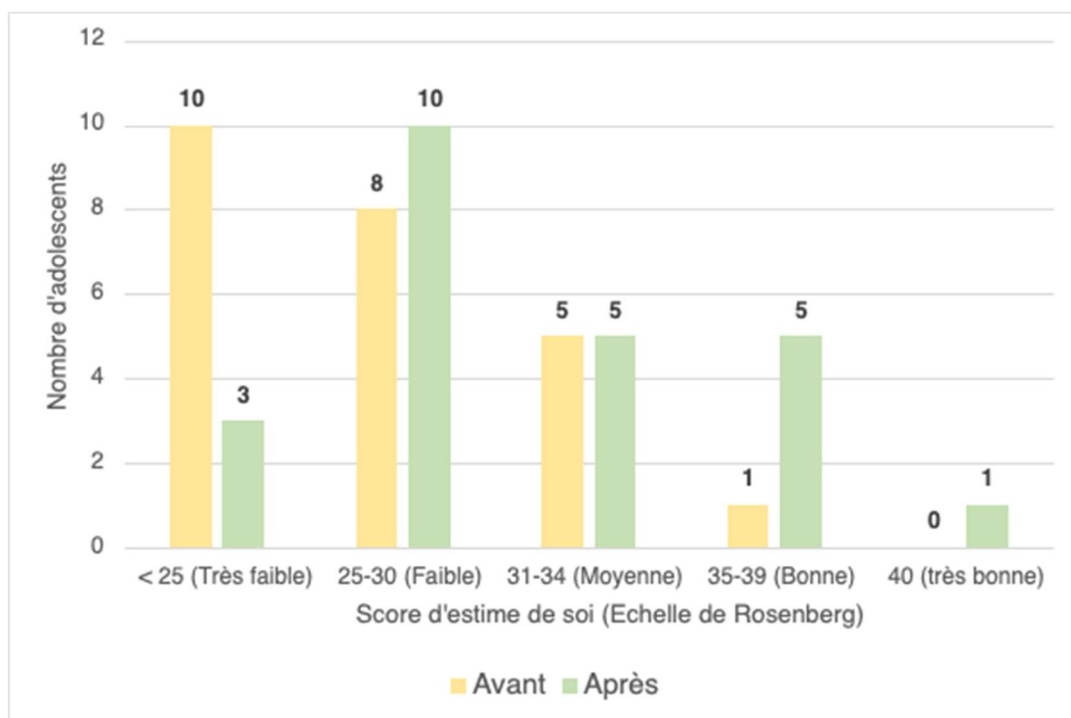


Figure 1 : Répartition des niveaux d'estime de soi avant et après l'accompagnement ESAO (Estime de Soi Adolescents en Obésité)

Les adolescents participant à cet accompagnement ESAO (Estime de Soi Adolescents en Obésité) ont majoritairement une faible ou très faible estime de soi (18 sur 24).

Avant l'accompagnement, 10 adolescents ont une très faible estime de soi ; ils sont 3 après. Avant l'accompagnement, 1 adolescent a une estime de soi élevée ou très élevée ; ils sont 6 après.

L'amélioration de l'estime de soi entre avant et après le programme est significative. Les adolescents ont gagné en moyenne +4,88 points sur l'échelle d'estime de soi, et cette différence n'est pas due au hasard ($p = 0,00004$), elle représente environ un écart-type des différences individuelles. L'estime de soi a augmenté d'avant ($M=25,79$, $ET=5,47$) à après ($M=30,67$, $ET=4,57$) l'intervention d'une manière significative ($t(ddl=23)=5,05$, $p= 0,00004$).

Le d de Cohen ($d=1,03$) indique une grande taille d'effet. L'accompagnement ESAO (Estime de Soi Adolescents en Obésité) a produit une amélioration substantielle de l'estime de soi.

4.2. Le comportement alimentaire

Avec une réponse positive à au moins une des deux premières questions de l'ADO-BEDS (Q1 : manger sans faim) et/ ou Q2 : perte de contrôle), 11 adolescents sur 15 sont très à risque d'HB (forme clinique ou subclinique) avant l'accompagnement ; ils sont 9 après. La tendance semble à l'amélioration du comportement alimentaire, mais on ne peut pas conclure sur le plan statistique ((avant : 11/15 (73,3%) et après : (9/15 (60,0%), $\chi^2= 0,667$ (p=0,414)). Parmi les 9 adolescents qui ont une réponse positive à Q1 et/ou Q2 "après", 7 en avaient déjà "avant" et 2 n'en avaient pas "avant". Cela signifie que ces 2 adolescents déclarent manger sans faim ou avec perte de contrôle après l'accompagnement alors que ce n'était pas le cas "avant". Par ailleurs, 4 adolescents déclarent "après" ne plus manger sans faim ou avec perte de contrôle, alors que c'était le cas avant l'accompagnement. Enfin pour 7 adolescents, les résultats restent similaires.

Concernant les réponses aux questions Q3 à Q10 de l'ADO-BEDS (symptomatologie associée à l'HB : manger seul, avec l'impression d'être ailleurs ou dans la lune, de manger en trop grande quantité, regrets, fréquence des crises, durée du trouble, comportements compensatoires), les scores diminuent d'avant (M= 3,47 ET=1,88) à après (M=3,13 ET=2,03) l'accompagnement ESAO (Estime de Soi Adolescents en Obésité), sans que cela soit significatif sur le plan statistique (t=1,435 (p=0,173)). La taille d'effet calculée (d=-0,371) est petite.

Dans l'ensemble, le comportement alimentaire s'est amélioré d'avant (scores globaux : M=44,0, ET=24,1) à après (M=39,3, ET=26,3) l'accompagnement ESAO (Estime de Soi Adolescents en Obésité). La diminution du score (-4,7) n'est pas significative (t=1,33 (p=0,204). De même, la taille d'effet calculée (d=-0,344) est petite. A noter que la tendance va dans le sens d'une diminution du score global de réponses positives, mais avec une variabilité importante : 8 adolescents diminuent leur score, 4 l'augmentent et 3 ont un score identique.

4.3. L'avis des adolescents et de leurs parents

Tableau 3 : Evaluation quantitative de l'accompagnement

Moyenne des notes attribuées de 0 à 10	Adolescents	Parents	Ensemble
Intérêt du programme	9,48	9,65	9,56
Amélioration de l'estime de soi	8,73	9,29	9,01
Mobilisation pour la santé	8,62	8,67	8,64

Les adolescents et leurs parents ont évalué très positivement l'accompagnement :

- En particulier, ils le jugent très intéressant.
- Sur l'amélioration de l'estime de soi, les scores sont très élevés aussi, et les parents sont légèrement plus positifs que les adolescents (9,29>8,73).
- Enfin sur la mobilisation pour la santé, les moyennes de scores restent très élevées et similaires, quels que soient les évaluateurs.

Tableau 4 : Evaluation qualitative de l'accompagnement (analyse des verbatims)

THÈME	Adolescents (nombre d'occurrences : n)	Parents (nombre d'occurrences : n)	Total
Affirmation de soi	20	28	48
Confiance en soi	23	19	42
Image de soi positive	22	14	36
Mobilisation pour la santé	16	14	30
Socialisation	16	8	24
Investissement corporel	13	10	23
Amélioration de l'état général	0	20	20
TOTAUX	110	113	223

Les adolescents et parents ont amplement donné leurs avis sur les effets suscités selon eux par l'accompagnement ESAO (Estime de Soi Adolescents en Obésité) (223 verbatims).

Nous retrouvons 3 effets attribués à l'accompagnement les plus cités par les adolescents et leurs parents :

- **Affirmation de soi** (n=48) : il s'agit des verbatims véhiculant l'idée d'oser davantage s'exprimer, de s'assumer, de porter moins d'attention au regard des autres et de se rendre compte de ses progrès. Par exemple, "J'ose plus parler." ; "ne plus avoir peur du regard des autres ou de marcher dans la rue." Les parents soulignent un gain d'autonomie et d'initiative (n=6) ; "Avant, elle n'aurait jamais pu aller chercher son stage seule".

- **Confiance en soi** (n=42) : c'est l'expression même largement utilisée (n=15 fois pour les adolescents et n=13 pour les parents) qui regroupe le gain de confiance en soi ainsi que le sentiment de fierté.
- **Image de soi positive** (n=36) : une première sous-catégorie comprend "se trouver beau ou belle" et une deuxième le changement de regard sur soi, par exemple "Je me vois de manière différente et en mieux."

D'après les témoignages recueillis, l'accompagnement favorise également :

- **Mobilisation pour la santé** (n=30) : y sont regroupés les verbatims concernant l'envie de prendre soin de soi, de perdre du poids, de faire de l'activité physique, et plus globalement le bien-être général. Par exemple : "ça donne envie de ne pas manger n'importe quoi.", ou encore "elle a commencé à vouloir marcher avec moi" dit une mère.
- **Socialisation** (n=24) : les adolescents ont souvent dit qu'ils se sentaient moins seuls (n=9). Quelques parents remarquent une amélioration de la relation avec leur adolescent (n=4). Ensemble, ils soulignent le fait d'aller plus facilement vers les autres. "ça me donne envie d'aller plus dehors et de rencontrer des gens".
- **Investissement corporel** (n=23) : concerne le soin de son apparence (notamment la liberté vestimentaire) et le fait de se sentir mieux dans son corps. Par exemple : "ça m'a donné envie de porter des vêtements que j'aime vraiment."

Les parents rapportent des éléments plus généraux regroupés en "**Amélioration de l'état général**" (n=20). Cela se rapporte à l'humeur et à l'épanouissement de leur adolescent. Les intitulés peuvent être très forts : "L'évolution de son comportement est flagrante." ; "Il est de meilleure humeur".

Pour synthétiser, l'expression des familles met en exergue une amélioration de la vie relationnelle des adolescents. Ils semblent prendre appui sur les pairs (groupe ESAO (Estime de Soi Adolescents en Obésité)) pour dépasser leur timidité et s'ouvrir davantage aux autres (affirmation de soi et socialisation). Cette dimension soutenance du groupe (être moins seul et avoir de nouvelles amitiés) n'est relevée que par les adolescents eux-mêmes, ce qui ne semble pas illogique. Leur perception d'eux-mêmes est meilleure, ils se sentent fiers, se trouvent beaux et prennent confiance en leur capacité à agir (confiance en soi et image de soi positive).

Enfin, et probablement en conséquence, les adolescents prennent mieux soin d'eux-mêmes (mobilisation pour la santé et investissement corporel) et vont mieux (amélioration état

général). Cet effet global n'est souligné que par les parents, ce qui laisse penser qu'ils ont une vision plus distanciée de leur enfant (que l'adolescent lui-même).

5. DISCUSSION

5.1. Questions principales

L'objectif de cette étude était d'explorer les effets de l'accompagnement ESAO (Estime de Soi Adolescents en Obésité) sur l'estime de soi d'adolescents en obésité sévère ainsi que sur la symptomatologie de l'hyperphagie boulimique (HB) chez ces adolescents suivis en Endocrinologie pédiatrique.

L'estime de soi des adolescents est bien améliorée par l'accompagnement ESAO (Estime de Soi Adolescents en Obésité) et l'analyse des échelles de Rosenberg montre que cette augmentation est significative statistiquement. En outre, cette amélioration de l'estime de soi pendant l'accompagnement ESAO (Estime de Soi Adolescents en Obésité) est considérable (grande taille d'effet).

Le comportement alimentaire, c'est à dire la symptomatologie de l'HB, tend à s'améliorer lorsque l'on compare avant et après l'accompagnement ESAO (Estime de Soi Adolescents en Obésité), mais la mesure réalisée par le questionnaire ADO-BEDS n'a pas permis de montrer une différence significative du score global. La taille d'effet calculée est petite, ce qui, conjugué à la faiblesse de l'effectif, invite à considérer ce résultat comme exploratoire plutôt qu'à conclure à l'absence d'effet.

L'efficacité de cet accompagnement est aussi éclairée par l'avis des adolescents et de leurs parents. L'analyse des questionnaires de fin d'accompagnement montre qu'il est largement plébiscité par les adolescents ainsi que par leurs parents qui le trouvent ensemble très intéressant, considèrent qu'il améliore l'estime de soi et favorise la mobilisation pour la santé.

Outre ces résultats chiffrés, les appréciations des adolescents et de leurs parents corroborent tout à fait l'amélioration de l'estime de soi, formulée avec leur propre terminologie. En effet, relever que les adolescents se voient plus positivement revient à dire qu'ils s'estiment davantage (Image de soi positive). En outre, la confiance en soi peut être considérée comme une composante de l'estime de soi (André, 2005). L'estime de soi n'est pas évidente à observer directement, mais relevons que d'autres effets notables attribués à l'accompagnement ne sont pas sans lien avec son amélioration :

- affirmation de soi et socialisation ;
- mobilisation pour sa santé et investissement corporel ;
- amélioration de l'état général.

Observons davantage la deuxième question, concernant l'amélioration du comportement alimentaire. Rappelons que nous cherchions à savoir si un effet indirect pouvait être obtenu (le programme prévu dans l'accompagnement ESAO (Estime de Soi Adolescents en Obésité) ne prévoyant pas de séance à ce propos), soit un effet consécutif à l'amélioration de l'estime de soi (Krauss et al., 2023). L'observation plus détaillée des résultats au questionnaire ADO-BEDS est instructive : 8 adolescents diminuent leur score (amélioration de la symptomatologie de l'HB), 4 l'augmentent et 3 ont un score identique. Concernant ceux qui augmentent leur score, nous pensons qu'il peut s'agir de résultats "avant" qui soient de faux négatifs, compte tenu des caractéristiques connues de l'auto-évaluation chez les adolescents souffrant de TCA. En effet, une sous-déclaration des symptômes n'est pas rare en raison de l'anosognosie, de la honte ou de la culpabilité (Ali et al., 2017; Chaulet et al., 2018; Dunlop et al., 2024). Or, l'accompagnement ESAO (Estime de Soi Adolescents en Obésité), en travaillant l'estime de soi, peut précisément libérer la parole et permettre une déclaration plus intime après 4 mois d'accompagnement. Ainsi, ce résultat pourrait paradoxalement refléter une amélioration clinique se traduisant par une meilleure conscience et reconnaissance des symptômes, plutôt qu'une absence d'effet thérapeutique. Pour abonder en ce sens, de fréquents faux négatifs à l'ADO-BEDS ont été signalés par le groupe des psychologues participant à l'expérimentation nationale OBEPEDIA (9 Centres Spécialisés de l'Obésité (CSO) ou autres services de 2021 à 2026). Autre argument, les réponses ADO-BEDS montrent une petite incohérence qui traduit probablement cette difficulté à révéler les symptômes ; 2 adolescents répondent négativement aux critères d'accès hyperphagiques (Q1 manger sans faim et Q2 perte de contrôle) tout en évaluant positivement leur fréquence (Q8 : Combien de fois as-tu ces moments où tu n'arrives plus à t'arrêter de manger et où tu manges sans faim ?). Cependant, interpréter les résultats de cette manière ne permettrait pas de montrer un infléchissement du comportement alimentaire. Ce dernier résultat reste exploratoire, il mériterait d'être affiné par des études complémentaires.

Pris dans leur ensemble, les effets décrits par les adolescents et leurs parents s'organisent de manière cohérente avec les trois axes qui ont structuré la conception du programme. L'axe "mieux se connaître" visait à élargir la vision de soi au-delà des points d'insatisfaction ; les verbatims d'image de soi positive et de confiance en soi en témoignent directement. L'axe "favoriser l'aisance corporelle", centré sur la manière d'habiter et de présenter son corps,

semble trouver son écho dans les thèmes d'investissement corporel et d'amélioration de l'état général. L'axe "apprivoiser le regard de l'autre", qui préparait chaque adolescent à être mis en lumière progressivement, se reflète dans les thèmes d'affirmation de soi et de socialisation. Cette correspondance entre la conception du programme et les effets spontanément relevés par les familles suggère que les axes choisis étaient pertinents pour cette population, et que chacun a contribué à l'amélioration globale de l'estime de soi observée. La mobilisation pour la santé apparaît quant à elle comme un effet plus large, consécutif à ces trois dimensions : se connaître davantage, se sentir mieux dans son corps et oser s'exposer au regard de l'autre, comme autant de conditions favorables pour s'engager dans le soin de soi.

Pour en revenir à l'effet mesuré quantitativement sur l'estime de soi, le d de Cohen obtenu ($d = 1,03$) mérite d'être mis en perspective avec les données disponibles dans la littérature. Les méta-analyses portant sur des interventions visant l'estime de soi chez l'enfant et l'adolescent rapportent, pour les programmes spécifiquement centrés sur cet objectif, une taille d'effet moyenne ($d = 0,57$) (Haney & Durlak, 1998). Dans la littérature portant plus spécifiquement sur l'obésité pédiatrique, les traitements multi-composants -incluant systématiquement une composante diététique et d'activité physique- obtiennent un effet petit à moyen sur l'estime de soi ($d = 0,34$) (Gow et al., 2020). La taille d'effet observée dans notre accompagnement ESAO (Estime de Soi Adolescents en Obésité) ($d = 1,03$) est donc nettement supérieure à ces repères de la littérature, y compris aux programmes dont l'estime de soi constitue l'objectif premier. Plusieurs facteurs peuvent contribuer à expliquer cette amplitude. D'abord, les deux conditions identifiées par Haney & Durlak (1998) comme associées à des effets majorés sont réunies dans notre accompagnement : un ciblage explicite de l'estime de soi comme objectif principal, auprès d'une population présentant des difficultés préexistantes documentées. Il paraît raisonnable de penser que les adolescents en obésité sévère, dont l'estime de soi est particulièrement basse au départ (18 sur 24 présentent une estime de soi faible ou très faible avant l'accompagnement), disposent d'une marge d'amélioration plus importante que des populations moins vulnérables. Il convient cependant d'interpréter cet effet avec prudence car une partie de l'amélioration observée peut refléter des effets non spécifiques comme la désirabilité sociale dans l'auto-évaluation après quatre mois d'accompagnement. L'amplitude du résultat n'en reste pas moins notable, d'autant qu'elle est convergente avec les données qualitatives : adolescents et parents décrivent, avec leurs propres mots, des changements substantiels dans l'appréciation de leur propre valeur et des comportements qui en découlent.

Le but principal de l'accompagnement ESAO (Estime de Soi Adolescents en Obésité) est donc atteint car l'amélioration de l'estime de soi est nette. Pendant 4 mois, les adolescents ont cheminé et changé leur point de vue sur eux-mêmes. En s'appuyant les uns sur les autres, ils ont réussi à tirer profit des différentes séances. Améliorer l'estime de soi est un gain pour la santé comme pour le bien-vivre plus globalement.

5.2. Limites et forces de l'étude

Cette étude présente certaines limites. En premier lieu, l'absence de groupe contrôle est une limite méthodologique de l'étude. Par ailleurs, le questionnaire ADO-BEDS n'a pas toutes les qualités psychométriques requises pour identifier avec certitude les comportements alimentaires problématiques car nous ne savons rien de sa fidélité (test/re-test notamment). Il s'agit d'un outil de repérage, qui devrait être suivi d'un entretien clinique afin de confirmer ou d'infirmer un diagnostic d'HB. L'entretien clinique est en effet le meilleur moyen d'établir ce diagnostic (Garner, 2002). En outre, l'effectif de l'étude est modeste, en particulier pour le comportement alimentaire (15 adolescents), ce qui ne facilite pas les traitements statistiques. Ils sont 24 adolescents pour l'étude plus globale et ces effectifs se répartissent sur trois sessions (de 2024 à 2026), sans que nous n'ayons contrôlé les effets de groupe. Nous n'avons pas non plus contrôlé les autres facteurs individuels pouvant entrer en ligne de compte (traitement médicamenteux, psychothérapie, ...).

La force de cette étude réside dans l'ampleur des résultats quant à l'amélioration de l'estime de soi, tant par un résultat chiffré avec une grande taille d'effet que par la vigueur des données qualitatives, l'avis des familles. Les résultats concernant la symptomatologie de l'hyperphagie boulimique, bien que non significatifs, sont cliniquement pertinents : ils suggèrent une tendance à l'amélioration. Aussi, l'originalité du programme mérite d'être soulignée. Cette originalité s'ancre dans une conception entièrement tournée vers l'amélioration de l'estime de soi, ce qui le différencie des propositions habituelles, destinées plus directement à réguler les prises alimentaires et à augmenter l'activité physique des patients en obésité. En outre, les axes de travail retenus s'avèrent cliniquement adéquats en vue de l'amélioration de l'estime de soi.

Du côté des forces de cette étude, notons également qu'elle s'appuie sur de multiples évaluations, auprès des adolescents concernés mais également auprès de leurs parents. Nous avons utilisé 2 questionnaires validés (échelle de Rosenberg et ADO-BEDS), ainsi qu'un questionnaire de recueil d'avis permettant l'obtention de données qualitatives en sus des données quantitatives.

5.3. Perspectives

Compte tenu des résultats concluants de cette étude, l'accompagnement ESAO (Estime de Soi Adolescents en Obésité) peut compter parmi les modalités thérapeutiques pertinentes pour des adolescents en obésité, souffrant de TCA, et plus particulièrement d'hyperphagie boulimique, ou à minima très à risque de TCA.

Aussi, la question de la pérennisation de cet accompagnement au sein du service d'Endocrinologie pédiatrique est posée. L'intervention de la photographe ayant fait l'objet d'un financement ponctuel, l'équipe hospitalière peut-elle relever le défi de tels résultats sans son intervention ? L'étude peut-elle faciliter la poursuite d'un financement pour cette intervention artistique ?

Par ailleurs, à notre connaissance, l'ADO-BEDS est le seul questionnaire de repérage de l'hyperphagie boulimique validé en français pour des adolescents en obésité alors qu'il n'apparaît pas très satisfaisant au niveau de ses qualités psychométriques. Cette étude met en évidence la nécessité de développer des outils de mesure du comportement alimentaire et plus précisément de la symptomatologie de l'hyperphagie boulimique pour des adolescents en obésité.

Les résultats concernant la symptomatologie de l'hyperphagie boulimique suggèrent l'intérêt d'études contrôlées avec des effectifs plus importants, permettant de tester formellement l'hypothèse d'un effet indirect de l'augmentation de l'estime de soi sur le comportement alimentaire.

Conclusion

Améliorer l'estime de soi d'adolescents en obésité revient à renforcer psychiquement des patients vulnérables, à ouvrir le champ des possibles dans de multiples domaines à des jeunes repliés sur eux-mêmes, après des expériences de vie douloureuses de stigmatisation et de rejet du fait de leur obésité. Les effets de l'accompagnement ESAO (Estime de Soi Adolescents en Obésité) sont très satisfaisants et vont même au-delà des attendus. Entendre un adolescent déclarer qu'il avait vécu-là les meilleurs moments de sa vie n'était pas prévisible ; lire « J'ai

compris que, même si on est grosse, on a le droit de vivre » non plus. Ou encore, qui aurait pu penser que deux adolescents se lancent dans le mannequinat après cet accompagnement ?

Si l'hyperphagie boulimique requiert un traitement sur du long terme et à tous les niveaux possibles (facteurs de vulnérabilité, de déclenchement et d'entretien), chercher l'amélioration de l'estime de soi à cette fin s'avère une piste pertinente, au vu de la présente étude et de la littérature scientifique.

Le DIU Trouble du Comportement Alimentaire (TCA), incluant l'écriture de ce mémoire, ouvre à l'enrichissement de nos pratiques en équipe. A cette fin, nous avons programmé un séminaire, avec Dr Laure Houdon, Pédiatre endocrinologue, Responsable de l'Endocrinologie pédiatrique au CHU Sud Réunion. Mes acquis me permettent en effet de me positionner en accompagnement d'une relecture collective de nos pratiques afin de perfectionner l'offre de soin du service en matière d'hyperphagie boulimique. En outre, et au-delà du service, le DIU TCA ouvre à des perspectives de formation, cette fois en tant que formatrice.

BIBLIOGRAPHIE

- Ali, K., Farrer, L., Fassnacht, D. B., Gulliver, A., Bauer, S., & Griffiths, K. M. (2017). Perceived barriers and facilitators towards help-seeking for eating disorders : A systematic review. *International Journal of Eating Disorders*, 50(1), 9-21. <https://doi.org/10.1002/eat.22598>
- André, C. (2005). L'estime de soi: *Recherche en soins infirmiers*, N° 82(3), 26-30. <https://doi.org/10.3917/rsi.082.0026>
- Basdevant, A. (2006). L'obésité : Origines et conséquences d'une épidémie. *Comptes Rendus. Biologies*, 329(8), 562-569. <https://doi.org/10.1016/j.crvi.2006.03.018>
- Baudson, T. G., Weber, K. E., & Freund, P. A. (2016). More Than Only Skin Deep : Appearance Self-Concept Predicts Most of Secondary School Students' Self-Esteem. *Frontiers in Psychology*, 7. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01568>
- Biro, F. M., Striegel-Moore, R. H., Franko, D. L., Padgett, J., & Bean, J. A. (2006). Self-Esteem in Adolescent Females. *Journal of Adolescent Health*, 39(4), 501-507. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2006.03.010>
- Boulimie et hyperphagie boulimique : Repérage et éléments généraux de prise en charge.* (2026, avril 6). Haute Autorité de Santé. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2581436/fr/boulimie-et-hyperphagie-boulimique-reperage-et-elementes-generaux-de-prise-en-charge
- Carrard, I., Kruseman, M., Di Capua, D., Suringar, V., & Chamay Weber, C. (2013). Dépistage de l'hyperphagie boulimique chez les adolescents : Validité faciale d'un questionnaire développé en français. *Archives de Pédiatrie*, 20(10), 1105-1112. <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2013.06.033>
- Chamay-Weber, C., Combescure, C., Lanza, L., Carrard, I., & Haller, D. M. (2017). Screening Obese Adolescents for Binge Eating Disorder in Primary Care : The Adolescent Binge Eating Scale. *The Journal of Pediatrics*, 185, 68-72.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2017.02.038>
- Chaulet, S., Riquin, É., Avarello, G., Malka, J., & Duverger, P. (2018). Troubles des conduites alimentaires chez l'adolescent. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*, 31(3), 113-145. <https://doi.org/10.1016/j.jpp.2018.04.004>
- CIM (N° 11). (s. d.). OMS. Consulté <https://icd.who.int/browse/2026-01/mms/fr>
- Cole, T. J. (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide : International survey. *BMJ*, 320(7244), 1240-1240. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7244.1240>
- Crocq, M.-A., Guelfi, J.-D., & Boehrer, A. É. (avec American psychiatric association). (2023). *DSM-5-TR : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5e éd., texte révisé). Elsevier Masson.
- DuBois, D. L., Tevendale, H. D., Burk-Braxton, C., Swenson, L. P., & Hardesty, J. L. (2000). Self-System Influences During Early Adolescence : Investigation of an Integrative Model. *The Journal of Early Adolescence*, 20(1), 12-43. <https://doi.org/10.1177/0272431600020001002>

- Dunlop, R., Simonds, L. M., & John, M. (2024). Self-disclosure by adolescents in therapy for eating difficulties : A Q-Methodology study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 29(1), 90-102. <https://doi.org/10.1177/13591045231209648>
- Emmer, C., Bosnjak, M., & Mata, J. (2020). The association between weight stigma and mental health : A meta-analysis. *Obesity Reviews*, 21(1), e12935. <https://doi.org/10.1111/obr.12935>
- Garner, U. (2002). Measurement or eating disorder psychopathology. [C. G. Fairburn & K. D. Brownell (Eds.)]. In *Eating Disorders and Obesity : A Comprehensive Handbook* (p. 141-146). Guilford Press. (2nd ed.).
- Giel, K. E., Bulik, C. M., Fernandez-Aranda, F., Hay, P., Keski-Rahkonen, A., Schag, K., Schmidt, U., & Zipfel, S. (2022). Binge eating disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 8(1), 16. <https://doi.org/10.1038/s41572-022-00344-y>
- Gow, M. L., Tee, M. S. Y., Garnett, S. P., Baur, L. A., Aldwell, K., Thomas, S., Lister, N. B., Paxton, S. J., & Jebeile, H. (2020a). Pediatric obesity treatment, self-esteem, and body image : A systematic review with meta-analysis. *Pediatric Obesity*, 15(3), e12600. <https://doi.org/10.1111/ijpo.12600>
- Guide du parcours de soins : Surpoids et obésité chez l'enfant et l'adolescent(e)*. (2023). [GUIDE PARCOURS DE SOINS]. HAS. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3321295/fr/guide-du-parcours-de-soins-surpoids-et-obesite-chez-l-enfant-et-l-adolescent-e
- Haney, P., & Durlak, J. A. (1998a). Changing self-esteem in children and adolescents : A meta-analytical review. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27(4), 423-433. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp2704_6
- Harter, S. (1998). *Comprendre l'estime de soi de l'enfant et de l'adolescent : Considérations historiques, théoriques et méthodologiques* in Bolognini M., Prêteur Y. (Dirs.), *Estime de soi. Perspectives développementales*, p. 57-81, Lausanne, Delachaux et Niestlé.
- He, J., Cai, Z., & Fan, X. (2017). Prevalence of binge and loss of control eating among children and adolescents with overweight and obesity : An exploratory meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 50(2), 91-103. <https://doi.org/10.1002/eat.22661>
- Krauss, S., Dapp, L. C., & Orth, U. (2023). The Link Between Low Self-Esteem and Eating Disorders : A Meta-Analysis of Longitudinal Studies. *Clinical Psychological Science*, 11(6), 1141-1158. <https://doi.org/10.1177/21677026221144255>
- Lebow, J., Sim, L. A., & Kransdorf, L. N. (2015). Prevalence of a History of Overweight and Obesity in Adolescents With Restrictive Eating Disorders. *Journal of Adolescent Health*, 56(1), 19-24. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.06.005>
- Marcus, M. D., & Kalarchian, M. A. (2003). Binge eating in children and adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, 34(S1), S47-S57. <https://doi.org/10.1002/eat.10205>
- Mcgee, R., & Williams, S. (2000). Does low self-esteem predict health compromising behaviours among adolescents? *Journal of Adolescence*, 23(5), 569-582. <https://doi.org/10.1006/jado.2000.0344>
- Mond, J., Van Den Berg, P., Boutelle, K., Hannan, P., & Neumark-Sztainer, D. (2011). Obesity, Body Dissatisfaction, and Emotional Well-Being in Early and Late Adolescence :

- Findings From the Project EAT Study. *Journal of Adolescent Health*, 48(4), 373-378. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2010.07.022>
- Moradi, M., Mozaffari, H., Askari, M., & Azadbakht, L. (2022). Association between overweight/obesity with depression, anxiety, low self-esteem, and body dissatisfaction in children and adolescents : A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Critical Reviews in Food Science and Nutrition*, 62(2), 555-570. <https://doi.org/10.1080/10408398.2020.1823813>
- Orth, U., & Robins, R. W. (2014). The Development of Self-Esteem. *Current Directions in Psychological Science*, 23(5), 381-387. <https://doi.org/10.1177/0963721414547414>
- Paris, C., & Isnard, P. (2024). Les troubles alimentaires et leurs mécanismes psychopathologiques chez l'enfant et l'adolescent en situation d'obésité. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 72(3), 99-102. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2024.02.001>
- Reitz, A. K. (2022). Self-esteem development and life events : A review and integrative process framework. *Social and Personality Psychology Compass*, 16(11), e12709. <https://doi.org/10.1111/spc3.12709>
- Robins, R. W., & Trzesniewski, K. H. (2005). Self-Esteem Development Across the Lifespan. *Current Directions in Psychological Science*, 14(3), 158-162. <https://doi.org/10.1111/j.0963-7214.2005.00353.x>
- Shunk, J. A., & Birch, L. L. (2004). Girls at risk for overweight at age 5 are at risk for dietary restraint, disinhibited overeating, weight concerns, and greater weight gain from 5 to 9 years. *Journal of the American Dietetic Association*, 104(7), 1120-1126. <https://doi.org/10.1016/j.jada.2004.04.031>
- Smith, K. E., Ellison, J. M., Crosby, R. D., Engel, S. G., Mitchell, J. E., Crow, S. J., Peterson, C. B., Le Grange, D., & Wonderlich, S. A. (2017). The validity of DSM -5 severity specifiers for anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge-eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 50(9), 1109-1113. <https://doi.org/10.1002/eat.22739>
- Sowislo, J. F., & Orth, U. (2013). Does low self-esteem predict depression and anxiety? A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Bulletin*, 139(1), 213-240. <https://doi.org/10.1037/a0028931>
- Swanson, S. A., Crow, S. J., Le Grange, D., Swendsen, J., & Merikangas, K. R. (2011). Prevalence and Correlates of Eating Disorders in Adolescents : Results From the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *Archives of General Psychiatry*, 68(7), 714. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.22>
- Tanofsky-Kraff, M., Marcus, M. D., Yanovski, S. Z., & Yanovski, J. A. (2008). Loss of control eating disorder in children age 12 years and younger : Proposed research criteria. *Eating Behaviors*, 9(3), 360-365. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2008.03.002>
- Vallieres, E. F., & Vallerand, R. J. (1990). TRADUCTION ET VALIDATION CANADIENNE-FRANÇAISE DE L'ÉCHELLE DE L'ESTIME DE SOI DE ROSENBERG*. *International Journal of Psychology*, 25(2), 305-316. <https://doi.org/10.1080/00207599008247865>

- Warnick, J. L., Darling, K. E., West, C. E., Jones, L., & Jelalian, E. (2022). Weight Stigma and Mental Health in Youth : A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Pediatric Psychology*, 47(3), 237-255. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsab110>
- Wichstrøm, L., & Von Soest, T. (2016). Reciprocal relations between body satisfaction and self-esteem : A large 13-year prospective study of adolescents☆. *Journal of Adolescence*, 47(1), 16-27. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2015.12.003>

ANNEXES

PARTIE 1 - Accompagnement ESAO (Estime de Soi Adolescents en Obésité)

Annexe 1 - Questionnaire ADO-BEDS (repérage hyperphagie boulimique)

Annexe 2 - Échelle d'estime de soi de Rosenberg

Annexe 3 - Questionnaire d'avis « Votre avis compte pour nous »

Annexe 4 - Affiche de l'exposition photo (QR code : accès aux *backstages* des *shootings* photo)

Annexe 5 - Photos de l'accompagnement

PARTIE 2 - Participation au DIU TCA

Annexe 6 - Fiche identité - Directeur de mémoire - Dr HEGBE Komlan

Annexe 7 - Fiche identité - Directrice de mémoire - Dr LOOSE Tianna

Annexe 8 - Attestation de présence aux cours

Annexe 9 - Attestation de stage

Annexe 10 - Lettre de motivation initiale

Annexe 11 - Curriculum vitae initial

NOM et PRENOM :

DATE :

ADO- BEDS
Questionnaire sur l'hyperphagie boulimique des
adolescents en excès de poids

C Chamay Weber et al.
2015

Les questions qui suivent portent sur ton comportement alimentaire et les sentiments qui peuvent y être associés. Nous te demandons de remplir le questionnaire en suivant les instructions. Ces informations pourront nous permettre de mieux orienter ton suivi. Pour chacune des questions, coche la case qui te correspond le mieux

1. T'arrive-t-il parfois d'avoir une envie irrésistible de manger alors que tu n'as pas faim ou que tu viens de manger ?

oui	non
☐	☐

2. Dans cette situation là, t'arrive-t-il de commencer à manger et de ne pas pouvoir t'arrêter ?

Exemple : T'est-il déjà arrivé de vouloir manger quelques biscuits et de ne pas pouvoir t'arrêter tant que le paquet n'est pas vide ?

oui	non
☐	☐

3. Dans ces moments où tu n'arrives plus à t'arrêter de manger et où tu manges sans faim :

	Oui	Non
A) As-tu parfois besoin d'être seul, de t'isoler pour manger ?	☐	☐
B) As-tu parfois l'impression d'être ailleurs, inconscient (e), comme si tu mangeais en étant dans la lune ?	☐	☐
C) Manges-tu parfois parce que tu te sens mal, triste, en colère ou que tu t'ennuies ?	☐	☐
D) As-tu parfois l'impression de trop manger ou de manger plus que les autres ?	☐	☐
E) As-tu parfois des regrets, te sens tu honteux (euse) après avoir mangé ?	☐	☐

4. Combien de fois as-tu ces moments où tu n'arrives plus à t'arrêter de manger et où tu manges sans faim ?

1 fois ou moins par mois	2 à 3 fois par mois	2 à 3 fois par semaine	tous les jours
☐	☐	☐	☐

5. Depuis combien de temps as-tu ces moments là ?

moins de 3 mois	plus de 3 mois
☐	☐

6. Après ces moments là, t'arrive t'il de faire quelque chose pour éliminer ce que tu viens de manger ? Exemple : faire du sport, sauter le (s) repas suivant (s), vomir, prendre des médicaments...)

oui	non
☐	☐

Annexe 2 - Échelle d'estime de soi de Rosenberg

UNITE ENDOCRINOLOGIE - PEDIATRIE SUD REUNION



NOM :

Prénom :

date :

ECHELLE D'ESTIME DE SOI DE ROSENBERG

Pour chaque phrase, indiquez si vous êtes tout à fait en désaccord, plutôt en désaccord, plutôt en accord ou tout à fait en accord.

Répondez à chaque question le plus sincèrement possible. Vos réponses sont confidentielles.

		Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Tout à fait en accord
1	Je pense que je suis une personne de valeur, au moins égale à n'importe qui d'autre.				
2	Je pense que je possède un certain nombre de belles qualités.				
3	Tout bien considéré, je suis porté à me considérer comme un raté.				
4	Je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens.				
5	Je sens peu de raisons d'être fier de moi.				
6	J'ai une attitude positive vis-à-vis moi-même.				
7	Dans l'ensemble, je suis satisfait de moi.				
8	J'aimerais avoir plus de respect pour moi-même.				
9	Parfois je me sens vraiment inutile.				
10	Il m'arrive de penser que je suis un bon à rien.				

Annexe 3 - Questionnaire d'avis « Votre avis compte pour nous »



PEDIATRIE SUD - UNITE ENDOCRINOLOGIE



Votre avis compte pour nous

PROGRAMME ESTIME DE SOI / ESAO

Nom (ado) _____

Date _____

Prénom _____

Qui remplit le questionnaire? _____

Date de naissance _____

Lien avec l'ado _____

VOTRE AVIS SUR LE PROGRAMME

Que pensez-vous de ce programme "Estime de soi"?

.....

.....

.....

.....

Note l'intérêt (la pertinence) de ce programme de 1 à 10? (1 pas du tout et 10 tout à fait)



Qu'avez-vous le plus aimé? (plusieurs réponses possibles)

.....

.....

Qu'avez-vous le moins aimé? (plusieurs réponses possibles)

.....

.....

Vos idées pour améliorer le programme :

.....

.....

.....

Qu'avez-vous pensé du vernissage ? est-ce que cette étape du programme vous paraît importante?

.....

.....

Quand vous voyez le tableau ou les autres photos : vous vous dites.....

.....

.....

.....

VOTRE AVIS SUR LES EFFETS

Quels sont les effets de ce programme selon vous?

.....

.....

.....

Pensez-vous que ce programme améliore l'estime de soi ?

.....

.....

.....

Amélioration de l'estime de soi de 1 à 10 (1 pas du tout et 10 tout à fait) :



A quoi le remarquez-vous? qu'est ce qui a évolué ou changé? quelque chose de nouveau ou de différent? pour l'adolescent ou pour d'autres personnes?

.....

.....

.....

Pensez-vous que ce programme donne envie de prendre soin de sa santé? Si oui, donnez des exemples svp.

.....

.....

.....

Mobilisation pour sa santé de 1 à 10 (1 pas du tout et 10 tout à fait)



Dites- nous ici ce que vous souhaitez :

.....

.....

.....

Annexe 4 - Affiche de l'exposition photo



CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE
LA REUNION

L'EQUIPE D'ENDOCRINOLOGIE
PÉDIATRIE SUD
a le plaisir de vous inviter



Expo photo

SUR L'ESTIME DE SOI

PHOTOGRAPHE : SANDRINE HUBERT DELISLE

Photos prises dans le cadre d'un suivi pour obésité.



du 7 mai 2026 au 5 juin 2026

Hall d'accueil du Bâtiment principal à St-Pierre

Scannez le QR code pour visionner le *backstage* des *shootings* photo.



Exposition des portraits

Annexe 5 - Photos de l'accompagnement

Quelques portraits avec le titre choisi par les adolescents



*Accepte a ou comm ou lé et
croi en ou (Accepte-toi
comme tu es et crois en toi)*



L'ange qui rêve



Les pieds sur terre et la
tête dans les nuages



Fleurir avec le temps



L'étoile qui brille



En chacun de nous il y a une étoile

Photos de l'accompagnement « Estime de soi Adolescents en Obésité » (ESAO) - Vernissage

Préparatifs et mise en place du buffet de vernissage



Discours des adolescents sous le regard attentif de Mme Wadel, Directrice du Fonds de Dotation Santé Solid'R et Secrétaire générale du CHU de la Réunion et du Dr Houdon, Responsable de l'Endocrinologie pédiatrique.

Applaudissements d'une partie de l'équipe : Alexandra Bergonzoli Rivière (Psychologue), Claire Chambertin (Educatrice spécialisée), Christine Frissur (Auxiliaire de puériculture) et Eva Garaños (Infirmière)

Carte d'identité du Directeur de Mémoire du DIU Troubles du comportement

alimentaire Mémoire d'Alexandra BERGONZOLI RIVIERE

Mémoire en Co-Direction

NOM : HEGBE

PRÉNOM : Komlan

PROFESSION et FONCTION : Psychologue clinicien, Ph.D

STRUCTURE ET ADRESSE PROFESSIONNELLE : Addictologie du CHU de Tours - CSAPA 37

Adresse: 112 Avenue Maginot, 37100 Tours

COORDONNÉES TÉLÉPHONIQUES : 0234378981

COORDONNÉES MAIL : kg.hegbe@chu-tours.fr

PARCOURS DE FORMATION DANS LE CHAMP DES TCA : Expérience clinique en Hyperphagie boulimique

DIU

CAPACITÉ

DESC

AUTRES (précisez) Master Psychologie Clinique et Psychopathologie

Doctorat en Psychologie clinique

SIGNATURE DU DIRECTEUR DE MEMOIRE

Je soussigné(e) Komlan HEGBE..... certifie donner mon accord pour la soutenance de mémoire de Alexandra BERGONZOLI qui aura lieu le 25/06/2026.

RIVIERE

Date : 4 juin 2026

Signature :



**Carte d'identité du Directeur de Mémoire du DIU Troubles du comportement
alimentaire**

Mémoire d'Alexandra BERGONZOLI RIVIERE

Mémoire en Co-Direction

NOM : LOOSE

PRÉNOM : Tianna

PROFESSION et FONCTION : Docteure en psychologie,
Coordinatrice régionale de recherche en santé mentale

STRUCTURE ET ADRESSE PROFESSIONNELLE :

Affiliations : PRISM974, DRCI CHU de la Réunion, et CTSM974

Adresse: CHU de la Réunion, Avenue François Mitterrand BP 350 97448 Saint-Pierre Cedex, Réunion

COORDONNÉES TÉLÉPHONIQUES : 0262359000

COORDONNÉES MAIL : tianna.loose@chu-reunion.fr

PARCOURS DE FORMATION DANS LE CHAMP DES TCA :

Master Professionnel, psychologie clinique et de la santé

DIU

CAPACITÉ

DESC

AUTRES (précisez) Recherche post-doctoral dans le champ de TCA

Référence:

Loose, T., et al. (2023). Pathways of association between disordered eating in adolescence and mental health outcomes in young adulthood during the COVID-19 pandemic. Canadian Journal of Public Health, 114(1), 22-32. <https://doi.org/10.17269/41997-022-00715-8>

SIGNATURE DU DIRECTEUR DE MEMOIRE

Je soussigné(e)Tianna LOOSE..... certifie donner mon accord pour la soutenance de mémoire
deAlexandra Marie Louise RIVIERE..... qui aura lieu le 25/06/2026.

Date : 17 Mars 2026

Signature :



Annexe 8 - Attestation de présence aux cours

Service
Formation Médicale Continue
Et Développement
Professionnel Continu
UFR3S Département Médecine
Pôle Recherche
59045 LILLE CEDEX



DIRECTEUR

-Pr Marc LAMBERT

DIRECTEUR ADJOINT

-Pr David SEGUY

**RESPONSABLE
ADMINISTRATIVE**

-Élodie KASDAR
03 20 62 68 53
elodie.kasdar@univ-lille.fr

GESTIONNAIRE

-Prescillia DEFRANCE
03 20 62 68 96
prescillia.defrance@univ-lille.fr
-Nathalie DELATTRE
03 20 62 35 87
nathalie.delattre@univ-lille.fr
-Christel THIEBAUT
03 20 62 68 44
christel.baldassari@univ-lille.fr

SECRÉTARIAT

-Yamna ANJAR
03 20 62 68 65
yamna.anjar@univ-lille.fr
-Nathalie COUSIN NAVIEZ
03 20 62 68 12
nathalie.naviez@univ-lille.fr
-Oumar DIENG
03 20 62 77 72
oumar.dieng@univ-lille.fr
-Ahlam GOUIN
03 20 62 68 24
ahlam.khettab@univ-lille.fr
-Pauline GUILBERT
03 20 62 34 95
pauline.guilbert@univ-lille.fr
-Océane VANDEZANTE
oceane.vandezante@univ-lille.fr
-Mélanie VILLALBA

Mme BERGONZOLI Alexandra
15, impasse RIVIERE GASTON MICHEL
97432 RAVINE DES CABRIS
FRANCE

ATTESTATION DE PRÉSENCE

Je, soussigné(e) Pr Marc LAMBERT, DIRECTEUR du Service de Formation Médicale Continue de l'UFR3S Département Médecine - Pôle Recherche (59045 Lille CEDEX), atteste que :Mme Alexandra RIVIERE BERGONZOLIinscrit(e) à l'action de formation :

DIUF - Troubles du Comportement Alimentaire
niveau unique
Année Universitaire 2025 - 2026

A suivi avec assiduité le(s) cours ci-dessous : (pour un total de 88 heure(s) et 30 minute(s))

19/11/2025	Matin	Présent(e)	09:00-13:00 (04:00)
19/11/2025	Après-midi	Présent(e)	15:00-18:00 (03:00)
20/11/2025	Après-midi	Présent(e)	14:00-18:00 (04:00)
20/11/2025	Après-midi	Présent(e)	09:00-12:30 (03:30)
21/11/2025	Matin	Présent(e)	09:00-11:00 (02:00)
21/11/2025	Après-midi	Présent(e)	14:00-15:30 (01:30)
14/01/2026	Matin	Présent(e)	09:00-12:45 (03:45)
14/01/2026	Après-midi	Présent(e)	14:00-18:00 (04:00)
15/01/2026	Matin	Présent(e)	09:00-12:30 (03:30)
15/01/2026	Après-midi	Présent(e)	14:00-18:00 (04:00)
16/01/2026	Matin	Présent(e)	09:00-12:45 (03:45)
16/01/2026	Après-midi	Présent(e)	13:45-17:15 (03:30)
04/02/2026	Matin	Présent(e)	09:00-12:30 (03:30)
04/02/2026	Après-midi	Présent(e)	14:00-20:30 (06:30)
05/02/2026	Matin	Présent(e)	09:00-12:30 (03:30)
05/02/2026	Après-midi	Présent(e)	14:00-17:30 (03:30)
06/02/2026	Matin	Présent(e)	09:00-12:00 (03:00)
06/02/2026	Après-midi	Présent(e)	13:30-16:30 (03:00)
17/03/2026	Après-midi	Présent(e)	14:00-17:30 (03:30)
18/03/2026	Matin	Présent(e)	09:00-12:30 (03:30)
18/03/2026	Après-midi	Présent(e)	13:30-17:30 (04:00)
19/03/2026	Matin	Présent(e)	08:45-12:15 (03:30)
19/03/2026	Après-midi	Présent(e)	13:30-17:30 (04:00)
20/03/2026	Matin	Présent(e)	09:00-12:00 (03:00)
20/03/2026	Après-midi	Présent(e)	13:00-16:30 (03:30)

Fait à Lille, le 24/03/2026

Attestation de présence pour : Mme Alexandra RIVIERE BERGONZOLI

Le Directeur du Département de
FMC/DPC

Professeur Marc LAMBERT



Formation
continue et
alternance

ATTESTATION DE STAGE
(À remettre à l'issue du stage)

ORGANISME D'ACCUEIL

Nom ou dénomination sociale : CHRU de Tours

Adresse : 2 boulevard Tonnellé, 37044 Tours Cedex 9

Téléphone : 02 18 37 0581

Courriel : paul.brunault@univ-tours.fr

Certifie que :

LE STAGIAIRE DE LA FORMATION CONTINUE

Nom : BERGONZOLI RIVIERE Prénom : Alexandra (02/04/79)

Adresse : CHU de la Réunion - service de Pédiatrie Sud

Stagiaire de la formation continue en (intitulé de la formation ou du cursus suivi par le stagiaire)

au sein de l'université de Lille

Unité de formation et de recherche (UFR) / Département : DIU TCA

A effectué un stage prévu dans le cadre de ses études

DURÉE DU STAGE

Date de début du stage : 07/01/2026

Date de fin du stage : 13/01/2026

Représentant une durée totale de : 1 semaine (nb de mois / nb de semaines – rayer la mention inutile)

La durée totale du stage est appréciée en tenant compte de la présence effective du stagiaire dans l'organisme, sous réserve des droits à congés et autorisations d'absence prévus à l'article L.124-13 du code de l'éducation (art. L.124-18 du code de l'éducation). Chaque période au moins égale à 7 heures de présence consécutives ou non est considérée comme équivalente à 1 jour de stage et chaque période au moins égale à 22 jours de présence consécutifs ou non est considérée comme équivalente à un mois.

LE CAS ÉCHEANT, MONTANT DE LA GRATIFICATION VERSÉE AU STAGIAIRE

Le stagiaire a perçu une gratification de stage pour un montant total de 0 €.

Cachet de l'établissement :

ELSA - 37
C.H.R.U. de TOURS
Hôpital TROUSSEAU
37044 TOURS CEDEX 9

FAIT A : Tours

LE : 13/01/2026

Nom, fonction et signature du représentant de
l'organisme d'accueil

Pr Paul BRUNAUT

Annexe 10 - Lettre de motivation initiale

Alexandra BERGONZOLI RIVIERE
Psychologue en Pédiatrie
CHU Sud Réunion
alexandra.riviere@chu-reunion.fr
06.92.76.42.10

Pr Olivier COTTENCIN
Responsable pédagogique du DIU TCA
Professeur de Psychiatrie et d'Addictologie
Université de Lille - CHU de Lille

Objet : Candidature au DIU TCA
Pièce jointe : Curriculum vitae

Professeur Cottencin,

Au CHU Sud de la Réunion, une unité d'endocrinologie pédiatrique a démarré ses activités en 2022. Un des objectifs de cette ouverture est d'augmenter la prise en soin des patients atteints d'obésité sévère. En tant que psychologue du service, je suis à mi-temps dédiée à cette activité, pour des évaluations, des suivis ainsi que la participation à différents programmes d'éducation thérapeutique. En équipe, avec Dr Laure Houdon qui dirige l'unité, nous souhaitons améliorer le repérage et le traitement de l'hyperphagie boulimique.

Dans ce contexte, je vous sou mets ma candidature pour le DIU TCA, très intéressée à développer mes compétences, notamment en addictologie. Bien qu'incontournables lorsqu'il s'agit d'obésité, les troubles du comportement alimentaire se révèlent souvent délicats à déceler et à accompagner. En outre, ce DIU me paraît particulièrement pertinent de par la qualité et la diversité de ses intervenants. Il a aussi le mérite d'être organisé de manière à permettre une participation en présentiel malgré l'éloignement géographique de la Réunion avec l'Hexagone.

Pour information, la prise en charge de ma formation a été acceptée par mon employeur.

Restant à votre disposition pour toute information complémentaire, je vous prie d'agréer, Professeur Cottencin, mes respectueuses salutations.

Saint-Pierre le 10 mars 2025,





Alexandra BERGONZOLI RIVIERE, Psychologue

23 ans d'expérience dont 13 ans au CHU de La Réunion

Numéro RPPS : 10008641788

Coordonnées : alexandra.riviere@chu-reunion.fr - L.D. : 0262.71.77.29 - Mobile : 0692.76.42.10

Situation personnelle : 45 ans, mariée, 2 enfants

Trésorière de l'association PEDSR (Pédiatrie Endoc Diabéto Sud Réunion)

EXPÉRIENCE PROFESSIONNELLE

Psychologue clinicienne, Pédiatrie (Pôle FME), CHU Sud Réunion, depuis mars 2012

- Depuis 2022 : Évaluation et suivi des patients en obésité sévère au sein de la nouvelle Unité d'Endocrinologie (mi-temps)
 - Participation à l'expérimentation nationale OBEPEDIA (bilans avec psychométrie)
 - Mise en place du programme "Estime de soi" pour les 13-18 ans, avec une photographie
 - Action spécifique sur le harcèlement avec les 8 -12 ans
 - Atelier conte pour les moins de 7 ans
- Suivi des patients atteints de pathologies chroniques et de leurs familles,
Référente pour la drépanocytose, l'asthme, la maladie de Crohn, les cardiopathies
 - Accompagnement des étapes de la prise en charge médicale (annonce, bilan annuel, hospitalisation ...)
 - Soutien et psychothérapie
 - Participation à l'éducation thérapeutique (groupes de parole enfants, adolescents, parents)
- Interventions ponctuelles au sein des urgences et unités d'hospitalisation
Référente de l'unité des nourrissons de 2012 à 2022
- Clinique institutionnelle :
 - Staff interdisciplinaire, réunions de service, réunions éthiques,
 - Soutien aux équipes, reprises des situations difficiles,
 - Porte-parole du collège des psychologues de 2023 à 2025 et référente pour les formations collectives,
 - Participation à des réseaux nationaux de psychologues (drépanocytose, OBEPEDIA, VDG)
- Élucidation de pratique thérapeutique :
 - Atelier clinique avec Mme A.-M. Defay (travail sur les cas cliniques des participants)
 - Séminaires (clinique psychopathologique) de l'ACF de La Réunion <https://acf-lareunion.fr>

Psychologue du travail à l'AFPAR, Service Conseil Orientation, 2005 à 2012, La Réunion

- Orientation professionnelle : aide à l'élaboration de projets d'insertion, bilans psychométriques, accompagnement de salariés en évolution
- Soutien psychologique : suivi psycho-pédagogique, accueil de personnes en souffrance au travail, médiations
- Formations dispensées : ingénierie et animation de formation de formateurs, formation aux techniques d'entretien pour le Centre du Service National, ...

Psychologue du travail en libéral, 2002 à 2005, Montpellier

Co-interventions avec les cabinets Alidoro Consultants et Fondations :

Animation de formations initiales à l'ENACT (École Nationale d'Application des Cadres Territoriaux), Animation des ateliers d'échanges et d'innovation à la Mairie de Marseille, Recrutements pour des entreprises, Formation des recruteurs de l'Armée de Terre , ...

Communications orales

- **Accompagnement psychologique des enfants et adolescents en situation d'obésité** (en plénière) et **Aspects psychologiques dans l'obésité** (en atelier) au IX^{ème} Congrès de Pédiatrie organisé par la SFPOI (2022)
- **Consentir à dire** (intervention à propos du psycho-traumatisme) à la soirée « Attentat sexuel et consentement », organisée avec la commission locale des 50^{èmes} journées de l'ECF (2020)
- **Améliorer la prise en charge globale de l'asthme - un point de vue « psy »** et **Présentation du Club de l'asthme** (en équipe) au VIII^{ème} Congrès de la SFPOI (2019)
- **Envie de rien** : Cas d'une adolescente en obésité morbide, à la 2^{ème} journée des rencontres cliniques du PFME, CHU Sud Réunion (2019)
- **Être parents d'un enfant porteur de maladie chronique**, à la 1^{ère} journée des Rencontres cliniques du PFME - CHU Sud Réunion (2018)
- **L'expérience du Club de l'asthme** (en équipe) - aux 1^{ères} rencontres EDUTHERUN (2015)
- **Le groupe d'échanges entre parents d'enfants asthmatiques** et **Le groupe « take ker »** (prise en charge d'adolescents en obésité sévère) au 2^{ème} Colloque réunionnais d'éducation thérapeutique pédiatrique (2014)
- Modératrice à la 3^{ème} journée des **Soins palliatifs** de l'Océan Indien (2013)
- **La demande adressée au psychologue** : Mémoire de Master 2 présenté au Réseau des psychologues de la drépanocytose – en visioconférence- (2013)

Publications

- **Grandir avec un parent malade** : article publié dans le new Globinoscope n°5 (2021)
- **Analyse d'un cas clinique : les hallucinations en fin de vie et l'état de choc post décès** Rapport dans le cadre du DU Soins palliatifs et accompagnement (2016)
- **Accompagnement des familles de patients atteints d'amyotrophie spinale de type I** Participation au PHRC - évaluation de la prise en charge palliative (2015)
- **La demande adressée au psychologue**, à propos de 3 rencontres en service de médecine Mémoire de Master 2 de Psychologie clinique (2011)
- **Publication de cas cliniques** dans JACARANDA (bulletin de l'ACF La Réunion)
 - "Consentir à dire" dans " De la rencontre au surgissement du désir" (2022)
 - " Encore à corps " dans Le corps a la parole (2016)
 - " Tu comprendras quand ça t'arrivera " dans Les mélis-mélos de l'inconscient (2010)

ENSEIGNEMENTS DISPENSÉS (DEPUIS 2010)

Depuis 2015	L'annonce d'un diagnostic L'erreur médicale (avec Dr H. Flodrops)	PFME / CHU de La Réunion (Internes en médecine)	
2017 à 2021	Le développement de l'enfant	IFMK	IES -CHU de La Réunion
2019 à 2020	La place des proches dans les soins		
2015 à 2018	Analyse de pratique et Jury de concours	IFSI	
2020/2021	Développement de la personne Le groupe et ses enjeux Psychologie des publics	Université de La Réunion - IUT Carrières sociales	
2011	Pleurs excessifs du nourrisson (avec Dr L. Enaud)	AFORM (Médecins)	

2016	DU Soins palliatifs et accompagnement (stage à l'UMASP)	Mention bien	Univ. La Réunion
2011	MASTER 2 Psychologie clinique (stages en pédiatrie et en psychiatrie)	Mention très bien	Univ. Paris 8
2002	DESS Psychologie du travail	Mention bien	Univ. Montpellier 3
2001 1999	DEUG, LICENCE et MAITRISE Psychologie	Mention assez bien	Univ. Montpellier 3
1997	BACCALAUREAT Scientifique	Mention bien	Lycée L. Payen (Réunion)

FORMATIONS COMPLÉMENTAIRES (DEPUIS 2010)

Diverses conférences organisées par le CRIAVS, le GISP, Méti-cités, ...		
Clinique de l'adolescent , M. C. Ramirez (2023) Identifications et identité , Mme B. Julien - présentation d'un cas clinique (2023) Comment s'orienter dans la clinique? , M. C. Ramirez - présentation d'un cas clinique (2022) Fantasmes et délires , Mme C. Lacaze-Paule (2022) Le traumatisme psychique , Dr G. Briole (2022) La dissociation , Unité de psycho-traumatologie du CHU de la Réunion (2022) Les maladies du corps et leurs conséquences psychiques , Mme C. Lacaze-Paule (2019) L'anxiété , Mme L. Sokolowski (2019) L'enfant et son corps , Dr P. Velasquez au COPES (2018) Clinique avec les adolescents - Mme H. Deltombe - présentation d'un cas clinique (2018) La médiation à visée thérapeutique , Pr. Anne Brun (2017) Relation clinique et le dessin de l'enfant , M. C. Miollan (2014) La vie familiale et le destin de l'enfant , Collège de Navarin (2013) Le transfert avec l'enfant , Mme H. Deltombe CPCT Paris (2013) Les journées régionales de l'adolescence (2012) Victimologie et Psycho-traumatologie , Unité de psycho-traumatologie du GHSR (2011) Naissance et handicap , Dr P. Ben Soussan (2011)	Psychologie, psychothérapie	
Prise en soins de l'hyperphagie boulimique , équipe du Dr G. Dervaux, CH de Béthune (2025) Congrès de pédiatrie de l'Océan Indien (2012, 2014, 2019, 2022) La santé connectée des adolescents (2022) L'oralité alimentaire , journée d'information et d'échanges (2017) Journée de formation éthique « Que reste-t-il de nos erreurs ? », Dr A. Auvrignon (2015) 1 ^{er} forum réunionnais des 1000 premiers jours de vie (2014) Stages au sein de services hospitaliers , Centres de la drépanocytose à l'APHP (2013) Les soins palliatifs pédiatriques , Dr M. Schell, Mmes M. Castaing et P. Thibaut (2012)	Domaine médical	
Les écrits du psychologue , Mme C. Parisot, (2018) Forum des psychologues , Collège des psychologues du CHU de La Réunion (2017) Analyse des pratiques , M. P. Cohen et C. Michalet (2017) La fonction de psychologue aujourd'hui et demain, M. J.-F. Cottes (2012, 2013, 2015)	Institutionnel	

Nom : BERGONZOLI RIVIÈRE	Prénom : Alexandra	Session : 2025–2026
DIPLÔME INTER-UNIVERSITAIRE TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE		
UNIVERSITÉS DE LILLE, MONTPELLIER, NANTES, TOURS		
Améliorer l'estime de soi pour agir sur l'hyperphagie boulimique ? <i>Évaluation d'un accompagnement collectif centré sur l'estime de soi auprès d'adolescents en obésité sévère (CHU de La Réunion, 2024–2026)</i>		
Résumé : Ce mémoire évalue ESAO (Estime de Soi pour Adolescents en Obésité), un accompagnement collectif de quatre mois conduit entre 2024 et 2026 au sein de l'Endocrinologie pédiatrique du CHU de La Réunion (Sud), auprès de 24 adolescents en obésité sévère (IMC IOTF > 35). Le programme associe groupe de parole, théâtre, atelier sur la posture corporelle, séance photographique individuelle en studio, ainsi qu'un vernissage avec les familles. Deux questions sont posées : l'accompagnement améliore-t-il l'estime de soi ? Observe-t-on, en parallèle, une évolution de la symptomatologie de l'hyperphagie boulimique (HB) ? L'estime de soi, mesurée par l'échelle de Rosenberg, s'améliore de façon significative et avec un grand effet de taille ($d = 1,03$, $p < 0,001$). Le comportement alimentaire, exploré par l'ADO-BEDS, montre une tendance à l'amélioration sans atteindre le seuil de significativité, en partie attribuable aux difficultés d'auto-déclaration propres à cette population. Les données qualitatives (223 verbatims) corroborent l'amélioration de l'estime de soi et soulignent des effets sur la mobilisation pour la santé et la vie relationnelle.		
Mots-clés : Obésité pédiatrique - Estime de soi - Hyperphagie boulimique - Accompagnement collectif - Adolescent - Programme thérapeutique - Questionnaire ADO-BEDS - Échelle de Rosenberg – CHU de La Réunion – Endocrinologie – Pluridisciplinarité		
<i>Les Universités n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i>		