



HAL
open science

Stigmatisation relative au poids, menace du stéréotype et comportement alimentaire des personnes en surcharge pondérale

Lisa Brelet

► To cite this version:

Lisa Brelet. Stigmatisation relative au poids, menace du stéréotype et comportement alimentaire des personnes en surcharge pondérale. Psychologie. Université Clermont Auvergne [2017-2020], 2018. Français. NNT : 2018CLFAL012 . tel-02070841

HAL Id: tel-02070841

<https://theses.hal.science/tel-02070841v1>

Submitted on 18 Mar 2019

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

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



Université Clermont Auvergne, U.F.R. Psychologie, Sciences Sociales et Sciences de l'Éducation

Laboratoire de Psychologie Sociale et Cognitive (LAPSCO) – CNRS, UMR 6024

École Doctorale Lettres, Sciences Humaines et Sociales

THÈSE DE DOCTORAT

**Stigmatisation Relative au Poids,
Menace du Stéréotype et
Comportement Alimentaire
des Personnes en Surcharge Pondérale**

Présentée par Lisa Brelet,

En vue de l'obtention du titre de Docteur en Psychologie.

Sous la direction de :

Magali Ginet, Professeure, Université Clermont Auvergne, Clermont-Ferrand.

Membres du jury :

Peggy CHEKROUN	Professeure, Université Paris Nanterre	Présidente
Caroline DESOMBRE	Professeure, Université Lille Nord	Rapporteuse
Yves BOIRIE	Professeur, CHU Gabriel-Montpied, Clermont-Ferrand	Examinateur
Michel DESERT	Maître de Conférence, Université Clermont Auvergne	Examinateur

A Elle,

*A ma maman et
tous les hommes de ma vie,*

Remerciements

En premier lieu, je souhaite remercier ma directrice de thèse, Magali Ginet, d'avoir accepté de m'encadrer dans ce travail doctoral. Je tiens à la remercier pour l'aide et les conseils qu'elle a su m'apporter malgré la situation particulière qu'était la nôtre. Enfin, je la remercie pour la confiance qu'elle m'a accordée durant ces quatre années.

Je voudrais également remercier Michel Désert d'avoir cru en ce projet autant que moi ! Merci de m'avoir offert l'opportunité de le concrétiser et de m'avoir accompagné à ses débuts.

Je souhaite ensuite remercier les membres du jury, Peggy Chekroun et Caroline Desombre, qui m'ont, toutes les deux, fait l'honneur de lire et d'évaluer ce travail de thèse.

J'adresse mes remerciements les plus sincères aux responsables du Service Nutrition du CHU Gabriel Montpied, le professeur Yves Boirie et le docteur Magalie Miolanne, pour m'avoir ouvert leurs portes et présenté à leur équipe professionnelle. Merci à vous tous pour votre écoute, vos conseils et votre sympathie. Une collaboration riche et intéressante. Un merci particulier au professeur Yves Boirie, membre de mon comité de suivi de thèse et membre du jury, pour m'impliquer dans des projets toujours plus passionnants les uns que les autres.

Je remercie Georges Schadron, également membre de mon comité de suivi de thèse, pour son aide précieuse dans l'élaboration et la structuration de mon travail.

Je souhaite également témoigner ma gratitude à l'égard de Sandra Duarte, Delphine Gevaudant, Nadia Jeanmaire, Sophie Monceau, et les membres de la Catech, Kenny, Pierre et Julien, pour leur gentillesse, leur professionnalisme et l'aide qu'ils ont su m'apporter au(x) moment(s) opportun(s).

Je remercie profondément les étudiants en psychologie, les membres des associations (La Faim des Maux, 44 et +, et En Vie 63), les patients du CHU Gabriel Montpied et ceux de la clinique de la Chataigneraie ainsi que les clermontois – en balade au jardin Lecoq ou en shopping au centre Jaude – d'avoir pris le temps de participer aux travaux de recherche présentés dans ce mémoire.

Un grand merci à tous les Master 1, pour ne pas dire ami(e)s, que j'ai eu la chance d'encadrer. Un merci spécial Anaïs, Fanny, Sarah, et les deux And(d)y pour votre implication et votre enthousiasme. Sans vous, ce travail aurait été bien solitaire. De belles équipes !

Ils sont bien trop nombreux pour que je les cite tous mais un chaleureux merci à mes collègues doctorant(e)s pour tous les moments sympathiques que nous avons pu vivre. Merci Nono et Quentin pour votre joie de vivre, les multiples festins à vos côtés, les soirées foot (merci Didier¹), les soirées mario, les soirées mario-foot... sans oublier la douceur de vos rouleaux de papier toilette ! Merci Lorelei pour ta bienveillance, une vraie snippeuse au cœur

¹ Rajouté, 3 jours après la 2^{ème} étoile, par Francis Le Vrai.

tendre. Merci Camoule pour ta fraîcheur, ne change pas ! Merci à Alicia et Virginie pour nos confidences, vos conseils, votre soutien, les "coloor me rad" et autres souvenirs. Merci à l'ami Jojo #ViveLeBerryIndépendant. Enfin, merci Bori pour tes bla(gues)poulpes.

Un tendre merci à mes copains M2R qui, bien qu'ils aient tous abandonnés la recherche, ne m'ont pas abandonnée. Plein de souvenirs avec vous, des glissades du Mont-Dore aux baignades dans l'océan, et plein d'autres à venir, je n'en ai aucun doute. Un merci particulier à ma douce Manue, la jolie Sophie et, à mon râleur préféré, Cédric. Manue, je suis ravie que le temps d'une année tu sois venue te perdre dans la recherche, ton amitié et ton soutien me sont précieux.

Un énorme merci à toutes ces amies inégalables rencontrées à chaque étape de ma vie. Samsara dans les bacs à sable de la maternelle, Tess dans les classes du collège, Axelle et Loren dans la cour du lycée, Laurie et Stéphanie sur les bancs de la fac. Malgré la distance votre amitié reste généreuse, rassurante, intacte et vraie. Merci à ma petite Elou pour nos années de colocation et cette amitié (qui) fu-sionnelle, merci d'être toujours là. Merci aux nouvelles mais non moins importantes : Marlène, pour ces moments de complicité si chers, Meghouze, ma rivale favorite dont la simplicité est un vrai plaisir au quotidien, et, Alyson, ma voisine préférée qui m'a rappelé qu'une vraie amitié est toujours possible.

Ma Clem, il y aurait tant à dire... je me contenterais de dire que tu es la meilleure !

Enfin, mille mercis à mes parents qui, malgré les aléas de nos vies, ont toujours su trouver les mots. Merci pour votre amour et votre soutien indéfectible. J'espère que les miens vous parviennent. Merci à toi, Elian, pour ce lien qui est le nôtre. Tu es ma plus belle force.

Une famille sacrée.

(Sans oublier mes deux rescapés préférés, Pépité et Atoll)

Un lourd merci à notre chef, votre princesse, mon amour... ;o

Valorisation de la thèse

Ce travail de thèse a fait l'objet de plusieurs communications orales et affichées :

◆ **Communications orales** (nationales et internationales)

Brelet, L. & Ginet, M. (Juin, 2017). *L'effet de Menace du stéréotype sur le comportement alimentaire des personnes en surcharge pondérale*. Colloque Doctoral, Maison des Sciences de l'Homme, Clermont-Ferrand, France.

Brelet, L. & Ginet, M. (Juillet, 2016). *Menace du stéréotype et comportements alimentaires des personnes en surcharge pondérale*. CIPSLF, 11^{ème} Congrès International de Psychologie Sociale en Langue Française (ADRIPS), Université de Genève, Suisse.

◆ **Communications affichées** (nationales et internationales)

Brelet, L., Ginet, M. & Désert, M. (Juillet, 2017). *Phénomène de menace du stéréotype et comportement alimentaire des personnes en surcharge pondérale*. CISPA, 10^{ème} Colloque International de Psychologie Sociale Appliquée (PSITEC et ADRIPS), Université de Lille 3, France. – reçu le prix du meilleur poster.

Brelet, L., Ginet, M. & Désert, M. (June, 2017). *A blatant exposure to weight stigma : impact on the eating behaviour of overweight people*. 5th Annual International Weight Stigma Conference, Prague, Czech Republic.

Brelet, L., Désert, M. & Ginet, M. (September, 2015). *The effect of subtle stereotype threat on the eating behaviour of overweight and obese people*. 3rd Annual International Weight Stigma Conference, Reykjavik, Iceland.

Brelet, L., Désert, M. & Ginet, M. (Septembre, 2015). *L'effet de la menace du stéréotype sur le comportement alimentaire des personnes en surpoids voire obèses*. SFP, 56^{ème} Congrès de la Société de Psychologie Française, Faculté de Psychologie de Strasbourg, France.

◆ **Activités de vulgarisation**

Brelet, L., Ginet, M. & Désert, M. (Novembre, 2015). *Etre différent par son poids : la perception des autres peut influencer sur le comportement alimentaire des personnes obèses*. Journées transdisciplinaires : façon de penser la différence, Ecole Doctorale LSHS, Clermont-Ferrand, France.

Résumé

La problématique de l'excès de poids représente un enjeu de santé publique. En effet, l'obésité, et, en premier lieu, le surpoids, concerneraient (à eux deux) 45% de la population française.

Au-delà de facteurs génétiques, hormonaux et socio-économiques, les habitudes de vie des personnes (i.e., alimentation, dépenses énergétiques, etc.) sont souvent mentionnées pour expliquer l'origine d'une telle pathologie. Or, si ces premiers facteurs trouvent un appui scientifique, les habitudes de vie sont, quant à elle, peu documentées et relèveraient davantage du mythe.

Néanmoins, les travaux menés en psychologie sociale ont démontré que, parfois, le mythe peut devenir réalité... En effet, les recherches réalisées sur le phénomène de menace du stéréotype ont permis de montrer que les stéréotypes négatifs dont certains groupes sociaux sont la cible peuvent nuire à leurs comportements dans un sens conforme à ces stéréotypes. Plus précisément, par peur de confirmer un stéréotype négatif à l'égard de leur groupe social, des membres peuvent être paradoxalement conduits à émettre des comportements consistants avec ce stéréotype, dans un contexte où ce dernier est saillant et applicable.

Le présent travail visait, par conséquent, à mettre en exergue l'impact de la stigmatisation relative au poids sur les conduites alimentaires des personnes en surcharge pondérale vivant en France. Pour ce faire, 633 personnes en surpoids/obèses et 1278 normopondérés ont participé aux six expérimentations (et cinq pré-tests) présentées dans cette thèse. Dans un premier temps, nous nous sommes assurés de l'existence d'une stigmatisation relative au poids en France, et nous nous sommes attachés à étudier son contenu. Dans un second temps, nous nous sommes intéressés au ressenti des personnes obèses face à cette stigmatisation, en terme de vécu, fréquence, stratégies de coping mises en œuvre pour y faire face, bien-être psychologique et comportements de santé (e.g., alimentation, activité physique, etc.). *In fine*, à travers le phénomène de menace du stéréotype, nous avons examiné les effets de cette stigmatisation relative au poids sur les intentions/comportements alimentaires d'une population normopondérée et en excès de poids.

Les résultats de ces études ont, tout d'abord, permis de montrer qu'il existait bien une stigmatisation relative au poids en France. Cette stigmatisation attribuait notamment de mauvaises habitudes alimentaires et un manque d'activités physiques aux individus en excès de poids. Ensuite, nous avons démontré que le vécu de stigmatisation relative au poids de personnes obèses et leurs stratégies de coping adoptées pour y faire face corrélaient avec un faible bien-être psychologique, un fort niveau d'impulsivité et des comportements alimentaires inadaptés. Pour finir, nous avons mis en évidence que, dans certaines situations, cette stigmatisation relative au poids, *via* le phénomène de menace du stéréotype, conduisait des personnes en surpoids à consommer davantage d'aliments caloriques.

Ces résultats sont discutés au regard de la littérature portant sur la menace du stéréotype, notamment auprès des personnes en surpoids. Des pistes de recherches et d'interventions, pour diminuer les effets délétères de la stigmatisation relative au poids et ceux du phénomène de menace du stéréotype qui en résulte, sont également proposées.

Mots clés : Stigmatisation relative au poids – Menace du stéréotype – Surpoids – Obésité – Comportements alimentaires.

Abstract

Excessive weight is a public health issue. In fact, obesity and overweight affect around 45% of the French population.

Beyond genetics, hormonal and social economics factors, lifestyle (i.e., feeding, physical exercise, etc.) is often cited as a possible cause of the disease. However, if these initial factors find scientific supports, way of life, however, is hardly substantiated and would rather reflect a myth.

Nevertheless, social psychology has demonstrated that the myth can sometimes become reality... Indeed, research on the stereotype threat phenomenon shows that members of social groups can be harmed by negative stereotypes. More precisely, even if they fear it, individuals can adopt behaviours consistent with these activated and applicable stereotypes.

Therefore, the present work aimed to highlight the impact of weight stigma on the French overweight people's eating behaviours. To this end, 633 overweight/obese people and 1278 normal-weight people took part in the six experiments (and five pre-tests) presented in this thesis. Firstly, we ensured that the French weight stigma exists and we explored its content. Secondly, we took an interest in obese people's feelings and how they were dealing with the weight stigma in terms of real-life experiences, frequency, coping strategies, psychological well-being and healthy behaviours (e.g., feeding, physical activity, etc.). Thirdly, through the stereotype threat phenomenon, we examined the effects of this weight stigma on the eating intentions/behaviours for normal-weight and overweight people.

First, the results showed the existence of weight stigma in France. Poor eating habits and physical inactivity are attributed mostly to overweight people. Then, we demonstrated that obese people's weight stigma experiences and their coping strategies correlated with a low psychological well-being, a high level of impulsiveness and inappropriate eating behaviours. Finally, according to stereotype threat, we provided experimental evidence that weight stigma can lead overweight people to consume more high-calorie food in certain circumstances.

These results will be discussed with regard to the stereotype threat literature, and particularly studies related to overweight people. Suggestions for further research and possible interventions to reduce or eliminate the harmful effects of stereotype threat resulting of weigh stigma will also be proposed.

Key words : Weight Stigma – Stereotype threat – Overweight – Obesity – Eating Behaviours.

Sommaire

Introduction	17
L'importance du surpoids et de l'obésité	17
▪ Une société française ambivalente	21
Les objectifs considérés dans cette thèse.....	25

Chapitre 1: La Stigmatisation Relative au Poids en France...31

I. L'existence d'une stigmatisation relative au poids	32
1.1 D'après les personnes en situation de surcharge pondérale	33
1.2 Stéréotypes négatifs à propos des personnes en surpoids	35
1.3 Préjugés envers les personnes en surpoids.....	37
1.4 Discrimination auprès des personnes en surpoids.....	40
1.5 Médias et stigmatisation relative au poids	41
1.6 Professionnels de la santé et stigmatisation basée sur le poids.....	44
II. Un état des lieux de la stigmatisation envers les personnes obèses en France (étude 1).....	47
2.1 Méthode.....	50
2.1.1 <u>Participants</u>	50
2.1.2 <u>Matériels et Procédure</u>	51
2.2 Résultats	54
2.2.1 <u>Réponse Libre</u>	54
2.2.2 <u>AAQ</u>	58
2.2.3 <u>BAOP</u>	60
2.2.4 <u>FPS</u>	61
2.2.5 <u>Echelle de silhouettes (Figure Rating Scale)</u>	63
2.3 Discussion	64

Chapitre 2: Stigmatisation Relative au Poids, Expériences et Stratégies de Coping des Personnes en Surpoids - Approche Corrélacionnelle..... 75

I. Les conséquences de la stigmatisation relative au poids.	76
1.1 Impacts au niveau psychologique	76
1.2 Impacts au niveau comportemental.....	77
1.2.1 <u>Comportement alimentaire</u>	77
1.2.2 <u>Activités physiques et sportives</u>	78

II. Corrélations entre le vécu d'expériences stigmatisantes relatives au poids de patients en situation d'obésité morbide et leur état psychologique / alimentation / pratique d'activités physiques (Etude 2)	79
2.1 Méthode.....	83
2.1.1 <u>Participants</u>	83
2.1.2 <u>Matériels et Procédure</u>	84
2.2 Résultats	91
2.2.1 <u>Les personnes en situation d'obésité se perçoivent-elles comme stigmatisées ?</u>	93
2.2.2. <u>Quelles stratégies les personnes obèses mettent-elles en œuvre pour s'adapter à la stigmatisation vécue ?</u>	98
2.2.3 <u>La stigmatisation relative au poids et les stratégies adoptées par les personnes obèses corréleront-elles avec leur santé mentale/physique et leurs comportements ?</u>	103
2.2.4 <u>Analyse qualitative des remarques des patients lors de la complétion des questionnaires sur le vécu de situations stigmatisantes et les stratégies pour y faire face (Annexe V) :</u>	115
2.3 Discussion	119

Chapitre 3: Impact de la Stigmatisation Relative au Poids sur l'Alimentation des Personnes en Surpoids via le Phénomène de Menace du Stéréotype - Approche Causale135

I. La menace du stéréotype.....	136
1.1 Définition	136
1.2 Etude princeps.....	137
1.3 Les personnes vulnérables à la menace du stéréotype	137
1.4 Les situations favorisant la menace du stéréotype	140
1.5 Les conséquences de la menace du stéréotype.....	142
1.7 Les modérateurs de l'effet de menace du stéréotype	144
1.8 Les mécanismes sous-jacents à la menace du stéréotype	146
II. Menace du stéréotype et personnes en surcharge pondérale	150
2.1 Pourquoi les personnes en surpoids seraient une population particulièrement vulnérable au phénomène de menace du stéréotype ?.....	151
2.1.1 <u>Sensibilité à l'anxiété et à la honte</u>	151
2.1.2 <u>Sensibilité à la restriction alimentaire (=attentes alimentaires)</u>	154
2.1.3 <u>Affaiblissement des ressources cognitives et sensibilité à l'impulsivité</u>	155
2.2 Les personnes en surpoids sont-elles réellement sensibles au phénomène de menace du stéréotype ?	159
III. Menace du stéréotype et personnes en surpoids : études expérimentales	163
3.1 Impact de la stigmatisation relative au poids sur le choix de produits alimentaires <i>via</i> une menace <u>implicite</u> du stéréotype (étude 3).....	163
3.1.1. <u>Méthode</u>	163
3.1.1.1.1 <u>Participants</u>	163
3.1.1.1.2 <u>Matériels et procédure</u>	164
3.1.2 <u>Résultats</u>	169
3.1.3 <u>Discussion</u>	175

3.2 Impact de la stigmatisation relative au poids sur la consommation de produits alimentaires considérés <u>caloriques</u> <i>via</i> une menace <u>implicite</u> du stéréotype (étude 4)	181
3.2.1. <u>Méthode</u>	181
3.2.2 <u>Résultats</u>	184
3.2.3 <u>Discussion</u>	189
3.3 Impact de la stigmatisation relative au poids sur la consommation de produits alimentaires considérés sains <i>via</i> une menace <u>implicite</u> du stéréotype (étude 5).....	195
3.3.1 <u>Méthode</u>	195
3.3.2 <u>Résultats</u>	199
3.3.3 <u>Discussion</u>	206
3.4 Impact de la stigmatisation relative au poids sur la consommation de confiseries <i>via</i> une menace <u>explicite</u> du stéréotype (étude 6)	211
3.4.1 <u>Méthode</u>	211
3.4.2 <u>Résultats</u>	217
3.4.3 <u>Discussion</u>	224
Épilogue	230
Synthèse de mes travaux	235
Voies de recherches futures : les solutions à apporter	237
Références	247
Annexes	275

Liste des tableaux

Tableau 1: Répartition par taille commerciale de la population féminine française en 2006.	24
Tableau 2: Récapitulatif des 6 études menées dans le cadre de cette thèse.	29
Tableau 3: Nombre de personnes concernées par des antécédents familiaux.	83
Tableau 4: Scores moyens des situations stigmatisantes vécues par les patients au cours de leur vie (SSI)*.	94
Tableau 5: Statistiques descriptives et fréquences des sources de stigmatisations relatives au poids que les patients ont pu rencontrer au cours de leur vie *.	97
Tableau 6: Scores moyens des stratégies de coping utilisées par les patients face à une situation stigmatisante (CRI) *.	99
Tableau 7: Propriétés du système réflexif et impulsif d'après Strack et Deutsch (2004) et Cheval (2014).	156
Tableau 8: Répartition des participants dans les différentes conditions expérimentales de l'Étude 3.	170
Tableau 9: Répartition des participants dans les conditions expérimentales de cette Étude 6, en fonction de leur poids objectif.	211
Tableau 10: Répartition des participants dans les conditions expérimentales cette Étude 6, en fonction de leur poids subjectif.	211

Liste des encadrés

Encadré 1: L'indice de Masse Corporelle (IMC)	20
Encadré 2: Réponses biologiques au stress: Axe HPA et Système SAM	153

Liste des figures

Figure 1: Déroulement de la procédure expérimentale, Etude 3.	169
Figure 2: Sélection des produits alimentaires considérés comme faisant grossir et mauvais pour la santé de la part des participants en fonction de leur catégorie de poids et de leur condition expérimentale.....	174
Figure 3: Déroulement de la procédure expérimentale, Étude 4	184
Figure 4: Déroulement de la passation expérimentale, Etude 5.	199
Figure 5: Schéma récapitulatif de la procédure expérimentale de l'Étude 6.	215
Figure 6: Consommation de confiseries des participants en fonction de leur catégorie de poids objective et de leur condition expérimentale.....	220
Figure 7: Consommation de chocolats des participants en fonction de leur catégorie de poids objective et de leur condition expérimentale.	220
Figure 8: Cercle vicieux de la stigmatisation relative au poids dans l'obésité.	236

Liste des annexes

Annexe A : Courbes de corpulence et interprétations de l'IMC des enfants.....	276
Annexe B : Les différentes versions de la question ouverte du questionnaire de stigmatisation envers les personnes en excès de poids selon le sexe et le poids de la cible.	278
Annexe C : Les questions d'ordre démographique posées dans le questionnaire de stigmatisation envers les personnes en excès de poids.	282
Annexe D : L'Anti-fat Attitude Questionnaire (AAQ) de Crandall (1994).	283
Annexe E : La Fat Phobia Scale (FPS) dans sa version courte de Bacon et al. (2001).	285
Annexe F : La Beliefs About Obese People (BAOP) de Allison et al. (1991).	286
Annexe G : La Figure Rating Scale de Stunkard et al. (1983) utilisée comme dernière mesure dans le questionnaire de l'étude 1.....	287
Annexe H : T-tests effectués sur chacun des items de la FPS.	288
Annexe I : Analyses de fréquence sur l'estimation corporelle des participants.	289
Annexe J : Analyses de fréquence sur la satisfaction corporelle des participants.	291
Annexe K : Questionnaires liés à la stigmatisation relative au poids, à savoir le Stigmatizing Situations Inventory (SSI), les sources potentielles de stigmatisation, le Coping Responses Inventory (CRI) et les questions de vérification.	293
Annexe L : Les différentes échelles du livret complété par le patient dès son admission au service nutrition du CHU Gabriel Montpied.....	308
Annexe M : Tableau de cotation de l'échelle SF-36.	325
Annexe N : Tableau des corrélations des différentes échelles de l'étude 2 avec l'IMC des participants.....	326
Annexe O : Tableau des corrélations entre les catégories du SSI et celles du CRI.....	327
Annexe P : Tableau des corrélations entre les sources potentielles de stigmatisations relatives au poids et les différentes catégories du CRI.	328
Annexe Q : Tableau des corrélations entre les différentes échelles proposées au sein du service nutrition du CHU Gabriel Montpied.....	330

Annexe R : Tableau des corrélations entre le SSI et les différentes échelles proposées au sein du service nutrition du CHU Gabriel Montpied.....	332
Annexe S : Tableau des corrélations entre le CRI et les différentes échelles proposées au sein du service nutrition du CHU Gabriel Montpied.....	333
Annexe T : Commentaires des participants (n=57) lors de la passation des questionnaires sur la stigmatisation relative au poids.....	334
Annexe U : Affiches publicitaires présentées aux participants en fonction de leur condition expérimentale (menace vs. contrôle vs. réduction de la menace).	351
Annexe V : Ordre de présentation des affiches publicitaires par condition expérimentale (menace vs. contrôle vs. réduction de la menace).	352
Annexe W : Questionnaires de rappel des publicité en fonction de la condition expérimentale.	353
Annexe X : Les deux pré-tests utilisés pour le choix des publicités et leurs résultats.....	356
Annexe Y : Présentation de l’application « Plan courses ».	367
Annexe Z : Questionnaire de satisfaction et consommation (i.e., post-questionnaire).	368
Annexe AA : Avis favorable du CPP Sud Est 6 pour l’étude avec l’application Plan Courses.	373
Annexe BB : Pré-test sur les aliments proposés dans l’application et ses résultats.....	374
Annexe CC : Contexte expérimental de l’Étude 4 en photographies.....	380
Annexe DD : Test de goût utilisé dans l’Étude 4.	381
Annexe EE : Post-questionnaire 1 de l’Étude 4.	386
Annexe FF : Post-questionnaire 2 de l’Étude 4.....	388
Annexe GG : Acceptation de la procédure de l’Étude 4 par le CPP Sud-Est 6.....	392
Annexe HH : Jeux des 7 erreurs utilisés dans l’Étude 5 comme technique d’induction de la menace du stéréotype, avec les solutions.	393
Annexe II : Échelle des émotions et test de goût utilisés pour l’Étude 5.	395
Annexe JJ : Post-questionnaire de l’Étude 5.	400
Annexe KK : Discours et questionnaire de recrutement utilisés dans l’Étude 6.....	404
Annexe LL : Analyses statistiques menées auprès de l’échelle des silhouettes non standardisée.	406

Annexe MM : Texte stéréotypique proposé à la moitié des participants dans l'Étude 6.	408
Annexe NN : Texte neutre proposé à la moitié des participants dans l'Étude 6.	409
Annexe OO : Questionnaire de rappel de l'Étude 6, suivant le texte lu par les participants.	411
Annexe PP : Tâche de complétion utilisée dans l'Étude 6.	413
Annexe QQ : Exemples de mots retenus ou non pour la tâche de complétion en fonction de leur fréquence d'utilisation dans la langue française.	415
Annexe RR : Post-questionnaire utilisé dans l'Étude 6.	416
Annexe SS : Accord CPP Sud-Est 6 pour l'Étude 6.	420
Annexe TT : Pré-tests du texte menaçant et du texte neutre.	421

Introduction

L'importance du surpoids et de l'obésité

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit le surpoids et l'obésité comme étant « *une accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle susceptible de nuire à la santé en engendrant d'autres maladies chroniques telles que des maladies cardiovasculaires (cardiopathie, AVC), des difficultés respiratoires, des troubles musculo-squelettiques, une résistance à l'insuline, des cancers (endomètre, sein, côlon) et des problèmes psychologiques* ». Malheureusement, malgré ces conséquences sérieuses pour la santé des individus, le surpoids et l'obésité représentent depuis quelques années un problème de santé publique majeur. En effet, en 2014, le monde comptait 1.9 milliard (soit 39%) de personnes adultes victimes de surpoids et 600 millions (soit 13%) touchés par l'obésité. De plus, à la même période, plus de 42 millions d'enfants âgés de moins de 5 ans souffraient de surpoids, voire d'obésité (cf. Encadré 1 pour une explication de la distinction surpoids/obésité). Les chiffres concernant la France sont très proches des données mondiales. Effectivement, bien qu'elle ne soit pas le pays le plus touché, il n'empêche que sa population de personnes présentant un surpoids ou une obésité est considérable et tend à s'accroître. Selon une enquête épidémiologique (Obépi, Eschwege *et al.* 2012) analysant la prévalence² du surpoids et de l'obésité en France, menée en 2012 par le groupe pharmaceutique suisse Hoffmann-La Roche (ROCHE), l'institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière (Paris) et le partenaire des leaders mondiaux de l'industrie pharmaceutique, des biotechnologies, du dispositif médical et du diagnostic (Kantar Health), 32,3% de la population française adulte étaient considérés en surpoids, et 15 % présentaient une obésité. En 15 ans, le nombre de personnes obèses a fortement augmenté. En effet, alors que la France comptait 3 566 000 obèses en 1997, elle en recensait approximativement 6 922 000 en 2012, soit 3 356 000 personnes obèses supplémentaires par

² La prévalence est un indice exprimé en « pour cent » qui indique le nombre de cas concernés par une pathologie étudiée, ici le surpoids et l'obésité, dans une population précise et une unité de temps définie.

rapport à 1997. L'enquête montre également qu'entre 1997 et 2012, le poids moyen et le tour de taille de la population française adulte ont augmenté respectivement de 3,6 kg et 5,3 cm, alors que la taille moyenne de cette même population n'a augmenté que de 0,7 cm. De plus, il est apparu que plus les personnes appartenaient à une génération récente, plus le taux de 10% d'obésité en France est atteint précocement. Pour les personnes nées dans les années 80-85, ce taux de 10% d'obésité est atteint vers 28 ans contre une atteinte de 10% de la population obèse vers 41 ans pour les personnes nées dans les années 60. Les pourcentages obtenus par l'Organisation de Coopération et du Développement Économique (OCDE) confirment les chiffres obtenus par l'enquête Obépi. En effet, l'OCDE nous annonce que, en France, en 1990, 30% de la population était en surpoids, voire obèse, contre 40% de la population en 2012. De plus, au vu des données de l'année 2012, il est attendu, pour 2020, une augmentation de 5% du nombre de personnes en surpoids et un accroissement de 2% de la prévalence de l'obésité. Plus récemment, une étude réalisée en 2013, par l'Inserm et le Centre National d'Assurance Maladie auprès de la cohorte Constance (Matta *et al.*, 2016) composée de 29 000 personnes âgées de 30 à 60 ans, a révélé qu'à l'âge de 30 ans, un français sur deux serait en surcharge pondérale et que 16% de la population adulte serait en situation d'obésité. Cette étude a également permis de constater que l'excès de poids touche davantage les hommes (56.8%) que les femmes (40.9%). L'observation d'une différence se remarque tout particulièrement pour le surpoids. En effet, alors que le surpoids affecte déjà 25,3 % des femmes, il touche 41% des hommes. Concernant la prévalence de l'obésité, le pourcentage des hommes était de 15,8% et celui des femmes de 15,6%.

En mai 2017, le Programme National Nutrition Santé (PNNS, Verdot, Torres, Salanave et Deschamps, 2017) a publié une étude ayant pour objectif de décrire l'évolution des corpulences des enfants (de 6 à 17 ans) et des adultes (de 18 à 74 ans) français entre 2006 et 2015. Cette dernière a ainsi révélé de fortes prévalences concernant le surpoids et l'obésité à la fois auprès des enfants et des adultes. Bien que ces prévalences n'aient pas beaucoup évolué ces 10 dernières années, traduisant ainsi une stabilisation du surpoids et de l'obésité en France, elles n'en restent pas moins toujours importantes. En effet, en 2015, les enfants avaient une prévalence pour le surpoids de 17% (17,6% en 2006) et une prévalence pour l'obésité de 3,9 % (3,3% en 2006). Les adultes, quant à eux, affichaient un IMC (cf. Encadré 1) moyen de 25,8 (25,6 en 2006), une prévalence pour le surpoids de 49% (49,3% en 2006) et une prévalence pour l'obésité de 17,2% (16,9% en 2006).

L'importance du surpoids et de l'obésité au sein de la population française, démontrée par ces études, est d'autant plus préoccupante que la surcharge pondérale est souvent associée,

à des problèmes de santé pouvant entraîner la mort (cf. OMS, 1995, 2000, 2004). Effectivement, dans son étude, Deboer (2013) insiste sur le fait que les personnes en situation de surpoids, et d'obésité, ont plus de risques de développer des maladies cardiovasculaires et d'être atteintes de diabète de type II, comparées à des personnes de poids moyen. Wilson, D'Agostino, Sullivan, Parise et Kannel (2002, cités par Deboer, 2013) ont, par exemple, noté que des adultes en situation d'obésité avaient 50 à 75% plus de probabilités que des adultes de poids moyen de contracter une maladie cardiovasculaire au cours des 3 à 14 prochaines années. Juonala *et al.* (2011, cités dans Deboer, 2013) notèrent que si l'obésité survenait durant l'enfance, il existait une plus forte probabilité de développer une maladie cardiovasculaire et/ou un diabète de type II à l'âge adulte. Une étude, menée par les membres de « the Global BMI Mortality Collaboration » (2016) auprès de 32 pays répartis sur 4 continents différents (Amérique du Nord, Asie, Europe et Océanie), a révélé que, parmi un échantillon d'individus non-fumeurs et n'ayant contracté aucune pathologie au cours des 5 dernières années, le surpoids et l'obésité étaient fortement associés à la mortalité (toutes causes confondues : AVC, cancers, maladies respiratoires, maladies coronariennes, etc.).

Le surpoids et l'obésité représentent non seulement un problème de santé publique du point de vue physique, mais aussi du point de vue psychologique. En effet, plusieurs études ont permis de montrer que les individus en excès de poids souffraient également de dépression et de troubles majeurs de l'anxiété (Lecerf, 2006). Certaines études précisent que ces souffrances psychologiques seraient, en grande partie, liées à la stigmatisation relative au poids dont les personnes en surcharge pondérale sont victimes. Par exemple, Lewis *et al.* (2011) notèrent qu'une stigmatisation, quelle qu'elle soit, a un impact sur la santé émotionnelle, le bien être et l'estime de soi des personnes qui en sont victimes.

Nous entendons par le terme de « stigmatisation relative au poids », toutes les situations où un individu se sent traité différemment ou mis à l'écart, voire même rejeté socialement, en fonction de son poids (e.g., Vartanian et Shaprow, 2008 ; Lewis *et al.*, 2011 ; Brochu et Esses, 2011 ; Brewis, 2014). Le poids est dans ce cas perçu comme allant à l'encontre des normes culturelles de la société à laquelle l'individu appartient.

En France, la norme à adopter en terme de poids est la minceur. Ainsi, de par leur excès de poids, les individus en surpoids et obèses vivant dans cette société française paraissent éloignés de la règle de minceur promulguée.

L'écart vis-à-vis de la norme étant déterminant dans l'apparition de la stigmatisation (Deutsch et Gerard 1955, cités par Pinto et Marques, 2008), la France semble donc être un pays propice à la stigmatisation envers les personnes en surcharge pondérale.

Encadré 1**L'Indice de Masse Corporelle (IMC)**

Peser le même poids, par exemple 65 kg, n'aura pas la même signification si nous mesurons 1,54 m ou 1,84 m... Pour pouvoir comparer le poids de deux personnes, il faut prendre en considération leur taille. Ainsi, Adolphe Quetelet (1796-1874), un mathématicien et statisticien Belge, a créé un indice de masse corporelle (IMC) permettant de définir la corpulence d'une personne en fonction de son poids et de sa taille. Cet indice se calcule grâce à la formule suivante :

$$\text{IMC} = \frac{\text{Poids en kg}}{\text{Taille}^2 \text{ en m}}$$

De cette manière, une personne pesant 65 kg et mesurant 1,54 m obtiendra un IMC de 27,4 (= 65 / (1,54 x 1,54)) alors qu'un individu pesant 65 kg et mesurant 1,84 m aura un IMC de 19,2 (= 65 / (1,84 x 1,84)). A l'inverse deux individus peuvent avoir le même IMC sans pour autant avoir un poids et une taille identiques. Effectivement, une femme pesant 78 kg et mesurant 1,57 m aura un IMC de 31,6 (= 78 / (1,57 x 1,57)) et un homme pesant 100 kg et mesurant 1,78 m obtiendra également un IMC de 31,6 (= 100 / (1,78 x 1,78)). Les valeurs de l'IMC sont indépendantes de l'âge et du sexe des personnes.

Depuis 1997, l'Organisation Mondiale de la Santé a établi une classification des IMC, applicable aux adultes âgés de 18 à 65 ans. Révisée en 2000, puis en 2004, cette classification permet d'interpréter les IMC en terme de catégorie de poids d'appartenance, afin de percevoir de potentiels risques pour la santé (et non esthétiques). Pour les enfants (moins de 18 ans), l'IMC s'interprète à l'aide des courbes de corpulence (cf. Annexe A) en fonction de l'âge et du sexe :

Adultes		Classification	Référence
SOUS-POIDS	Maigreux sévère	< 16	Organisation Mondiale de la Santé (OMS)
	Maigreux modérée	16 – 16.99	
	Maigreux légère	17 – 18.49	
POIDS MOYEN		18.5 – 24.99	
SURPOIDS		≥ 25	
OBESITE	Obésité modérée	30 – 34.99	
	Obésité sévère	35 – 39.99	
	Obésité morbide	≥ 40	

Suite Encadré 1
L'Indice de Masse Corporelle (IMC)

Enfants		Classification <i>via</i> courbe de centiles jusqu'à 18 ans	Référence
SOUS-POIDS	Maigreur sévère	< 16	International Obesity Task Force (IOTF) Selon l'âge en mois et le sexe.
	Maigreur modérée	16 – 16.99	
	Maigreur légère	17 – 18.49	
POIDS MOYEN		18.5 – 24.99	
SURPOIDS		≥ 25	
OBESITE		≥ 30	

Limites :

L'IMC est simple d'utilisation et donc privilégié par les professionnels de la santé. Néanmoins, cet outil possède quelques limites : son indifférence au genre, l'approximation des mensurations utilisées et l'absence d'évaluation des masses osseuse et musculaire des personnes. Les mensurations utilisées peuvent, en effet, être imprécises, car, la plupart du temps, elles reposent sur des déclarations auto-rapportées des individus concernant le poids et la taille, tels qu'ils les perçoivent. Par ailleurs, le fait de ne pas différencier les masses osseuse et musculaire d'un individu par rapport à sa masse grasseuse peut fausser l'interprétation de l'IMC. Effectivement, avec un tel indice, il n'est pas rare de voir un(e) athlète obtenir un IMC traduisant un surpoids, alors qu'en réalité, cet athlète n'a pas d'excédant de graisses, mais seulement une masse musculaire très importante. Pour pallier cette dernière limite, un nouvel indice nommé SBSI (« Surface-based Body Shape Index ») a été créé en 2015 par Rahman et Adjero, afin d'apporter plus de précisions quant à la répartition des graisses d'un individu. Pour ce faire, l'indice prendrait en considération le poids et la taille de la personne, comme l'IMC, mais, en plus, il mesurerait le tour de taille de la personne et l'écart qu'elle possède entre son épaule et son entrejambe. Néanmoins, comparé à l'IMC, la formule à effectuer pour calculer le SBSI reste plus pointue et, sur le terrain, il semble plus difficile, pour les professionnels de santé, d'obtenir toutes ces mensurations auprès des individus en surpoids.

- ***Une société française ambivalente***

Malgré des taux de surpoids et d'obésité en progression dans notre pays, la France constitue une des sociétés où, paradoxalement, la minceur est glorifiée et considérée comme

l'idéal de beauté à atteindre. En effet, dans notre société, il n'est pas rare de voir apparaître, dans les médias, des termes comme « maigrir », « mincir », « raffermir », « tonifier », « muscler », etc. De plus, il existe une pléthore de publicités vantant les mérites de produits amaigrissants en tout genre, tels que des crèmes, des pilules, des régimes, des programmes minceur, etc., vantés pour leur succès dans la perte (rapide) de ces kilogrammes que les gens auraient en trop.

De même, avant la période estivale, il est devenu habituel d'assister à la sortie abondante d'articles ayant pour but de nous fournir des conseils/astuces pour mincir (e.g., « je respire de la menthe pour maigrir vite », « je contracte les fessiers », etc., dans *Cosmopolitan*, article du 23/03/17) et être désirable lors de nos promenades au bord de la mer (e.g., « Juste avant la plage: le régime express qui fonctionne » dans *LeFigaro.fr*, article du 03/07/2015 ; « Compte à rebours: un mois pour vraiment t'affiner avant les vacances » dans *Au Féminin*, article du 07/06/2017). Par ailleurs, la taille 36 étant jugée comme la taille de référence en terme de critères de beauté pour les femmes, la même frénésie que pour les régimes s'observe autour des vêtements en taille 36, et l'atteinte de cette taille (e.g., avec des références à des célébrités : « Kim Kardashian veut atteindre la taille 36 pour le jour de son mariage », dans *melty.fr*, article du 23/01/2014). Il est donc fréquent de rencontrer des communications divulguant des stratagèmes pour parvenir à la taille 36 (e.g., « Objectif taille 36 : Comment perdre rapidement des tailles de pantalon ? » dans *objectif-forme.net*, article du 19/03/2015) ou de constater l'éloge de vêtements dans lesquels notre corps reflèterait une taille plus fine (e.g., « Le jean qui fait paraître 3 kilos en moins » dans *madmoizelle.com*, article du 10/12/2007). En réalité, une campagne nationale des mensurations menée en 2006 par l'Institut Française du Textile et de l'Habillement (IFTH) a constaté que la taille principalement portée par les françaises était la taille 40, suivie de la taille 42. Selon cette étude, moins de 20 % de la population s'habilleraient en taille 38 ou 36 (cf. Tableau 1).

Par ailleurs, les données d'une étude de comparaison européenne rapportée par le sociologue Thibault De Saint Pol (2009), issu du laboratoire de sociologie quantitative (Insee) et de l'observatoire sociologique du changement, renforce l'idée qu'en France, le sous-poids est particulièrement valorisé. En effet, cette étude a montré que le nombre de femmes françaises en sous-poids était trois fois supérieur à celui de pays comme le Portugal, l'Espagne et le Royaume-Unis. Par ailleurs, l'étude a également noté que, dans notre pays, il existait deux fois plus de femmes réellement en sous-poids que de femmes qui pensaient être en sous-poids. A l'inverse, dans les trois autres pays mentionnés, les femmes se considérant en sous-poids étaient plus nombreuses que celles qui étaient réellement minces.

De plus, de manière générale, cette recherche révéla un écart important entre l'IMC moyen déclaré par les Européens et l'IMC perçu comme idéal pour eux. En effet, pour les hommes, l'IMC moyen déclaré était de 25,5 alors que leur IMC idéal apparaissait être beaucoup plus faible : 22,6. Pour les femmes, la différence était encore plus importante. Les données rapportèrent un IMC moyen déclaré d'une valeur de 24,5 alors que celle de leur IMC idéal était de 19,8. Lorsque l'auteur s'est intéressé spécifiquement à la France, il observa que l'IMC idéal des français(e)s se situait à un niveau encore plus faible. Effectivement, en France, la valeur idéale de l'IMC pour les hommes était de 22,0. Cette valeur était inférieure à celle de pays comme le Royaume-Unis (22,5), le Danemark (22,8) ou bien la Grèce (23,4). Pour les femmes, l'IMC idéal revêtait la valeur de 19,5. Cette valeur était inférieure à celle de pays comme la Grande Bretagne (20,4) et le Danemark (20,5). Par ces divers résultats, cette étude met ainsi en évidence le fait qu'en Europe, la France constitue l'un des pays où l'engouement pour la minceur est le plus fort. L'étude du Programme National Nutrition Santé (PNNS), citée auparavant, avait également pointé cette inclination pour la maigreur dans notre société. Effectivement, ils avaient observé une augmentation significative de la prévalence de la maigreur entre 2006-2015 auprès des jeunes filles françaises âgées de 6 à 17 ans. Cette prévalence était passée de 8% en 2006 à 14% en 2015. Cette augmentation concernait surtout les filles âgées de 11 à 14 ans.

Le recours, de plus en plus fréquent, à la chirurgie bariatrique³ dénote également ce penchant pour la minceur. Effectivement, une enquête, réalisée par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts), rapporte une augmentation considérable de chirurgies de l'obésité entre 2006 et 2011 en France (Halimi, 2013). En à peine 5 ans, la pratique de la chirurgie bariatrique a plus que doublé. En 2006, 15 000 interventions étaient répertoriées contre 30 513 en 2011. Soixante-quinze pour cent de ces interventions étaient des chirurgies dites irréversibles : la *Sleeve Gastrectomie* et le *By-pass* (cf. note sur la chirurgie bariatrique). La majorité des personnes opérées étaient des femmes âgées de 39 ans en moyenne (83%). Cependant, 20% des personnes opérées étaient des individus (majoritairement des femmes) âgés de moins de 30 ans, voire 20 ans.

Ce culte que voue notre société à la minceur confère, à cette dernière, le rôle de norme sociale. Guimond (2010) affirme que « les normes peuvent se définir comme des règles,

³ La **chirurgie bariatrique**, ou chirurgie de l'obésité, est une solution chirurgicale à l'obésité. Par des techniques de déviation du tube digestif (By-pass) ou de réduction du volume de l'estomac (anneaux gastriques, Sleeves, etc.), elle cherche à diminuer l'absorption des aliments afin de réduire l'apport calorique journalier des personnes. [Pour plus de détails voir le document de la Haute Autorité de Santé (HAS) intitulé « Chirurgie de l'Obésité » disponible sur le site ameli.fr]

habituellement implicites et non-écrites, qui prescrivent un code de conduite aux membres du groupe. Elles indiquent ce qui est approprié et ce qui ne l'est pas, du point de vue du groupe. » (p19). Par conséquent, en France, les personnes en surpoids et obèses ne se conformant pas à cette norme dominante de minceur seront jugées comme déviantes. En psychologie sociale, le terme déviant représente toute personne qui est jugée par autrui comme ne répondant pas aux caractéristiques (ici, esthétiques) acceptées et valorisées dans son groupe d'appartenance.

Tableau 1: Répartition par taille commerciale de la population féminine française en 2006.

Taille commerciale	Pourcentage de la population féminine
T32	0,01%
T34	0,70%
T36	5,06%
T38	13,32%
T40	20,59%
T42	16,66%
T44	13,57%
T46	9,04%
T48	6,68%
T50	4,93%
T52	3,51%
T54	2,12%
T56	1,29%
T58	0,84%
T60	0,91%
T62	0,38%
T64	0,22%
T66	0,11%
T68	0,05%
T70	0,02%

Source : Dossier de presse de l'IFTH, résultats de la campagne nationale des mensurations 2006

Deutsch et Gerard (1955, cités par Pinto et Marques, 2008), expliquent l'existence de deux processus par lesquels les individus tentent d'inhiber la déviance chez autrui : l'influence informative et l'influence normative. L'influence informative consisterait à convaincre le(s) déviant(s) de se conformer à la norme dominante en adoptant des opinions et/ou des comportements jugés désirables et en adéquation avec cette dernière. L'influence normative, elle, correspondrait aux réprimandes infligées au(x) déviant(s). Ces dernières peuvent revêtir différentes formes, allant du simple blâme à des mesures plus extrêmes, comme l'exclusion.

Au vu de ces définitions, nous pouvons supposer que les personnes en surcharge pondérale, perçues comme déviantes dans notre société française, subissent ces deux types d'influence. Ainsi, la stigmatisation relative au poids, telle que définie auparavant, serait ni plus ni moins le reflet de l'influence normative exercée par notre société, et les individus qui la composent, sur les personnes en surpoids et obèses.

Les objectifs considérés dans cette thèse

Dans ce contexte particulier, où évoluent à la fois une propension réelle de la population vers le surpoids/l'obésité et des idéaux de minceur, il nous semblait qu'en France, les personnes en excès de poids pourraient, en raison de leur écart à la norme de poids véhiculée, être stigmatisées, souffrir de cette stigmatisation et être impactées par celle-ci.

En psychologie sociale, l'une des conséquences connues de la stigmatisation est le phénomène de « menace du stéréotype ». Celui-ci se définit comme l'adoption de comportements conformes aux stéréotypes existant à l'égard de notre groupe social, dans des contextes où ces stéréotypes sont rendus saillants et applicables (Steele et Aronson, 1995). Les études réalisées sur la stigmatisation ont, par exemple, permis de démontrer que les femmes représentaient un groupe social stéréotypé sur leur capacité à conduire (Félonneau et Becker, 2011) et leurs connaissances des voitures (Hollingshead et Fraidin, 2003). Par la suite, des recherches menées sur le phénomène de menace du stéréotype ont permis d'observer que de telles croyances amenaient des femmes à émettre des comportements les confirmant. Par exemple, Moè, Cadinu et Mass (2015) notèrent que des femmes exposées au stéréotype leur associant de faibles capacités de conduite effectuaient, par la suite, plus d'erreurs à un test de conduite (e.g. franchir la ligne blanche, griller un feu rouge, etc.) que des femmes non exposées initialement à cette croyance. De même, lors d'une restitution d'un fait criminel impliquant des voitures, Brelet, Ginet, Colomb, Jund et Désert (2018) constatèrent que des femmes fournissaient des témoignages d'une moindre qualité, notamment sur les véhicules présents, lorsque la consigne, donnée en amont, pointait leur supposé manque de connaissances dans le domaine de l'automobile, comparées à des femmes ayant reçu une consigne neutre.

Les stéréotypes négatifs comptant une multitude de cibles, les recherches ont permis de montrer que plusieurs populations d'individus étaient victimes du phénomène de menace du stéréotype : les personnes de couleur noire (e.g., Steele et Aronson, 1995), les femmes (e.g., Shih, Pittinsky et Ambady, 1999), les personnes âgées (e.g., Levy, 1996 ; exposé par Shih *et al.*, 1999), les personnes ayant un faible statut socio-économique (e.g., Croizet et Claire, 1998), etc. Cependant, très peu d'études (< 10) ont porté sur l'impact d'un tel phénomène auprès des personnes en surpoids. Or, à l'instar des populations citées, les individus en excès de poids sont également la cible de stéréotypes négatifs à leur rencontre (e.g., Penny et Haddock, 2007 ; Horsburgh-McLeod, Latner et O'Brien, 2009). De plus, de

par leur sensibilité à l'impulsivité (Mobbs, Van Der Lien et Golay, 2007), il est probable que les personnes en surpoids représentent une population davantage vulnérable à la menace du stéréotype qui semblerait opérer *via* des processus impulsifs et liés à l'affect (e.g., stress, anxiété, etc., Strack et Deutsch, 2004, Cole, Matheson et Anisman, 2007)

Par ailleurs, à notre connaissance, aucune recherche n'a été publiée en France à ce sujet. Or, la France est un pays où la minceur est valorisée. Par conséquent, il est fort probable que les personnes en surpoids ne répondant pas à cet idéal corporel soient stigmatisées en raison de leur écart à cette norme et aient donc, *a fortiori*, plus de probabilités de souffrir du phénomène de menace du stéréotype.

Par conséquent, le but du travail présenté ici était de vérifier si, en France, les personnes en situation de surpoids et d'obésité pouvaient également souffrir du phénomène de menace du stéréotype. Plus précisément, nous voulions examiner si, par le biais de ce phénomène, les individus en surcharge pondérale, qui, pour la plupart, désirent maigrir (Phillips et De Man (2010), pouvaient paradoxalement adopter des conduites alimentaires et des pratiques physiques (e.g. consommation alimentaire excessive et activités physiques inexistantes) contradictoires avec leur souhait, mais concordantes avec les croyances négatives colportées à leur sujet. Les mauvaises habitudes alimentaires et le manque d'efforts physiques contribuant au maintien d'un excès de poids, si l'existence d'un effet de menace du stéréotype est démontrée sur les comportements d'hygiène de vie des personnes en surpoids, cela signifierait que ce phénomène serait, au moins en partie, responsable de leur résistance à la perte de poids et de leur abandon des régimes amaigrissants constatés par les professionnels de la santé qui les encadrent (Guillermin-Spahr et Golay, 2006). En effet, Woodcock, Hernandez, Estrada et Schultz (2012) ont constaté qu'à long terme, le phénomène de menace du stéréotype pouvait avoir des effets négatifs sur les individus ciblés, tels que la désengagement et/ou l'abandon du domaine concerné par le stéréotype. Plus précisément, ils ont observé que les expériences de menace du stéréotype vécues par des étudiants américains d'origine hispanique étaient positivement reliées à une désidentification du domaine scientifique de leur part, désidentification qui était elle-même associée négativement à l'intention de poursuivre une carrière scientifique.

Dans cette thèse, nous formulons donc l'hypothèse originale d'une intervention de l'effet de menace du stéréotype dans le maintien de l'excès de poids des personnes obèses. Cette hypothèse est originale car elle offre une explication psycho-sociale au problème de santé publique qu'est l'obésité. En effet, jusqu'alors, l'obésité a surtout fait l'objet de

recherches étudiant l'implication de facteurs génétiques et biologiques (e.g. hormones, microbiotes, etc.).

Cependant, avant de pouvoir prouver un effet de menace du stéréotype auprès des personnes en surpoids, il nous apparaissait pertinent de réaliser une première étude pour vérifier si, en France, les personnes en surcharge pondérale souffraient bien de stigmatisation relative au poids, notamment vis-à-vis de leur alimentation et de leurs activités physiques. Ainsi, à travers cette première étude, nous désirions connaître le contenu de cette stigmatisation, à savoir les croyances et les jugements associés aux personnes en surcharge pondérale (du fait de leur corpulence). Effectivement, bien que des recherches américaines (e.g., Musher-Eizenman, Holub, Miller, Goldstein et Edwards-Leeper, 2004 ; Brewis, 2014) anglaises (e.g., Penny et Haddock, 2007), australiennes (e.g., Tiggemann et Anesbury, 2000) ou encore nouvelle-zélandaises (e.g., Horsburgh-McLeod *et al.*, 2009) aient révélé l'existence de stéréotypes négatifs à l'égard des personnes en surpoids dans leur pays, aucune réplique ne semble avoir été menée en France. Or, l'existence d'un stéréotype à l'égard d'une population est la condition préalable et nécessaire à l'apparition du phénomène de menace du stéréotype (cf. Steele et Aronson, 1995). Le premier chapitre de cette thèse reflètera donc ce premier travail d'état des lieux des stéréotypes/attitudes associé(e)s à l'obésité en France.

Le second chapitre de cette thèse, quant à lui, s'intéressera au degré de conscience de l'existence de cette stigmatisation relative au poids de la part des personnes en surpoids. Certes, la présence de stéréotypes négatifs à l'égard d'un groupe social est une condition nécessaire à l'apparition du phénomène de menace du stéréotype, mais elle n'est pas une condition suffisante. Pour que le phénomène de menace du stéréotype survienne, il faut également que les personnes appartenant à ce groupe social stéréotypé aient conscience d'être victimes de cette stigmatisation (e.g., Brown et Pinel, 2003). Ainsi, ce nouveau chapitre décrira la réalisation d'une seconde étude menée auprès de patients obèses du service nutrition du CHU Gabriel Montpied de Clermont-Ferrand (63) ayant pour objectif d'évaluer la stigmatisation relative au poids à travers la vision des personnes en situation d'obésité, en terme de vécu et de fréquence. Par ailleurs, cette étude aura également pour but de (a) repérer les stratégies mises en place par les individus en surcharge pondérale pour faire face à cette stigmatisation, (b) observer de potentiels liens entre cette stigmatisation, voire ces stratégies, et la santé mentale des individus en excès de poids (dépression, alexithymie, bien-être psychosocial, etc.), et (c) observer de potentiels liens entre cette stigmatisation, voire ces stratégies, et leurs comportements alimentaires/activités physiques. En effet, les études réalisées à l'étranger (i.e., Australie, Angleterre, Amérique, etc.) ont non seulement permis de

montrer l'existence d'une stigmatisation relative au poids, mais ont, également, mis en évidence que plus les personnes en surpoids déclaraient avoir subi de stigmatisations relatives au poids, plus elles rapportaient également être dépressives (e.g. Wott et Carels, 2010), avoir de mauvaises habitudes alimentaires (e.g., Puhl et Brownell, 2006) et faire peu d'activités physiques (e.g., Vartanian et Novak, 2011). Par ailleurs, Puhl et Brownell (2006) avaient également constaté que les stratégies de coping⁴ choisies par les personnes obèses pour faire face à la stigmatisation relative au poids étaient positivement liées à des conduites alimentaires inadaptées (e.g. restriction alimentaire, alimentation émotionnelle, etc.). De ce fait, avant la recherche d'un rapport de causalité entre stigmatisation et comportements alimentaires/physiques *via* le phénomène de menace du stéréotype, il nous semblait judicieux de savoir si la stigmatisation relative au poids, de par son vécu et/ou les stratégies de coping qu'elle mobilise, corrèle avec les conduites alimentaires et les activités physiques des personnes obèses. Par activité physique, nous entendons, dans cette thèse, « tout mouvement produit par les muscles squelettiques, responsable d'une augmentation de la dépense énergétique » (définition de l'OMS, 2018). Ainsi, l'activité physique comprend aussi bien les mouvements que nous réalisons dans notre vie quotidienne, dans notre travail et dans nos loisirs, que ceux effectués lors d'exercices physiques et pratiques sportives.

A l'issue de cet état des lieux, permettant de connaître le contenu des stéréotypes répandus en France envers les personnes en surpoids, leur vécu de la stigmatisation et l'existence de liens entre cette stigmatisation et certains de leurs comportements (i.e. alimentaires, activités physiques, etc.), notre dernier et principal objectif était d'étudier le rôle joué par la stigmatisation relative au poids dans l'alimentation des personnes en surpoids. Ici, l'idée n'était plus de formuler une hypothèse en terme de corrélations entre stigmatisation et alimentation, mais en terme de causalité. Ainsi, dans un troisième et dernier chapitre, nous souhaitions explorer si l'hypothèse d'un effet de menace du stéréotype sur la consommation alimentaire des personnes en surcharge pondérale se vérifiait. Plus précisément, nous désirions savoir si, *via* le phénomène de menace du stéréotype, la stigmatisation relative au poids pouvait amener des personnes en surcharge pondérale à consommer davantage de nourriture et, de ce fait, entretenir leur excès de poids.

⁴ « La notion de coping se réfère à toutes les stratégies comportementales et cognitives qu'il est possible de mettre en œuvre pour faire face à une situation stressante. », (Hazanov, Kaiser et With dans Sander et Scherer, 2009, chapitre 9, p 291).

Pour ce faire, une série de 4 études expérimentales a été réalisée. Ces dernières ont été menées soit en laboratoire (n=3) soit sur le terrain (n=1). Dans une première phase, pour chacune de ces études, l'objectif était de confronter des individus normopondérés ou en surpoids au contenu de la stigmatisation relative au poids existante en France. Puis, dans une seconde phase, le comportement de ces individus face à de la nourriture, en terme de consommation alimentaire, était observé. (cf. Tableau 2, pour un résumé des études réalisées dans ce travail doctoral).

A travers ces quatre études, nous avons utilisé différentes méthodes pour induire la menace (explicites vs. implicites), ainsi que différentes mesures du comportement alimentaire (directes vs. indirectes), afin de déterminer celles qui permettent au mieux de révéler un impact de ce phénomène sur cette population. Les recherches menées sur la menace du stéréotype ont effectivement permis de montrer que les conditions d'apparition de la menace du stéréotype différaient selon la population étudiée (e.g., Nguyen et Ryan, 2008). De surcroît, une meilleure compréhension de l'apparition d'un tel phénomène auprès de cette population permet d'envisager des pistes d'action utiles à la diminution, voire à la suppression de ses effets délétères. Auguste Comte affirmait « *savoir pour prévoir, afin de pouvoir* ». Ainsi, à l'issue de la présentation de l'ensemble de nos résultats, des interventions possibles pour diminuer les effets de menace seront proposées et discutées.

Tableau 2: Récapitulatif des 6 études menées dans le cadre de cette thèse.

		RECRUTEMENT	PRE-TEST	POPULATION	EFFECTIF				
Stigmatisation relative au poids	ETUDE 1	Lieux publics	Non	Tout-venants	360				
	ETUDE 2	Service nutrition du CHU Gabriel Montpied	Non	Patients obèses du service nutrition	95				
Stigmatisation et menace du stéréotype	ETUDE 3	Associations et clinique en lien avec l'obésité	Oui (N=630)	Tout-venants	122	Type de menace du stéréotype	Type de tâche	Poids pris en considération	Comportement alimentaire mesuré
	ETUDE 4	UFR de psychologie	Non	L1 Ψ	109	Implicite	Evaluative	Objectif	Intention alimentaire
	ETUDE 5	UFR de psychologie	Non	L1 Ψ	44	Implicite	Evaluative	Objectif/Subjectif	Consommation de confiseries
	ETUDE 6	Lieux publics	Oui (N=329)	Tout-venants	88	Explicite	Non évaluative	Objectif/Subjectif	Consommation de yaourts
								Consommation de confiseries	

~ Chapitre 1 ~

La Stigmatisation Relative au Poids en France

« Dans l'esprit collectif, l'obésité n'est que le résultat d'une suralimentation et d'une absence d'activité physique. Socialement, l'obésité serait une sorte de carence de volonté. Par conséquent, l'obèse n'est pas embauchable, jugé trop fainéant. Comme il est souvent timide et renfermé, on le soupçonne d'être légèrement abruti. Pour s'intégrer, il n'a qu'une option : maigrir. »

(On ne naît pas grosse, G. Deydier, 2017)

I. L'existence d'une stigmatisation relative au poids

En raison de leur morphologie, il semblerait que, généralement, les personnes en surcharge pondérale soient victimes de stéréotypes négatifs, de préjugés et de discriminations à leur égard. Les stéréotypes représentent l'ensemble de croyances positives et/ou négatives partagées par des individus à l'égard d'une personne en raison de son appartenance à un groupe social donné (par exemple, croire que tous les Italiens sont impulsifs et passionnés. cf. Yzerbyt et Schadrin, 1996). Les préjugés, quant à eux, correspondent aux attitudes défavorables d'une personne envers une autre en fonction de son appartenance à une catégorie sociale (par exemple, exprimer du dégoût face aux personnes de couleur noire. cf. Guimond, 2010 ; Cottrell et Neuberg, 2005). Enfin, les psychologues sociaux s'accordent traditionnellement pour définir la discrimination comme un comportement négatif envers un individu du fait de son appartenance à un groupe social, comportement qui aura souvent pour but de défavoriser la personne dans un contexte donné (Guimond, 2010).

A travers la description de notre étude, ce premier chapitre de thèse aura pour objectif de mettre en évidence l'existence de croyances et d'attitudes négatives envers les personnes en surpoids au sein d'un échantillon d'individus français. En effet, l'existence et le contenu d'une telle stigmatisation sont primordiaux pour pouvoir tester et observer un phénomène de menace du stéréotype auprès de cette population. Or, la France valorisant la minceur semble être un pays propice à la stigmatisation envers les personnes en surcharge pondérale.

La présentation de cette étude succédera celle des nombreux travaux ayant déjà révélé une stigmatisation relative au poids dans leurs pays (e.g., Etats-Unis, Australie et Royaume-Unis). Ainsi, dans un premier temps, nous décrirons les travaux étrangers ayant étudié cette forme de stigmatisation *via* les discours des personnes en surpoids ou à l'aide des discours des individus à l'origine de la stigmatisation. Dans un second temps, nous exposerons les recherches ayant révélé cette stigmatisation à travers (1) les croyances, (2) les ressentis et (3) les comportements de leurs participants envers les personnes en surpoids. Enfin, dans un troisième et dernier temps, nous dépeindrons les études ayant observé cette stigmatisation relative au poids lors d'événements quotidiens ou dans des domaines spécifiques tels que les médias et la santé.

1.1 D'après les personnes en situation de surcharge pondérale

Suite à des témoignages de personnes en surpoids, Myers et Rosen (1999) ont pu créer une échelle validée et standardisée permettant de connaître, d'une part, les situations stigmatisantes auxquelles ces personnes peuvent être confrontées en raison de leur corpulence, et, d'autre part, la fréquence à laquelle elles vivent ces situations. Ainsi, en 2006, Puhl et Brownell ont invité 2671 adultes en surpoids et obèses à compléter une version raccourcie de cette échelle. Les participants devaient indiquer, parmi une liste de 11 catégories d'items décrivant chacun une expérience de stigmatisation relative au poids, celles qu'ils ont pu rencontrer dans leur vie et la fréquence de ces expériences. Les résultats montrèrent que 40% des situations stigmatisantes proposées (e.g., attentes et/ou suppositions négatives à leur égard, commentaires désagréables d'enfants, commentaires inappropriés des docteurs, remarques négatives des membres de la famille, lieux publics non adaptés, etc.) étaient vécues par au moins 50% des participants. Dans la même lignée, Friedman, Ashmore et Applegate (2008) constatèrent que 50% des personnes participantes à leur étude (n=94) avaient vécu au moins 6 des 11 catégories de situations stigmatisantes relatives au poids proposées par l'échelle de Myers et Rosen (1999). Par ailleurs, Vartanian et Novak (2011) ont montré que, parmi leur échantillon composé de 111 personnes en surpoids/obèses, 97% d'entre elles relataient avoir vécu au moins une fois dans leur vie une forme de stigmatisation relative au poids et 48% affirmaient en vivre au moins une fois par semaine. Ashmore, Friedman, Reichmann et Musante (2008), dans une étude menée auprès de 93 personnes impliquées dans un programme facilitant la perte de poids, notèrent que la majorité des participants dénonçaient avoir subi une forme de stigmatisation relative au poids une fois dans leur vie. A titre d'exemple, 89% de l'échantillon déclaraient avoir reçu une ou plusieurs remarque(s) dénigrante(s) de la part d'un membre de leur famille. Par ailleurs, les auteurs constatèrent que le vécu d'épisodes stigmatisants rapporté par les participants corrélait positivement avec leur IMC.

A la suite de ces travaux, l'étude menée par Lewis *et al.* (2011) a permis, grâce aux témoignages d'individus australiens en situation d'obésité (N=142), de distinguer 3 types de stigmatisations relatives au poids : la stigmatisation directe (e.g., critiques verbales, services refusés, etc.), la stigmatisation environnementale (e.g., lieux publics non adaptés) et la stigmatisation indirecte (e.g., sentiment d'être jugé, peur d'être humilié publiquement, etc.). Les analyses de ces témoignages ont montré que, concernant la stigmatisation directe, les

participants indiquaient avoir reçu beaucoup de commentaires dénigrants de la part d'étrangers, de membres de leur famille, d'ami(e)s, d'employeurs et de collègues. La plupart du temps, les participants précisaient que ces commentaires reposaient sur des reproches mettant l'accent sur des traits comme la paresse et la glotonnerie. Concernant les stigmatisations environnementales, les participants rapportaient avoir des difficultés à trouver des sièges, des vêtements et des équipements sportifs adaptés à leur corpulence. Ils appuyaient également le manque de messages positifs envers les personnes en surpoids dans les médias. Pour ce qui est de la stigmatisation indirecte, les participants rapportèrent majoritairement le fait d'être regardés fixement par les autres lorsqu'ils mangeaient ou faisaient leur course, et les moqueries lorsqu'ils étaient à la piscine ou à la gymnastique. Enfin, les auteurs notèrent, là aussi, que plus les individus avaient un IMC élevé, plus le vécu de situations stigmatisantes était fréquent.

Dans la même veine, lors d'une expérience se déroulant sur 14 jours, Vartanian, Pinkus et Smyth (2014) ont constaté que la majorité de leurs participants (91%) rapportaient avoir vécu au moins un épisode de stigmatisation relative au poids durant cette période. Les sources de ces stigmatisations apparaissaient être principalement des étrangers, leur conjoint, leurs amis, leurs parents et les médias. La plupart de ces épisodes stigmatisants prenaient la forme de commentaires verbaux dénigrants et/ou de comportements non verbaux désagréables. Certains participants rapportaient même avoir été victimes d'email/sms déplacés, de contacts physiques (e.g., agression) et d'exclusion. De plus, la moitié des expériences stigmatisantes relatées par les participants se déroulaient à leur domicile ou dans divers lieux publics. En général, ces expériences stigmatisantes survenaient lorsque la cible et la source de la stigmatisation étaient seules. Concernant le type de source, les auteurs remarquèrent que cela n'avait pas d'impact sur les émotions positives ressenties par les victimes (i.e., même degré, assez faible, de joie, fierté, force et confiance en fonction de la source stigmatisante). Par contre, cela jouait sur leurs émotions négatives. En effet, il apparaît qu'un commentaire émis par un étranger ou par un parent générerait plus d'affects négatifs (i.e., davantage de colère, découragement, embarras et honte) auprès des personnes en surpoids que ceux formulés par leur conjoint, leurs amis et les médias.

Andreyeva, Puhl et Brownell (2008), quant à eux, se sont intéressés à la place de la stigmatisation relative au poids face à d'autres types de stigmatisation. Pour ce faire, ils ont interrogé, en 1995-1996, puis en 2004-2006, un même échantillon d'adultes américains ($n_1=1826$, $n_2=1136$) sur leur perception de stigmatisations relatives à leur genre, leur race, leur âge et leur poids. Ces derniers notèrent qu'entre ces deux lapses de temps, la prévalence

de la stigmatisation basée sur le poids avait augmenté de 7% à 12%, atteignant ainsi des niveaux équivalents aux discriminations relatives à l'âge et à la race. Les données montrèrent ainsi qu'à part les personnes âgées de 65 à 74 ans, l'ensemble de l'échantillon étudié était concerné par cette augmentation.

Ces différentes études, basées sur le ressenti d'un nombre important de personnes en surpoids, révèlent que ces dernières ont très souvent l'impression d'être traitées différemment et négativement par le monde qui les entoure en raison de leur poids. Or, dans les paragraphes suivants, nous verrons que ce ressenti d'une stigmatisation relative au poids partagé par les personnes en surpoids ne relève pas que du subjectif, mais est bel et bien observable de manière objective. Effectivement, moult travaux ont permis de constater que, dans diverses sociétés, il existait véritablement des croyances, des sentiments et des comportements négatifs à l'égard des individus en surcharge pondérale.

1.2 Stéréotypes négatifs à propos des personnes en surpoids

Horsburgh-McLeod *et al.* (2009) ont, par exemple, montré que lorsqu'une personne cible était présentée avec un poids supérieur à la normale à des participants, la description qui lui était associée comportait plus d'items négatifs comparée à la même cible présentée avec un poids normal. De plus, par rapport à cette dernière, ils l'imaginaient passant plus de temps à se relaxer à la maison et lui prêtaient moins de relations amoureuses. Brewis (2011, cité dans Brewis, 2014) a montré que les personnes en surcharge pondérale étaient fréquemment considérées par leurs participants comme paresseuses, irrespectueuses, malhonnêtes, manquant d'intelligence, de volonté et d'autocontrôle. Staffieri (1967), cité par Vartanian et Silverstein (2013), a pu constater que des silhouettes représentant des garçons corpulents étaient jugées comme plus paresseuses, négligées, moches et stupides que celles de garçons minces ou musclés.

Dans leur première étude, Vartanian et Silverstein (2013) ont, quant à eux, montré que, de manière générale, les étudiants participant à leur étude associaient davantage un faible statut socio-économique (SSE) aux personnes en situation d'obésité qu'à celles de poids moyen. De plus, ils ont constaté que plus les participants adhéraient à la croyance associant un faible SSE aux individus en surcharge pondérale, plus ils attribuaient aux personnes en surpoids les stéréotypes communément associés à cette population (i.e. paresseux, confiant,

négligé, indulgent, etc.). Dans leur seconde étude, lorsque les auteurs se sont intéressés aux deux dimensions du modèle de Fiske, Cuddy, Glick et Xu (2002)⁵, à savoir *compétence* et *chaleur*, ils observèrent qu'indépendamment du statut social, les cibles obèses étaient considérées comme plus chaleureuses que compétentes, et, qu'à l'inverse, les cibles minces étaient jugées plus compétentes que chaleureuses. Néanmoins, ces dernières étaient malgré tout considérées à la fois comme plus compétentes et plus chaleureuses que leurs homologues en surcharge pondérale.

Ces croyances négatives envers les personnes en excès de poids se retrouvent également auprès d'un plus jeune public. Suite à l'écoute d'une histoire mettant systématiquement en scène un enfant agissant gentiment et un autre méchamment, Cramer et Steinwert (1998), (cités dans Penny et Haddock, 2007), notèrent que des enfants avaient tendance à attribuer plus souvent les mauvais comportements du récit à un enfant en surpoids plutôt qu'à un enfant de poids moyen. Dans la même lignée, Penny et Haddock (2007) ont raconté une douzaine d'histoires à des enfants âgés de 5 à 10 ans. Certaines portaient sur les compétences athlétiques (course, tennis et squash), d'autres sur les compétences académiques (orthographe, mathématiques et écriture), certaines étaient axées sur les compétences artistiques (piano, dessin et rôle de meneur dans un jeu) et d'autres sur les compétences sociales (partage de crayons, partage de jeu et invitation). Chacun de ces récits comprenait deux personnages, l'un doué dans le domaine conté et l'autre moins doué. Pour chaque histoire, les auteurs demandaient alors aux participants de choisir, parmi des cartes représentant des enfants en surpoids et des enfants de poids moyens, celle qu'ils associaient au personnage compétent et celle qui correspondait, pour eux, au personnage moins expérimenté. Les résultats révélèrent qu'en général, pour les enfants âgés de 5 à 8 ans, comparées aux cibles de poids moyen, les cibles présentant un surpoids étaient moins choisies pour incarner le personnage ayant de bonnes capacités, que ce soit d'un point de vue athlétique, académique, artistique ou social. Pour les enfants âgés de 9 à 10 ans, cet effet s'observait seulement pour les histoires concernant les compétences athlétiques. De même, parmi des photographies d'enfants minces,

⁵ D'après le modèle de « contenu du stéréotype » de ces auteurs, la « *chaleur* » et la « *compétence* » sont deux dimensions qui peuvent être observées dans les stéréotypes de n'importe quel groupe social, dans une plus ou moins grande mesure. Par exemple, les personnes âgées seraient vues comme faiblement *compétentes* mais fortement *chaleureuses*, alors qu'à l'inverse les personnes riches seraient perçues comme fortement *compétentes* mais faiblement *chaleureuses*. De même, certaines personnes, comme des amis proches, seraient considérées à la fois très *compétentes* et très *chaleureuses*, alors que d'autres ne seraient jugées ni *chaleureuses* ni *compétentes*, comme les chômeurs. A savoir, d'après les auteurs, ces 4 profils ne conduiraient pas aux mêmes émotions chez les membres de l'exogroupe. Ainsi, si nous conservons nos exemples, les personnes âgées entraîneraient de la pitié, les personnes riches de la jalousie, les amis proches de l'admiration et les chômeurs du mépris. A noter, en règle générale, la dimension *compétence* aura surtout tendance à être associée aux membres des groupes dominants.

de poids moyens ou en surpoids, Musher-Eizenman *et al.* (2004) ont constaté que des enfants attribuaient moins d'adjectifs positifs aux cibles en surpoids comparées à celles minces ou de poids moyen. Tiggemann et Anesbury (2000), quant à eux, ont observé que des enfants âgés de 8 à 12 ans considéraient les cibles obèses (enfants et adultes) comme étant plus paresseuses, moins attractives, moins travailleuses, moins heureuses, moins confiantes et moins saines que les cibles de poids normal.

Les études citées dans cette section prouvent qu'à tout âge, les personnes vivant dans les pays où ont été menées ces recherches (i.e., États-Unis, Royaume-Uni et Australie) ont tendance à partager des stéréotypes négatifs vis-à-vis des personnes en surpoids. Néanmoins, les travaux réalisés sur cette stigmatisation relative au poids révèlent, qu'au-delà de ces simples croyances, des attitudes négatives (i.e., des préjugés) envers les personnes en surpoids sont également développées. Par conséquent, la section suivante s'attachera à montrer, non plus les croyances circulant à propos des personnes en surpoids, mais le ressenti des personnes (e.g., dégoût, honte, etc.) envers les individus souffrant de surpoids.

1.3 Préjugés envers les personnes en surpoids

Dans une étude, Vartanian (2010) a proposé 16 catégories sociales à des participants américains et australiens [les obèses, les afro-américains, les homosexuel(le)s, les femmes, les personnes âgées, les malades mentaux, les sans-abris, les américains, les politiciens, les riches, les religieux, les drogués, les fumeurs, les bénéficiaires de l'aide sociale, les gagnants du loto et les bons élèves]. Puis, il leur a demandé d'indiquer, pour chacune d'elle, dans quelle mesure ils avaient des attitudes favorables envers ce groupe social, dans quelle mesure ils pensaient qu'être membre de ce groupe dépendait de sa propre volonté et à quel point les membres de cette catégorie les dégoûtaient. Les résultats obtenus auprès des deux échantillons ont permis de constater que les individus obèses représentaient un groupe socialement indésirable inspirant des attitudes négatives fortes telles que le dégoût. En effet, concernant les attitudes favorables, les personnes obèses obtinrent un score significativement en deçà du point milieu de l'échelle utilisée, équivalent à ceux des sans-abris et des politiciens. Parmi toutes les catégories proposées, seuls les fumeurs et les drogués ont été jugés plus négativement, et plus dégoûtants, que les personnes en surpoids. Les données ont également permis d'observer qu'en général, les gens considéraient le poids comme une

caractéristique personnelle contrôlable, rendant ainsi les obèses responsables de leur appartenance à un tel groupe. Certes, les individus obèses étaient considérés comme ayant plus de contrôle sur leur appartenance groupale que les personnes âgées, les malades mentaux, les femmes et les homosexuel(le)s. En revanche, ils étaient perçus comme ayant moins de contrôle que les bons élèves, les politiciens, les fumeurs, les drogués et les personnes religieuses.

Carels, Hinman, Burmeister, Hoffmann et Koball (2013) ont invité, quant à eux, des participants obèses à compléter deux tests d'associations implicites (IAT) avant ou après leur programme de perte de poids. Pour chacun des IATs, les participants devaient répartir des stimuli représentant la minceur ou le surpoids (i.e., des photographies d'individus minces ou gros) et des stimuli liés au concept de bonté et de malignité (e.g., joie, haine, etc.) dans deux catégories distinctes. Pour la moitié des essais, les catégories étaient les suivantes : « Gros ou Mauvais » et « Mince ou Bon », tandis que, pour l'autre moitié des essais, les paires inverses étaient proposées en catégories : « Gros ou Bon » et « Mince ou Mauvais ». Dans le premier test, les stimuli représentant la minceur ou le surpoids étaient des photographies consistantes avec les stéréotypes véhiculés à l'égard des personnes en surpoids. Les participants pouvaient, par exemple, observer l'image d'une femme obèse allongée sur le canapé en train de regarder la télévision et consommer de la nourriture hypercalorique, puis le cliché d'un homme de poids moyen pratiquant de la musculation. Dans le second test, les stimuli présentés étaient des photographies inconsistantes avec les croyances négatives à propos des personnes en surpoids. Ainsi, dans l'exemple précédent, la femme obèse était remplacée par une femme de poids normal et l'homme de poids moyen par un homme en surpoids. Les résultats confirmèrent l'existence d'un biais « anti-gros » de la part des participants, biais facilité par la consistance des images avec les stéréotypes envers les obèses. Cela signifie que les participants étaient plus rapides à traiter les stimuli renvoyant aux surpoids lorsque les essais proposaient les catégories « Gros ou Mal » et « Mince ou Bon » comparés aux essais proposant les catégories « Gros ou Bon » et « Mince ou Mal ». Ces résultats étaient accentués lorsque les participants rencontraient les photographies consistantes avec les stéréotypes des personnes en surpoids, comparées aux photographies inconsistantes. En outre, ceci était d'autant plus vrai pour les participants n'ayant pas encore suivi le programme de perte de poids.

Park, Shaller et Crandall (2007), en utilisant également un IAT, ont observé que des étudiant de la « British Columbia University » associaient davantage le mot obésité à des mots renvoyant aux termes « maladie » et « déplaisant ». Plus précisément, l'association aux

mots relatifs à la notion de « maladie » était surtout observée lorsque les participants visionnaient en amont un diaporama sur les microbes, les infections et la prévalence d'agents pathogènes causant des maladies. L'association aux mots relatifs au terme « déplaisant » apparaissait principalement lorsque les participants regardaient, en début de passation, un diaporama rendant saillantes les notions d'effort et de travail acharnés. Ces résultats montrent ainsi que l'amorçage des participants (microbes *vs.* effort fourni) peut façonner la vision que les personnes ont de l'obésité et des personnes qui en souffrent.

Enfin, Malloy, Lewis, Kinney et Murphy (2012) ont remarqué, *via* un IAT, que, par rapport à des individus de poids normal, ceux en situation de maigreur ou d'obésité étaient évalués beaucoup plus négativement. De plus, *via* des questions portant sur les stéréotypes, les préjugés et la discrimination envers les obèses, les auteurs notèrent que (a) les participants formulaient des croyances et attitudes négatives envers les obèses, (b) ces croyances et attitudes étaient reliées positivement, et (c) les attitudes négatives envers les personnes obèses étaient un bon prédicteur d'intentions d'un comportement discriminatoire à leur égard. En effet, plus les participants exprimaient des attitudes négatives envers les obèses, plus ils manifestaient l'intention d'éviter de côtoyer des personnes en surpoids

La littérature scientifique a permis de noter que les enfants n'étaient également pas épargnés par ces attitudes négatives vis-à-vis des individus en surpoids. En effet, dans leur étude, Musher-Eizenman *et al.* (2004) avaient aussi constaté que les enfants étaient moins enclins à choisir comme de potentiels amis les enfants en surpoids (16% des cas) comparés aux enfants minces (39%) et ceux de poids moyens (45%). De plus, lorsqu'il leur était demandé de choisir l'enfant qui pourrait devenir leur meilleur ami, là encore, leur choix se portait davantage sur un enfant mince (55%) ou normopondéré (38%), plutôt que sur un enfant en surpoids (7%). De la même façon, Tiggemann et Anesbury (2000) avaient observé que, par rapport à des cibles d'enfants normopondérés, des enfants âgés de 8 à 12 ans avaient moins tendance à choisir des cibles d'enfants obèses comme amis et camarades de jeux. Par ailleurs, comme Vartanian (2010) a pu l'observer auprès d'une population adulte, ces auteurs ont également noté qu'à l'âge de 8-9 ans, les enfants avaient déjà intégré la croyance en une contrôlabilité du poids.

Ces divers travaux révèlent bel et bien l'existence de préjugés envers les individus en surcharge pondérale. De plus, ils démontrent que ces attitudes négatives peuvent être partagées à la fois par des jeunes et des moins jeunes, par des membres de l'exogroupe et des membres de l'endogroupe (Carels *et al.*, 2013). De plus, l'étude de Malloy *et al.* (2012) nous indique que la stigmatisation dont souffrent les individus en surpoids ne se limite pas qu'aux

croyances et attitudes négatives envers eux, mais concerne également les intentions comportementales (e.g., l'évitement). Dans la même veine, Hebl et Heatherton (1998) ont noté que des participantes blanches attribuaient de manière fictive beaucoup moins d'emplois valorisants à des cibles obèses blanches (28%) qu'elles ne l'ont fait pour des cibles blanches minces (56%) et de poids moyen (84%).

Dans la section suivante nous verrons donc que des études menées sur le terrain ont permis de constater qu'au-delà des intentions comportementales, les personnes en surpoids étaient réellement victimes de comportements négatifs à leur égard.

1.4 Discrimination auprès des personnes en surpoids

Roehling, Roehling et Pichler (2007) ont, par exemple, observé que des individus en surpoids, obèses, voire très obèses, rapportaient plus d'expériences de discriminations au travail (en termes d'embauches, de promotions et de renvois) que des personnes de poids moyen. Ceci était d'autant plus important pour les femmes obèses (27,7 % rapportaient une telle expérience) que pour les hommes obèses (12,1%). Par ailleurs, Agerstrom et Rooth (2011) ont montré qu'à lettre de motivation et curriculum vitae (C.V.) équivalents, les entreprises invitaient moins les personnes obèses que les personnes ayant un poids normal à passer un entretien d'embauche pour le poste qu'elles proposaient. De plus, les auteurs notèrent que ces décisions étaient reliées à des attitudes négatives implicites envers les obèses de la part des recruteurs des entreprises.

En France, le sociologue Jean-François Amadiou (2005), exerçant au sein de l'Observatoire des Discriminations à l'Université Paris I, a envoyé 6 CV à 325 offres d'emplois (1950 C.V. envoyés au total) : le C.V. d'un homme blanc (x2⁶), le C.V. d'un homme antillais, le C.V. d'un homme obèse, le C.V. amélioré d'une femme d'origine maghrébine, et le C.V. d'un homme âgé de 50 ans. A part le C.V. de la femme Maghrébine qui a été amélioré, tous les autres C.V. étaient équivalents. Seule la photographie accompagnant les C.V. était différente et permettait de catégoriser l'individu dans un groupe

⁶ Dans cette première étude, il existe 2 C.V. de « candidat blanc » car l'un des deux correspond à celui d'un homme blanc physiquement handicapé (doigt manquant à la main gauche) mais dont l'handicap ne transparait pas sur le papier. Ce candidat était important pour la seconde étude de l'auteur, où il s'est intéressé aux pourcentages d'embauches, après entretien physique avec le recruteur, lorsque le candidat était un homme blanc, un homme handicapé, un homme antillais, une femme d'origine maghrébine et un homme âgé de 50 ans (le candidat obèse n'a pas participé à cette étape).

social particulier (e.g., étranger, femme, obèse, etc.). Parmi les 272 réponses positives obtenues, Amadiou observa une préférence significative pour les C.V. des deux hommes blancs comparés à ceux des autres candidats. Effectivement, à eux seul, ces C.V. ont obtenu 54% des réponses positives. Le C.V. du candidat obèse, lui, n'a obtenu que 10% des réponses positives. En 2005, dans une autre étude basée sur des C.V., Amadiou a également observé que des candidats obèses avaient, en moyenne, deux fois moins de chance d'être conviés à un entretien d'embauche pour des postes de commercial et de télévendeur que des candidats normopondérés.

Toujours dans le domaine du travail, Lundborg, Nystedt et Rooth (2014) ont observé, en croisant des données démographiques suédoises concernant les salaires et l'IMC de jeunes hommes âgés de 28 à 38 ans, avec des données américaines et britanniques équivalentes, que des adolescents obèses obtenaient des revenus 18% plus faibles que des adolescents de poids moyen lorsqu'ils intégraient le monde du travail. Dans une moindre mesure, les résultats montrèrent, également, qu'une fois entrés dans le monde du travail, les jeunes hommes ayant été en surpoids pendant leur adolescence étaient payés 6% de moins que leurs homologues ayant un poids moyen à l'adolescence.

Pour résumer, en montrant que les individus en surpoids sont la cible de stéréotypes, préjugés et discriminations de la part des autres, toutes les études précédemment citées confirment la présence d'une stigmatisation envers les personnes dont le poids dépasse la norme établie par la société. Par ailleurs, les dernières études mentionnées signalent que cette stigmatisation peut affecter des domaines importants de la vie quotidienne, telle que la sphère professionnelle. Or, d'autres recherches rapportent que le monde du travail n'est pas le seul milieu propice à cette stigmatisation. En effet, il semblerait que les domaines des médias et de la santé soient également « favorables » à ce type de stigmatisation.

1.5 Médias et stigmatisation relative au poids

En 2016, deux événements médiatiques ont créé la polémique quant au contenu des messages véhiculés par les médias vis-à-vis des personnes en situation de surpoids/obésité. Le premier incident concernait un site chinois de



vente en ligne et sa manière de vendre ses vêtements grandes tailles. Effectivement, à l'époque, ce dernier avait décidé de vendre ses produits grandes tailles en les présentant, non pas portés par des personnes dont la morphologie correspondait à ces articles, mais par un mannequin taille 34 faisant entrer l'ensemble de ses deux jambes dans une seule du short ou du legging vendu.

Le second événement concernait une marque américaine spécialisée dans les vêtements grande taille et sa campagne publicitaire célébrant la beauté des femmes rondes.



Dans son spot en noir et blanc intitulé « this body », la marque mêlait des images de femmes rondes en sous-vêtements à des discours prônant l'acceptation et la diversité des corps. Cette publicité ne contenait ni images ni propos indécents, et, pourtant, deux chaînes de télévision américaine ont décidé de la censurer en refusant de la diffuser dans leur programme. Bien qu'une semaine auparavant, l'une des chaînes ait accepté une publicité de femmes minces tout autant dénudées, elle justifia sa censure par le manque de conformité du spot aux consignes de diffusion sur l'indécence. L'autre chaîne, elle, ne donna aucune raison pour expliquer son refus.

Indépendamment l'un de l'autre, ces deux épisodes illustrent chacun une forme de stigmatisation relative au poids de la part du monde médiatique. En effet, dans les deux cas, ils montrent que les médias peuvent être porteurs de messages négatifs à l'égard des personnes en situation de surpoids/obésité. Tirés du quotidien, ces deux événements pouvant paraître anodins, renvoient, pourtant, aux observations et conclusions supportées par des travaux scientifiques.

En analysant plus de 500 photographies associées à des articles web en lien avec le thème de l'obésité, Heuer, McClure et Puhl (2011) ont, par exemple, remarqué que les personnes en surpoids figurant sur celles-ci étaient plus souvent représentées en train de consommer de la nourriture par rapport aux personnes de poids moyens. En revanche, les personnes de poids normal apparaissaient, à l'inverse, davantage en train de faire de l'exercice que les personnes en surpoids/obèses. Par ailleurs, afin d'étudier qualitativement les commentaires négatifs exprimés à l'égard des personnes en surpoids à la télévision, Himes et Thompson (2007) ont examiné 135 vignettes provenant de divers films (n=25) et séries (n=10) datant de 1984 à 2004. Ils ont ainsi observé que les personnages à l'origine de ces commentaires étaient davantage de sexe masculin (75%) plutôt que de sexe féminin (25%), plus souvent adultes (70%) qu'adolescents (13%) ou enfants (16%). Concernant la cible des commentaires désagréables, cette dernière était, elle aussi, plus souvent adulte (62%)

qu'enfant (15%) ou adolescent (17%). Par contre, il n'existait pas de différence selon le genre de la cible. Par ailleurs, les auteurs ont constaté que les commentaires négatifs étaient davantage formulés envers quelqu'un de seul (79%) plutôt qu'à un groupe (10%) ou à soi-même (10%). En s'intéressant aux types de remarques formulées par les personnages, les auteurs se sont aperçus qu'elles étaient plus souvent directes (64%) et verbales (88%) qu'indirectes (35%) et non verbales (7%). Herbozo, Tantleff-Dunn, Gokee-Larose et Thompson (2004, cités par Himes et Thompson, 2007), ont constaté, après avoir visionné 64 vidéos populaires destinées à des enfants, que l'obésité était souvent associée à des traits négatifs comme la méchanceté, la cruauté, le manque de sympathie et d'attraction, alors que, dans la majorité des cas, les personnages avec un corps mince étaient dépeints avec des caractéristiques positives telles que la joie et la gentillesse. De plus, dans une étude visant à déterminer les types de morphologies présentes dans les programmes télévisés pour jeune public et les attributs mentaux/sociaux/physiques (e.g intelligent, populaire, timide, attirant, actif, etc.) associés à celles-ci, Robinson, Callister et Jankoski (2008) ont constaté qu'il y avait autant d'individus en surpoids que d'individus de poids moyen présents dans ces programmes. C'est-à-dire que, contrairement à ce que d'autres travaux antérieurs ont pu montré, les personnes en surcharge pondérale n'étaient pas sous-représentées dans les émissions qu'ils ont visionnées. De même, ils ne notèrent aucune différence en termes d'attributs mentaux et physiques. En revanche, une différence significative a été observée concernant les attributs sociaux. Effectivement, les personnages en surpoids étaient plus souvent décrits comme moins attractifs et populaires que les personnages de poids moyen.

Les quelques travaux précédemment cités montrent toute l'importance qu'occupe le monde médiatique dans la stigmatisation envers les personnes en surpoids et obèses. En effet, ces études témoignent de l'image négative que les médias véhiculent à propos de cette population. Or, en plus d'être eux-mêmes stigmatisants, les médias amènent leur public à l'être tout autant, et donc perpétuent cette forme de stigmatisation. Mclure, Puhl et Heuer (2011) (cités par Vartanian *et al.*, 2014), ont ainsi constaté qu'après lecture d'un article traitant de l'obésité sur lequel apparaissait une image stéréotypique (à savoir, une personne en surpoids consommant de la malbouffe), les participants affichaient plus d'attitudes négatives à l'égard des personnes en surpoids comparés à ceux ayant lu le même article sans image stéréotypique associée.

1.6 Professionnels de la santé et stigmatisation basée sur le poids

Le milieu médical n'est pas non plus immunisé contre cette forme de stigmatisation ayant pour cible les personnes en surpoids. En 2012, une association d'Atlanta prônant le soin pour les enfants et pourtant composée de divers professionnels de la santé (docteurs, diététiciens, etc.) a été controversée pour sa campagne de prévention contre l'obésité infantile. Cette dernière avait été jugée trop dure et stigmatisante. Par exemple, l'image ci-dessus représente la photographie en noir et blanc d'une jeune fille en



situation d'obésité accompagnée du texte suivant : « ATTENTION, c'est dur d'être une petite fille si vous ne l'êtes pas. ». Bayer (2008; mentionné par Hunger, Major, Blodorn et Miller, 2015), a effectivement noté que la plupart des professionnels de la santé envisageaient la stigmatisation comme un moyen de promouvoir les comportements sains à adopter, et, ainsi, motiver les personnes à changer en ce sens. Or, nous verrons par la suite que les conséquences réelles de la stigmatisation sur les personnes qui en sont victimes sont loin d'être aussi faciles et positives.

Par ailleurs, les études révèlent qu'au-delà du fait que les professionnels de la santé utilisent la stigmatisation comme moyen de prévention et d'action, ces derniers partagent également, avec le reste de la population, les croyances négatives associées aux individus en surpoids/obèses. Ainsi, Maroney et Golub (1992) (cités par Puhl et Brownell, 2001), ont noté que 48% des infirmières interrogées affirmaient être mal à l'aise en apportant des soins à des patients obèses, 31 % d'entre elles annonçaient même qu'elles préféreraient ne pas avoir à s'occuper de les soigner. De plus, dans l'ensemble, les infirmières s'accordaient pour dire que l'obésité était contrôlable, et que les personnes souffrant d'obésité étaient trop indulgentes envers elles-mêmes, coléreuses, en échec et paresseuses. De même, Chambliss, Finley et Blair (2004), dans une recherche réalisée auprès de 246 étudiant(e)s en sciences de l'exercice, l'équivalent du parcours STAPS (Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives) en France, ont observé la présence d'un biais implicite important envers les personnes en surpoids au sein de cette population. En effet, à l'aide d'un IAT, ils ont constaté que les étudiants classaient plus correctement des items renvoyant aux catégories de poids (i.e., gros, obèse, large, mince, fin et maigre etc.) et des items renvoyant aux termes bon/mauvais (i.e., merveilleux, joyeux, excellent, terrible, méchant, et horrible) lorsque les

deux catégories de classement, proposées dans les essais de l'IAT, s'intitulaient « personnes en surpoids/mauvais » et « personnes minces/bon », plutôt que lorsque ces catégories étaient nommées « personnes en surpoids/bon » et « personnes minces/mauvais ». De même, les étudiants classaient plus correctement les items renvoyant aux catégories de poids et des items renvoyant aux termes motivé/paresseux (i.e., déterminé, motivé, enthousiaste, lent, paresseux, et apathique) lorsque les deux catégories de classement, proposées dans les essais de l'IAT, s'intitulaient « personnes en surpoids/ paresseux » et « personnes minces/motivé » plutôt que « personnes en surpoids/motivé » et « personnes minces/paresseux ». Dans une moindre mesure, ils notèrent également un biais explicite anti-gros, c'est-à-dire qu'ils observèrent des scores élevés de la part des étudiants aux échelles proposées (e.g., « Antifat Attitudes Test ») mesurant les croyances et attitudes négatives envers les personnes en excès de poids. Plus précisément, ils remarquèrent que les étudiants supportaient explicitement l'idée que les personnes obèses étaient fainéantes. Par ailleurs, plus les participants croyaient en un manque d'antécédents familiaux et en une contrôlabilité du poids, plus les attitudes négatives des individus en surpoids étaient élevées.

Foster *et al.* (2003), en enquêtant auprès de 620 médecins ont, quant à eux, observé qu'un médecin sur trois caractérisait les personnes obèses comme velléitaires, négligées et paresseuses. De plus, les auteurs constatèrent que les médecins invoquaient davantage de raisons comportementales (e.g., de "faibles connaissances en nutrition", "un manque de volonté", etc.) que biologiques (e.g., les "antécédents génétiques", un "défaut du système endocrinien", etc.) à l'obésité. Ainsi, parmi une liste de facteurs comportementaux et biologiques proposés pour expliquer l'obésité, la plupart des médecins considérèrent "l'inactivité physique" comme la cause première de l'obésité, suivie de près par le fait de "manger plus" et d'avoir une "alimentation trop grasse". En revanche, "le dysfonctionnement métabolique" fut considéré par la plupart des médecins comme la dernière cause. En réalité, à l'heure actuelle, de nombreuses causes sont avancées pour expliquer l'obésité : la génétique (e.g., gène FTO, gène AMY1, etc.), les maladies endocriniennes, l'exposition à des perturbateurs endocriniens, l'exposition au diabète gestationnel, l'exposition à l'obésité maternelle durant sa vie intra-utérine, des dommages neurologiques, des procédures neurochirurgicales, des thérapies médicamenteuses, des mauvaises habitudes alimentaires, un manque de pratique d'activités physiques et un manque de sommeil (Daneman et Hamilton, 2010). Pourtant, à notre connaissance, aucune preuve scientifique n'a établi que les mauvaises habitudes alimentaires et le manque d'activités physiques étaient les causes principales du surpoids et de l'obésité. Dans leur article, Chaput, Ferraro, Prud'homme et Sharma (2014)

parlent même de « mythe » concernant ces deux facteurs. Les auteurs expliquent :

Il n'y a pas de données probantes suffisantes (p. ex. données épidémiologiques à l'échelle individuelle et données randomisées) au-delà des corrélations écologiques qui justifient l'importance accordée à ces 2 facteurs². De nombreux autres contributeurs putatifs expliquant la hausse de l'obésité (p. ex. manque de sommeil, stress psychologique, perturbateurs endocriniens, médicaments, effet intra-utérins et intergénérationnels, etc.) sont étayés par des données probantes aussi convaincantes, sinon plus, que celles appuyant les 2 facteurs majeurs^{3,4}. (p 981; avec² Sørensen, 2009 ;³ Tremblay et Chaput, 2008 ;⁴ Keith, et al., 2006).

Par ailleurs, à l'aide d'un IAT, Schwartz, Chambliss, Brownell, Blair et Billington (2003) ont constaté que des spécialistes de l'obésité (à savoir des professionnels engagés dans la prise en charge clinique de l'obésité et/ou dans la recherche sur l'obésité) affichaient de manière significative des attitudes implicites négatives envers les personnes en excès de poids. Plus précisément, les auteurs ont observé les mêmes résultats à l'IAT que ceux obtenus par Chambliss *et al.* (2004), en l'élargissant à deux autres dimensions : « malin/stupide » et « utile/inutile ». Ainsi, ils notèrent que les spécialistes de l'obésité étaient plus précis pour classer des items renvoyant aux catégories de poids (i.e., gros, obèse, large, mince, fin et maigre etc.) et des items renvoyant aux termes malin/stupide (i.e., malin, intelligent, brillant, nouille, stupide et bête) lorsque les essais proposaient les catégories de classement associant « personnes en surpoids/ stupides » et « personnes minces/malin », comparé aux essais proposant les catégories de classement inverses : « personnes en surpoids/malin » et « personnes minces/stupide ». De même, les étudiants étaient plus précis pour classer les items renvoyant aux catégories de poids et des items renvoyant aux termes utile/inutile (i.e., méritant, utile, important, insignifiant, inutile et vain) lorsque les essais proposaient les catégories de classement associant « personnes en surpoids/inutile » et « personnes minces/utile », comparé aux essais proposant les catégories de classement inverses : « personnes en surpoids/utile » et « personnes minces/inutile ».

Ces travaux, et bien d'autres, ont permis de montrer que la stigmatisation impactant les personnes obèses se vérifiait auprès d'un grand nombre de professionnels de la santé, à savoir les étudiants en médecine, les infirmiers, les diététiciens, les docteurs et les préparateurs physiques. De ce fait, Puhl, Latner, King et Luedicke (2014) ont souhaité examiner si des professionnels de la santé mentale spécialisés dans les troubles du comportement alimentaire (TCA) pouvaient également être « porteurs » de croyances et comportements négatifs à

l'égard des personnes en surpoids. Pour ce faire, plus de 360 praticiens ont répondu à des questionnaires dont les items portaient soit sur leurs propres croyances et comportements envers les personnes obèses, soit sur ceux de leurs collègues. Les résultats à ces questionnaires ont permis de constater qu'il existe véritablement une stigmatisation relative au poids au sein même des professionnels de la santé mentale spécialisés dans les TCA. Effectivement, même si les scores aux échelles explicites de stigmatisation étaient moins élevés qu'auprès d'autres professionnels de la santé, un biais « anti-gros » était bien présent auprès de cette population. Plus précisément, les auteurs ont noté que plus les professionnels avaient des attitudes anti-gros fortes, plus ils avaient tendance à privilégier les causes comportementales aux causes environnementales ou biologiques pour expliquer l'obésité. De même, ils exprimaient davantage d'attitudes négatives envers les patients obèses, de frustration à s'occuper d'eux et de pessimisme face aux résultats de leur traitement. De plus, la plupart des participants rapportaient avoir été témoin de remarques négatives formulées par un confrère à un patient obèse (56%), étaient persuadés que leurs collègues avaient des stéréotypes négatifs des patients obèses (42%), étaient mal à l'aise de travailler avec des patients obèses (35%) et avaient des attitudes négatives envers ces patients (29%).

II. Un état des lieux de la stigmatisation envers les personnes obèses en France (étude 1)

Pour résumer, le rapport de ces quelques études conduites auprès de différentes populations et dans divers milieux atteste d'une stigmatisation à l'égard des personnes en surpoids et obèses, du fait de leur appartenance à ces catégories de poids. Cependant, à l'exception des études françaises d'Amadiou (2005), la plupart des études scientifiques portant sur les stéréotypes envers les personnes en surpoids/obèses était principalement des études américaines, anglaises ou australiennes. Or, nous l'avons vu auparavant, de nombreuses personnes sont concernées par le surpoids et l'obésité en France (rappel : 32,3 % de personnes adultes en surpoids et 15 % en situation d'obésité - Obépi, 2012), et donc potentiellement par cette stigmatisation relative au poids. En France, la démonstration d'une telle stigmatisation semble, en effet, d'autant plus probable que, comme nous l'avons souligné précédemment, ce pays voue un culte à la minceur.

Par conséquent, il nous apparaissait pertinent de vérifier si, en général, les croyances et les jugements associés aux individus en surcharge pondérale sont également partagés par la population française. Effectivement, bien que l'apparition du terme « grossophobie » (i.e., attitude de stigmatisation, de discrimination envers les personnes obèses ou en surpoids) dans les éditions 2019 des dictionnaires « Le petit Robert » et « Robert illustré » (actu.fr, 2018), ainsi que l'émergence du collectif « Gras Politique »⁷ supposent cette forme de stigmatisation en France, aucune étude scientifique, hormis Amadiou (2005) dans le monde du travail, ne s'est intéressée à cette dernière.

Ainsi, le but de la première étude de cette thèse était d'enquêter sur l'existence et le contenu des stéréotypes véhiculés en France à l'égard des individus en surpoids et obèses. En effet, nous espérions, d'une part, que cette étude étaye les données jusque-là observées dans les autres pays avec cette population. D'autre part, l'objectif de notre thèse étant d'examiner le phénomène de menace du stéréotype auprès des personnes en surcharge pondérale vivant en France, il nous semblait essentiel d'apporter en amont la preuve de l'existence d'une stigmatisation relative au poids dans ce pays, ainsi qu'un contenu exhaustif de cette stigmatisation. En effet, l'existence de stéréotypes à l'égard d'une population est, comme nous l'avons déjà souligné, une condition préalable et nécessaire à l'apparition du phénomène de menace du stéréotype auprès de cette même population. Ainsi, l'étude décrite dans ce premier chapitre apparaissait être une étape indispensable à notre démarche scientifique.

Pour ce faire, une question ouverte et des échelles américaines (existantes et traduites par nos soins) étaient utilisées auprès de nos participants. La question ouverte consistait à imaginer les activités dominicales d'une cible masculine ou féminine, en situation d'obésité ou normopondérée. Cette question permettait, ainsi, de comparer les descriptions attribuées aux cibles obèses et celles générées pour les cibles de poids moyen en terme d'activités, de relations (e.g., en couple, célibataire, amis, etc.), d'apparence physique et d'alimentation. De même, cela permettait de déceler s'il existe une stigmatisation relative au poids plus prononcée envers les femmes comparées aux hommes. Cela fournissait également l'opportunité de détecter ou non des contenus stigmatisants différents en fonction du sexe des personnes en surcharge pondérale.

⁷ Le collectif « Gras Politique », créé en 2016 en France par Daria Marx et Eva Perez-Bello, est un collectif de personnes en surcharge pondérale qui luttent et s'entraident contre la grossophobie qu'ils subissent. Site internet : <https://graspolitique.wordpress.com/>

En comparaison de cultures collectivistes comme le Guatemala, la Corée du Sud, etc., la France, comme les États-Unis, est une culture individualiste (Guimond, 2010). Ainsi, du fait de cette proximité de nos cultures et de notre forte exposition à la culture américaine par le biais des médias, il est possible que l'existence en France d'une stigmatisation liée au poids, similaire à celle observée aux États-Unis, se vérifie. De ce fait, concernant notre question ouverte, nous formulons l'hypothèse que, si tel était le cas, nous devrions observer des descriptions plus négatives en termes d'activités, de relations, d'apparence physique et d'alimentation pour des cibles obèses comparées à celles de cibles normopondérées.

De même, les études étrangères ont permis de montrer que, comparées aux hommes, les femmes étaient davantage sensibles à la stigmatisation relative au poids (LaRose, Gorin, Clarke et Wing, 2011 ; Azarbad et Gonder-Frederick, 2010 ; Rothblum, 1992 et Puhl, Andreyeva et Brownell, 2008, dans Schvey, Puhl et Brownell, 2011). De ce fait, nous supposons que cette sensibilité découlait d'une stigmatisation plus importante auprès des femmes que des hommes, et donc nous présumons des descriptions, de la part des participants, plus négatives lorsque la cible en surpoids présentée serait une femme, plutôt qu'un homme.

Les différentes échelles utilisées étaient au nombre de trois. L'une d'elle mesurait les stéréotypes négatifs que possèdent les participants envers les personnes en excès de poids (Bacon, Scheltema et Robinson, 2001). Les recherches antérieures ayant montré que les individus associaient l'excès de poids à un manque de contrôle/de volonté (e.g., Puhl *et al.* 2005 ; Foster *et al.*, 2003), une seconde échelle évaluait le degré d'adhésion des participants à une telle croyance (Allison, Basile et Yunker, 1991). Enfin, la dernière examinait leur niveau de préjugés à l'égard des individus en surcharge pondérale (Crandall, 1994). Au vu de la littérature précédemment présentée, nous nous attendions à constater des croyances et attitudes plus négatives envers les personnes en surpoids. De même, nous supposons une forte croyance en un manque de contrôle des personnes en surpoids, notamment face à la nourriture. L'impact du poids de la cible (poids moyen *vs.* surpoids) sur les scores obtenus par les participants à ces différentes échelles a été étudié. L'impact du poids du participant a également été analysé. Au vu de l'hypothèse de contact intergroupe, stipulant que les préjugés se manifesteraient davantage auprès des individus ayant eu très peu de contacts avec les cibles des préjugés (Guimond, 2010), nous présumons que les participants en surpoids seraient moins négatifs vis-à-vis des personnes en surcharge pondérale lors de la complétion des échelles comparés aux personnes de poids moyen. En effet, ces derniers sont plus qu'en

contact avec l'obésité, ils la vivent quotidiennement. De même, nous supposons que les participants ayant eu une cible obèse seraient également moins négatifs envers les personnes en excès de poids comparés aux participants ayant eu une cible de poids moyen. L'idée étant qu'imaginer la journée dominicale d'une personne obèse créerait davantage un contact (fictif et factice) avec cette population, comparé à la description des activités d'une cible de poids moyen. Néanmoins, ce contact serait suffisant pour diminuer leurs croyances négatives à l'égard des individus en excès de poids lors de la complétion des échelles.

A titre exploratoire, une échelle de silhouettes permettant de mesurer le poids subjectif des participants a été intégrée à l'issue de cette étude. Plus précisément, cette échelle mesurait à quel point les participants ont une bonne estimation de leur corpulence (= « poids pensé ») et une bonne satisfaction corporelle (= « poids idéal »). En comparaison des participants normopondérés, l'idée était de vérifier si les participants en surcharge pondérale estimaient bien leur poids (i.e, choisiraient des silhouettes correspondant à leur IMC) et surtout s'ils étaient satisfaits de leur corps. Aucune hypothèse n'était formulée quant à l'estimation corporelle. En revanche, du fait d'une stigmatisation relative au poids en France, nous supposons une insatisfaction corporelle de la part des participants en surpoids. Ainsi, nous supposons que, lorsqu'ils devraient choisir une silhouette à laquelle ils aimeraient ressembler, ces derniers feraient des choix de silhouettes inférieurs à leur IMC, reflétant ainsi une stratégie de mobilité individuelle de leur part. Par mobilité individuelle, les auteurs entendent toutes actions visant à changer d'endogroupe, pour un groupe assurant une meilleure identité sociale (Tajfel et Turner, 1986 et Wright, Taylor et Moghaddam, 1990 ; cités par Guimond, 2010).

2.1 Méthode

2.1.1 Participants

Deux cent vingt-six femmes et 134 hommes, soit 360 personnes âgées de 13 à 89 ans ($M=32.93$, $SD=16.22$) ont pris part à cette investigation. Les participants ont été recrutés sur base de leur volontariat dans divers endroits : collège, lycée, faculté, lieux de travail, transports en commun, gare, etc.

2.1.2 Matériels et Procédure

Cette enquête était réalisée au moyen d'un questionnaire papier. Pour éviter que le contenu de ce dernier ne soit directement visible, une feuille blanche le présentant comme un « Questionnaire général d'attitude » figurait en premier lieu. Une fois cette page parcourue, le participant commençait le questionnaire par une question ouverte où il lui était demandé d'imaginer et de rédiger le dimanche typique d'un individu cible représenté graphiquement (cf. procédure utilisée dans Horsburgh-McLeod *et al.*, 2009). L'individu cible rencontré par le participant était soit une femme de poids moyen (IMC=23), soit une femme obèse (IMC=44), soit un homme de poids moyen (IMC=24), soit un homme obèse (IMC=44), (Annexe B).

Un programme internet (<http://www.emodelmydietecom/>) a été utilisé pour créer les quatre individus cibles. Dans le site, les mensurations entrées en Livres et en Pouces pour chaque cible correspondaient à une taille et un poids de 160 cm et 60 kg pour la femme de poids moyen, 160 cm et 113 kg pour la femme obèse, 170 cm et 72 kg pour l'homme de poids moyen et 170 cm et 128 kg pour l'homme obèse.

Les réponses des participants, à cette question ouverte, étaient cotées suivant la classification proposée par Horsburgh-McLeod *et al.* (2009). Ainsi, chacun des éléments de réponses des participants, à propos de la journée typique de la personne cible, ont été répartis dans l'une des 4 catégories suivantes : activités, relations, apparence et alimentation. Ces différentes catégories ont été choisies par les auteurs car elles représentent les domaines sur lesquels les personnes en surcharge pondérale sont les plus stigmatisées.

Dans notre étude, la catégorie des activités comprenait tous les éléments pouvant être catégorisés en loisirs dits « passifs », c'est-à-dire renvoyant au fait de ne pas pratiquer d'activités (e.g. "pas de sport", "glande", "allongé sur le canapé", « marche peu », etc.) ; ainsi que les éléments renvoyant aux loisirs dits « actifs » que ce soit en termes d'activités extérieures (e.g. "sortie culturelle", "balade", etc.), d'activités intérieures (e.g., « fait une rando », « va à l'église », etc.) ou d'activités professionnelles (e.g., « étudiante », « photographe », « homme d'affaire », etc.). La catégorie des relations contenait les différentes personnes citées dans la journée de la cible (e.g., amis, voisins, famille, chien, enfants, conjoint, etc.), ainsi que ses « non-relations » (e.g., « célibataire », « pas d'enfants », « pas de mari », etc.). La catégorie de l'apparence était constituée des éléments renvoyant au corps de la cible (e.g., « plaisante », « hanche un peu grosse », « gaillard », etc.), à son hygiène (e.g., « prend soin d'elle », « se maquille », etc.) et aux traits de caractère qui lui étaient inférés (e.g., « coincé », « dynamique », « épanoui »). La catégorie de l'alimentation

comportait, quant à elle, les types de repas effectués par la cible (e.g., « repas copieux », « repas équilibré », « pique-nique », etc.), les boissons et aliments consommés (e.g., thé, alcool, coca, pâtes, chips, macDo, etc.) et les habitudes alimentaires décrites (e.g., « saute un repas », « évite le grignotage », « fait un régime », etc.).

Une fois toutes les descriptions examinées, nous obtenions 199 items différents. Pour chacun des items, les participants obtenaient « 1 » si l'item était présent dans sa description et « 0 » s'il ne l'était pas. Chaque description effectuée par un participant a été cotée en double aveugle, c'est-à-dire par deux personnes n'ayant pas connaissances des conditions⁸.

Dans un second temps, le participant était invité à répondre à quelques questions d'ordre démographique: "Votre âge? Poids? Taille? Sexe? Niveau d'étude? Profession?" (Annexe C). Son poids et sa taille lui étaient demandés afin de déterminer sa catégorie de poids : sous-poids, poids moyen, surpoids ou obésité. En effet, grâce à l'indication de ses mensurations, nous avons pu calculer son IMC (pour rappel cf. encadré 1) et le comparer à la Classification Internationale établie par l'OMS.

Dans un troisième temps, le participant était amené à remplir trois échelles validées et souvent utilisées pour ce type d'enquête, échelles que nous avons traduites en français : l'Antifat Attitude Questionnaire (AAQ) de Crandall (1994), la Fat Phobia Scale (FPS) dans sa version courte de Bacon *et al.* (2001) et la Beliefs About Obese People (BAOP) d'Allison *et al.* (1991).

L'AAQ se décline en trois sous-parties : les items de 1 à 7 s'intéressent aux attitudes négatives envers les personnes en surpoids/obèses (=Dislike), les items de 8 à 10 reflètent la peur de devenir gros (= Fear of fat) et les items de 11 à 13 concernent l'importance de la volonté dans l'obésité (= Willpower). Les participants répondaient à chaque item à l'aide d'une échelle de type likert en 10 points allant de 0 (=pas du tout d'accord) à 9 (= tout à fait d'accord), (Annexe D). Le score du participant à cette échelle s'obtenait par addition de ses réponses à chacune des questions divisée par le nombre total d'items. Ainsi, la note minimale pouvant être obtenue à ce test était 0 et la note maximale 9, sachant qu'un score élevé à l'AAQ révèle une forte attitude anti-gros.

La FPS, quant à elle, représente une échelle d'analogie visuelle en 5 points composée de 14 paires d'adjectifs. Ces paires sont constituées d'un adjectif souvent utilisé aux Etats-Unis pour décrire les personnes en surpoids/obèses et de son opposé (e.g l'item "lentes" accompagné de "rapides"), (Annexe E). Après le recodage de la moitié des items (3, 4, 5, 6, 7,

⁸ Les cotations des deux chercheurs étaient toutes corrélées positivement, tous les r compris entre .334 et .848, tous les $p \leq 0.01$.

10, 12), le résultat du participant à cette échelle s'obtenait par calcul de la somme de ses réponses divisée par le nombre d'items auxquels il a répondu. De ce fait, l'intervalle des scores pouvait s'étendre de 1 à 5, avec un score élevé révélant une forte peur des personnes en surpoids/obèses.

La BAOP, elle, constitue une échelle en 6 points allant de -3 (= "je ne suis pas du tout d'accord") à +3 (= "je suis tout à fait d'accord"). Celle-ci est composée de 8 items évaluant l'importance accordée au contrôle de soi dans l'obésité (Annexe F). Ici, après recodage de tous les items inversés (i.e., tous sauf le 2 et le 8), le score du participant s'obtenait grâce à l'addition des réponses qu'il avait données à tous les items, puis l'ajout de 24 à cette valeur. Ainsi, le participant pouvait avoir un score compris entre 0 (= obésité dépend de la personne) et 48 (=obésité ne dépend pas de la personne).

L'ordre des questionnaires était contrebalancé entre les participants. Ainsi, chaque participant remplissait les échelles selon une seule combinaison possible (soit 1, 2, 3 / 1, 3, 2 / 2, 1, 3 / 2, 3, 1 / 3, 2, 1 / 3, 1, 2 avec FPS=1, AAQ=2 et BAOP=3)⁹. La question ouverte était toujours placée en premier lieu, pour éviter que les trois échelles utilisées par la suite n'influencent la description donnée par les participants à propos de l'individu cible. Ces quatre mesures étaient utilisées pour pouvoir identifier les diverses croyances que peuvent avoir les personnes à propos des individus présentant une surcharge pondérale.

Pour finir, le participant rencontrait la Figure Rating Scale masculine (pour les hommes) et féminine (pour les femmes) de Stunkard, Sorensen et Schulsinger (1983) [cités par Thompson et Altabe (1991) et Barthomeuf, Guimond, Rousset et Droit-Volet (non publié)]. Ces échelles sont composées de 9 silhouettes, hommes ou femmes, allant de la plus mince (=1) à la plus imposante (=9). Chacune des silhouettes est associée à une catégorie de poids: les silhouettes 1 et 2 correspondent aux personnes en "Sous-poids" (IMC < 18.50), les silhouettes 3 et 4 aux individus de "Poids normal" (IMC = 18.50-24.99), les silhouettes 5 et 6 aux personnes en "Surpoids" (IMC = 25-29.99) et les silhouettes 7, 8 et 9 aux individus "obèses" (IMC ≥ 30). Le participant devait alors indiquer, parmi ces dernières, la silhouette à laquelle il pensait ressembler ("silhouette subjective") et celle à laquelle il aimerait ressembler ("silhouette idéale"), (Annexe G). Ainsi, la comparaison de l'IMC du participant et de son choix de "silhouette subjective" nous a permis de déterminer si ce dernier avait une bonne estimation de ses mensurations. De plus, le calcul de l'écart, existant ou non, entre la

⁹ Aucun effet d'ordre de ces échelles n'a été observé sur les scores à l'AAQ, la BAOP et la FPS, [respectivement $F(5, 353)=.75$, $F(5, 341)=.06$ et $F(5, 354)=1.80$, à $p > .10$, *ns*]. Ainsi, dans la suite des analyses, il ne sera plus fait mention de cette variable.

"silhouette subjective" et la "silhouette idéale" sélectionnées par le participant, nous a permis d'identifier si celui-ci était satisfait ou non de son corps, et le sens de l'insatisfaction (trop mince vs. trop gros) lorsqu'elle était présente. Cette mesure se trouvait à la fin du questionnaire car elle n'était pas en lien direct avec l'objectif de l'étude.

Au final, du fait des 4 individus cibles utilisés pour la question ouverte (4) et la permutation des trois échelles (6 possibilités), 24 questionnaires étaient construits.

2.2 Résultats

2.2.1 Réponse Libre

Des tests de khi deux d'indépendance ont été effectués pour examiner les différences de description formulée par les participants en fonction de la cible présentée (poids moyen vs. obèses). Ces différences de description ont été analysées à travers quatre domaines : les activités/loisirs de la cible, ses relations, son apparence et son alimentation. Plus précisément, pour chacune de ces dimensions, les différences de description ont été examinées en terme de nombre d'items totaux produits par les participants, de nombre d'items à valence positive et de nombre d'items à valence négative attribués.

▪ *Activités*

Le test concernant la différence d'items accordés dans le domaine des activités aux cibles de poids moyen et à celles obèses n'est pas significatif, $\chi^2(1, 360)=1.26, p \geq .10, ns$. Le nombre d'items concernant les activités (e.g "sortie entre amis", "sport", "lecture", etc.) accordé aux cibles par les participants n'est pas significativement différent selon le poids de la cible. Néanmoins, si nous nous intéressons au caractère passif ou actif des activités attribuées, nous notons que, dans l'ensemble, les participants attribuent significativement plus de loisirs actifs (e.g "sortie culturelle", "balade", etc.) aux cibles de poids moyens (présence: $N=167$, absence: $N=13$) qu'aux cibles obèses (présence: $N=140$, absence: $N=40$), $\chi^2(1, 360)=16.13, p \leq .001, \eta^2=.21$. A l'inverse, de manière significative, ils attribuent davantage de loisirs passifs (e.g "pas de sport", "glande", "allongé sur le canapé", etc.) aux cibles obèses (présence: $N=96$, absence: $N=84$) qu'aux cibles de poids moyens (présence: $N=75$, absence: $N=105$), $\chi^2(1,$

360)=16.13, $p=.03$, $\eta^2=.12$. Plus précisément, les tests révèlent que les participants accordent davantage d'occupations extérieures dynamiques (e.g "fait la fête", "fait les magasins", etc.) aux cibles de poids moyens (présence: $N=147$, absence: $N=33$) comparées à celles obèses (présence: $N=112$, absence: $N=68$), $\chi^2(1,360)=16.86$, $p\leq.001$, $\eta^2=.22$. A contrario, ils attribuent plus d'activités intérieures passives (e.g "ne fait rien", "télévision", etc.) aux cibles obèses (présence: $N=91$, absence: $N=89$) par rapport aux cibles de poids moyens (présence: $N=71$, absence: $N=109$), $\chi^2(1, 360)=4.49$, $p=.03$, $\eta^2=.11$.

▪ *Relations*

Le test concernant la différence d'items accordés, dans le domaine des relations, aux cibles de poids moyen et à celles obèses n'est pas significatif, $\chi^2(1, 360)=.30$, $p \geq .50$, *ns*. La quantité de relations (e.g "familles", "ami(e)s", "voisins", etc.) prêtées par les participants aux cibles de poids moyen et aux cibles obèses n'est donc pas significativement différente.

▪ *Apparence*

Le test concernant la différence du nombre d'items accordés, dans le domaine de l'apparence (e.g "prend soin d'elle", "timide", "musclé", etc.), aux cibles de poids moyen et à celles obèses n'est pas significatif, $\chi^2(1, 360)=.98$, $p \geq .10$, *ns*. Néanmoins, si nous nous intéressons à deux sous-catégories qui ont émergé de ce domaine, à savoir "les traits de caractère" et "les traits physiques", nous observons que les cibles obèses (présence: $N=17$, absence: $N=163$) obtiennent, de manière significative, proportionnellement plus de traits de caractère négatif (e.g "fainéant", "sédentaire", "coincé", etc.) comparées à celles de poids moyens (présence: $N=6$, absence: $N=174$), $\chi^2(1, 360)=5.62$, $p=.02$, $\eta^2=.13$. De la même manière, si dans l'ensemble, peu d'items négatifs liés au physique (e.g "hanche trop grosse", "devrait perdre des kilos", etc.) sont attribués aux cibles, les participants génèrent significativement plus d'items de cette sous-dimension lorsque la cible est obèse (présence: $N=12$, absence: $N=168$) plutôt que de poids moyen (présence: $N=3$, absence: $N=177$), $\chi^2(1, 360)=5.64$, $p=.02$, $\eta^2=.13$.

▪ ***Alimentation***

Le test concernant la différence d'items accordés, dans le domaine de l'alimentation, aux cibles de poids moyen et à celles obèses n'est pas significatif, $\chi^2(1, 360) = 3.34, p \geq .50, ns$. Dans l'ensemble, le nombre d'items liés à l'alimentation (e.g "repas léger", "grignote", "nourritures grasses", etc.) utilisés par les participants dans la description d'une journée typique d'un individu de poids moyen et celle d'un individu obèse n'est pas significativement différent. Cependant, là encore, si nous nous intéressons aux sous-parties émergentes de cette catégorie, à savoir le "type de repas", le "type d'aliments/boissons consommés" et le "type de comportement alimentaire adopté", nous constatons que le type de repas (e.g "restaurant", "repas en famille", "pique-nique", etc.) renseigné par les participants n'est pas significativement différent pour les cibles de poids moyens (présence: $N=16$, absence: $N=164$) et celles obèses (présence: $N=22$, absence: $N=158$), $\chi^2(1, 360) = 1.06, p \geq .10, ns$. En revanche, les participants attribuent significativement plus de consommations d'aliments/boissons riches en graisses et/ou sucres (e.g "boissons sucrées", "alcool" "aliments gras", etc.) aux cibles obèses (présence: $N=27$, absence: $N=153$) qu'à celles de poids moyens (présence: $N=6$, absence: $N=174$), $\chi^2(1, 360) = 14.71, p \leq .001, \eta^2 = .20$. De même, nous observons qu'ils attribuent significativement plus de "mauvais" comportements alimentaires (e.g "se précipite dans le frigo", "mange décalé", "mange devant la télé", "saute un repas" etc.) aux cibles obèses (présence: $N=42$, absence: $N=138$) comparées aux cibles de poids moyens (présence: $N=15$, absence: $N=165$), $\chi^2(1, 360) = 15.20, p \leq .001, \eta^2 = .21$.

▪ ***Genre de la cible (femme vs. homme)***

Une série de t-tests pour échantillons indépendants permet d'observer des différences significatives entre les descriptions données, par les participants, pour la cible masculine obèse, et celles données pour la cible féminine obèse. De même, elle permet de noter des différences significatives en terme de descriptions des participants, suivant le sexe de la cible de poids moyen.

De manière générale, les descriptions pour les cibles masculine (obèse : $M=2.80, SD=3.05$, poids moyen : $M=1.23, SD=1.45$) comportent plus d'items négatifs (toutes catégories confondues) que celles des cibles féminines (obèse : $M=1.04, SD=1.35$, poids

moyen : $M=.80$, $SD=1.02$), $t(178)=1.35$ à $p \leq .001$ pour les cibles obèses et $t(178)=2.32$ à $p=.02$ pour les cibles de poids moyen. Si nous nous intéressons aux 4 catégories décrites précédemment, nous observons que les participants attribuent davantage de loisirs intérieurs dits « passifs » (e.g., « glande », « dort », etc.) aux cibles masculines (obèse : $M=1.27$, $SD=1.41$, poids moyen : $M=.73$, $SD=.99$) plutôt qu'aux cibles féminines (obèse : $M=.54$, $SD=.86$, poids moyen : $M=.46$, $SD=.72$), $t(178)=4.14$ à $p \leq .001$ pour les cibles obèses et $t(178)=2.15$ à $p=.03$ pour les cibles de poids moyen. À l'inverse, les femmes (obèse : $M=1.14$, $SD=1.29$, poids moyen : $M=1.13$, $SD=1.26$) reçoivent significativement plus de loisirs intérieurs dits « actifs » (e.g., « tâche ménagère », « cuisine », « s'occupe des enfants », etc.) que les hommes ($M=.76$, $SD=1.01$), $t(178)=-2.26$ à $p=.03$ pour les cibles obèses et $t(178)=-2.26$ à $p=.03$ pour les cibles de poids moyen.

Concernant l'alimentation, les participants accordent plus de mauvaises habitudes alimentaires aux cibles masculines (obèse : $M=2.37$, $SD=2.58$, poids moyen : $M=1.67$, $SD=1.94$) comparées aux cibles féminines (obèse : $M=1.50$, $SD=1.61$, poids moyen : $M=1.16$, $SD=1.40$), $t(178)=2.71$ à $p=.01$ pour les cibles obèses et $t(178)=2.03$ à $p=.04$ pour les cibles de poids moyen.

Plus précisément, pour les cibles obèses, que ce soit au niveau du type de repas pris, au niveau des aliments/boissons consommé(e)s, ou au niveau des comportements alimentaires, les participants allouent plus d'items négatifs (e.g., « repas gras », « commande une pizza », « chips », « gâteau », « pot de Nutella », « grignote », « se précipite dans le frigo », etc.) à la cible masculine (respectivement, $M=.30$, $SD=.79$, $M=.42$, $SD=.87$ et $M=.51$, $SD=.81$) qu'à la cible féminine (respectivement, $M=.07$, $SD=.29$, $M=.06$, $SD=.31$ et $M=.18$, $SD=.49$), $t(178)=2.64$ à $p=.01$, $t(178)=3.75$ à $p \leq .001$ et $t(178)=3.34$ à $p \leq .001$. La cible féminine ($M=.14$, $SD=.38$) reçoit, quant à elle, significativement plus d'items positifs concernant les comportements alimentaires (e.g., « achète des produits équilibrés », « évite le grignotage », etc.) que la cible masculine ($M=.04$, $SD=.21$), $t(178)=-2.17$ à $p=.03$.

Pour les cibles de poids moyen, seuls les types de repas attribués par les participants sont plus négatifs (e.g., « repas gras », « commande une pizza », etc.) envers la cible masculine ($M=.16$, $SD=.42$) que la cible féminine ($M=.04$, $SD=.21$), $t(178)=2.24$ à $p=.03$. La cible masculine de poids moyen ($M=.14$, $SD=.41$) se voit même attribuer plus de consommations de boissons saines (e.g., « eau », « thé », « café », etc.) par les participants que la cible féminine de poids moyen ($M=.03$, $SD=.21$), $t(178)=2.34$ à $p=.02$.

Concernant l'apparence, une différence significative est seulement observée pour les cibles obèses. Comparée à la cible masculine obèse ($M=.01$, $SD=.11$), la cible féminine

obèses ($M=.08$, $SD=.27$) reçoit significativement plus d'items négatifs concernant son hygiène (e.g., « devrait refaire sa couleur de cheveux », « reste en pyjama jusqu'à 16h », etc.) de la part des participants, $t(178)=-2.19$ à $p=.03$.

Enfin, aucune différence n'est observée concernant les attributions, en terme de relations, suivant le genre et le poids de la cible, $p_s \geq .05$, *ns*.

2.2.2 AAQ

L'Antifat Attitude Questionnaire de Crandall (1994) mesurait le niveau de préjugés des participants envers les personnes en surpoids et obèses. L'analyse de fiabilité menée sur notre traduction française de ce questionnaire révèle une très bonne fiabilité ($\alpha=.82$). L'analyse factorielle, quant à elle, indique que, même traduit en français, le questionnaire conserve une bonne solution factorielle (K.M.O $=.82$, $p \leq .001$). Elle extrait trois facteurs : un premier facteur comprenant les sept premiers items du questionnaire, un second facteur contenant les items 8, 9 et 10, et un dernier facteur comprenant les items 11, 12 et 13. Ainsi, nous retrouvons les trois sous-dimensions du questionnaire original: "Dislike" (items 1 à 7), "Fear of fat" (items 8 à 10), "Willpower" (items 11 à 13). Le t-test effectué sur l'ensemble des 13 items du questionnaire indique que la moyenne est inférieure au point milieu de l'échelle (4.5), $t(359)=-20.38$, $p \leq .001$. Ainsi, les participants ont, de manière significative, une faible attitude anti-gros ($M=2.96$, $SD=1.44$). Néanmoins, une analyse de variance (ANOVA) incluant les facteurs « Poids de la cible » (poids moyen vs. obèse) et « Poids du participant » (sous-poids vs. poids moyen vs. surpoids vs. obèse) comme facteurs intersujets, révèle un effet principal significatif du poids de la cible (poids moyen vs. obèse) sur le score à l'AAQ, $F(1, 357)=5.48$, $p=.02$, $\eta^2=.02$. En effet, bien que la moyenne des participants à cette échelle soit faible, ceux ayant eu une cible de poids moyen ont obtenu en moyenne un score d'attitude anti-gros ($M=3.13$, $SD=1.51$) supérieur à celui des participants ayant eu une cible obèse ($M=2.77$, $SD=1.34$). L'ANOVA souligne également un effet tendanciel de la catégorie de poids des participants sur le score à cette échelle, $F(3, 349)=2.13$, $p=.09$, $\eta^2=.02$, *marginal*. Ainsi, une analyse de contraste montre que les participants en sous-poids ($M=2.26$, $SD=1.22$) ont tendance à avoir en moyenne des scores à l'AAQ moins élevés que ceux des participants de poids moyen ($M=3.05$, $SD=1.46$), en surpoids ($M=2.95$, $SD=1.48$) et obèses ($M=2.91$, $SD=1.43$), $t(348)=-2.22$, $p=.03$.

▪ ***Sous-échelle AAQ: Préjugés envers les personnes grosses (Dislike).***

La sous-dimension « dislike » de l'AAQ mesurait le niveau d'aversion que les participants pouvaient ressentir à l'égard des personnes en surpoids. Le t-test effectué sur l'ensemble des 7 items de cette sous-dimension du questionnaire indique que la moyenne est inférieure au point milieu de cette sous-échelle (4.5), $t(359) = -37.03$, $p \leq .001$. Ainsi, de manière significative, les participants rapportent en moyenne de faibles préjugés envers les personnes en surpoids/obèses ($M=1.68$, $SD=1.44$). Enfin, l'analyse de variance avec pour facteurs intersujets le « Poids de la cible » (poids moyen vs. obèse) et le « Poids du participant » (sous-poids vs. poids moyen vs. surpoids vs. obèse), effectuée sur cette sous-dimension, met seulement en évidence un effet tendanciel de la catégorie de poids du participant sur le score à l'AAQ "dislike", $F(3, 349)=2.46$, $p=.06$, $\eta^2=.02$. Ainsi, au vu des moyennes, il semblerait que les participants de poids moyen ($M=1.85$, $SD=1.46$) aient tendance à avoir plus de préjugés que les participants appartenant à une autre catégorie de poids (Sous-poids: $M=1.51$, $SD=1.27$; Surpoids: $M=1.46$, $SD=1.55$; Obèses: $M=1.29$, $SD=1.11$). Une analyse de contraste confirme cette interprétation, $t(349)=2.49$, $p=.01$.

▪ ***Sous-échelle AAQ: Préoccupation et pertinence du poids (Fear of fat).***

La sous-dimension « fear of fat » de l'AAQ mesurait dans quelle mesure les participants étaient concernés par leur poids et le fait de prendre du poids. Le t-test réalisé sur l'ensemble des 3 items constituant ce facteur révèle que la moyenne est supérieure au point milieu de l'ensemble de cette sous-échelle (4.5), $t(358) = 2.07$, $p=.05$. En général, les participants sont donc significativement préoccupés par leurs poids et leur prise de poids ($M=4.80$, $SD= 2.72$). L'analyse de variance intégrant les facteurs intersujets « Poids de la cible » (poids moyen vs. obèse) et « Poids du participant » (sous-poids vs. poids moyen vs. surpoids vs. obèse), révèle que ces deux facteurs ont un effet principal significatif sur le score de cette sous-dimension, respectivement $F(1, 357)=3.86$, $p=.05$, $\eta^2=.01$ et $F(3, 348)=6.20$, $p \leq .001$, $\eta^2=.05$. En effet, bien que tous les participants aient des scores élevés sur cette dimension, nous constatons que les participants ayant eu une cible de poids normal ($M=5.03$, $SD=2.69$) ont un score moyen supérieur à celui des participants ayant reçu une cible obèse ($M=4.51$, $SD=2.73$). Au vu des moyennes, nous observons également que plus les participants appartiennent à une catégorie

de poids élevée, plus ils sont soucieux de leurs poids : sous-poids ($M=2.85$, $SD=2.52$), poids moyen ($M=4.72$, $SD=2.72$), surpoids ($M=5.33$, $SD=2.64$), obèse ($M=5.70$, $SD=2.30$). Des analyses de contraste indiquent effectivement que les participants obèses ont des scores à cette sous-échelle supérieurs à ceux des autres participants, que les personnes en surpoids ont des scores supérieurs à ceux des individus de poids moyens et des individus en sous-poids, que les participants de poids moyen ont des scores supérieurs à ceux des personnes en sous-poids, et que les participants en sous-poids ont des scores inférieurs à ceux de tous les autres participants, respectivement $t(348)=2.74$, $t(348)=3.50$, $t(348)=3.15$, et $t(348)=-4.01$ à $ps \leq .001$.

▪ ***Sous-échelle AAQ: Contrôlabilité du poids (Willpower).***

La sous-dimension « willpower » de l'AAQ mesurait dans quelle mesure les participants considéraient le surpoids comme le résultat d'un manque de volonté de la part des personnes qui en sont atteintes. Le t-test réalisé sur l'ensemble des 3 items constituant cette sous-partie indique que la moyenne est inférieure au point milieu de cette sous-échelle (4.5), $t(359) = -3.62$, $p \leq .001$. Cela signifie qu'en moyenne les participants ont significativement peu de croyances en un manque de volonté des personnes en surpoids/obèses ($M=4.08$, $SD=2.18$ dans notre étude). Ce résultat contredit ceux obtenus dans d'autres travaux. Par exemple, dans leur étude, Bannon, Hunter-Reel, Wilson et Karlin (2009), obtenaient une moyenne de 5.94, ($SD=1.70$) pour les hommes et une moyenne de 5.54 ($SD=1.58$) pour les femmes.

L'analyse de variance réalisée sur cette sous-échelle ne révèle, quant à elle, aucun effet principal significatif du poids de la cible rencontrée et de la catégorie de poids du participant sur cette dimension, respectivement $F(1, 358) \leq .001$ et $F(3, 349) = 1.01$ $p \geq .10$, *ns*. Ainsi, les scores moyens obtenus à l'AAQ "willpower" ne varient significativement pas d'une condition à l'autre pour ces deux variables.

2.2.3 BAOP

La « Beliefs About Obese People » d'Allison *et al.* (1991) évaluait dans quelle mesure les participants croyaient que le contrôle de soi joue un rôle important dans le surpoids. L'analyse de fiabilité réalisée sur notre traduction française de cette échelle indiquait une faible consistance interne ($\alpha=.63$) de cette dernière. Cependant, le test nous informait que si

nous retirions l'item 2 de cet outil, ce dernier obtiendrait une meilleure consistance interne ($\alpha=.67$), bien que toujours faible. Ainsi, nous avons écarté l'item 2 de toutes les analyses statistiques que nous avons effectuées. Cependant, l'analyse factorielle révèle que, même en version française, cette mesure conserve une bonne solution factorielle (K.M.O=.75, $p\leq.001$).

Le t-test mené sur l'ensemble des 7 items de cette échelle révèle que la moyenne est inférieure au point milieu de l'ensemble de l'échelle (21), $t(346)=41.09$, $p\leq.001$. De manière significative, les participants obtiennent donc, en moyenne, de faibles résultats à cette échelle ($M=16.95$, $SD=7.69$). Ces résultats signifient qu'en moyenne, les participants croient fortement que l'obésité dépend du contrôle de la personne. L'analyse de variance réalisée sur cet outil indique que la catégorie de poids du participant a un effet significatif sur le score à la BAOP, $F(3, 336)=2.80$, $p=.04$, $\eta^2=.02$. Effectivement, il semblerait qu'en moyenne, les personnes de poids moyen adhèrent plus fortement (=scores faibles) à cette croyance ($M=16.02$, $SD=7.37$) comparées à celles en sous-poids ($M=18.95$, $SD=8.46$), en surpoids ($M=18.61$, $SD=8.13$) et celles obèses ($M=17.97$, $SD=7.41$). Une analyse de contraste confirme une telle interprétation, $t(334)=-2.63$, $p\leq.001$.

2.2.4 FPS

La « Fat Phobia Scale » de Bacon *et al.* (2001) permettait de mesurer à quel point les participants étaient stéréotypiques, ou non, dans les choix d'adjectifs qu'ils attribuaient aux individus en surpoids. Plus précisément, elle permettaient d'évaluer dans quelle mesure les participants privilégiaient ou non les adjectifs habituellement associés aux personnes en surpoids/obèses en Amérique (e.g., paresseuses, aiment la nourriture, etc.).

L'analyse de fiabilité réalisée sur notre version française de la FPS révèle que cette échelle présente une bonne consistance interne ($\alpha=.79$). De même, l'analyse factorielle indique que la solution factorielle proposée pour cette mesure conserve une très bonne adéquation (K.M.O =.80, $p\leq.001$). Le t-test effectué sur l'ensemble de l'échelle indique que la moyenne est supérieure au point milieu de l'échelle (3), $t(359)=6.89$, $p\leq.001$. Ainsi, en moyenne, les participants obtiennent de manière significative des scores élevés à cette échelle, traduisant de forts stéréotypes envers les personnes en surcharge pondérale ($M=3.5$, $SD=.48$). Les analyses de variance menées sur cette mesure ne soulignent, quant à elles, aucun effet principal significatif du poids de la cible rencontrée par le participant, ni de la catégorie de poids du participant sur le score obtenu à cette échelle, respectivement $F(1, 358)=.44$ et $F(3,$

349)=1.58, $p \geq .10$, *ns*. Ainsi, en moyenne, les scores de la FPS ne varient pas significativement d'une condition à l'autre pour chacune de ces variables. Par ailleurs, des t-tests effectués sur chacune des paires d'adjectifs proposées dans cette échelle montrent qu'en moyenne, de manière significative, les participants tendent à croire que les personnes en surpoids "aiment la nourriture" ($M=3.90$, $SD=.88$), ne sont "pas endurantes" ($M=3.73$, $SD=1.04$), "mangent trop" ($M=3.66$, $SD=.86$), sont "lentes" ($M=3.64$, $SD=.97$), ont une "faible estime de soi" ($M=3.64$, $SD=.99$) et ne sont "pas attirantes" ($M=3.45$, $SD=1.03$) plutôt que de penser qu'elles "détestent la nourriture", sont "endurantes", "mangent peu", sont "rapides", ont une "forte estime de soi", et sont "attirantes"; respectivement: $t(358)=19.40$, $t(358)=13.21$, $t(359)=14.47$, $t(359)=12.49$, $t(358)=12.2$, et $t(357)=8.34$, à $ps \leq .001$. Néanmoins, les t-tests indiquent qu'en moyenne, de manière significative, les participants jugent les personnes en surpoids, voire obèses, comme "altruistes" ($M=2.46$, $SD=.83$), "fortes" ($M=2.64$, $SD=.87$), "déterminées" ($M=2.75$, $SD=.86$), ayant "beaucoup de sang-froid" ($M=2.79$, $SD=.92$), "stables" ($M=2.86$, $SD=.88$) et "travailleuses" ($M=2.87$, $SD=.85$) plutôt qu' "égoïstes", "faibles", "sans volonté", ayant "peu de sang-froid", "instables" et "paresseuses", respectivement: $t(356)=-12.21$, $t(359)=-7.72$, $t(358)=-5.56$, $t(357)=-4.38$, $t(357)=-3.08$ et $t(359)=-2.92$, à $ps \leq .001$. Par ailleurs, les t-tests ne révèlent aucune différence significative pour les paires "actives/inactives" ($t(358)=1.29$, $p=.97$) et "gracieuses/disgracieuses" ($t(357)=-.34$, $p=.94$), (Annexe H).

Une analyse de corrélation entre ces trois échelles (AAQ, BAOP et FPS) nous a permis d'observer une corrélation positive significative entre l'AAQ et la FPS: $r(359)=.27$, $p \leq .001$. Cette corrélation indique que plus les participants ont des attitudes anti-gros, plus ils ont des stéréotypes envers les personnes en surpoids/obèses et inversement. Nous constatons également une corrélation négative significative entre l'AAQ et la BAOP: $r(346) = -.50$, $p \leq .001$. Cette corrélation est assez forte et signifie que plus les individus ont des scores élevés à l'AAQ (= fortes attitudes anti-gros), plus ils ont des scores faibles à la BAOP (= l'obésité dépend du contrôle de la personne) et inversement. Pour finir, nous obtenons logiquement une corrélation négative significative entre la BAOP et la FPS: $r(347) = -.34$, $p \leq .001$. Cette corrélation indique que plus les participants ont des scores faibles à la BAOP, plus ils ont des scores élevés à la FPS (= beaucoup de stéréotypes envers les personnes en surpoids/obèses), et inversement.

2.2.5 Echelle de silhouettes (Figure Rating Scale)

Les variables "estimation de son corps" et "satisfaction corporelle" ne répondant pas à une loi normale (respectivement, $D(345)=6.07$ et $D(340)=3.72$, à $ps \leq .001$). Seuls des tests non paramétriques ont pu être réalisés ici.

- ***Estimation de son corps***

Afin d'évaluer si les participants ont une bonne estimation de leur corps ou s'ils se voient plus maigres/plus gros qu'ils ne le sont réellement, nous avons réalisé une analyse de fréquence sur la silhouette choisie par les participants pour se catégoriser. Cette analyse révèle que la majorité des participants de poids normaux (62.6%) et la majorité des participants en excès de poids (81.3%) choisissent une silhouette correspondant à leur IMC. Pour les participants obèses, en revanche, le choix d'une silhouette conforme à leur IMC est beaucoup moins net. Alors que 54.5 % choisissent une silhouette reflétant l'obésité, 45.5% ne se perçoivent pas comme appartenant au groupe des personnes obèses. Enfin, la majorité des individus en sous-poids (71.4%) a tendance à choisir une silhouette correspondant à un IMC supérieur au leur (Annexe I).

- ***Satisfaction Corporelle***

Afin d'évaluer si les individus sont satisfaits de leur corps ou s'ils aimeraient maigrir/grossir, nous avons effectué une analyse de fréquence sur la silhouette choisie par les participants comme étant leur silhouette idéale. Cette analyse révèle que la majorité des participants de poids normaux (51.4%), la majorité des personnes en surpoids (81%) et la quasi-totalité des individus obèses (93.9%) désirent maigrir. Seuls les participants en sous-poids semblent satisfaits (45%) ou souhaitent grossir (45%) (Annexe J).

2.3 Discussion

Les recherches conduites aux États-Unis, au Royaume-Uni et en Australie ont permis de montrer que les personnes en surpoids, voire obèses, sont victimes de stéréotypes négatifs dans leur société (par exemple: "paresseux", "stupide", etc.). Par conséquent, le but de cette première étude était, dans un premier temps, de vérifier si cette stigmatisation liée au poids s'observait également en France. Puis, si tel était le cas, l'objectif était, dans un second temps, de connaître les contenus de ces stigmates. Nous supposons qu'au même titre que leurs homologues américains, anglais et australiens, les individus en surcharge pondérale vivant dans notre société ne seraient pas épargnés par des croyances négatives à leur égard. Concernant les contenus de ces croyances, nous cherchions à savoir s'ils différaient ou non de ceux décrits dans les études menées à l'étranger.

Ainsi, malgré des problèmes de surpoids et d'obésité moins fréquents qu'aux États-Unis, les données obtenues révèlent, comme attendu, que la France est également concernée par la stigmatisation des personnes en surpoids et obèses. En effet, les individus participant à cette étude ont manifesté de fortes croyances négatives à l'égard de cette population. Effectivement, grâce à la FPS (Bacon *et al.*, 2001), nous avons pu constater que pour définir une personne en excès de poids, ils choisissaient davantage d'adjectifs négatifs, que d'adjectifs opposés positifs. Ces adjectifs négatifs correspondaient aux attributs utilisés en Amérique pour décrire les personnes en surpoids/obèses (i.e., paresseuses, inactives, sans volonté, etc.). De plus, grâce aux scores obtenus à la BAOP (Allison *et al.*, 1991), nous avons également observé qu'ils s'accordaient pour dire que le poids est contrôlable, et, pensaient donc que le surpoids et l'obésité sont la conséquence d'un manque de contrôle.

Ces observations sont consistantes avec les recherches menées à l'égard des individus en surpoids, voire obèses. Effectivement, des études antérieures montrent que la plupart des individus croient en une contrôlabilité de l'obésité (Friedman, 2000; Puhl, Schwartz et Brownell, 2005). A titre d'exemple, DeJong (1993) a constaté que les personnes en excès de poids étaient perçues comme ayant des difficultés à se contrôler face à la nourriture. De même, l'étude Australienne de Tiggemann et Anesbury (2000) avait permis d'observer que les enfants âgés de 8 à 12 ans répondaient majoritairement "oui" à des items tels que "les personnes obèses mangent beaucoup trop", "pourraient perdre du poids par la pratique d'exercices", "pourraient devenir minces", "pourraient perdre du poids en mangeant moins", dénotant la conviction chez les enfants que l'obésité est causée par un manque de contrôle/volonté.

Seules les données observées avec l'AAQ (Crandall, 1994) ne semblent pas mettre en évidence une telle stigmatisation. Effectivement, cette échelle révèle que, dans l'ensemble, les participants ont peu d'attitudes anti-gros. Bien que les données obtenues pour cette échelle soient contradictoires avec les résultats précédemment exposés, une explication toute simple pourrait être que la FPS et la BAOP ne mesurent pas le même concept que l'AAQ. En effet, alors que la FPS est construite sur la base de stéréotypes existants en Amérique envers les individus en surpoids/obèses et que la BAOP s'intéresse aux croyances véhiculées à leur propos, l'AAQ, elle, mesure principalement les attitudes des individus envers ce groupe de personnes. Ainsi, les items de l'AAQ ne sont pas centrés sur la recherche de croyances partagées à l'égard d'une population, c'est-à-dire dans l'accès aux stéréotypes, mais sur la recherche des ressentis associés à de telles personnes (e.g., dégoût, malaise, etc.), c'est-à-dire dans l'accès aux préjugés. De ce fait, cette échelle n'informerait pas d'une absence de stéréotypes circulant en France à l'égard des personnes en surpoids, mais nous révélerait tout simplement que les participants de l'étude n'ont, dans l'ensemble, pas de préjugés envers cette population de personnes. Il semblerait ainsi que nos données à l'AAQ suggèrent l'existence de moindres préjugés par rapport aux obèses en France comparée aux États-Unis.

Une autre hypothèse pourrait être la différence de label utilisé pour décrire les personnes en surcharge pondérale dans ce questionnaire, comparé aux deux autres échelles. En effet, alors que la FPS et la BAOP emploient les termes « personnes en surpoids » et « personnes obèses », l'AAQ use du terme « grosses personnes ». Or, Vartanian (2010), ainsi que Brochu et Esses (2011), ont constaté que les termes employés pour désigner les individus en surcharge pondérale pouvaient impacter la stigmatisation relative au poids exprimée. Effectivement, Vartanian (2010) a montré que des étudiants d'une université privée des États-Unis manifestaient des attitudes plus négatives et davantage de dégoût envers les personnes en excès de poids, lorsque les questionnaires à compléter utilisaient le terme « obese people » (= personnes obèses) plutôt que le terme « fat people » (= grosses personnes). Au Canada, Brochu et Esses (2011) ont, quant à elles, observé que des étudiants en psychologie avaient des croyances et des préjugés plus négatifs envers les individus en surcharge pondérale lorsque ces derniers étaient désignés suivant le terme « fat people » (= grosses personnes) plutôt qu'« overweight people » (= personnes en surpoids).

Au regard de ces résultats, il semblerait, ainsi, que le terme « obèse » génère plus de stéréotypes/préjugés que le terme « gros », qui, lui-même, entraîne plus de stéréotypes/préjugés que le terme « surpoids ». Nos résultats semblent corroborer l'idée que le label « obese people/personnes obèses » favorise davantage l'expression de stigmatisation

relative au poids que le label « fat people/grosses personnes ». Néanmoins, le terme « surpoids », en plus de celui d'« obèse », est également présent dans la FPS, ce qui irait, dans ce cas, à l'encontre des données observées par Brochu et Esses (2011). Par conséquent, il semblerait important, dans une étude future, de vérifier l'impact des termes français « surpoids », « gros/grosse » et « obèse » sur l'expression de la stigmatisation relative au poids en France. En effet, nos résultats ne reflétant pas entièrement ceux obtenus en Amérique du nord, nous pouvons supposer que la terminologie française de ces trois termes ne correspond pas totalement à celle des termes anglais « overweight », « obese » et « fat », et, de ce fait, n'entraînerait pas des conséquences identiques en terme de réactions stigmatisantes. Pour aller plus loin, il serait également intéressant de confronter directement des individus français à cette terminologie anglaise (i.e., aux mots « fat », « obese », « obesity », etc.) à laquelle nous sommes, même en France, médiatiquement confrontés, afin de vérifier si cela peut effectivement avoir un impact sur la stigmatisation relative au poids exprimée (e.g., une augmentation des attitudes stigmatisantes). De telles études permettraient d'étayer davantage les travaux sur la stigmatisation relative au poids et ses conséquences, mais pourraient également avoir des applications en terme de prises en charge médicales. En effet, une étude américaine conduite par Wadden et Didie (2003) a révélé que des personnes en surpoids, voire obèses, préféreraient des termes comme « poids », « lourdeur » et « IMC » lors de leur prise en charge plutôt que des termes comme « embonpoint », « obésité » et « excès de graisse ».

Si une différence existe bel et bien en fonction de la terminologie employée, il se pourrait, qu'en France, le terme « grosses personnes » transmette une opinion négative envers la population sur laquelle les participants devaient émettre un jugement. Par le biais de ce terme négatif, les participants ont pu comprendre que les expérimentateurs étaient intéressés par leurs attitudes, et plus précisément, par leurs attitudes négatives à l'égard de ces personnes. Or, cette suspicion a pu activer, chez eux, l'idée que, dans la société, ce n'est pas bien vu d'avoir des préjugés à l'égard d'une population. Ainsi, les participants n'auront pas répondu suivant leurs attitudes réelles, mais suivant ce qu'ils ont jugé comme socialement souhaitable de répondre. Pour résumer, la formulation plus directe des items de l'AAQ a pu engendrer un biais de désirabilité sociale (Crowne et Marlowe, 1960) plus important dans les réponses à ce questionnaire, comparées à celles de la FPS et celles de la BAOP. Ces raisonnements n'étant que purement spéculatifs, de futures recherches restent à mener pour pouvoir corroborer ou non cette hypothèse.

Concernant l'AAQ, en adéquation avec l'hypothèse de contact formulée, les résultats obtenus décrivent des préjugés moins importants de la part des personnes ayant reçu une cible obèse comparées à celles ayant eu une cible de poids moyen. Ce contact factice avec une personne en surpoids, de par la vision du personnage en obésité et la description de sa journée dominicale, semble avoir des effets positifs sur les jugements formulés à l'égard de cette population. Il serait intéressant de vérifier dans de prochaines études si un contact réel, et non imaginé, pourrait avoir de tels effets, et si ces effets positifs perdurent dans le temps.

Les données observées auprès de l'AAQ nous informent également que les participants en sous-poids sont ceux qui ont obtenu la moyenne la moins élevée à ce questionnaire, suggérant, ainsi, de moindres préjugés de leur part envers les personnes en surcharge pondérale. Toutefois, une lecture plus approfondie des résultats obtenus aux sous-dimensions de l'AAQ apporte un éclairage nouveau à ces données. En effet, lorsque nous nous intéressons aux sous-dimensions de l'AAQ, nous notons que les participants en sous-poids ont obtenu une moyenne inférieure à celles des individus de poids moyen à la sous-échelle « Dislike », une moyenne tout aussi importante que celles des individus en surpoids et obèses à cette même sous-échelle, et une moyenne similaire à celle des autres participants à la sous-échelle « Willpower ». Seul leur score moyen à la sous-échelle « Fear of fat » apparaît être significativement inférieur à celui des autres participants.

Ainsi, au regard de ces informations, il semblerait que les participants en sous-poids ont obtenu une moyenne à l'AAQ inférieure à celles des autres participants, non pas parce qu'ils ont moins de préjugés, ni moins de croyances en une contrôlabilité du poids, mais parce qu'ils ont moins peur de grossir. Cette peur de grossir, moins prononcée chez les individus en sous-poids, pourrait, quant à elle, s'expliquer par le sentiment d'être moins concernés, du fait d'un écart plus important entre leur IMC (<18.5) et un IMC de surpoids (≥ 25), comparés aux individus de poids moyen, en surpoids et obèses, plus proches ou déjà concernés par la surcharge pondérale.

Les sous-dimensions de l'AAQ semblent donc une source d'information précieuse pour différencier ce qui relève des attitudes négatives envers les personnes en surpoids de ce qui concerne les attitudes envers sa propre morphologie. Or, si nous observons précisément les résultats à ces sous-échelles, les scores obtenus par l'ensemble des participants à la sous-échelle "Fear of fat" informent que le poids est une dimension importante dans leur vie, et surtout, qu'ils sont effrayés par la prise de poids.

Par conséquent, nous pouvons penser que, même si les participants n'ont pas répondu clairement qu'ils avaient des stéréotypes, voire des attitudes négatives envers les personnes en

surpoids, leur réticence à prendre du poids peut indiquer implicitement que le fait de grossir et/ou d'être gros leur apparaît comme négatif. Ce qui, en soi, constitue un stigmate vis-à-vis de cette population d'individus. De plus, le fait de ne pas souhaiter prendre du poids pourrait également indiquer que les personnes ne désirent pas appartenir au groupe d'individus en surpoids/obèses. Or, au regard de la théorie de l'identité sociale de Tajfel et Turner (1986, cités par Guimond, 2010), le fait de ne pas vouloir appartenir à un groupe signifierait que celui-ci ne permet pas d'acquérir une meilleure estime de soi, et donc qu'il ne renvoie pas une image sociale positive. Par conséquent, s'il ne renvoie pas une image sociale positive, c'est que des croyances négatives circulent à son égard. Ainsi, de telles réponses à cette sous-échelle pourraient confirmer le fait que les participants ne veulent pas appartenir au groupe des personnes en surpoids/obèses car elles sont victimes de stéréotypes négatifs dans notre société.

Cette interprétation est cohérente avec les données obtenues auprès de l'échelle des silhouettes ("Figure Rating Scale") qui montrent que les personnes obèses évitent de se définir comme telles, et que les participants en surpoids/obèses aimeraient ne pas faire partie de ces catégories de poids. De tels comportements ne sont pas sans rappeler la stratégie de mobilité individuelle (Tajfel et Turner, 1986 et Wright *et al.*, 1990; cités par Guimond, 2010) de la théorie de l'identité sociale que nous supposons pour nos participants en excès de poids. D'après les auteurs de cette théorie, une telle stratégie consiste à vouloir quitter son groupe pour un autre qui nous permettra d'acquérir une meilleure identité sociale. Ainsi, les individus évitent de se définir comme membre d'un groupe défini négativement dans la société, alors que c'est le cas, pour empêcher que leur estime de soi soit mise à mal par la réputation négative associée à ce groupe. Ici, les résultats obtenus auprès des participants en surpoids/obèses pourraient, effectivement, dénoter une telle stratégie. Certes, bien que la majorité des personnes obèses participant à l'étude ait rapporté une bonne estimation de leur corps, un nombre non négligeable de ces participants (45.5%) ont eu tendance à s'auto-percevoir plus minces qu'ils ne le sont réellement. De plus, la quasi-totalité des personnes en surpoids/obèses interrogées lors de cette étude ont manifesté un désir de maigrir en choisissant, pour silhouette idéale, une silhouette dont l'IMC correspondait à un IMC inférieur au leur. Par conséquent, ces données sont cohérentes, elles aussi, avec l'hypothèse selon laquelle les personnes en surpoids/obèses sont considérées négativement en France.

Par ailleurs, les résultats obtenus auprès de l'échelle de silhouettes sont consistants avec ceux de travaux scientifiques antérieurs utilisant la même mesure. En effet, Leonhard et Barry (1998), par exemple, ont montré que des femmes obèses, à qui il était demandé d'évaluer leur

morphologie actuelle, sous-estimaient leur corpulence en choisissant une silhouette inférieure à leur IMC. De même, Barthomeuf *et al.* (non publié) ont constaté que la majorité des participants (hommes et femmes) de poids moyen qu'ils ont interrogés choisissaient une silhouette correspondant à leur poids, tandis que la majorité des participants (hommes et femmes) obèses choisissaient une silhouette correspondant à un poids inférieur au leur. Par ailleurs, ces auteurs évoquaient également l'existence d'une possible stratégie de mobilité individuelle de la part des individus en surcharge pondérale. Effectivement, parmi une liste de 13 attributs positifs et négatifs, ils constatèrent que les participants normopondérés privilégiaient leur endogroupe en attribuant davantage de traits positifs aux cibles de poids moyen et davantage de traits négatifs aux cibles en surpoids. En revanche, le pattern de réponses des participants en surpoids ne traduisait pas un tel biais de favoritisme endogroupe. En effet, les individus appartenant à cette catégorie de poids n'allouaient pas plus d'attributs positifs aux cibles obèses qu'à celles de poids moyen. Par contre, ils allouaient davantage d'attributs négatifs aux cibles obèses comparées à celles de poids moyen.

Phillips et De Man (2010), quant à eux, ont observé une importante insatisfaction corporelle à la fois chez les femmes et chez les hommes. Pour les femmes, ils notèrent que plus elles étaient corpulentes, plus elles aimeraient être minces. Pour les hommes, ils constatèrent que ceux qui étaient en surpoids désiraient être plus minces. Par contre, ceux en sous-poids et de poids moyens souhaitaient ressembler à une silhouette supérieure à leur IMC.

Comme ces auteurs, dans notre étude nous constatons également que les personnes en surpoids interrogées ont indiqué appartenir à une catégorie de poids plus faible que la leur et qu'elles aimeraient ressembler à une silhouette inférieure à leur IMC.

Ainsi, en France (tout du moins dans notre échantillon de participants français), comme l'indiquent la FPS et la BAOP, des croyances sont bel et bien partagées à l'égard des personnes en surpoids et des obèses. De plus, d'un point de vue général, nous observons, grâce à ces deux échelles, à la sous-échelle "Fear of fat" de l'AAQ et l'échelle des silhouettes, que ces croyances sont négatives. L'analyse de contenu effectuée sur les rédactions des participants décrivant un dimanche typique de cibles de poids moyens ou obèses (réponse libre) nous éclaire davantage sur les contenus de ces croyances.

Plus précisément, concernant les activités, nos données montrent que, comparées aux cibles de poids moyen, les cibles obèses ont été plus souvent caractérisées comme pratiquant des activités demandant peu d'efforts/de dynamisme lorsqu'elles sont chez elles, et comme effectuant moins d'activités extérieures dynamiques. Ceci est consistant avec les résultats obtenus par Horsburgh-McLeod *et al.* (2009). En effet, ces auteurs avaient observé que,

comparée à une cible de poids moyen, les participants imaginaient davantage une cible obèse en train d'occuper sa journée à dormir tard le matin et à se relaxer. À l'inverse, ils l'imaginaient beaucoup moins faire du shopping que la cible de poids moyen.

Par rapport au domaine de l'apparence, les données ont révélé que les participants associaient plus souvent des traits de caractère et des traits physiques négatifs aux personnes obèses comparées à celles de poids moyen. Parmi ces traits de caractère, nous pouvons compter "sédentaire", "fainéant" et "paresseux", ce qui n'est pas sans rappeler certaines études américaines comme celle précédemment citée de Chambliss *et al.* (2004) où des étudiants en science jugeaient, à la fois explicitement et implicitement, les individus en surpoids/obèses comme étant "lazy", c'est-à-dire "paresseux", ou encore celle de Maroney et Golub (1992) où les infirmières considéraient également les personnes obèses comme paresseuses.

Concernant l'attribution de traits physiques négatifs (e.g., « hanches trop grosses », « devrait faire du sport pour perdre des kilos, etc.) plus importante pour les personnes en surpoids dans la présente enquête, à notre connaissance, aucune étude ne met explicitement en évidence des résultats similaires dans la littérature scientifique. Néanmoins, Horsburgh-McLeod *et al.* (2009) observèrent que, par rapport à une cible de poids moyen, une cible obèse était moins souvent décrite comme étant en couple. Ainsi, une explication possible à l'observation de ces auteurs pourrait être que les participants ont évalué négativement le physique des personnes obèses. En effet, nous pouvons penser que s'ils les ont imaginés moins en couple que des individus de poids moyen, c'est qu'ils les ont jugés moins susceptibles de plaire à quelqu'un. Or, si comme supposé, ils ont pensé qu'elles peuvent être moins attirantes que des individus de poids moyens, un tel jugement pourrait signifier qu'ils considèrent le physique des personnes obèses comme moins avantageux que celui des non obèses.

Selon nous, les résultats de l'étude de Musher-Eizenman *et al.* (2004) avec les enfants peuvent appuyer de telles suppositions. Rappelons que, dans cette étude, 7% des enfants choisissaient la photographie d'un enfant en surpoids comme choix d'un(e) potentiel(le) meilleur(e) ami(e), ce qui est peu. Or, les enfants participant à cette étude ne disposaient que des photographies pour émettre leur jugement. Nous pouvons alors faire l'hypothèse que leur décision s'est basée uniquement sur le physique des enfants photographiés. Ainsi, les enfants en surpoids auraient été moins choisis du fait de leur physique, ce qui impliquerait, d'après nous, que leur physique apparaît moins plaisant aux yeux des enfants participant à l'étude, que celui des cibles de poids moyen. Néanmoins, ceci ne reste qu'une interprétation. Des recherches ultérieures sont nécessaires pour valider ou non de telles hypothèses.

Concernant le type de relations (e.g., amis, conjoint, voisins, enfant, etc.), notre étude a révélé que les personnes en surpoids ne sont pas victimes de croyances négatives dans ce domaine. Horsburgh-McLeod *et al.* (2009) avaient pourtant observé qu'une cible obèse était moins décrite comme ayant un partenaire qu'une cible de poids moyen.

Par rapport à l'alimentation, nos données ont permis de montrer que les cibles obèses étaient davantage perçues en train de consommer des aliments/boissons riches en sucre et/ou graisses par rapport aux cibles non obèses. Nos résultats ont également indiqué que les participants ont attribué davantage de "mauvais" comportements alimentaires aux cibles obèses comparées à celles de poids moyens. Bien que Horsburgh-McLeod *et al.* (2009) n'aient noté aucune différence significative à ce sujet, ces résultats sont cohérents avec d'autres études. Effectivement, rappelons que, Foster *et al.* (2003) avaient observé que des médecins donnaient la suralimentation et la consommation de nourritures grasses comme seconde et troisième causes de l'obésité. Par ailleurs, des travaux ont permis de montrer que les adultes (Dejong, 1993) et les enfants (Tiggemann et Anesbury, 2000) croient que les personnes obèses manquent de capacité de contrôle de soi face à la nourriture. De plus, d'un point de vue général, l'étude de Heuer *et al.* (2011), présentée précédemment, montrait que, dans des articles web liés à l'obésité, les personnes obèses étaient beaucoup plus représentées en train de manger comparées à des personnes de poids normaux.

Enfin, nous supposons que l'observation d'une plus grande sensibilité des femmes à la stigmatisation relative au poids par rapport aux hommes (e.g., LaRose *et al.*, 2010) s'expliquerait par le fait que les femmes sont en réalité plus stigmatisées sur leur poids que les hommes. Cette hypothèse se trouve invalidée par l'analyse de contenu que nous avons effectuée. En effet, la plupart des différences de sexe constatées, dans les productions des participants, se retrouvaient à la fois auprès des cibles obèses et auprès de celles de poids moyen. Ainsi, il semblerait que les différences observées, en terme d'activités, d'alimentation, d'apparence et de relations, reflètent davantage des stéréotypes de genre qu'une différence de stigmatisation relative au poids en fonction du sexe.

Plus précisément, les psychologues sociaux entendent par la notion de « stéréotype de genre », toutes les caractéristiques psychologiques associées aux hommes et aux femmes, permettant ainsi de les différencier (Guimond, 2010). Plusieurs chercheurs ont mis en évidence que les femmes étaient considérées comme des êtres « communaux » (relationnels, interdépendants, collectifs) et les hommes comme des êtres « agentiques » (compétents, indépendants, individualistes, cf. Eagly et Steffen, 1984 ; Guimond, 2010). Plus précisément, les femmes seraient perçues comme « affectueuses », « loyales », « sensibles aux besoins des

autres », « prenant soin d'elles », « compréhensives », etc., et les hommes comme « agressifs », « ambitieux », « auto-suffisants », « disposés à prendre des risques », etc. (Bem, 1974). De ce fait, les auteurs ont montré qu'il serait attendu, de la part des femmes, d'avoir des postes de bas statuts, voire de ne pas travailler et de s'occuper de la maison (e.g. « faire la cuisine », « les tâches ménagères ») ; alors qu'il serait attendu, de la part des hommes, d'occuper des postes de hauts statuts, et d'être impliqués dans leur carrière (Eagly et Steffen, 1984 ; Prentice et Carranza, 2002; De Lemus, Moya, Lupiañez et Bukowski, 2013). De même, du fait des stéréotypes existants à l'égard des femmes, ces dernières devraient aimer les enfants et s'en occuper (Prentice et Carranza, 2002).

Par conséquent, au vu de cette littérature, nous pouvons supposer que les cibles féminines (obèse et de poids moyen) ont reçu davantage d'activités intérieures telles que « fait la cuisine », « fait des tâches ménagères », « s'occupe des enfants », etc., comparées aux cibles masculines, en raison des stéréotypes de genre existants à leur égard. De même, les cibles masculines se seraient vues attribuer plus de mauvaises habitudes alimentaires, car il n'est pas attendu des hommes qu'ils prennent soin d'eux, alors que des femmes si. La prise de poids étant associée par nos participants à un manque de volonté de la personne, le fait d'être obèse peut être vu comme une marque de négligence de son apparence. Ainsi, l'hypothèse d'une exigence esthétique supérieure envers les femmes est renforcée par le fait que seule la cible féminine obèse ait été critiquée sur son apparence, comparée à la cible masculine obèse.

Pour conclure, la question ouverte de notre questionnaire nous informe que les personnes en surcharge pondérale sont la cible de stéréotypes négatifs en France concernant le type d'activités qu'elles pratiquent, leurs traits de caractère, leurs traits physiques, leurs consommations et comportements alimentaires. Dans l'ensemble, nos résultats semblent être en accord avec les travaux antérieurs effectués sur ce sujet. De plus, si nous prenons le domaine de l'alimentation, ce stéréotype ne ressort pas seulement dans la question ouverte. En effet, si nous nous intéressons plus précisément aux stéréotypes auxquels les participants adhéraient le plus dans la FPS, nous retrouvons en première position "aiment la nourriture" et en troisième position "mangent trop".

Au vu des résultats de cette première étude, nous pouvons affirmer que les personnes en surpoids représentent une population stigmatisée en France. En effet, la plupart des français(e)s interrogé(e)s dans notre étude jugent les personnes souffrant du surpoids comme responsables de leur état. Pour la majorité des participant(e)s, les personnes en surcharge pondérale manquent de volonté. Plus précisément, les participant(e)s considèrent que ces

personnes manquent de volonté face à la nourriture et pour la pratique d'activités physiques. Par ailleurs, l'image négative véhiculée à l'égard des participants est telle que les personnes en surpoids souhaitent ne plus appartenir à ce groupe social, et que les personnes de poids moyen ont peur de « l'intégrer ».

Pour rappel, l'existence de croyances négatives à l'égard d'une population est une condition indispensable à l'observation d'un phénomène de menace du stéréotype. Ainsi, l'existence d'une stigmatisation relative au poids en France démontrée dans ce chapitre laisse à penser que les personnes en surpoids peuvent être victimes du phénomène de menace du stéréotype. Effectivement, au regard de ce chapitre, nous pouvons supposer que des personnes en surpoids stigmatisées sur leurs comportements alimentaires et leurs activités physiques pourraient, dans un contexte de menace, confirmer ces croyances négatives à leur sujet en consommant excessivement de la nourriture et/ou en diminuant leurs efforts physiques.

Néanmoins, avant de tester de telles hypothèses, il nous paraissait incontournable de vérifier, dans un second chapitre, le vécu de cette stigmatisation relative au poids de la part des individus obèses vivant en France. En effet, la conscience de la stigmatisation à l'égard de son groupe social est également une condition nécessaire à l'apparition du phénomène de menace du stéréotype (e.g., Brown et Pinel, 2003). Ainsi, ce second chapitre aura pour objectif de (1) vérifier si les personnes obèses vivant en France ressentent cette stigmatisation relative au poids, et si oui, à quelle fréquence ils ont pu l'expérimenter, comment ils réagissent face à cette stigmatisation, et (2) savoir s'ils existent bien des liens entre leur vécu d'expériences stigmatisantes et leur alimentation/activités physiques.

~ *Chapitre 2* ~

Stigmatisation Relative au Poids, Expériences et Stratégies de Coping des Personnes en Surpoids *- Approche Corrélacionnelle*

« Si on savait... Si on savait combien ils souffrent ! Quand ils pointent le nez dehors, ils souffrent jusqu'à la démesure. Pour eux, la rue est un enfer. L'attaque arrive à coup sûr. Insupportable, inhumaine. Ils n'ont droit qu'à des regards moqueurs, des quolibets, des sarcasmes, du rejet. Anéantis, humiliés, ils se sentent coupables de tout, d'être nés, d'exister. Aussi leur cœur se glace. Les gros rasent les murs. »

(Coup de gueule contre la Grossophobie, A. Zamberlan, 1994)

I. Les conséquences de la stigmatisation relative au poids.

1.1 Impacts au niveau psychologique

A l'instar des sociétés américaines, anglaises, australiennes et nouvelle-zélandaises, où la stigmatisation relative au poids est avérée (cf. travaux précédemment cités dans le chapitre 1), notre première étude révèle une société française stigmatisante envers les personnes en surcharge pondérale. Or, nous le savons, cette stigmatisation relative au poids a des conséquences néfastes sur les personnes qui en sont la cible. Les recherches étudiant l'impact de la stigmatisation relative au poids sur les personnes en surpoids/obèses montrent notamment que cette dernière nuit à leur santé psychologique. Par exemple, Hatzenbuehler, Keyes et Hasin (2009), dans Hunger *et al.* (2015) ont constaté que, parmi un échantillon d'individus en surpoids et obèses, ceux qui avaient subi au moins une forme de stigmatisation relative au poids au cours des 12 derniers mois avaient deux fois plus de probabilités d'avoir des troubles de l'anxiété et de l'humeur diagnostiqués et 50% plus de risques de souffrir de toxicomanie que ceux n'ayant vécu aucune stigmatisation. De la même manière, Wott et Carels (2010) notèrent que le vécu d'expériences stigmatisantes relatives au poids rapporté par leurs participants en surpoids et obèses était positivement corrélé à leur niveau de dépression. Vartanian et Novak (2011) observèrent, eux, une corrélation négative entre l'expérience de stigmatisation relative au poids et l'estime de soi. Ils constatèrent également que l'expérience stigmatisante relative au poids était positivement liée à l'insatisfaction corporelle. Dans la même veine, Meana et Ricciardi (2008), cités par Brewis (2014), remarquèrent que la stigmatisation relative au poids était l'une des motivations formulées par les patients en situation d'obésité pour recourir à la chirurgie bariatrique. Or, les études montrent que le recours à la chirurgie bariatrique a, lui-même, des conséquences néfastes sur le bien-être psychologique des personnes. A titre d'exemple, Bhatti *et al.* (2016) ont constaté que des patients en surpoids s'auto-mutilaient (i.e., prise de médicaments, consommation d'alcool, empoisonnement par des produits chimiques toxiques et traumatismes physiques) davantage après avoir subi une opération bariatrique. En effet, avant l'intervention bariatrique, les auteurs comptaient 37 patients sur 111 ayant vécu une expérience d'automutilation, alors qu'après la chirurgie, ce chiffre passait à 64. Par ailleurs, Tindle *et al.*

(2010) ont montré qu'en Pennsylvanie, les taux de suicide des personnes ayant subi un acte bariatrique entre 1995 et 2004 étaient de 13,7/10 000 pour les hommes et de 5,2/10 000 pour les femmes, alors qu'à la même période, les taux de suicide (appariés selon le sexe et l'âge) pour les États-Unis étaient de 2,4/10 000 pour les hommes et de 0,7/10 000 pour les femmes,

A travers l'étude de Meana et Ricciardi (2008), nous pouvons noter dans quelle mesure la stigmatisation relative au poids peut, au-delà d'impacter négativement les pensées des personnes en surcharge pondérale, agir sur leurs comportements. En effet, certaines recherches menées sur les stratégies mises en place par les personnes en surpoids face à la stigmatisation relative au poids ont permis de montrer que, la plupart du temps, les victimes restent passives face à ces attaques stigmatisantes (e.g., se défendent peu, rationalisent la situation, se blâment elles-mêmes, etc. ; Lewis *et al.*, 2011 ; Crocker, Cornwell et Major, 1993 dans, Miller, Rothblum, Felicio et Brand, 1995). D'autres révèlent toutefois des stratégies de coping plus actives, telles que le fait de rechercher du support social, de mettre en place des régimes alimentaires, de répondre à l'agresseur, etc. Puhl et Brownell (2006) observèrent ainsi que les stratégies privilégiées par les personnes en surpoids face à la stigmatisation relative au poids sont l'ignorance, la foi, le support social, les discours internes positifs (e.g., s'auto-complimenter) et le fait de consommer davantage de nourriture.

Notre première étude ayant révélé qu'en France, les personnes en surpoids sont principalement stigmatisées sur leurs comportements alimentaires et sur leurs activités physiques, cette dernière stratégie consistant à manger plus (Puhl et Brownell, 2006) apparaît pour le moins surprenante. Néanmoins, lorsque nous nous intéressons à la littérature étudiant les conséquences de la stigmatisation relative au poids, nous nous apercevons que moult travaux révèlent un impact négatif de cette stigmatisation sur l'alimentation des personnes en surpoids, et dans une moindre mesure, sur leur activité physique.

1.2 Impacts au niveau comportemental

1.2.1 Comportement alimentaire

Concernant l'alimentation, Puhl et Brownell (2006) ont en effet observé que le fait de manger plus de nourriture était une stratégie fréquemment utilisée par les personnes en surpoids victimes de stigmatisation. Plus précisément, les auteurs indiquent que, dans leur premier échantillon de participants, 79% des individus ont rapporté avoir eu recours à cette

stratégie plus d'une fois, voire de multiples fois dans leur vie, alors que seulement 10% déclaraient ne jamais avoir employé cette stratégie. De plus, les auteurs notèrent que, parmi toutes les stratégies proposées dans leur questionnaire, la surconsommation alimentaire figurait parmi les cinq stratégies les plus fréquemment utilisées par les participants pour faire face à la stigmatisation relative au poids. Dans leur second échantillon, cette stratégie comptait parmi les trois stratégies les plus fréquemment choisies par les participants pour faire face à la stigmatisation. Effectivement, 80% des participants affirmaient avoir utilisé cette stratégie au moins une fois dans leur vie et les $\frac{3}{4}$ de l'échantillon déclaraient avoir refusé un régime en réponse à des situations stigmatisantes. Dans leur étude datant de 2008, Friedman *et al.* avaient, quant à eux, observé une corrélation positive entre la stigmatisation relative au poids et la mise en place de comportements hyperphagiques (i.e., prise d'aliments en quantité importante). Dans une autre de leur étude, Ashmore, *et al.* (2008) notèrent également un lien de causalité entre stigmatisation et crises de boulimie. En effet, grâce à une série d'analyses de régression, les auteurs observèrent que la stigmatisation relative au poids pouvait prédire significativement les crises de boulimie des participants. Par ailleurs, dans leur étude longitudinale, Haines, Neumark-Sztainer, Eisenberg et Hannan (2006) ont constaté que les adolescents qui rapportaient subir des moqueries vis-à-vis de leur poids, étaient ceux qui, cinq ans après, affichaient le plus de troubles du comportement alimentaire. Cependant, ils observèrent que, suivant leur sexe, les adolescents victimes de railleries liées à leur poids ne mettaient pas en place les mêmes patterns comportementaux par rapport à la nourriture. Tandis que les garçons qui avaient subi des moqueries étaient plus enclins à développer des comportements hyperphagiques, les filles, elles, initiaient davantage de régimes.

Dans la même lignée, Neumark-Sztainer *et al.* (2002), dans Hunger *et al.* (2015), ont constaté, en interrogeant un groupe de jeunes filles et de jeunes garçons, que les moqueries liées au poids étaient significativement associées à des troubles du comportement alimentaire tels que sauter des repas ou prendre des pilules amaigrissantes. Enfin, de manière générale, Greeno et Wing (1994) et Tanofsky Wilfley, Spurrell, Welch et Brownell (1997) dans Schvey *et al.* (2011), ont montré que, face à une émotion négative, les femmes répondaient plus par la consommation alimentaire que les hommes.

1.2.2 Activités physiques et sportives

Concernant les activités physiques, les études tendent à montrer que l'expérience de stigmatisation relative au poids conduit les personnes en excès de poids à éviter la pratique

d'exercices physiques. A titre d'exemple, Wott et Carels (2010) ont constaté que le vécu d'expériences stigmatisantes relatives au poids des individus en surpoids et obèses ayant participé à leur étude était négativement corrélé à leur dépense calorique et leur pratique d'activités physiques. De la même manière, Vartanian et Novak (2011) ont remarqué que plus un individu avait été fortement stigmatisé par rapport à son poids au cours de sa vie, plus il avait lui-même des attitudes négatives envers les personnes en surpoids et/ou internalisé les stéréotypes négatifs circulant à l'égard de cette population de personne. De même, plus l'individu indiquait avoir vécu d'expériences stigmatisantes, plus il rapportait éviter de pratiquer des exercices physiques et sportifs. Lewis *et al.* (2011) ont mis en évidence que l'impact de la stigmatisation relative au poids sur l'engagement des personnes en surpoids/obèses dans des activités physiques s'observait principalement lorsque ces activités étaient *publiques*. A l'instar de cette étude, Vartanian et Shaprow (2008) montrèrent que les participants ayant rapporté le plus d'expériences stigmatisantes relatives au poids sont ceux qui obtenaient également les scores les plus élevés aux échelles mesurant l'insatisfaction corporelle et la motivation à éviter la pratique d'exercices physiques, notamment dans les lieux publics. En outre, plus l'IMC du participant était élevé, plus ces corrélations positives étaient fortes. De même, Bauer, Yang et Austin (2004) dans Vartanian et Shaprow (2008) ont constaté que des enfants avouaient avoir des réticences à s'engager dans des activités physiques à l'école en raison des moqueries dont ils avaient fait l'expérience.

II. Corrélations entre le vécu d'expériences stigmatisantes relatives au poids de patients en situation d'obésité morbide et leur état psychologique / alimentation / pratique d'activités physiques (Etude 2)

Notre première étude ayant montré que la société française était stigmatisante envers les personnes en surcharge pondérale, dans une seconde étude, nous souhaitons examiner le degré de conscience des individus en surpoids/obèses concernant cette stigmatisation relative au poids. Notre but étant d'étudier un effet du phénomène de menace du stéréotype auprès des personnes en surcharge pondérale, il nous semblait nécessaire et essentiel de vérifier si les

personnes françaises, concernées par le surpoids et l'obésité, avaient bien le sentiment de vivre cette forme de stigmatisation.

Les études menées à l'étranger ayant permis de mettre en évidence des conséquences psychologiques et comportementales auprès des victimes de la stigmatisation relative au poids, nous voulions également vérifier si, en France, en absence d'un paradigme expérimental de menace du stéréotype, le vécu de cette stigmatisation par les individus obèses pouvait être lié à leur bien-être, à leurs conduites alimentaires et leurs activités physiques.

Ainsi, à l'aide d'une série de questionnaires, nous voulions, d'une part, vérifier si les personnes en situation d'obésité se considéraient être, elles-mêmes, la cible de stigmatisation relative au poids dans notre société. A l'instar de leurs homologues américains, britanniques, australiens et néo-zélandais, nous supposons que les patients obèses interrogés, dans le cadre de notre étude française, déclareraient avoir fréquemment vécu des expériences stigmatisantes au cours de leur vie.

Les études réalisées à l'étranger ayant également permis d'observer une corrélation positive entre l'IMC de leurs participants et la fréquence de leur vécu de stigmatisation relative au poids (e.g., Vartanian et Shaprow, 2008 ; Ashmore *et al.*, 2008, Lewis *et al.*, 2011), il était attendu que plus les patients seraient en situation d'obésité, plus ils affirmeraient avoir vécu de situations stigmatisantes, et inversement.

Par ailleurs, plusieurs travaux (e.g., Lewis *et al.*, 2011; Vartanian *et al.*, 2014) ayant permis de montrer que les personnes en surpoids ciblaient précisément certains individus comme étant à l'origine de leur vécu de stigmatisations relatives au poids (i.e., parents, conjoints, étrangers, employeurs, médecins, etc.), nous pressentions que, face à une liste de sources interpersonnelles susceptibles d'être stigmatisantes (e.g., collègues, père, symbole de l'autorité, serveurs dans les magasins, etc.), les patients jugeraient certaines sources comme plus stigmatisantes que d'autres. Au vu des études, précédemment citées dans le chapitre 1 sur le vécu de la stigmatisation relative au poids de la part des personnes en surpoids (e.g., Lewis *et al.*, 2011; Vartanian *et al.*, 2014) et celles sur la stigmatisation relative au poids dans les domaines du travail (e.g., Roehling *et al.*, 2007 ; Lundborg *et al.*, 2014) et de la santé (e.g., Chambliss *et al.*, 2004, Puhl *et al.*, 2014), nous nous attendions à ce que les patients rapportent davantage de stigmatisations de la part de leurs proches (i.e., famille, amis), des personnes en lien avec leur travail (i.e., collègues, employés/employeurs) et des professionnels médicaux (i.e., médecins), comparées à des sources plus neutres comme les symboles de l'autorité, les professeurs/enseignants, etc.

Si le ressenti d'une telle stigmatisation se vérifiait auprès de nos patients, nous désirions, d'autre part, observer les conséquences émotionnelles et comportementales que le vécu de ces situations stigmatisantes a pu engendrer auprès d'eux. Pour ce faire, à l'aide d'une échelle, nous repérions, dans un premier temps, les stratégies développées par les patients pour faire face à ces situations stigmatisantes. Au vu des travaux cités, nous présagions que, face à la stigmatisation relative au poids, certaines stratégies dites « mal-adaptatives » (e.g., pleurs, isolement, discours internes négatifs, etc.) seraient fréquemment utilisées par les patients interrogés. Néanmoins, comme Koball (2009), nous devrions observer, que de manière générale, les patients privilégieraient la mise en place de stratégies dites « adaptatives » (e.g., discours internes positifs, s'aimer/s'accepter, se tourner vers une thérapie, etc.) plutôt que « mal-adaptatives ». De plus, Puhl et Brownell (2006) ayant noté des relations significatives entre certaines situations stigmatisantes et certaines stratégies de coping (e.g., corrélation positive entre le fait de recevoir des commentaires désagréables d'enfants et le fait d'avoir des discours internes négatifs), des corrélations entre les différentes situations de stigmatisation relative au poids proposées dans le questionnaire et les différentes stratégies pour y faire face (également présentées dans le questionnaire) étaient supposées, et recherchées.

Les études étrangères ayant notamment révélé des conséquences sur l'humeur (e.g., Wott et Carels, 2010 ; Vartanian et Novak, 2011), le comportement alimentaire (e.g., Friedman *et al.*, 2008 ; Ashmore *et al.*, 2008) et la pratique d'activités physiques (e.g., Vartanian et Shaprow, 2008; Lewis *et al.*, 2011) des personnes souffrant de stigmatisation relative au poids, à l'aide d'une série de questionnaires, nous souhaitions, dans un second temps, explorer le fonctionnement émotionnel, alimentaire et les activités physiques des patients. Des potentielles relations entre ces variables et le vécu de situations stigmatisantes des patients étaient également attendues et étudiées.

Dans leur étude Puhl et Brownell (2006) ont noté que les répercussions de la stigmatisation relative au poids seraient davantage liées aux stratégies utilisées pour y faire face, qu'au vécu de la stigmatisation elle-même. Plus précisément, ils observèrent que les niveaux de symptômes dépressifs et d'estime de soi de leurs participants ne corrôlaient pas avec la fréquence des situations stigmatisantes qu'ils avaient pu vivre, mais corrôlaient significativement avec certaines stratégies de coping. Ainsi, au vu de cette étude, nous recherchions également des liens entre humeur/alimentation/activités et les stratégies de coping mises en place par les patients. Plus précisément, nous prédisions que plus les personnes déclareraient avoir subi de stigmatisation relative à leur poids, plus elles auraient

recours à certaines des stratégies de coping, plus elles auraient un état émotionnel négatif (i.e., état dépressif, faible santé mentale, faible bien-être, etc.), des comportements alimentaires non adaptés (i.e., restriction alimentaire, alimentation émotionnelle, faible bien-être alimentaire etc.), et moins elles pratiqueraient d'activités physiques.

Bien qu'aucune prédiction spécifique n'ait été formulée concernant l'impact du sexe des patients sur leur vécu de situations stigmatisantes relative au poids, leurs choix de stratégies de coping, leur état psychologique, leurs comportements alimentaires et physiques, des différences étaient attendues et examinées sur ces variables en fonction du genre des patients. Dans les études précédemment présentées, Haines *et al.* (2006) avaient effectivement observé que des moqueries vis-à-vis du poids n'entraînaient pas les mêmes conduites alimentaires selon le sexe de la personne qui les recevait. De même, nous présumions des scores différents, en terme de choix de stratégies de coping, en fonction de l'âge des patients, de leurs antécédents familiaux de surpoids et de la période d'apparition de leur obésité. Nous nous attendions à une utilisation de stratégies dites « mal-adaptatives » plus importantes pour les personnes jeunes et les personnes dont l'obésité s'est déclarée à l'âge adulte comparées à celles plus âgées et celles dont l'obésité est survenue durant l'enfance. Puhl et Brownell (2006) avait, en effet, constaté que les participants les plus jeunes de leur étude choisissaient davantage certaines stratégies dites « mal-adaptatives » (e.g., l'évitement, la surconsommation, les discours internes négatifs, etc.) comparés aux participants plus âgés. De même, ils remarquèrent que les personnes en obésité depuis leur enfance déclaraient moins avoir recours aux stratégies de coping que des personnes en surpoids ayant été minces ou de poids moyen durant leur jeunesse.

A notre connaissance, aucune étude n'a vérifié l'implication des antécédents familiaux de surpoids dans le vécu de situations stigmatisantes relatives au poids, le choix de stratégies de coping, l'état psychologique des personnes, leurs comportements alimentaires et physiques.

Enfin, à titre exploratoire, nous tenions également à vérifier le niveau de croyances des patients quant à l'efficacité de la restriction alimentaire et de la pratique d'activités physiques sur la perte de poids. Cette vérification permettait, par la suite, d'analyser les relations entre de telles croyances et les stratégies de coping utilisées par les patients, leur état mental, leurs propres comportements alimentaires et leurs propre activités physiques. L'idée était de vérifier s'il existait un écart entre la croyance des individus en de tels comportements pour perdre du poids et leurs propres actions. Le phénomène de menace du stéréotype conduit des personnes qui ne veulent pas corroborer les stéréotypes à l'égard de leur groupe social à

adopter, paradoxalement, des comportements qui les confirment. Il se pourrait donc que les patients interrogés affichent de fortes croyances en une efficacité des pratiques sportives et une inefficacité de la restriction alimentaire sur la perte de poids, mais rapportent en parallèle ne pas pratiquer ces activités physiques et se restreindre au niveau de leur alimentation.

2.1 Méthode

2.1.1 Participants

Dans le cadre d'une collaboration avec le Professeur Yves Boirie, responsable du service nutrition du C.H.U Gabriel Montpied de Clermont-Ferrand, et le Docteur Magalie Miolanne, exerçant au sein de ce service, j'ai démarché les participants, tous les mardis après-midi pendant un an, au sein de l'hôpital de semaine de ce service. Au total, 94 patients ont consenti, *via* la lecture et la signature d'un formulaire de consentement libre et éclairé, à participer à cette étude. Cet échantillon de patients comprenait 70 femmes et 24 hommes, âgés entre 18 et 73 ans ($M=45.1$, $SD=12.27$). Tous les participants rencontrés étaient en situation d'obésité ($IMC \geq 30$), voire d'obésité morbide ($IMC \geq 40$), (min: 34, max: 62, $M=43.1$, $SD=4.9$). Leur poids variait ainsi de 84 kg à 179 kg ($M=117.9$, $SD=19.40$) et leur taille de 146 cm à 192 cm ($M=164.9$, $SD=8.94$). Pour 48 personnes de cet échantillon, l'obésité est apparue à l'enfance ($n=33$) ou à l'adolescence ($n=15$). Pour 40 personnes, l'obésité s'est manifestée à l'âge adulte. La plupart des patients déclaraient avoir un ou plusieurs antécédents familiaux directs concernant le surpoids et l'obésité (cf. Tableau 3).

Tableau 3: Nombre de personnes concernées par des antécédents familiaux.

Antécédents	Présence	Mère	Père	Frère	Sœur	GPP*	GMP*	GPM*	GMM*	Absence
Effectif (n=)	66	46	27	12	12	6	13	4	14	28

*GPP= Grand-père paternel ; GMP= Grand-mère paternelle ; GPM= Grand-père maternel ; GMM= Grand-mère maternelle.

2.1.2 Matériels et Procédure

Questions démographiques et mensurations – Grâce à l'accès aux dossiers médicaux des patients – dossiers complétés dès leur admission au sein du service nutrition par le personnel hospitalier – nous avons pu obtenir les informations suivantes pour chacun des participants : leur sexe, leur âge, leur poids, leur taille, leur IMC, l'âge de survenue de leur obésité et leurs antécédents familiaux de surpoids et/ou d'obésité (cf. les données rapportées dans la section précédentes nommées « participants »).

▪ **Questionnaires concernant la stigmatisation relative au poids**

Dans un premier temps, afin d'accéder au vécu d'expériences stigmatisantes relatives au poids des patients, à la fréquence de ce vécu et aux stratégies mises en place pour y faire face, lors de mes visites au C.H.U, j'invitais les participants à compléter, sous forme d'entretien, un questionnaire composé de 4 parties : le « Stigmatizing Situations Inventory », les sources potentielles de stigmatisation, le « Coping Responses Inventory » et des questions de vérifications (Annexe K).

Stigmatizing Situations Inventory (SSI) – Basé sur des témoignages de personnes en surpoids, ce questionnaire en langue anglaise créé par Myers et Rosen (1999) répertorie les différentes situations stigmatisantes que celles-ci ont pu rencontrer en raison de leur poids. Ces situations peuvent être regroupées en 11 sous-catégories, à savoir : avoir des commentaires désobligeants de la part d'enfants, rencontrer des barrières physiques/des obstacles, recevoir des commentaires inappropriés de la part de docteurs, recevoir des commentaires désobligeants de la part des autres, avoir des proches embarrassés par son poids, être évité/exclu/ignoré, être regardé fixement, générer des suppositions/attentes négatives de la part des autres personnes (e.g., item 29 « Avoir des gens qui supposent que vous êtes en surpoids parce que vous avez des problèmes émotionnels », etc.), subir de la discrimination au travail, être attaqué physiquement, et, entendre des commentaires désagréables de la part de sa famille. Ce questionnaire permet ainsi d'évaluer le vécu de ce type d'expériences stigmatisantes pour chacun des patients.

Au total, 50 situations renvoyant à ces différentes formes de stigmatisation relative au poids étaient proposées aux patients. Ces derniers devaient indiquer, pour chacune d'elles, dans quelle mesure ils avaient vécu ou non ces situations. Dans sa version originale, la mesure

utilisée était une échelle de type Likert en 10 points (0: jamais, 1: une fois dans ma vie, 2: plusieurs fois dans ma vie, 3: environ une fois par an, 4: plusieurs fois par an, 5: environ une fois par mois, 6: plusieurs fois par mois, 7: environ une fois par semaine, 8: plusieurs fois par semaine, 9: quotidiennement). Pour faciliter sa compréhension et sa complétion, cette échelle de mesure en 10 points a été réduite par d'autres auteurs en une échelle de type Likert en 4 points (Puhl et Brownell, 2006). Par conséquent, dans notre étude, les patients étaient invités à répondre sur cette nouvelle échelle (0 : jamais, 1 : une fois dans ma vie, 2 : plus d'une fois dans ma vie, 3 : de multiples fois).

Les scores moyens variaient donc entre 0 et 3. Plus un score était élevé, plus cela signifiait que la personne avait fait fréquemment l'objet de stigmatisation relative au poids. Le questionnaire a entièrement été traduit en langue française par nos soins. Les recherches précédentes notaient une cohérence interne élevée pour ce questionnaire ($\alpha=.95$, $\alpha=.96$, $\alpha=.92$, respectivement dans Myers et Rosen, 1999 ; Puhl et Brownell, 2006 ; Koball, 2009). Dans notre présente étude, la cohérence interne était également forte ($\alpha=.89$). La fiabilité des sous-échelles variait de .35 à .84 ($\alpha=.48$ à .87, Myers et Rosen, 1999).

Sources de la stigmatisation relative au poids – Afin d'identifier les principaux acteurs d'une stigmatisation relative au poids, il était proposé aux patients une liste de 22 sources susceptibles (e.g., médecins, collègues de travail, vendeurs dans les magasins, enseignants, mère, etc.) d'être à l'origine de stigmatisation ou de discrimination à leur égard en raison de leur poids. Pour chacune de ces sources potentielles, si la réponse était positive, il était demandé aux patients de préciser sur l'échelle en 4 points utilisée pour le SSI à quelle fréquence cela était survenu (0 : jamais, 1 : une fois dans ma vie, 2 : plus d'une fois dans ma vie, 3: de multiples fois). Chaque source pouvait ainsi obtenir un score variant entre 0 et 3. Plus une source obtenait un score moyen élevé, plus cela signifiait que le participant jugeait avoir été souvent stigmatisé en raison de son poids par cette personne. Cette échelle a été créée par Puhl et Brownell (2006). Nous l'avons traduite en langue française. Comme pour ces auteurs, une analyse de fiabilité révèle un α de .90 pour cette échelle.

Coping Responses Inventory (CRI) – Afin de connaître les différentes stratégies que les patients mettent en place pour faire face à la stigmatisation qu'ils rencontrent en raison de leur poids, ces derniers étaient invités à compléter le CRI, également inventé par Myers et Rosen (1999). Ce dernier basé sur des témoignages de personnes en surpoids, est initialement composé de 99 items représentant 21 formes de stratégies. Par soucis de faisabilité et d'application au sein du service nutrition, nous avons choisi de faire passer une version plus courte de ce questionnaire. La version que nous avons choisie a été créée et utilisée par

Koball (2009) en fonction, notamment, des catégories qui obtenaient les meilleurs indices de fiabilité. A l'instar de notre étude et celle de Koball (2009), Puhl et Brownell (2006) indiquaient également que « bien que la plupart avaient une fiabilité acceptable ou bonne, plusieurs des sous-échelles avec un petit nombre d'items avaient des alphas inférieurs » (p.1804).

Ainsi, le questionnaire complété par les patients contenait 10 formes de stratégies généralement utilisées par les gens pour faire face à des situations négatives liées à leur poids. Parmi ces stratégies, 6 sont dites « adaptatives » (i.e., avoir des discours internes positifs, répondre positivement, se rendre visible, s'aimer/s'accepter, considérer la situation comme un problème pour autrui et non pour soi, se tourner vers une thérapie) et 4 sont considérées comme « mal-adaptatives » (i.e., avoir des discours internes négatifs, répondre négativement, éviter/quitter la situation et pleurer/s'isoler). Au total, 54 items composaient le questionnaire. Pour chacun des items proposés, il était demandé aux patients dans quelle mesure ils avaient déjà eu recours à une telle stratégie. Pour ce faire, ils devaient utiliser l'échelle de type Likert en 4 points précédemment exposée. Les scores moyens pouvaient ainsi varier entre 0 et 3, sachant qu'un score élevé dans une catégorie signifiait que le patient avait souvent recours à une telle stratégie. Bien que nous ayons traduit chacun des items en langue française, l'échelle conserve une très bonne fiabilité globale ($\alpha = .90$). Les fiabilités des sous-échelles (α de .39 à .77) sont semblables, voire légèrement supérieures à celles obtenue par Koball (2009 : α de .03 à .82).

Questions de vérification – À l'issue de ces questionnaires, les patients répondaient à deux questions permettant de vérifier leur avis quant à l'efficacité des activités physiques et de la restriction alimentaire pour perdre du poids. Ainsi, sur une échelle de type Likert en 8 points allant de 1 (= pas du tout) à 8 (= extrêmement), ils indiquaient leur opinion pour chacune de ces dimensions (e.g., « Selon vous, dans quelle mesure les restrictions alimentaires sont-elles efficaces pour perdre du poids ? », « Selon vous, dans quelle mesure est-il efficace de pratiquer des activités physiques pour perdre du poids ? »). Un score élevé à ces questions signifiait que la personne considérait que la restriction alimentaire et les activités physiques jouaient un rôle important dans la perte de poids.

▪ ***Questionnaires proposés aux patients au sein du service nutrition du CHU.***

Dans un second temps, en plus de ces questionnaires, nous récoltions les données du livret (déjà existant au sein du service nutrition) à compléter par chaque patient dès leur admission en hôpital de jour ou de semaine. Ce dernier a donc été créé par le personnel médical et se compose de plusieurs questionnaires visant à obtenir des informations relatives à l'état de santé (physique et mentale) des patients et leur qualité de vie. Au total, les patients complétaient 7 questionnaires distincts (Annexe L):

Dutch Eating Behaviour Questionnaire (DEBQ) – Ce questionnaire, permettant d'accéder aux habitudes alimentaires des patients, a été créé par Van Strien, Frijters, Bergers et Defares (1986) et validée en version française par Lluch *et al.* (1996). Ce dernier est composé de 33 items divisés en 3 sous-échelles : l'échelle de restriction alimentaire, l'échelle d'alimentation émotionnelle et l'échelle d'alimentation en réponse à des stimuli externes.

La restriction alimentaire se définit par la volonté de contrôler cognitivement sa prise alimentaire en la limitant afin de contrôler son poids. Cette sous-échelle comprenait les items 4, 7, 11, 14, 17, 19, 22, 26, 29, 31 (e.g., « Aux repas, essayez-vous de manger moins que ce que vous auriez envie de manger ? »). L'alimentation émotionnelle correspond, elle, au fait de manger en réponse à une émotion négative ou positive. Cette sous-échelle était constituée des items 1, 3, 5, 8, 10, 13, 16, 20, 23, 25, 28, 30, 32 (e.g., « Avez-vous envie de manger lorsque vous êtes déprimé(e) ou découragé(e) ? »). L'alimentation en réponse à des stimuli externes postule que la prise alimentaire des personnes est déterminée par la saillance d'indices extérieurs relatifs à la nourriture (e.g., odeur, heure de repas, etc.) plutôt que par des stimuli internes telles que les sensations alimentaires (i.e., faim, rassasiement et satiété). Cette échelle d'« alimentation externe » se composait des items 2, 6, 9, 12, 15, 18, 21, 24, 27, 33 (e.g., « Lorsque vous passez devant une boulangerie, l'envie vous prend-elle d'acheter quelque chose d'appétissant ? »).

Pour chaque item, les patients devaient indiquer, sur une échelle de type Likert en 5 ou 6 points (avec 1 = jamais, 2 = rarement, 3 = parfois, 4 = souvent, 5 = très souvent, 0 (facultatif) = autre), la fréquence à laquelle ils manifestaient de tels comportements. A l'issue de ce questionnaire, un score était calculé pour chaque sous-échelle. Ce score s'obtenait en additionnant les réponses de chacun des items qui composent la sous-échelle. Ainsi, pour l'échelle de restriction et l'échelle d'externalité, le score maximal pouvant être obtenu était

50. Pour ces deux sous-échelles, un score ≥ 30 indiquait la pratique de restriction alimentaire et une alimentation sensible aux stimuli extérieurs chez les patients. Pour l'échelle d'émotivité, le score maximal était de 65. De ce fait, un score ≥ 39 reflétait des comportements alimentaires guidés par les émotions de la personne.

Beck Depression Inventory (BDI) – L'inventaire de dépression a été créé par Beck (1978) et traduit en français par Bourque et Beaudette (1982). Ce dernier a pour objectif de détecter la présence ou non d'une dépression clinique, et, si c'est le cas, d'évaluer la sévérité de cette dépression. Pour ce faire, 21 items étaient proposés aux patients : tristesse, pessimisme, échec dans le passé, perte de plaisir, sentiment de culpabilité, sentiment d'être puni(e), sentiments négatifs envers soi-même, attitude critique envers soi, pensées ou désirs de suicide, pleurs, agitation, perte d'intérêt, indécision, dévalorisation, perte d'énergie, modification dans les habitudes de sommeil, irritabilité, modification de l'appétit, difficulté à se concentrer, fatigue et perte d'intérêt pour le sexe. Pour chacun des items, les patients devaient se référer aux deux dernières semaines de leur vie et utiliser une échelle allant de 0 à 3. Par exemple pour l'item « tristesse », 0 correspondait à « Je ne me sens pas triste », 1 à « Je me sens très souvent triste », 2 à « Je suis tout le temps triste » et 3 à « Je suis si triste ou malheureux(euse) que ce n'est pas supportable ». Le score total de cette échelle s'obtenait en calculant la somme des réponses aux 21 items. Une dépression clinique était supposée lorsque le score total était supérieur à 12. Plus précisément, un score compris entre 12-19 indiquait une dépression légère, entre 20-27 une dépression modérée et entre 28-63 une dépression sévère.

Test actif-inactif – de Ricci et Gagnon, université de Montréal, modifié par Laureyns et Séné. Ce test permet de renseigner sur le niveau de pratique d'activités physiques des individus. Ce dernier est constitué de 3 parties : comportements sédentaires (1 item), activités physiques (dont le sport ; 4 items) et activités physiques quotidiennes (4 items). Dans chacune des parties, les patients rencontraient des items pour lesquels ils devaient indiquer, sur une échelle en 5 points, soit la durée, la facilité ou l'intensité de l'effort discuté (e.g., « Combien de minutes par jour consacrez-vous à la marche ? »). Le score d'activité physique correspondait à la somme des scores calculés pour chacune des trois parties. Le score maximum pouvant être obtenu par les patients était de 45. Ainsi, une personne était considérée comme inactive si son score global était inférieur à 18, comme active si son score était compris entre 18-35, et comme très active si son score était supérieur à 35.

Echelle Qualité de Vie, Obésité, Diététique (EQVOD) – Cette échelle est une validation française proposée par Ziegler, Filipecki, Girod et Guillemain (2005) de l'Impact of Weight on

Quality Of Life (IWQOL) de Kolotkin, Meter, et Williams (2001). Cette dernière a pour objectif de mesurer les retentissements du poids des patients sur leur qualité de vie. Au total, les personnes complétaient 36 items répartis en 5 blocs. Le premier bloc, constitué de 11 items, évalue l'impact du poids sur le physique des personnes (e.g., « A cause de mon poids, j'ai mal au dos. »). Le second bloc, composé de 11 items, mesure l'impact psycho-social du poids de la personne (e.g., « A cause de mon poids, je trouve difficile de m'amuser. »). Le troisième bloc, comprenant 4 items, mesure l'impact du poids sur la vie sexuelle des individus (e.g., « A cause de mon poids, j'éprouve peu ou même aucun désir sexuel. »). Les 5 items du quatrième bloc permettent d'accéder à l'impact du poids sur le bien-être alimentaire des participants (e.g., « A cause de mon poids, la nourriture m'apporte bien-être et satisfaction. »). Le cinquième et dernier bloc, constitué de 5 items, mesure l'impact du poids sur la diététique des personnes, c'est-à-dire leur vécu de régime alimentaire en termes de fatigue, frustration, privation, culpabilité et agressivité (e.g., « A cause de mon poids, les régimes me rendent agressif(ve). »). Pour chacun des items, les patients donnaient leur réponse sur une échelle de type Likert en 5 points, allant de 0 (= tout le temps) à 4 (= jamais). Un score était calculé pour chacun des blocs. Pour l'impact sur la vie physique et sur la vie psycho-sociale, les scores étaient obtenus en multipliant par 100 et divisant par 44 la somme des réponses aux items de ces blocs (somme x100/44). Pour l'impact sur la vie sexuelle, le score était calculé en multipliant par 100 et divisant par 16 la somme des réponses aux items de ce bloc (somme x100/16). Pour l'impact sur le bien-être alimentaire et sur la diététique, les scores étaient obtenus en multipliant par 100 et divisant par 20 la somme des réponses aux items de ces blocs (somme x100/20). Ainsi, pour chacun des blocs, les scores pouvaient varier de 0% à 100%, sachant qu'un pourcentage élevé représente une bonne qualité de vie perçue. Sauf pour le bien-être alimentaire, où un pourcentage élevé (75 à 100%) reflète un fort dégoût pour la nourriture et un faible pourcentage (0 à 25%) représente une forte attirance pour la nourriture. De ce fait, pour le bien être alimentaire, seul un score proche des 50% apparaît être optimal en terme de qualité de vie.

Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) – La version française validée de cette échelle (Loas, Fréaux et Marchand, 1995 ; originalement conçue par Bagby, Taylor, et Parker, 1994) a été proposée à nos participants pour évaluer, chez eux, l'absence ou la présence d'une alexithymie. L'alexithymie est définie comme une difficulté, voire une impossibilité, à identifier et exprimer ses propres états émotionnels, mais également ceux des autres. L'échelle comprend 20 items reflétant 3 dimensions : la difficulté à décrire ses émotions (2, 4, 11, 12, 17, e.g. « J'ai du mal à trouver les mots qui correspondent bien à mes sentiments. »),

la difficulté à identifier ses émotions (1, 3, 6, 7, 9, 13, 14, e.g. « Je ne sais pas ce qui se passe à l'intérieur de moi. »), et la focalisation de son attention sur des stimuli externes (5, 8, 10, 15, 16, 18, 19, 20, e.g., « Je préfère parler aux gens de leurs activités quotidiennes plutôt que de leurs sentiments. »). Pour chacun des items, les patients étaient invités à répondre à l'aide d'une échelle de type Likert en 5 points (1= désaccord complet, 2= désaccord partiel, 3= ni d'accord ni en désaccord, 4= accord partiel, 5= accord complet). Le résultat obtenu à cette échelle correspondait à la somme des réponses à tous les items (inversés et non inversés). Une personne était considérée comme non alexithymique si son score était inférieur ou égal à 51, et alexithymique si son score était supérieur ou égal à 51. Une « alexithymie possible » était diagnostiquée pour les individus ayant un score compris entre 52 et 60.

Echelle d'Urgence, Préméditation, Persévérance et Sensation (UPPS) – L'UPPS a été créée par Whiteside et Lynam (2001) et validée en version française par Van der Linden *et al.* (2006). Cette échelle permet de mesurer le niveau d'impulsivité des individus. Au total, 45 items la composent. Ces items sont regroupés en 4 sous-échelles : urgence, manque de préméditation, manque de persévérance et recherche de sensations.

D'après Mobbs *et al.* (2007), l'urgence correspond au fait de céder à ses impulsions surtout lorsque nous sommes d'humeur négative (items 2, 6, 10, 14, 18, 24, 28, 32, 36, 41, 43, 45; e.g., « Quand je me sens rejeté(e), je dis souvent des choses que je regrette ensuite. »). Le manque de préméditation est la difficulté à réfléchir aux conséquences de ses actes avant de les réaliser (items 1, 5, 9, 13, 17, 23, 27, 31, 35, 39, 40; e.g., « Je suis une personne prudente. »). Le manque de persévérance représente la difficulté à se concentrer sur une tâche difficile et/ou ennuyeuse (items 4, 8, 12, 16, 20, 22, 26, 30, 34, 38; e.g., « Une fois que je commence quelque chose je déteste m'interrompre. »). Enfin, la recherche de sensation forte, comme son nom l'indique, correspond à la recherche de fortes excitations et sensations (items 3, 7, 11, 15, 19, 21, 25, 29, 33, 37, 42, 44; e.g., « J'aimerais conduire vite. »).

Pour chacun des items, les réponses des patients étaient formulées sur une échelle de type Likert en 4 points (avec 1= tout à fait en désaccord, 2= plutôt en désaccord, 3= plutôt d'accord, 4= tout à fait d'accord). Un score était calculé pour chacune des sous-échelles. Ces quatre scores représentaient la somme des réponses aux items (inversés et non inversés) composant la sous-échelle. Pour chacune des sous-échelles, plus un score était élevé, plus cela reflétait un fort niveau d'impulsivité.

Auto-questionnaire de mesure d'état de santé, Rand SF36 – Ce questionnaire est la traduction française effectuée par Perneger, Leplege, Etter et Rougemont (1995) de la version originale en langue anglaise de Ware et Sherbourne (1992) – *Medical Outcomes Study Short*

Form 36. Ce questionnaire comprend 36 items permettant de mesurer la qualité de vie en rapport avec la santé des personnes (e.g., « Au cours des 4 dernières semaines, la douleur a-t-elle gêné votre travail ou vos activités usuelles ? »). Ainsi, 8 dimensions sont abordées dans ce questionnaire : le fonctionnement physique, les limitations physiques, les douleurs physiques, la santé générale, la vitalité (énergie/fatigue), le fonctionnement social, les limitations émotionnelles et la santé mentale. Pour chacune des dimensions, un score pouvant aller de 0 à 100 était calculé, sachant que plus un score est élevé, meilleure est la qualité de vie. Un score de santé physique est obtenu en additionnant le score des 4 premières dimensions et un score de santé mentale est calculé à partir des 4 dernières dimensions (cf. Annexe M pour une explication détaillée de la cotation).

2.2 Résultats

- *Hypothèses formulées pour les questionnaires concernant la stigmatisation relative au poids.*

De la même manière que les participants en surpoids interrogés dans les recherches réalisées à l'étranger, nous supposons que les patients du service nutrition auraient des scores élevés à l'échelle proposée concernant le vécu de situations stigmatisantes relatives au poids (= SSI). De même, nous présumons que les scores les plus élevés au SSI seraient associés aux patients ayant également les IMC les plus élevés, et inversement. Concernant les sources potentielles de stigmatisation, nous présumons que certaines d'entre-elles seraient considérées, par les patients, comme plus stigmatisantes (e.g., collègues, membre de la famille, amis, médecins, etc.) que d'autres (e.g., symbole de l'autorité, voisins, associations, etc.).

Si de telles hypothèses se vérifiaient, nous prédisions que les patients auraient tendance à avoir des scores élevés à l'échelle évaluant le recours à des stratégies pour faire face à cette forme de stigmatisation (= CRI). Plus précisément, nous nous attendions à ce que les patients aient des scores élevés à certaines stratégies dites « mal-adaptatives » (e.g., pleurs, isolement, discours internes négatifs, etc.). Cependant, de manière générale, nous nous attendions à des scores plus élevés pour les stratégies dites « adaptatives » (e.g., discours internes positifs, s'aimer/s'accepter, se tourner vers une thérapie, etc.) que pour les stratégies dites « mal-adaptatives ».

Bien qu'aucune hypothèse spécifique n'ait été formulée, nous supposons que certaines situations stigmatisantes du SSI corrèleraient avec certaines situations stigmatisantes du SSI et certaines stratégies du CRI (e.g., une corrélation positive entre le fait de recevoir des remarques inappropriées de la part des docteurs et le fait d'éviter/quitter les situations stigmatisantes), ainsi qu'entre certaines sources stigmatisantes et certaines stratégies du CRI (e.g., corrélation positive entre la source « membres de la famille » et la stratégie de s'isoler/pleurer).

Concernant les croyances des patients en l'efficacité de la restriction alimentaire sur la perte de poids, nous supposons, intuitivement, que plus les patients auraient des scores importants à la question de vérification mesurant leur croyance en l'efficacité de la restriction alimentaire sur la perte de poids (> 4.5), plus ils tendraient à restreindre leur propre alimentation, et obtiendraient donc des scores élevés à la sous-échelle « restriction alimentaire » du DEBQ (≥ 30). De même, nous prédisions que plus les patients auraient des scores importants à la question sur la croyance en une action des exercices physiques sur la perte de poids (> 4.5), plus ils en pratiqueraient, et auraient donc des scores élevés au test actif-inactif proposé au sein du service nutrition du C.H.U Gabriel Montpied (≥ 18).

Pour les participants convaincus par l'utilité de la restriction alimentaire et des activités physiques dans la perte de poids mais qui rapporteraient ne pas les pratiquer, nous supposons que plus ils croiraient en l'efficacité de ces deux méthodes, plus ils s'en voudraient de ne pas les mettre en place. Par conséquent, ils obtiendraient également des scores élevés au BDI (>12), à la sous-échelle « manque de persévérance » de l'UPPS et aux stratégies relatives aux pleurs et aux discours internes négatifs du CRI.

Enfin, nous nous attendions à ce que les scores obtenus aux différentes catégories de SSI, aux différentes sources potentielles de stigmatisation, aux différentes stratégies du CRI, et aux questions de vérification varient suivant le sexe, l'âge, les antécédents familiaux de surpoids des patients et la survenue de leur obésité. Au SSI, des scores plus élevés étaient attendus pour les femmes comparées aux hommes. Au CRI, nous supposons des scores aux stratégies « mal-adaptatives » plus élevés pour les patients les plus jeunes comparés à ceux les plus âgés (Puhl et Bownell, 2006).

- *Hypothèses formulées pour les questionnaires proposés aux patients au service nutrition du CHU.*

Au vu des travaux existants (à l'étranger) sur les conséquences psychologiques et comportementales de la stigmatisation relative au poids, nous prédisions que plus les patients auraient des scores élevés au SSI et/ou plus ils auraient des scores élevés à certaines des stratégies « mal-adaptatives » pour y faire face du CRI, plus ils rapporteraient des troubles de l'humeur, des comportements alimentaires inadaptés et de moindres pratiques d'activités physiques, qui se traduiraient par :

- (a) des scores élevés aux différentes sous-échelles du DEBQ : « restriction alimentaire », « alimentation émotionnelle » et « alimentation extérieure ».
- (b) des scores élevés à l'échelle de dépression de Beck (BDI).
- (c) de faibles scores au test actif-inactif.
- (d) de faibles scores aux sous-échelles de l'Echelle Qualité de Vie, Obésité, Diététique (EQVOD) : « bien-être physique », « bien-être psycho-social », « bien-être sexuel », « bien-être alimentaire » et « bien-être diététique ».
- (e) des scores élevés à l'échelle d'alexithymie (TAS-20).
- (f) des scores élevés à l'échelle d'impulsivité (l'UPPS) : « urgence », « manque de persévérance », « manque de préméditation » et « recherche de sensations ».
- (g) de faibles scores à la SF-36 : « qualité de santé physique ressentie » et « qualité de santé mentale ressentie ».

Tout comme pour le SSI, les sources de stigmatisation, le CRI et les questions de vérification, nous supposons et explorons les différences de scores (potentielles) à ces diverses échelles en fonction du sexe des patients, de leur âge, de leurs antécédents familiaux de surpoids et de la survenue de leur obésité.

Notons que pour simplifier la compréhension des résultats, seuls ceux significatifs seront présentés dans cette section.

2.2.1 Les personnes en situation d'obésité se perçoivent-elles comme stigmatisées ?

- *Vécu et fréquence de la stigmatisation relative au poids.*

L'analyse des scores obtenus par les patients (n=94) à l'échelle mesurant le vécu de stigmatisations relatives au poids (SSI) révèle que le nombre moyen de situations de

stigmatisation relative au poids déclarées par ces derniers était de .91 ($SD=.08$). Ainsi, dans l'ensemble, les participants signalent avoir vécu, au moins une fois dans leur vie, les 50 situations stigmatisantes proposées dans ce questionnaire. Ces données correspondent aux moyennes observées à cette échelle dans les recherches antérieures (e.g., $M=.98$, Puhl et Brownell, 2006 ; $M=.88$, Koball, 2009).

Tableau 4 : Scores moyens des situations stigmatisantes vécues par les patients au cours de leur vie (SSI)*.

Catégorie des situations stigmatisantes	Moyenne	SD	%
Suppositions négatives de la part des autres	1.25	0.71	58
Commentaires inappropriés de la part des docteurs	1.24	0.73	62
Commentaires désobligeants de la part d'enfants	1.21	0.89	57
Commentaires désagréables de la famille	1.08	0.52	49
Barrières physiques et obstacles	1.00	0.75	46
Commentaires désobligeants de la part des autres	0.94	0.60	41
Avoir des proches embarrassés par votre poids	0.63	0.60	36
Etre évité(e), exclu(e), ignoré(e)	0.56	0.75	26
Etre regardé(e) fixement	0.56	0.59	29
Discrimination au travail	0.35	0.64	20
Etre attaqué(e) physiquement	0.15	0.53	9

% réfère aux pourcentages de patients qui ont vécu des situations stigmatisantes.
SD, Ecart-type.

* Scores pour les items codés de 0 (jamais) à 3 (de multiples fois).

La situation stigmatisante la plus souvent rapportée par les patients est le fait que les autres génèrent des suppositions négatives à leur égard à cause de leur poids (e.g. « Avoir des gens qui supposent que si vous êtes en surpoids, c'est parce que vous mangez trop ou que vous vous empiffrez », item 28, SSI). Ensuite, les patients rapportent le fait d'avoir reçu des commentaires inappropriés de la part de médecins, d'avoir entendu des commentaires désobligeants de la part d'enfants, d'avoir reçu des commentaires désagréables de la part de leur famille et d'avoir rencontré des barrières/obstacles physiques (e.g., sièges publics non adaptés). Une analyse de fréquence indique que pratiquement 30% des situations stigmatisantes proposées ont été vécues, au moins une fois dans leur vie, par la moitié des participants. Le Tableau 4 présente les statistiques descriptives obtenues pour chacune des sous-échelles de ce questionnaire.

D'après les données obtenues auprès de l'échelle des « sources potentielles de stigmatisations relatives au poids », les membres de la famille représentent la source de

stigmatisation relative au poids la plus fréquemment rapportée par les participants, suivie de près par les camarades de classe, les médecins, puis les vendeurs de magasins, les collègues de travail et les amis (cf. Tableau 5).

▪ ***Vécu de la stigmatisation relative au poids en fonction des caractéristiques individuelles des patients.***

Des t-tests ont été menés afin de vérifier l'impact du sexe des participants (femme vs. homme), de leur âge (<45.1 vs. ≥45.1), de la survenue de leur obésité (enfance vs. âge adulte) et de leurs antécédents familiaux de surpoids (présence vs. absence) sur les scores obtenus aux différentes catégories de stigmatisations du SSI (n=11), ainsi que sur chacune des sources potentielles de stigmatisation(s) relative(s) au poids.

Des analyses de corrélation ont également été effectuées afin de vérifier si l'IMC des participants était lié de manière significative à leur vécu de stigmatisation relative au poids.

- Sexe (femme vs. homme)

Les hommes de notre échantillon ($M=1.26$, $SD=1.25$) rapportent plus de stigmatisations relatives au poids de la part de leurs collègues de travail que ne le font les femmes ($M=.72$, $SD=.98$), $t(88)=-2.13$ à $p=.04$. Dans la même veine, les hommes ($M=.50$, $SD=.89$) semblent davantage stigmatisés par leur fille que les femmes ($M=.06$, $SD=.29$), $t(92)=-3.68$ à $p\leq.001$. A l'inverse, il semblerait que les femmes ($M=.50$, $SD=.86$) tendent à être plus stigmatisées par leur fils que les hommes ($M=.18$, $SD=.58$), $t(76)=-1.83$, à $p=.07$.

- Age (<45.1 vs. ≥45.1)

Les individus les plus jeunes sont davantage exclus ($M=.76$, $SD=.79$) et reçoivent plus de commentaires désagréables de la part d'enfants à cause de leur surpoids ($M=1.48$, $SD=.89$) que les patients les plus âgés ($M=.35$, $SD=.64$ et $M=.90$, $SD=.81$), respectivement $t(91)=2.66$ à $p=.01$ et $t(90)=3.22$ à $p=.002$.

Il apparaît que les participants les plus jeunes de notre échantillon rapportent également plus de remarques/comportements stigmatisant(e)s de la part de leurs camarades de

classe ($M=1.64$, $SD=1.07$) et des membres de leur famille ($M=1.74$, $SD=1.12$), notamment leur mère ($M=1.16$, $SD=1.16$), leur père ($M=.80$, $SD=1.10$) et leur frère ($M=.78$, $SD=1.04$), comparés aux participants plus âgés (camarades de classe : $M=1.07$, $SD=1.24$; membres de la famille : $M=1$, $SD=1.18$; mère : $M=.54$, $SD=1.03$; père : $M=.33$, $SD=.87$ et frère : $M=.35$, $SD=.86$), respectivement, $t(89)=3.06$ à $p=.003$; $t(90)=2.22$ à $p=.03$; $t(88)=2.69$ à $p=.01$; $t(89)=2.20$ à $p=.03$; et $t(76)=1.98$ à $p=.05$.

- Survenue de l'obésité (enfance vs. âge adulte)

D'après les t-tests menés sur les scores obtenus par les patients au SSI, les personnes pour lesquelles l'obésité a débuté pendant l'enfance ou l'adolescence sont plus exclus ($M=.78$, $SD=.84$) et reçoivent davantage de commentaires désagréables de la part d'enfants ($M=1.55$, $SD=.83$) comparées à celles pour qui l'obésité est arrivée à l'âge adulte ($M=.34$, $SD=.57$ et $M=.74$, $SD=.78$), respectivement $t(85)=2.87$ à $p=.01$ et $t(84)=4.59$ à $p\leq 0.01$.

De même, les personnes dont l'obésité date de leur jeunesse (enfance et adolescence confondues) se sentent plus stigmatisées par leurs camarades de classe ($M=1.81$, $SD=1.17$), leur frère ($M=.74$, $SD=.24$), leurs enseignants/professeurs ($M=.77$, $SD=1.08$) et leur fils ($M=.38$, $SD=.76$) que les personnes pour qui l'obésité a débuté à l'âge adulte (camarade de classe : $M=.77$, $SD=1.08$; frère : $M=.24$, $SD=.61$; enseignant/professeur : $M=.25$, $SD=.60$; et fils : $M=.06$, $SD=.35$), respectivement $t(84)=4.23$, $p\leq .001$; $t(70)=2.39$ à $p=.02$; $t(82)=2.61$ à $p=.01$; et $t(73)=2.23$ à $p=.03$. Seul l'inverse est observé pour les professionnels de la santé mentale. Dans ce cas, les individus ayant déclaré une obésité à l'âge adulte ($M=.16$, $SD=.50$) tendent à se percevoir plus stigmatisés par ces professionnels, comparés aux individus pour lesquels l'obésité est survenue dans leur jeunesse ($M=.02$, $SD=.15$), $t(80)=-1.72$ à $p=.09$.

- Antécédents familiaux de surpoids (présence vs. absence)

Les participants ayant des antécédents familiaux de surpoids, voire d'obésité ont tendance à rapporter plus d'expériences stigmatisantes vécues à cause de leur mère ($M=1.02$, $SD=1.14$) que ceux n'ayant pas d'antécédents familiaux ($M=.56$, $SD=1.09$), $t(88)=1.77$, $p=.08$. Cependant, ces différences sont à interpréter avec précaution car les effectifs des patients ayant des antécédents familiaux de surpoids et celui de ceux n'en ayant pas sont déséquilibrés. (cf. Tableau 3).

Tableau 5 : Statistiques descriptives et fréquences des sources de stigmatisations relatives au poids que les patients ont pu rencontrer au cours de leur vie*.

Source de la stigmatisation	Moyenne	SD	Jamais	Plus d'une fois ou de multiples fois.	Effectif (n=)
Membres de la famille	1.40	1.20	34	57	91
Camarades de classe	1.38	1.25	36	56	92
Médecins	1.12	1.01	33	57	90
Mère	0.88	1.14	53	37	90
Collègues de travail	0.87	1.08	50	40	90
Vendeurs dans les magasins	0.86	1.01	47	43	90
Autres	0.81	1.22	31	16	47
Ami(e)s	0.80	1.08	53	37	90
Conjoint	0.62	1.05	62	32	95
Diététiciens, nutritionnistes	0.60	0.90	60	32	92
Père	0.58	1.02	65	26	91
Frère	0.58	0.97	55	23	78
Enseignants, professeurs	0.57	0.96	63	27	90
Employés, responsables	0.42	0.89	71	19	90
Sœur	0.34	0.74	62	15	77
Fils	0.26	0.65	67	11	78
Membres de groupes ou associations dont vous faites partie	0.23	0.65	79	10	89
Fille	0.21	0.60	66	9	75
Serveur(se)s dans les restaurants	0.22	0.57	77	14	91
Infirmier(e)s	0.17	0.50	79	11	90
Professionnels de la santé mentale	0.10	0.37	81	7	88
Symbole de l'autorité dans notre société (ex : la police)	0.10	0.37	84	7	91

SD, écart-type.

* Scores pour les items codés de 0 (jamais) à 3 (de multiples fois)

- Indice de Masse Corporelle

Les analyses de corrélation suggèrent que plus les personnes sont en surpoids, plus elles sont victimes de stigmatisation, $r=.268$, $p=.01$.

De même, plus le surpoids des patients est important, plus la stigmatisation relative au poids initiée par les serveurs et les professionnels de la santé mentale l'est également, et inversement, respectivement $r=.232$ et $r=.229$, $p_s =.03$, (cf. Annexe N).

2.2.2. Quelles stratégies les personnes obèses mettent-elles en œuvre pour s'adapter à la stigmatisation vécue ?

▪ ***Stratégies de coping utilisées face à la stigmatisation relative au poids.***

L'analyse des scores obtenus par les patients ($n=91$) à l'échelle mesurant les stratégies mises en œuvre pour faire face à la stigmatisation (CRI) révèle que la majorité des participants affirme utiliser des stratégies de coping en réponse à la stigmatisation relative au poids, entre « une fois dans leur vie » et « plus d'une fois dans leur vie » ($M=1.30$, $SD=.28$). Ces données sont semblables à celles obtenues par les recherches précédentes (e.g., $M=1.41$; Puhl et Brownell, 2006).

Le Tableau 6 décrit les statistiques descriptives pour chacune des catégories de ce questionnaire. Ainsi, nous pouvons constater que la stratégie de coping la plus fréquemment adoptée par les participants pour faire face à la stigmatisation relative au poids est l'utilisation de discours internes positifs. Cette dernière est ensuite suivie par la mise en place de discours internes négatifs, le fait de s'accepter et s'aimer, puis par le fait d'oser se montrer/ ne pas se cacher, de considérer la situation comme un problème pour les autres, et de pleurer/s'isoler. Nous notons également que plus des deux tiers des stratégies proposées par le questionnaire ont déjà été utilisées par au moins 50% des participants. Les stratégies dites « mal-adaptatives » apparaissent être moins utilisées ($M=.99$, $SD=.49$) que celles dites « adaptatives » ($M=1.51$, $SD=.51$), $t(69)=7.74$ à $p\leq .001$.

Tableau 6: Scores moyens des stratégies de coping utilisées par les patients face à une situation stigmatisante (CRI) *.

Catégorie des stratégies de coping	Moyenne	SD	% de patients utilisant cette stratégie
Discours intérieur positif	1.94	0.66	78
Discours interne négatif	1.62	0.90	67
Amour/Acceptation de soi	1.55	0.77	67
Etre visible/Ne pas se cacher	1.46	0.58	64
Pleurer/S'isoler	1.39	1.14	58
Considérer la situation comme un problème pour autrui et non pour soi	1.37	0.93	57
Réponses positives	1.32	0.64	55
Se tourner vers une thérapie	0.80	0.98	41
Réponses négatives	0.78	0.93	40
Evitement	0.73	0.52	34

SD, Ecart-type.
* Scores pour les items cotés de 0 (jamais) à 3 (de multiples fois)

▪ *Choix des stratégies de coping en fonction des caractéristiques individuelles des patients.*

Une série de t-tests a été réalisée afin de vérifier l'impact du sexe des participants, de leur âge, de la survenue de leur obésité et de leurs antécédents familiaux de surpoids sur les scores moyens de chacune des stratégies utilisées pour faire face à la stigmatisation relative au poids proposées dans le CRI.

Des analyses de corrélation ont également été menées afin de vérifier si l'IMC des patients s'associait de manière significative à certaines stratégies de coping du CRI.

- Sexe (femme vs. homme)

Les femmes ($M=1.59$, $SD=1.11$) pleurent plus face à une expérience stigmatisante concernant leur poids comparées aux hommes ($M=.70$, $SD=.99$), $t(87)=3.26$ à $p=.002$. De même, elles éviteraient davantage les situations pouvant engendrer une telle stigmatisation ($M=.79$, $SD=.51$) comparées aux hommes ($M=.53$, $SD=.55$), $t(77)=1.91$ à $p=.06$.

- Age (<45.1 vs. ≥45.1)

Les plus jeunes participants de notre échantillon ont davantage recours à la stratégie adaptative de s'aimer/s'accepter ($M=1.76$, $SD=.81$) comparés à ceux les plus âgés ($M=1.28$, $SD=.63$), $t(86)=3.03$ à $p=.003$. De même, ils ont plus recours aux stratégies mal-adaptatives de pleurs/isolements ($M=1.71$, $SD=1.06$) et de discours internes négatifs ($M=1.89$, $SD=.78$) comparés aux participants les plus âgés ($M=1.02$, $SD=1.13$ et $M=1.30$, $SD=.93$), respectivement $t(87)=2.94$ à $p=.004$ et $t(86)=3.21$ à $p=.002$.

- Survenue de l'obésité (enfance vs. âge adulte)

Les personnes pour lesquelles l'obésité a débuté pendant leur jeunesse utilisent plus certaines stratégies de coping que les individus dont l'obésité a commencé à l'âge adulte : les discours intérieurs positifs (jeunesse : $M=2.09$, $SD=.58$; adulte : $M=1.81$, $SD=.75$, $t(74)=1.83$ à $p=.07$), le fait de considérer la situation comme un problème pour autrui (jeunesse : $M=1.58$, $SD=.88$; adulte : $M=1.13$, $SD=.96$, $t(76)=2.14$ à $p=.04$), l'amour/acceptation de soi (jeunesse : $M=1.80$, $SD=.75$; adulte : $M=1.31$, $SD=.70$, $t(80)=.03$ à $p=.003$), les pleurs/isolements (jeunesse : $M=1.68$, $SD=1.06$; adulte : $M=.96$, $SD=1.09$, $t(81)=3.05$ à $p=.003$), le fait d'être visible/ne pas se cacher (jeunesse : $M=1.67$, $SD=.59$; adulte : $M=1.24$, $SD=.48$, $t(77)=3.43$ à $p\leq.001$) et les discours internes négatifs (jeunesse : $M=1.88$, $SD=.70$; adulte : $M=1.28$, $SD=.99$, $t(80)=3.19$ à $p=.002$).

- Antécédents familiaux de surpoids (présence vs. absence)

Les t-tests effectués ne montrent aucun effet significatif des antécédents des personnes sur l'utilisation des différentes stratégies proposées, $p_s \geq .16$, *ns*.

- Indice de Masse Corporelle

Contrairement au SSI, il n'existe pas de corrélation significative entre l'IMC des participants et leurs scores au CRI ($r=.09$ à $p=.41$, cf. Annexe N).

▪ ***Liens spécifiques entre stratégies de coping et formes de stigmatisation relative au poids.***

Des analyses de corrélations ont été réalisées entre les différentes catégories de stratégies de coping proposées dans le CRI et les différentes formes de stigmatisation relative au poids suggérées dans le SSI. De ce fait, plusieurs liens significatifs émergent entre des stratégies de coping et des situations stigmatisantes (cf. Annexe O).

Stratégies de discours internes négatifs et pleurs :

La confrontation à des suppositions négatives de la part des autres et le fait de recevoir des commentaires dénigrants de la part d'enfants apparaissent être le plus fortement et positivement liés à la mise en place de discours internes négatifs, respectivement $r=.483$ et $r=.403$ à $p \leq .001$. Les remarques désagréables de la part d'autrui sont également fortement corrélées positivement aux discours internes négatifs ainsi qu'au fait de pleurer, respectivement $r=.520$ et $r=.517$ à $p_s \leq .001$.

Stratégie d'évitement :

L'évitement est le plus fortement lié de manière positive aux commentaires désagréables de la part des autres, $r=.719$ à $p \leq .001$. Cependant, les analyses montrent également que les commentaires désobligeants des médecins, le fait d'être exclu/évit/ignoré, les barrières/obstacles physiques, l'embarras des proches, la discrimination au travail, les remarques désagréables de la famille, et le fait d'être regardé fixement sont fortement et positivement liés à la stratégie d'évitement de la situation, respectivement $r=.302$ à $p=.01$, $r=.407$; $r=.468$; $r=.507$; $r=.517$; $r=.540$; et $r=.595$, $p_s \leq .001$.

Stratégies consistant à répondre positivement ou négativement à la personne stigmatisante :

Le vécu d'une attaque physique subie en raison de son poids est corrélé le plus fortement au fait de répondre positivement (e.g., répondre poliment, être gentil, sourire, etc.), $r=.287$ à $p=.01$. Dans la même veine, il apparaît que le fait d'être regardé fixement en public est positivement lié à l'action de répondre à la personne à l'origine de ce comportement stigmatisant, que ce soit de manière positive ($r=.513$, $p \leq .001$) ou négative ($r=.437$, $p \leq .001$). Enfin, les remarques négatives formulées par les autres sont également fortement associées positivement au fait de répondre négativement ($r=.400$, $p \leq .001$).

Stratégie de discours internes positifs :

La stratégie du discours interne positif, elle, est seulement corrélée positivement avec le fait de recevoir des remarques désagréables de la part d'enfants ($r=.262, p=.02$) ou d'autrui ($r=.250, p=.03$).

Stratégie d'acceptation :

La stratégie consistant à s'aimer/s'accepter ne corrèle qu'avec le fait d'avoir des proches embarrassés, et ce de manière négative ($r=-.265, p=.01$). Ce résultat suggère que plus une personne rencontre une situation où ses proches sont embarrassés par son poids, moins elle s'aime/s'accepte.

Stratégie consistant à percevoir la situation comme un problème pour autrui :

Les remarques d'enfants sont également corrélées positivement avec la stratégie consistant à considérer la situation comme un problème pour autrui, $r=.330$ à $p=.002$.

Stratégies consistant à suivre une thérapie ou ne pas se cacher :

Les commentaires désagréables de la part d'autrui sont positivement liés au fait de suivre une thérapie ($r=.314, p=.004$).

Le désir de ne pas se cacher corrèle, quant à lui, positivement uniquement avec le fait d'avoir reçu des commentaires désagréables de la part d'enfants ($r=.216, p=.05$) et d'être regardé fixement ($r=.215, p=.05$).

- ***Liens spécifiques entre stratégies de coping et personnes à l'origine de la stigmatisation relative au poids.***

Des analyses de corrélations ont été effectuées entre les différentes catégories de stratégies de coping présentées dans le CRI et les différentes sources potentielles de stigmatisation relative au poids proposées. Ces dernières informent de l'existence de liens significatifs entre les stratégies choisies par les patients pour faire face à la stigmatisation et certaines personnes jugées stigmatisantes (cf. Annexe P).

Ainsi, il apparaît que la stratégie d'évitement est celle qui est la plus fortement, voire la seule, associée positivement aux sources suivantes : infirmiers ($r=.225$), membres des groupes/associations ($r=.234$), mère ($r=.314$), médecins ($r=.354$), diététiciens/nutritionnistes

($r=.356$), frère ($r=.371$), conjoint ($r=.391$), employé/responsable ($r=.443$), vendeurs dans les magasins ($r=.450$), collègues de travail ($r=.453$), membres de la famille ($r=.517$), et surtout amis ($r=.522$), $p_s \leq .05$. La stratégie consistant à répondre négativement suite à une remarque, voire insulter en retour, est la plus fortement associée positivement à une stigmatisation provenant d'un enseignant/professeur, $r=.460$ à $p \leq .001$. Cette stratégie est également la seule à être significativement liée, de manière positive, avec les symboles de l'autorité (e.g., la police), $r=.228$ à $p=.04$. Les collègues de travail sont, eux, les seuls à être associés positivement aux discours internes positifs ($r=.227$, $p=.05$) et ceux qui sont, avec les « frères », les plus fortement liés au fait de considérer la situation stigmatisante comme un problème pour autrui et non pour soi (respectivement, $r=.284$ et $r=.288$, $p_s=.01$). De même, « père » est la seule source liée positivement à l'amour/l'acceptation de soi ($r=.279$, $p=.01$).

Les discours internes négatifs et le fait de répondre positivement à son interlocuteur sont le plus fortement associés aux camarades de classe, respectivement $r=.470$ à $p \leq .001$ et $r=.292$ à $p=.01$. Pleurer suite à un épisode stigmatisant apparaît être surtout associé à des stigmatisations produites par des membres de la famille ($r=.385$, $p \leq .001$) et suivre une thérapie à des remarques formulées par des employés/responsables ($r=.302$, $p=.01$). Enfin, la stratégie d'être visible/de ne pas se cacher ne semble pas être associée à une source en particulier, $p_s \geq .09$, *ns*.

2.2.3 La stigmatisation relative au poids et les stratégies adoptées par les personnes obèses corrélerent-elles avec leur santé mentale/physique et leurs comportements ?

Afin de répondre à une telle interrogation, des analyses de comparaison de moyenne pour échantillon unique ont été effectuées sur chacune des échelles proposées aux patients par le service nutrition du CHU Gabriel Montpied (i.e., DEBQ, BDI, Test actif-inactif, EQVOD, TAS-20, UPPS et SF-36).

Des t-tests ont également été menés afin de vérifier l'impact du sexe des participants (femme *vs.* homme), de leur âge (<45.1 *vs.* ≥45.1), de leurs antécédents familiaux de surpoids (présence *vs.* absence) et de la survenue de leur obésité (enfance *vs.* âge adulte) sur les scores obtenus à ces différentes mesures. Des analyses de corrélation ont également été effectuées afin de vérifier si l'IMC des participants corrélait de manière significative avec leurs réponses à ces différentes échelles.

Enfin, une série d'analyses de corrélations étudiant les liens potentiels entre les scores obtenus à ces différentes échelles, les expériences stigmatisantes et les stratégies de coping a été réalisée.

D'autres analyses corrélationnelles, non détaillées dans cette section, ont également été menées auprès des diverses échelles proposées par le service nutrition afin de mettre en évidence des liens significatifs entre les scores obtenus à certaines d'entre elles (cf. Annexe Q pour une lecture approfondie des résultats obtenus).

Comme pour la section précédente, seuls les résultats significatifs seront présentés.

▪ ***Profil de santé des patients obèses interrogés***

- Santé mentale

Le t-test pour échantillon unique réalisé sur les items mesurant la santé mentale ressentie (SF-36) indique que la moyenne est supérieure au point milieu de cette sous-échelle (50), $t(69)=3.84$ à $p\leq.001$. En moyenne, les patients de notre échantillon ($n=70$) ressentent donc une excellente santé mentale ($M=96.75$, $SD=60.56$). Néanmoins, le t-test effectué sur la sous-échelle « impact du poids sur la vie psycho-sociale » révèle que la moyenne des patients est inférieure au point milieu de celle-ci (50), $t(61)=-4.52$ à $p\leq.001$. Les participants ($n=62$) sont donc significativement peu satisfaits de leur vie psycho-sociale en raison de leur poids ($M= 38.23$, $SD=20.5$).

De même, dans l'ensemble, les participants ayant répondu obtiennent un score moyen à l'échelle de dépression (BDI) significativement différent du seuil de dépression indiqué (12), $t(69)=1.99$ à $p=.05$. Ainsi, en moyenne, les patients en situation d'obésité interrogés ($n=70$) expriment des troubles dépressifs légers ($M=14.54$, $SD=10.7$). Plus précisément, une analyse de fréquence indique que 52.9% des participants sont non dépressifs (scores < 12) et 47.1% souffrent de dépression : 14.2% affichent une dépression légère (scores entre 12-19), 17.2% ont une dépression modérée (scores entre 20-27) et 15.7% souffrent d'une dépression sévère (scores entre 28-63).

** Santé mentale en fonction des caractéristiques individuelles des patients (i.e., sexe, âge, antécédents familiaux, survenue de l'obésité et IMC)*

Les femmes sont moins satisfaites de leur vie psycho-sociale ($M=33.1$, $SD=17.02$) que les hommes ($M=53.1$, $SD=22.96$), $t(60)=-3.66$ à $p \leq .001$. De même, elles ($M=16.20$, $SD=10.7$) sont plus dépressives que les hommes ($M=10.1$, $SD=9.97$), $t(68)=2.03$ à $p=.05$.

Des analyses de corrélations indiquent que l'IMC des participants n'est pas relié de manière significative aux scores obtenus sur ces 3 mesures, $p_s \geq .15$, *ns* (cf. Annexe N).

** Santé mentale : liens avec les formes de stigmatisations vécues et les stratégies de coping adoptées*

Les participants qui ressentent une bonne santé mentale, sont également ceux qui rapportent le moins de situations où leurs proches ont été gênés à cause de leur poids, et inversement ($r=-.386$, $p \leq .001$). Les individus qui reconnaissent le plus souvent pleurer/s'isoler suite à un événement stigmatisant, sont également ceux qui affichent les scores de santé mentale les plus faibles ($r=-.411$, $p \leq .001$), (cf. Annexes R et S).

Les scores de « bien-être psycho-social » sont négativement associés au fait de sentir ses proches gênés à cause de son poids, ($r=-.365$, $p=.004$) et de produire des discours intérieurs négatifs ($r=-.485$, $p \leq .001$).

De manière significative, les scores à l'échelle de dépression (BDI) corrélaient, quant à eux, positivement avec l'ensemble du SSI ($r=.339$, $p=.004$), et plus particulièrement avec certains types de situations stigmatisantes : entendre des suppositions négatives de la part des autres ($r=.296$), recevoir des remarques désagréables de la part des autres ($r=.363$), avoir des proches embarrassés par son poids ($r=.580$), être discriminé au travail ($r=.250$) et recevoir des commentaires désobligeants de la part des membres de sa famille ($r=.270$), $p_s \leq .03$ (cf. Annexe R). Ces scores de dépression sont également liés significativement à certaines stratégies de coping, de manière positive : pleurer/s'isoler ($r=.443$), discours interne négatif ($r=.367$), évitement de la situation ($r=.398$) ; et de manière négative : amour/acceptation de soi ($r=-.440$), $p_s \leq .003$ (cf. Annexe S).

- Santé physique

Le t-test pour échantillon unique réalisé sur les items mesurant la santé physique ressentie (SF-36) indique que la moyenne des patients est supérieure au point milieu de cette sous-échelle (50), $t(71)=-1.51$ à $p=.02$. Dans l'ensemble, les participants ($n=72$) obtiennent donc de manière significative des scores traduisant une relative bonne santé physique ressentie ($M=53.87$, $SD=21.84$). A noter, les scores de santé physique ressentie sont positivement liés de manière significative à ceux de santé mentale ressentie ($r=.602$, $p\leq .001$).

Le t-test pour échantillon unique réalisé sur les items mesurant les répercussions négatives du poids des patients sur leur physique (EQVOD) révèle que la moyenne est inférieure au point milieu de cette sous-échelle (50), $t(68)=-8.18$ à $p\leq .001$. Ainsi, les participants ($n=69$) rapportent de manière significative des répercussions négatives de leur poids sur leur physique ($M=32.44$, $SD=17.84$). Le t-test mené sur la sous-échelle « impact du poids sur la vie sexuelle », lui, ne révèle pas un score moyen significativement différent du point milieu de celle-ci (50). Dans l'ensemble, il apparaît qu'environ la moitié des participants se plaint des conséquences de leur poids sur leur vie sexuelle, alors que l'autre moitié ne rapporte pas de telles difficultés ($M=46.69$, $SD=16.94$), $t(67)=-1$ à $p=.33$. Une analyse de fréquence montre effectivement que 48.5% des individus ($n=68$) obtiennent des scores \leq à 50, et 51.5% des scores $>$ à 50.

** Santé physique en fonction des caractéristiques individuelles des patients (i.e., sexe, âge, antécédents familiaux, survenue de l'obésité et IMC)*

Comparés aux plus âgés ($M=59.13$, $SD=21.4$), les plus jeunes participants de notre échantillon déclarent être en meilleure santé physique ($M=46.52$, $SD=20.61$), $t(70)=2.51$ à $p=.02$. Cependant, les jeunes ($M=36.73$, $SD=16.89$) rapportent plus de problèmes physiques à cause de leur poids que les personnes plus âgées ($M=27.49$, $SD=17.96$), $t(67)=2.21$ à $p=.03$.

Par ailleurs, une analyse de corrélation révèle que plus les patients ont un IMC élevé, moins ils affirment ressentir une bonne santé physique, et inversement, $r=-.328$ à $p=.005$, (cf. Annexe N)

* *Santé physique : liens avec les formes de stigmatisations vécues et les stratégies de coping adoptées*

Les patients qui ressentent une bonne santé physique et une bonne satisfaction physique, sont également ceux qui reportent le moins de situations où leurs proches ont été gênés à cause de leur poids, et inversement ($r=-.356$, $p=.002$ et $r=-.332$, $p=.01$).

A l'inverse, les personnes qui présentent les moins bons scores de santé physique sont aussi celles qui déclarent souvent éviter/quitter les situations stigmatisantes, et inversement ($r=-.418$, $p\leq.001$). En revanche, plus les personnes indiquent que leur poids a un impact sur leur physique, plus elles affirment utiliser la stratégie consistant à s'aimer/s'accepter, $r=.320$ à $p=.01$.

Enfin, plus les patients rapportent avoir un impact de leur poids sur leur vie sexuelle, plus ils précisent avoir recours à la stratégie consistant à considérer la situation comme un problème pour autrui ($r=.294$, $p=.02$), et recevoir des commentaires inappropriés de la part des médecins ($r=-.385$, $p\leq.001$), (cf. Annexes R et S).

▪ ***Profil cognitif des patients obèses interrogés***

- Capacité émotionnelle

Une analyse de fréquence nous a permis de constater que 62.3% des personnes ayant rempli le questionnaire d'alexithymie (TAS-20, $n=69$) ne présentent pas un tel trouble. Cette dernière montre également que 23.2% des répondants sont alexithymiques et que 14.5% sont susceptibles de l'être. Le t-test pour échantillon unique réalisé sur cette échelle montre que, dans l'ensemble, les participants ($n=69$) obtiennent une moyenne significativement différente du seuil d'alexithymie déterminé (52), $t(68)=-2.42$ à $p=.02$. En général, les patients n'ont donc pas trop de difficultés à exprimer leurs émotions, à les identifier et à focaliser leur attention sur des stimuli externes, ($M=47.78$, $SD=14.51$).

* *Capacité émotionnelle en fonction des caractéristiques individuelles (sexe, âge, antécédents familiaux, survenue de l'obésité et IMC)*

Il apparaît que les personnes dont l'obésité a débuté à l'âge adulte ($M=.51$, $SD=15.95$) ont plus tendance à être alexithymiques que celles pour qui l'obésité est survenue pendant l'enfance/adolescence ($M=44.35$, $SD=12.93$), $t(50)=-1.59$ à $p=.01$.

* *Capacité émotionnelle : liens avec les formes de stigmatisations vécues et les stratégies de coping adoptées*

Les scores à l'échelle d'alexithymie (TAS-20) sont significativement corrélés à l'échelle concernant les situations stigmatisantes (SSI ; $r=.243$, $p=.03$), en particulier au fait de recevoir des commentaires de la part d'autrui ($r=.255$), d'avoir des proches gênés par son poids ($r=.410$), et d'être regardé fixement en public ($r=.338$), $p_s \leq .04$ (cf. Annexe R).

Pour les liens avec les stratégies de coping du CRI, seule la stratégie d'évitement est significativement liée de manière positive aux scores d'alexithymie ($r=.261$ à $p \leq .001$), suggérant que plus les patients sont alexithymiques, plus ils sont dans l'évitement des situations stigmatisantes, et inversement (cf. Annexe S).

- Capacité à gérer l'impulsivité

Les t-tests réalisés sur les sous-échelles « urgence » et « recherche de sensations » de l'échelle d'impulsivité (UPPS) indiquent que les moyennes obtenues par les participants ($n=73$ et $n=69$) sont significativement supérieures au point milieu de ces sous-échelles (20). Ainsi, il apparaît que, en moyenne, les participants de notre étude agissent dans l'urgence, c'est-à-dire qu'ils ont tendance à suivre leurs impulsions surtout lorsque leur humeur est négative, ($M=26.48$, $SD=6.5$), $t(72)=8.51$ à $p \leq .001$. Ils sont également à la recherche de niveaux élevés d'excitations et de sensations ($n=69$, $M=27.58$, $SD=7.39$), $t(68)=8.52$ à $p \leq .001$.

En revanche, les t-tests effectués sur les sous-échelles « manque de préméditation » et « manque de persévérance » révèlent des scores moyens inférieurs au point milieu de celles-ci (respectivement, 22 et 24). En moyenne, les patients indiquent donc être dans l'anticipation et la prudence ($n=74$, $M=20.82$, $SD=5.47$) et faire preuve de persévérance dans leurs activités quotidiennes ($n=76$, $M=18.91$, $SD=4.13$), respectivement $t(73)=-1.85$ à $p=.07$ et $t(75)=-10.74$ à $p \leq .001$.

A noter, les scores aux sous-échelles « urgence », « manque de préméditation », et « manque de persévérance » sont significativement liés entre eux de manière positive, $p_s \leq .001$, (cf. Annexe Q). La sous-échelle « recherche de sensations » est seulement corrélée positivement à celle « urgence » ($r=.250$, $p=.04$), (cf. Annexe Q).

** Capacité à gérer leur impulsivité en fonction de leurs caractéristiques individuelles (sexe, âge, antécédents familiaux, survenue de l'obésité et IMC)*

Les analyses révèlent que les femmes ($M=27.35$, $SD=6.48$) tendent à agir plus dans l'urgence que les hommes ($M=24.33$, $SD=6.19$), $t(71)=1.82$ à $p=.07$. À l'inverse, elles montrent que, en moyenne, les hommes de notre échantillon ($M=31.76$, $SD=7.08$) sont plus à la recherche de sensations fortes que les femmes ($M=26.21$, $SD=7.02$), $t(67)=-2.83$ à $p=.006$.

De même, plus les participants ont un IMC élevé, plus ils recherchent des excitations et des sensations fortes, $r=.239$ à $p=.05$, (cf. Annexe N).

** Capacité à gérer l'impulsivité : liens avec les formes de stigmatisations vécues et les stratégies de coping adoptées*

Les patients qui rapportent le plus agir/parler de façon spontanée, sont également les personnes qui soulignent avoir fréquemment vécu des suppositions négatives de la part des autres ($r=.308$), des commentaires désagréables de la part d'autrui ($r=.314$), de la gêne de la part de leurs proches ($r=.458$), des attaques physiques ($r=.266$), des commentaires désobligeants de leur famille ($r=.270$), et inversement, $p_s \leq .03$. Enfin, les individus qui obtiennent des scores élevés à la sous-échelle « urgence », sont également ceux qui affirment souvent utiliser les stratégies suivantes suite à un contexte stigmatisant : pleurer/s'isoler ($r=.375$), produire un discours interne négatif ($r=.423$), et suivre une thérapie ($r=.343$), $p_s \leq .004$; et inversement, (cf. Annexes R et S).

Par ailleurs, les scores des participants à la sous-échelles « recherche de sensations » apparaissent significativement associés de manière positive au fait d'avoir eu des proches embarrassés par son poids ($r=.255$, $p=.03$) et à la stratégie de ne pas se cacher à cause de son poids/être visible ($r=.272$, $p=.03$), (cf. Annexes R et S).

▪ ***Rapport à l'alimentation et comportements alimentaires des patients obèses interrogés***

- Rapport entretenu par les patients obèses avec l'alimentation

Le t-test réalisé sur la question vérifiant le niveau de croyance en l'efficacité des restrictions alimentaires dans la perte de poids révèle que la moyenne de nos participants

($n=91$) est significativement inférieure au point milieu de l'échelle (4.5), $t(90)=-2.5$ à $p=.01$. En général, les participants de notre étude ($n=91$) ne considèrent donc pas les restrictions alimentaires comme efficaces pour perdre du poids ($M=3.89$, $SD=2.33$).

Le t-test réalisé sur les items de l'échelle « qualité de vie, obésité, diététique » (EQVOD) mesurant le bien-être alimentaire des patients informe que le score moyen obtenu par nos participants ($n=78$) est significativement inférieur au point milieu de cette sous-échelle (50), $t(77)=-13.77$ à $p\leq.001$. Dans l'ensemble, les participants manifestent donc une forte attirance pour la nourriture ($M=23.59$, $SD=16.94$). Le t-test effectué sur les items mesurant le bien-être diététique (EQVOD) des patients indique également un score moyen à cette sous-échelle significativement inférieur au point milieu (50). Ainsi, dans l'ensemble, les participants interrogés ($n=78$) rapportent des répercussions négatives de leur poids sur leur vécu de régime ($M=28.85$, $SD=21.43$), $t(77)=-8.72$, à $p\leq.001$.

Enfin, plus les participants rapportent avoir une faible attirance pour la nourriture, plus ils indiquent bien vivre leur régime (i.e., peu de frustrations, fatigue, etc.), et inversement $r=.378$ à $p\leq.001$.

** Rapport entretenu par les patients obèses avec l'alimentation en fonction de leurs caractéristiques individuelles (sexe, âge, antécédents familiaux, survenue de l'obésité et IMC)*

Au niveau du sexe, les analyses indiquent que les hommes de notre étude ($M=4.77$, $SD=2.47$) croient davantage en l'efficacité de la restriction alimentaire pour perdre du poids que les femmes ($M=3.61$, $SD=2.22$), $t(89)=-2.08$ à $p=.04$. Ils vivent également mieux leur régime alimentaire ($M=40.45$, $SD=27.38$) que les femmes ($M=24.29$, $SD=16.77$), $t(76)=-3.17$ à $p=.002$. De la même manière, il semblerait que les participants les plus âgés ($M=33.92$, $SD=19.55$) ont tendance à avoir plus de difficultés à vivre des régimes alimentaires que les plus jeunes ($M=24.27$, $SD=22.24$), $t(76)=-2.03$ à $p=.05$.

Les patients dont l'obésité a débuté pendant l'enfance ou l'adolescence ($M=19.39$, $SD=15.5$) affichent une plus forte attirance pour la nourriture que ceux pour lesquels l'excès de poids est apparu à l'âge adulte ($M=27.19$, $SD=16.46$), $t(71)=-2.08$ à $p=.05$. En revanche, plus les participants ont un IMC élevé, plus ils rapportent du dégoût envers l'alimentation ($r=.289$, $p=.01$), (cf. Annexe N).

* *Rapport à l'alimentation : liens avec les formes de stigmatisations vécues et les stratégies de coping adoptées*

A propos des situations stigmatisantes, les participants qui indiquent avoir entendu beaucoup de suppositions négatives de la part des autres à leur égard, sont également ceux qui signalent avoir un vécu de régime difficile ($r=-.242, p=.04$), (cf. Annexe R)

Concernant les stratégies de coping, la sous-échelle « bien-être alimentaire » est significativement liée, de manière négative, au fait de ne pas vouloir se cacher/être visible ($r=-.270, p=.02$),

Plus les patients ont des scores faibles à l'échelle de « bien-être alimentaire » (= une forte attirance pour la nourriture), moins ils ont recours à la stratégie consistant à ne pas se cacher des autres, $r=-.270$ à $p=.02$. Par ailleurs, plus ils ressentent un vécu de régime satisfaisant, moins ils rapportent avoir recours à l'isolement/les pleurs, $r=-.268$ à $p=.02$), (cf. Annexe S).

- Conduites alimentaires des patients obèses

La réalisation d'un t-test ayant pour point milieu une valeur de 30, confirme que la moyenne obtenue par les participants à la sous-échelle « restriction alimentaire » du DEBQ n'est pas significativement différente de ce seuil, $t(75)=-.647$ à $p=.52$. Un score ≥ 30 indiquant la pratique de restriction alimentaire, il apparaît que, dans l'ensemble, les participants interrogés ($n=76$) tendent à se restreindre au niveau de leur consommation alimentaire ($M= 29.47, SD=7.10$).

Un t-test avec pour point milieu la valeur de 39 confirme que le score moyen obtenu par les participants à la sous-échelle « alimentation émotionnelle » est significativement différent de ce seuil, $t(77)=-3$ à $p=.004$. Les participants de cette étude ($n=78$) ne consomment donc pas en fonction de leurs émotions ($M=34.53, SD= 13.19$). Néanmoins, si l'analyse de fréquence réalisée sur notre échantillon indique bien que 56.4% des patients de l'étude n'ont pas des scores indiquant une alimentation guidée par les émotions, elle montre également que 43,6% des participants ont des scores dénotant une alimentation émotionnelle.

Le t-test mené sur la sous-échelle « alimentation extérieure » indique que la moyenne des patients est significativement inférieure au point milieu de cette échelle (30), $t(78)=-3.61$ à $p=.004$. Les participants de cette étude ($n=79$) ne sont donc pas concernés par une alimentation sensible aux stimuli extérieurs ($M=27.78, SD=5.45$). Une analyse de fréquence

révèle effectivement que 69.6% des patients interrogés obtiennent des scores inférieurs à 30, et seulement 30.4% ont des scores soulignant une alimentation déterminée par des stimuli extérieurs.

Seules les sous-échelles « alimentation émotionnelle » et « alimentation extérieure » sont positivement associées de manière significative l'une à l'autre, $r=.538$, $p\leq.001$ (cf. Annexe Q). Ceci suggère que plus une personne indique manger en fonction de ses émotions, plus elle rapporte être sensible aux stimuli extérieurs liés à l'alimentation, et inversement.

** Conduites alimentaires des patients obèses en fonction de leurs caractéristiques individuelles (sexe, âge, antécédents familiaux, survenue de l'obésité et IMC)*

Les analyses montrent que dans l'ensemble, les personnes dont l'obésité est apparue durant l'enfance/adolescence ($M=31.14$, $SD=6.96$) tendent à avoir des comportements alimentaires plus restrictifs que les personnes pour lesquelles l'obésité est survenue à l'âge adulte ($M=28.23$, $SD=6.33$), $t(58)=1.7$ à $p=.10$, *marginal*. De la même manière, ces patients ($M=38.40$, $SD=12.09$) consomment plus en fonction de leurs émotions que les individus pour lesquels l'obésité est apparue à l'âge adulte ($M=30.13$, $SD=13.81$), $t(71)=2.72$ à $p=.01$.

L'alimentation des femmes de notre échantillon est également davantage guidée par leurs émotions ($M=37.48$, $SD=12.22$) que celle des hommes ($M=27.82$, $SD=5.80$), $t(76)=3.36$ à $p\leq.001$. De même, les patients les plus jeunes ($M=37.60$, $SD=12.87$) mangent plus en fonction de leurs émotions que les patients les plus âgés ($M=30.74$, $SD=12.74$), $t(76)=2.35$ à $p=.02$. L'âge des participants impacte également « l'alimentation extérieure ». Les patients les plus jeunes ($M=29.16$, $SD=5.19$) sont plus sensibles aux stimuli extérieurs, comparés aux patients les plus âgés de l'échantillon ($M=26.14$, $SD=5.36$), $t(77)=2.54$ à $p=.01$.

L'IMC des participants ne semble pas, quant à lui, lié de manière significative aux scores obtenus à ces trois sous-échelles, $p_s \geq .06$, *ns* (cf. Annexe N).

** Conduites alimentaires : liens avec les formes de stigmatisations vécues et les stratégies de coping adoptées*

Ces conduites de restriction alimentaire, alimentation émotionnelle et alimentation sensible aux stimuli extérieurs sont significativement associées à des catégories du SSI et des stratégies du CRI (cf. Annexe R et Annexe S). Ainsi, plus les personnes indiquent restreindre leur alimentation, plus elles rapportent avoir reçu des commentaires inappropriés de la part

des médecins ($r=.346$, $p=.002$) et subir de la discrimination au travail ($r=.231$, $p=.05$), et inversement.

De même, plus les patients expriment manger selon leurs émotions, plus ils indiquent avoir entendu des suppositions négatives de la part des autres ($r=.288$, $p=.01$), pleurer $r=.269$, $p=.02$) et produire des discours internes négatifs ($r=.309$, $p=.01$).

Enfin, les participants qui indiquent manger en fonction des stimuli extérieurs, sont également ceux qui reportent produire des discours internes négatifs face à de la stigmatisation relative au poids, $r=.257$ à $p=.03$.

▪ ***Activités physiques des patients obèses interrogés***

- Croyances des patients à l'égard des pratiques physiques

Le t-test mené sur l'item vérifiant la croyance en l'utilité de la pratique d'activités physiques dans la perte de poids informe que la moyenne de nos participants est supérieure au point milieu de l'échelle (4.5), $t(90)=9.99$ à $p\leq.001$. Dans l'ensemble, les participants ($n=91$) pensent donc significativement que la pratique d'activités physiques est utile à la perte de poids ($M=6.30$, $SD=1.72$).

Par ailleurs, les patients qui croient en l'efficacité des activités physiques dans la perte de poids tendent à avoir des scores aux sous-échelles « urgence » ($M=26.92$, $SD=6.45$) et « manque de persévérance » ($M=19.17$, $SD=4$) de l'échelle mesurant l'impulsivité (UPPS) plus élevés que ceux qui ne partagent pas cette croyance (urgence : $M=22$, $SD=7.02$; manque de persévérance : $M=16.67$, $SD=4.09$), respectivement $t(68)=-1.90$ à $p=.06$ et $t(71)=-1.76$ à $p=.08$, *marginal*. Néanmoins, ces données sont à considérer avec précaution car il existe une différence importante d'effectifs entre les individus qui affirment croire fortement en une efficacité des activités physiques sur la perte de poids ($n=70$) et ceux qui ne formulent pas une telle affirmation ($n=11$).

* *Croyance à l'égard des pratiques physiques : liens avec les formes de stigmatisations vécues et les stratégies de coping adoptées*

Une série de t-tests montre qu'en moyenne, les personnes qui considèrent que la pratique d'activités physiques est bénéfique à la perte de poids, expriment significativement plus le recours à des discours intérieurs négatifs ($M=1.71$, $SD=.91$) suite à une expérience de stigmatisation relative au poids que les personnes qui ne croient pas en un tel bénéfice

($M=1.13$, $SD=.59$), $t(85)=-2.17$ à $p=.03$. De même, les participants ayant une telle croyance ont tendance à pleurer davantage ($M=1.51$, $SD=1.14$) face à une situation stigmatisante comparés à ceux qui n'y croient pas ($M=.83$, $SD=1.01$), $t(85)=-1.95$ à $p=.05$.

Cependant, comme nous l'avons précisé précédemment, en raison d'une différence importante d'effectifs entre les patients qui croient fortement en une efficacité des activités physiques sur la perte de poids et ceux qui n'y croient, ces résultats sont à considérer avec prudence.

- Pratiques physiques des patients obèses interrogés

Une analyse de fréquence réalisée sur les réponses obtenues au test "actif-inactif" montre que 75% des personnes ayant complété ce test ($n=36$) sont actives dans leur vie quotidienne (18-35), seuls 19.4% semblent peu actives (<18) et 5.6% très actives (>35). Dans l'ensemble, l'échantillon de personnes interrogées est physiquement actif ($M=22.97$, $SD=6.38$). Effectivement, un t-test indique une différence significative entre cette moyenne et le seuil d'inactivité précisé (17), $t(35)=5.62$ à $p\leq.001$.

** Pratiques physiques des patients obèses interrogés en fonction de leurs caractéristiques individuelles (sexe, âge, antécédents familiaux, survenue de l'obésité et IMC)*

Au vu des moyennes, il apparaît que les femmes ($M=24.72$, $SD=6.12$) sont plus actives que les hommes ($M=19$, $SD=5.22$), $t(34)=2.69$ à $p=.01$.

Les analyses corrélationnelles montrent que les scores à cette mesure ne sont pas significativement liés à l'IMC des participants ($p=.26$, *ns*; cf. Annexe N).

** Pratiques physiques : liens avec les formes de stigmatisations vécues et les stratégies de coping adoptées*

Les analyses corrélationnelles réalisées indiquent uniquement que, de manière significative, les scores obtenus par les patients à ce test actif-inactif sont liés négativement au fait de recevoir des commentaires désagréables de la part d'enfants ($r=-.442$, $p=.02$), (cf. Annexes R et S).

2.2.4 Analyse qualitative des remarques des patients lors de la complétion des questionnaires sur le vécu de situations stigmatisantes et les stratégies pour y faire face (Annexe T) :

A la demande des responsables du service nutrition du C.H.U Gabriel Montpied, lorsque les patients complétaient les questionnaires portant sur le vécu de situations stigmatisantes (SSI) et les stratégies pour y faire face (CRI), je restais à leur disposition pour répondre/écouter toutes interrogations de leur part, réflexions, remarques ou autres. Ainsi, parmi 94 patients interrogés, 57 patients se sont exprimés sur le contenu des questionnaires. La plupart d'entre eux précisaient leurs réponses ou évoquaient des souvenirs personnels. Ainsi, au vu du contenu des notes récoltées lors de ces échanges avec les patients, j'ai pu répartir leurs commentaires en 12 catégories : leur vécu de situations stigmatisantes relatives au poids, les sources de cette stigmatisation, leur entourage, la discrimination au travail, l'environnement non adapté, les stéréotypes sur leur alimentation, leurs stratégies pour faire face à cette stigmatisation, les raisons de leur prise en charge au sein du service nutrition, l'explication de leur prise de poids, leur image de soi et leur rapport au corps, des informations personnelles diverses et des remarques sur les questionnaires.

Parmi ces 57 patients, la majorité ont abordé la discrimination relative au poids. Bien que la plupart affirmaient ne pas ressentir de la stigmatisation en raison de leur poids ou ne pas avoir mal pris des réflexions sur leur surpoids, un nombre important d'entre eux révélèrent avoir vécu les remarques sur leur poids de façon blessante. Certains ont précisé le vécu d'une stigmatisation plutôt indirecte que directe « *Pas de réflexions directes, c'est plus subtil, mais on le sent : ah c'est comme ça que tu t'habilles ? Tu trouves toujours ta taille ?* ». Face aux questions 8 et 33 du SSI (Q8 : « Être foudroyé(e) du regard ou interpellé(e) par des passagers du bus parce que vous prenez "trop" de place »; et Q33: « Dans le supermarché, avoir des gens qui critiquent ou font des commentaires à propos de vos choix alimentaires »), un patient rapportait par exemple que « *la question ne prend pas en compte la manière indirecte de vous montrer que vous prenez de la place, par exemple des regards insistants sur le siège. Pareil, pour les supermarchés, les gens vont vous regarder avec insistance et regarder avec insistance votre panier, mais ils ne viendront pas vous le dire en face, les gens ne sont pas assez courageux pour ça* ». Enfin, quelques personnes ont raconté, non pas des souvenirs personnels, mais des anecdotes de proches reflétant de la stigmatisation relative au poids (e.g., « *Un patient Alzheimer a dit à une amie que si elle n'était pas aussi grosse, elle passerait entre la chaise et le bureau* »).

Concernant les sources de stigmatisations les plus abordées, nous retrouvons quasiment les mêmes résultats que ceux obtenus quantitativement avec le questionnaire, à savoir en première position les membres de la famille (e.g., « *Je n'ai jamais vraiment vécu de stigmatisation. Dans ma famille oui, mais à l'extérieur non.* »), suivi de près par le corps médical, les vendeurs dans les magasins (habits et esthétiques) et les collègues de travail. Effectivement, bien que plusieurs patients présentaient leur entourage comme un soutien, certains patients relataient des remarques, de faibles attentes, l'ignorance des efforts, et des conseils vestimentaires de la part de leurs proches (e.g., leur mère, leurs enfants, leurs petits-enfants, etc.; « *S'entendre dire "tu ne devrais pas manger cela" ... Oui, par ma fille, elle me supprimerait tout, je sais que c'est pour mon bien mais, à force, c'est agaçant* » ou « *Un parent ou un proche qui insiste pour que vous perdiez du poids... Au niveau de l'échelle, il y aurait dû y avoir +5 !* » - l'échelle s'arrêtant à 3). De même, plusieurs patients ont relaté des remarques inappropriées de la part des professionnels de la santé (e.g., diététicien(ne)s, nutritionnistes, médecins, etc.). A titre d'illustration, une patiente rapportait avoir « *été vexée par un nutritionniste, du coup elle(je) n'y est(suis) plus retournée* ». Une autre patiente affirmait avoir rencontré un cardiologue qui lui a demandé « *Avez-vous vu des gros dans les camps de concentration ?* ». Concernant les vendeurs dans les magasins, certaines patientes ont dénoncé des propos entendus de la bouche de vendeuses lorsqu'elles entraient dans leur boutique tels que « *Houla, pas la peine d'aller aussi loin dans notre magasin, on ne fait pas votre taille !* » ou encore « *Bah oui, quand on rentre dans du 42, on va s'habiller chez les grosses !* ». Dans la même veine, une patiente racontait recevoir des réflexions stigmatisantes sur son poids de la part de personnes qui travaillent en esthétique, personnes qui n'étaient autres que sa responsable et sa collègue. Les collègues apparaissent ainsi être également une source de stigmatisation relative au poids, notamment à travers les surnoms qu'ils donnent aux patients (e.g., « *mon gros* », « *pupuce* », « *ma grosse loutre* »). Cependant, la plupart des patients affirmaient en rire.

Parmi les situations stigmatisantes relatives au poids, certains patients ont insisté sur la discrimination ou le soupçon de discrimination au travail, que ce soit à l'embauche ou en poste (e.g., « *On me demandait d'aller chercher les caisses lourdes car gros est associé à fort, mais on a la même force que vous* » ou lors d'un recrutement : « (recruteur:) *Désolé, vous ne rentrez pas dans le cadre.* » « (patiente:) *Quel cadre ?* » « (recruteur:) *Celui de la porte* »). Deux patients ont précisé qu'ils n'avaient pas de soucis avec cette forme de discrimination car ils étaient leur propre patron, sous-entendant que cela n'aurait peut-être pas été le cas s'ils avaient été des employés.

Beaucoup de patients sont également revenus sur le fait que l'environnement n'était pas adapté à leur corpulence. En premier lieu, les patients se sont surtout plaints de la difficulté à trouver des vêtements qui conviennent à leur morphologie (e.g., « *Pour m'habiller, je suis obligé d'aller jusqu'à Billon chez une dame qui fait toutes les tailles, mais du coup, pas de soldes* »). En second lieu, les patients ont relevé l'inconfort des moyens de transport. Par exemple, un patient affirmait « *J'ai dû rajouter 6-7 cm à toutes les ceintures de sécurité de mes voitures. Des plus grandes ceintures de sécurité et des volants réglables, cela devrait être obligatoire dans tous les véhicules* ». En troisième lieu, les patients rapportaient le fait de ne pas trouver de matériel médical adapté à leur taille. Une des patientes déplorait avoir eu « *une attelle pour la jambe pas assez large et trop longue* ». Par ailleurs, lorsque j'étais avec une patiente, une infirmière est intervenue pour prendre la tension de celle-ci et a affirmé, en parlant du brassard pour effectuer une telle mesure : « *Je vais le mettre à l'avant-bras parce qu'il est trop petit* ». Enfin, quelques patients dénonçaient la taille des tourniquets et des sièges dans les lieux publics (e.g., « *Au restaurant, nous réservons pour 4, même si nous ne sommes que 2* »).

Certains patients ont également évoqué le stéréotype associant les personnes en surpoids à une suralimentation. En effet, un patient affirmait qu'« *il faut que les gens vivent la situation pour s'en rendre compte. Ils s'imaginent qu'on passe notre temps à manger alors qu'on ne mange pas plus qu'eux* ». Un autre expliquait, pour illustrer cette croyance, que « *les gens, lorsqu'ils voient une personne mince manger une glace, ils se disent "elle a l'air bonne sa glace". Si cette même personne était grosse, ils se diraient "elle ne devrait pas"* ». Face à cette croyance, nous pouvons observer deux profils de patients. D'une part, ceux qui sont d'accord et pensent également que l'alimentation est responsable de leur surpoids (e.g., « *C'est de ma faute parce que j'ai mal mangé* »), puis, d'autre part, ceux qui ne comprennent pas une telle association (e.g., « *Je suis à l'encontre des stéréotypes que les gens ont sur les personnes en surpoids. J'ai toujours mangé sans sel et sans matières grasses ajoutées* »).

Concernant le stéréotype supposant de moindres activités physiques aux personnes obèses, les patients ne formulaient pas de telles croyances de la part des autres. Néanmoins, suite à la question sur l'efficacité du sport dans la perte de poids, beaucoup précisaient pratiquer une activité physique et sportive telle que la marche à pied, la natation, l'aquagym ou le yoga, tandis que d'autres déploraient n'exercer aucune activité : « *Le sport oui extrêmement (en parlant de l'efficacité dans la perte de poids), mais malheureusement, je n'en fais pas* » ou encore « *Je ne fais pas de sport, il faudrait* ».

Au vu des discours tenus par les patients, la stratégie la plus fréquemment évoquée pour faire face aux situations stigmatisantes relatives au poids était la confrontation, voire la provocation (e.g., un patient a rayé la réponse "Dire poliment aux gens quand ils me blessent" et l'a remplacée par "Dire vulgairement aux gens quand ils me blessent"). La stratégie d'évitement des situations pouvant être stigmatisantes a également été très souvent mentionnée. Ainsi, les personnes affirmaient éviter des lieux de loisir, pourtant aimés, (e.g., « *La piscine, ce n'est pas la peine* », « *Quand je vais à la mer, je me camoufle car j'ai peur de me faire photographier, genre phénomène de foire* », etc.), ainsi que certains contextes médicaux, ce qui peut avoir, à court et long terme, des impacts importants sur leur santé (e.g., « *Je ne veux pas aller consulter le pneumologue car il va dire qu'il pourra soigner mon asthme que lorsque j'aurai perdu du poids* »). Certains patients ont décrit des stratégies de coping plus positives comme le relativisme, l'humour, ou plus négatives, voire dramatiques, comme l'isolement et la tentative de suicide.

Concernant les motivations de leur prise en charge par le service nutrition, la plupart des patients indiquaient vouloir intégrer ce service pour eux, plus particulièrement pour leur santé. Certains affirmaient entrer au service nutrition dans le but d'être opérés par la suite (e.g., Sleeve gastrectomie, By-pass, etc.). Pour ce qui est des explications données à leur prise de poids, les patients citaient leur propre faute, leurs antécédents familiaux, leurs habitudes de vie, leurs problèmes émotionnels, leurs problèmes de santé, la prise de certains médicaments et les grossesses (pour les femmes). De ce fait, certains patients se sont confiés sur des soucis de santé autres que leur obésité (e.g., AVC, apnée du sommeil, diabète, etc.), sur des soucis familiaux pesants (e.g., fille bipolaire, problème de succession, etc.), voire sur la perte d'un de leur proche (e.g., parents décédés pendant leur enfance, perte d'un frère, etc.).

De manière générale, les patients révélaient avoir une mauvaise image/estime de soi. Ainsi, lors des entretiens, j'ai pu entendre plusieurs patients affirmer « *Je ne m'aime pas* ». Suite à l'item 18 du CRI « *Je m'aime, même quand il semble que d'autres personnes ne m'aiment pas.* », une patiente a commenté en disant « *Non, je ne m'aime plus* ». Par ailleurs, une autre patiente expliquait « *En règle générale, je ne m'aime pas, mais après chaque régime et perte de poids, je suis fière de moi* ». Par conséquent, bien que certains patients affirmaient assumer leurs corps (e.g., « *je sors tout ça* » en pointant son ventre), quelques-uns reconnaissaient que le regard des autres avait de l'importance pour eux et leur image (e.g., « *Avant, j'étais très sensible aux regards des autres, mais je me suis blindée* »). Ainsi, trois patients rapportaient la difficulté de plaire avec leur corps. Alors que la première affirmait qu'« *il n'y a que les maigres qui plaisent* », le second rapportait « *Avec les filles, j'étais*

toujours la "bonne copine", mais ce n'est jamais vous qu'elles voulaient, c'était l'autre » et le troisième rajoutait un point « 4: *tout le temps* » à l'échelle de type Likert pour l'item 18 du SSI, à savoir « Ne pas arriver à obtenir un rendez-vous galant à cause de votre corpulence. »

Parfois, l'ennemi des patients ne semblait pas être autrui, mais eux-mêmes. Une patiente a, par exemple, rajouté la catégorie « moi » au tableau des sources potentielles de stigmatisations relatives au poids. De même, plusieurs patients avouaient être mal à l'aise face au miroir, voire même fuir leur propre reflet (e.g., « *Effectivement, ça ne me plaît pas bien* (en parlant du miroir) *mais pas jusqu'à l'évitement* », « *Je me regarde sans me regarder, et puis, ça dépend des parties... visage : oui, poitrine : oui, le reste : non* », etc.).

Pour ce qui est du questionnaire, bien que certaines personnes n'aient pas considéré les questions comme adaptées à leur situation, la plupart des patients les ont jugées « bien faites ». De manière générale, les patients ont trouvé le questionnaire « très réaliste » et « complet ». En vue d'une amélioration, un patient nous a conseillé de séparer l'item « Je déprime et je m'isole » du CRI en deux items distincts, car, pour lui, ces deux stratégies peuvent être indépendantes. Par ailleurs, certains patients regrettaient l'absence d'un point milieu à l'échelle utilisée ou une case « peut-être ».

2.3 Discussion

Notre première étude ayant révélé l'existence d'une stigmatisation relative au poids en France, il nous semblait pertinent de vérifier, à travers une seconde étude, si les personnes françaises en surcharge pondérale ressentaient bel et bien cette forme de stigmatisation dans leur quotidien. Si un tel ressenti se confirmait, nous désirions, d'une part, examiner les stratégies d'adaptation mises en place par les personnes en surpoids pour faire face à ces situations stigmatisantes, puis, d'autre part, nous souhaitions observer les liens existants entre le vécu stigmatisant des personnes, leurs stratégies de coping, leur bien-être psychologique, leurs comportements alimentaires et leurs activités physiques.

A l'instar des personnes en surpoids appartenant aux sociétés étrangères déjà étudiées, nous présumons que les patients en situation d'obésité affirmeraient, eux aussi, avoir vécu des expériences stigmatisantes, au cours de leur vie, en raison de leur poids. Nous nous attendions également à ce que ce vécu stigmatisant soit d'autant plus important pour les patients ayant les IMC les plus élevés. De même, nous supposons que les patients

mentionneraient davantage certaines personnes comme étant à l'origine de stigmatisations à leur rencontre (plutôt que d'autres).

En terme de stratégies d'adaptation pour faire face à la stigmatisation, nous prédisions un fort recours à des stratégies dites « adaptatives » plutôt que « mal-adaptatives ». Par ailleurs, parmi les stratégies de coping proposées, nous nous attendions à ce que certaines d'entre elles soient particulièrement reliées à certaines formes d'expériences stigmatisantes présentées. Enfin, nous supposions que le vécu stigmatisant des patients, ainsi que leurs stratégies d'adaptation, seraient associés à des descriptions de faible bien-être psychologique, de comportements alimentaires inadaptés et de moindres activités physiques.

Comme attendu, les données obtenues à cette seconde étude témoignent d'un vécu d'expériences de stigmatisations relatives au poids de la part des personnes souffrant d'obésité en France. Grâce au SSI (Myers et Rosen, 1999), nous avons pu constater, qu'en moyenne, les patients obèses interrogés dans le cadre de cette étude ont rapporté avoir vécu au moins une fois dans leur vie la plupart des situations stigmatisantes proposées dans le questionnaire. Dans l'ensemble, les patients déclaraient avoir, principalement, (1) entendu des suppositions négatives de la part des autres, (2) reçu des commentaires désagréables de la part des médecins, (3) subi des commentaires désobligeants de la part d'enfants, (4) enduré des commentaires désagréables de la part de leur famille, ainsi que (5) le fait d'avoir rencontré des barrières physiques et des obstacles.

Ces constatations sont cohérentes avec les travaux étrangers s'intéressant à la stigmatisation relative au poids réalisés auprès des individus souffrant d'un excédent de poids. En effet, Vartanian et Novak (2011), cités dans notre premier chapitre, avaient, par exemple, noté que plus de 90% de leur échantillon de participants en surpoids confiaient avoir vécu au moins une fois dans leur vie une expérience de stigmatisation relative au poids. Puhl et Brownell (2006), ainsi qu'Ashmore *et al.* (2008) avaient, eux aussi, noté que le vécu d'expériences stigmatisantes était fréquent chez leurs participants en surpoids et obèses. Plus précisément, Ashmore *et al.* (2008) avaient observé que les formes de situations stigmatisantes les plus fréquemment vécues par leurs participants étaient (1) la formulation de suppositions négatives de la part des autres, (2) le fait de rencontrer des barrières physiques, (3) le fait d'être évité, exclu ou ignoré en raison de son poids et (4) le fait de recevoir des commentaires désobligeants de la part d'enfants. Puhl et Brownell (2006) avaient, quant à eux, observé que leurs participants en surpoids rapportaient avoir surtout expérimenté (1) la formulation de suppositions négatives de la part des autres, (2) les commentaires désobligeants de la part d'enfants, (3) le fait de rencontrer des barrières physiques, (4) les

commentaires désagréables de la part des docteurs, et (5) les commentaires désagréables de la part de la part des membres de leur famille. Ainsi, à part l'évitement/exclusion/ignorance dans l'étude d'Ashmore *et al.* (2008), il apparaît que les formes de stigmatisation constatées par ces deux recherches comme étant les plus importantes en terme de vécu de la part de leurs participants, sont également celles les plus fréquemment évoquées par les patients de notre étude.

En France, une seule étude menée par Rousseau, Barbe et Chabrol (2003), cités dans Rousseau, Barbe et Chabrol (2006), a révélé que des femmes obèses rencontraient souvent des barrières physiques, des regards ou moqueries des autres, un manque de diplomatie de la part des médecins et de méchants commentaires de la part d'enfants.

Nos données semblent ainsi concorder avec la littérature existante à ce sujet. De ce fait, il ne semble pas étonnant que l'expérience stigmatisante la plus communément perçue par les patients soit le fait d'entendre « des suppositions négatives de la part d'autrui ». En effet, les items renvoyant à cette forme de stigmatisation insistaient sur la croyance des gens en des difficultés de contrôles émotionnel et alimentaire de la part des personnes en surpoids (e.g., « Avoir des gens qui supposent que si vous êtes en surpoids, c'est parce que vous mangez trop »). Or, la première étude réalisée dans le cadre de cette thèse avait effectivement révélé que, en général, les participants français croyaient en une contrôlabilité du poids, et, de ce fait, en un manque de volonté de la part des personnes en surpoids, notamment en ce qui concerne l'alimentation et les activités physiques. De plus, des travaux étrangers avaient, eux aussi, permis de montrer que leurs participants partageaient l'idée que les individus en surcharge pondérale ont des difficultés à se contrôler (e.g., Friedman, 2000 ; Puh *et al.*, 2005) en particulier face à la nourriture (e.g., DeJong, 1993 ; Tiggemann et Anesbury, 2000). Ainsi, le fait que les patients se plaignent de suppositions négatives de la part des autres appuient non seulement ces travaux et notre première étude de thèse, mais révèlent, également, que les individus ne se contentent pas de garder de telles croyances pour eux puisqu'ils les expriment ouvertement, notamment auprès des personnes qui en sont la cible.

Le fait d'obtenir « les commentaires désagréables de la part des médecins » en seconde position, parmi les situations stigmatisantes les plus vécues par les patients, n'apparaît pas non plus surprenant au vu des études montrant un fort biais anti-gros au sein des praticiens (e.g., Foster *et al.*, 2003; Schwartz *et al.*, 2003 ; Chambliss *et al.*, 2004). De même, le fait de trouver « les commentaires désagréables de la part d'enfants » dans ce classement apparaît cohérent. Cette forme de stigmatisation était surtout mentionnée par les patients dont l'obésité était survenue durant l'enfance. De ce fait, il est probable que les

patients ont surtout entendu des commentaires de la part d'enfants lorsqu'ils étaient eux-mêmes enfants. Les études sur la question (cf. Chapitre 1) avaient effectivement permis de constater que les enfants partageaient des croyances similaires aux adultes concernant les individus en surpoids (Tinggemann et Anesbury, 2000 ; Vartanian, 2010) et qu'ils étaient également moins enclins à se lier d'amitié avec des enfants corpulents (Musher-Eizenman *et al.*, 2004). Par conséquent, il n'est pas difficile d'imaginer que les patients que nous avons rencontrés aient reçu, dans leur enfance, des remarques de la part d'autres enfants.

Ces suppositions sont étayées par nos données sur les sources potentielles de stigmatisation, où les membres de la famille, les camarades de classe et les médecins sont, d'après les patients interrogés, les individus qui ont fait le plus preuve de stigmatisations à l'égard de leur poids. Ces observations sont, là encore, plutôt conformes aux données observées dans la littérature. En effet, Puhl et Brownell (2006), qui ont créé la version anglaise de la mesure que nous avons utilisée, observèrent des résultats semblables aux nôtres. Effectivement, les sources de stigmatisations relatives au poids les plus citées par leurs participants furent les membres de la famille, suivis des médecins, puis des camarades de classe. De même, Lewis *et al.* (2011), qui n'ont pas utilisé la même mesure que celle de notre étude, avaient noté que les participants indiquaient avoir surtout subi de la stigmatisation de la part d'inconnus (43%), de membres de leur famille (38%), de camarades d'école (34%), et, dans une moindre mesure, de la part de professionnels de la santé (20%). Vartanian *et al.* (2014), qui ont également utilisé une mesure différente de la nôtre, ont, quant à eux, noté que leurs participants déclaraient davantage avoir été stigmatisés par des inconnus, leurs conjoints, leurs amis et leurs parents. Ainsi, avec la mention des « parents » et des « conjoints », les membres de la famille sont, comme dans notre étude, une source importante de stigmatisation. En revanche, dans cette étude, les médecins n'étaient cités que par 7% de l'échantillon interrogé. Comparé à ces deux recherches, dans notre étude, les « inconnus » n'étaient pas une source potentielle de stigmatisation relative au poids proposée, il n'est donc pas surprenant que cette source ne soit pas citée par nos patients comme fréquemment stigmatisante. En effet, dans la mesure utilisée par Puhl et Brownell (2006) et nous-même, la source « inconnus » est déclinée en plusieurs sources (e.g., vendeurs dans les magasins, serveurs dans les restaurants, etc.). Concernant la source « médecins », la différence de résultats observée entre les études plus récentes de Lewis *et al.* (2011) et Ashmore *et al.* (2008) et celle plus ancienne de Puhl et Brownell (2006) pourrait s'expliquer par un progrès du monde médical nord-américain en terme de stigmatisation relative au poids, du fait de nombreuses publications ayant démontré un milieu médical très stigmatisant (e.g., Foster et

al., 2003 ; Chambliss et *al.*, 2004). Peu de travaux ayant été réalisés en France à ce sujet, nos résultats s'apparentent à ceux de Puhl et Brownell (2006). Effectivement, le monde médical français ne peut s'améliorer sur un fait qu'il ignore.

Concernant le vécu des situations stigmatisantes relatives au poids, nos données révèlent également, comme les études étrangères (e.g., Vartanian et Shaprow, 2008 ; Ashmore *et al.*, 2008, Lewis *et al.*, 2011), que plus les patients étaient en situation d'obésité, plus ils déclaraient avoir été victimes de cette forme de stigmatisation. Ce lien entre IMC et stigmatisation pourrait s'expliquer par le caractère visible du poids. En effet, plus une personne a un IMC élevé, plus son excès de poids apparaît manifeste aux yeux des autres. Or, des travaux plus anciens ont montré que la visibilité d'un stigmaté était un facteur suffisant à l'apparition de stigmatisation à l'égard de l'individu porteur du stigmaté. Effectivement, dans son ouvrage *Stigmates*, Goffman (1963) fait une distinction entre les stigmates visibles aux yeux des autres (e.g., infirmité, couleur de peau, sexe, etc.) et les stigmates non visibles (e.g., chômage, homosexualité, passé de délinquant, etc.). Pour lui, lors des interactions avec autrui, le fait d'avoir un stigmaté visible entraînerait davantage de discrédit de la part des autres que le fait de posséder un stigmaté non visible. De ce fait, Goffman parle d'individus *discrédités* pour les personnes ayant un stigmaté visible et d'individus *discréditables* pour ceux possédant un stigmaté non visible. Ainsi, au vu de l'ouvrage de Goffman (1963), la visibilité du stigmaté semble être un critère pertinent et suffisant à l'apparition de la stigmatisation. Le poids étant une caractéristique individuelle visible, les personnes en surcharge pondérale peuvent être catégorisées comme des personnes *discréditées* et ont donc plus de probabilité d'être stigmatisées lors de leurs interactions avec les autres. Les résultats de notre étude confirment les propos tenus par Goffman et les étayent en montrant que cette probabilité d'être discrédité augmente d'autant plus que la visibilité du stigmaté s'accroît.

Le ressenti d'une stigmatisation relative au poids, auprès des personnes françaises en situation d'obésité, étant confirmé par ces premiers résultats, il semblerait que ces dernières cumulent la double peine d'être à la fois des personnes malades et des personnes stigmatisées. Nos données indiquent, en effet, qu'en plus de faire face à leur maladie qu'est l'obésité, les personnes en surcharge pondérale doivent gérer en simultanément l'impact social que provoque cette dernière, à savoir de la stigmatisation. Si ces premières observations interrogent sur la manière dont les personnes en excès de poids pourraient réagir face à cette forme de stigmatisation, la seconde partie de nos résultats apporte des éléments de réponses en terme de conséquences comportementales et psychologiques de la stigmatisation sur les personnes

obèses. Plus précisément, nos résultats permettent de décrire le recours à des stratégies d'adaptation, de la part des individus en surcharge pondérale, pour faire face à cette forme de stigmatisation. En effet, toutes les stratégies de coping proposées dans notre étude ont été utilisées par plus de 30% des patients interrogés. De plus, les données montrent que le recours à ces stratégies de coping était plus fréquent, non pas pour les patients ayant les IMC les plus élevés, mais pour ceux ayant rapporté les vécus d'expériences stigmatisantes les plus importants. Ces observations sont semblables à celles antérieures (e.g., Myers et Rosen, 1999 ; Puhl et Brownell, 2006 ; Koball, 2009) et suggèrent que la mise en place de ces différentes stratégies de la part des patients revêt bel et bien une fonction d'adaptation face à la stigmatisation relative au poids. Ce rôle adaptatif des stratégies est renforcé par le constat de liens spécifiques entre certains types d'expériences stigmatisantes et certaines de ces stratégies. En effet, comme Puhl et Brownell (2006), nous avons, par exemple, constaté que les patients qui avaient le plus recours à la production de discours internes négatifs étaient également ceux qui affirmaient le plus avoir entendu des suppositions négatives de la part d'autrui et des remarques désagréables de la part d'enfants. De même, des liens particuliers apparaissent entre certaines des stratégies de coping proposées et certaines sources de stigmatisation. A titre d'exemple, nous avons observé que l'évitement était la réponse privilégiée par les patients pour faire face à des remarques provenant de leur environnement familial (i.e., membres de la famille, mère, frère, conjoint) et social (i.e., amis, collègues de travail, employeurs membres de leurs associations, etc.), ainsi que celles provenant du monde médical/paramédical (i.e., infirmiers, médecins, diététiciens).

Comme nous l'avions annoncé, nos données révèlent que, dans l'ensemble, les patients ont tendance à mettre en place des stratégies dites « adaptatives » (e.g., discours internes positifs, s'aimer/s'accepter, se tourner vers une thérapie, etc.), plutôt que celles dites « mal-adaptatives » (e.g., pleures, isolement, discours internes négatifs, etc.). Myers et Rosen (1999), Puhl et Brownell (2006), ainsi que Koball (2009), avaient également observé une plus forte tendance à utiliser des stratégies de coping adaptatives comparées à des stratégies non adaptatives de la part de leurs participants. Dans notre étude, les stratégies de coping, en réponse à la stigmatisation, les plus fréquemment mentionnées par les patients étaient, dans l'ordre : le recours aux discours internes positifs, *le recours aux discours internes négatifs*, le fait de s'aimer/s'accepter, le fait de vouloir être visible/ne pas se cacher, le fait de considérer la situation comme un problème pour autrui, et *le fait de pleurer/s'isoler*. Ainsi, parmi les stratégies de coping privilégiées par les patients, nous pouvons noter l'utilisation fréquente de quatre stratégies dites adaptatives et de deux *stratégies dites mal-adaptatives*.

Avec la version longue du CRI, Myers et Rosen (1999) et Puhl et Brownell (2006) avaient constaté que les personnes en surpoids, victimes de stigmatisation à l'égard de leur poids, avaient tendance à privilégier les stratégies tels que le recours aux discours internes positifs, le fait de faire semblant de ne pas avoir entendu les remarques, la foi/la religion/la prière et la consommation alimentaire. Néanmoins, si, dans ces deux études, nous nous centrons sur les catégories de stratégies communes à la version courte du CRI que nous avons utilisée, les mêmes stratégies que celles que nous avons notées semblent les plus fréquemment mentionnées par leurs participants (i.e. exactement le même classement que celui obtenu par nos participants pour Myers et Rosen, 1999 ; et les mêmes stratégies de coping mais classées différemment pour Puhl et Brownell, 2006). Koball (2009) qui a directement utilisé la version courte du CRI, comme nous l'avons fait, avait trouvé les mêmes stratégies que nous, en terme de fréquence d'utilisation. Seule la stratégie de « pleurer » se substituait à celle de « répondre positivement ».

De manière générale, nous notons que l'utilisation des stratégies de coping les plus choisies par notre échantillon pour faire face à la stigmatisation était plus importante pour les patients pour lesquels l'obésité est apparue durant l'enfance, comparés à ceux pour lesquels l'obésité est survenue à l'âge adulte. Leur obésité s'étant manifestée précocement, ces patients ont dû, dès leur plus jeune âge, être confrontés à la stigmatisation relative au poids, et, de ce fait, avoir recours plus prématurément à des stratégies pour faire face à ces expériences stigmatisantes. Effectivement, comme nous venons de le rappeler, les enfants ne sont pas épargnés par leurs pairs vis-à-vis de cette forme de stigmatisation (e.g., Tiggemann et Anesbury, 2000 ; Musher-Eizenman *et al.*, 2004; Penny et Haddock, 2007). Puhl et Brownell (2006) avaient également observé, auprès des femmes de leur échantillon, cette différence en terme de fréquence d'utilisation des stratégies d'adaptation, entre les personnes obèses depuis leur enfance et celles obèses une fois adulte. En revanche, ce pattern de résultats n'était pas observé auprès de leurs participants masculins. Dans notre étude, une telle différence en fonction du sexe de nos participants n'est pas constatée. Néanmoins, il est important de noter que les patients masculins étaient peu nombreux dans notre échantillon de participants. Ceci constitue l'une des limites de notre étude.

Au niveau des stratégies d'adaptation, la seule différence entre les hommes et les femmes que nous avons observée concernait certaines stratégies dites « mal-adaptatives », à savoir les pleurs et l'évitement des situations stigmatisantes. En général, comparées aux hommes, les femmes de notre étude ont plus eu tendance à indiquer se réfugier dans ces deux stratégies. Les recherches étrangères ont permis de montrer que, comparées aux hommes, les

femmes étaient davantage concernées par leur poids et leur prise de poids (e.g., LaRose *et al.*, 2011) et étaient également plus sensibles à la stigmatisation relative au poids (e.g., Rothblum, 1992 et Puhl, Andreyeva et Brownell, 2008, dans Schvey *et al.* 2011). L'emploi de ces deux stratégies, plus important de la part des femmes, pourrait donc s'expliquer par leur plus grande préoccupation et leur plus grande sensibilité face à leur poids, leur prise de poids et la stigmatisation relative au poids.

Ces stratégies dites « mal-adaptatives », telles que la production de discours internes et les pleurs, sont également préférées par les patients les plus jeunes, comparés à ceux les plus âgés. Ceci corrobore les données observées par Puhl et Brownell (2006) qui, avec la version longue du CRI, trouvèrent que, comparés à leurs participants les plus âgés, ceux les plus jeunes rapportaient davantage utiliser les stratégies « mal-adaptatives » suivantes : discours internes négatifs, évitement, réponse négative, consommation alimentaire et mise en place de régime.

Pour résumer, cette seconde partie de résultats appuie l'idée que la stigmatisation relative au poids ne se limite pas qu'à une histoire de ressenti de la part des personnes en surpoids qui en sont victimes, mais constitue également un moteur à certains de leurs comportements. En effet, nos observations révèlent que les comportements fréquemment adoptés par les patients le sont suite au vécu d'expériences stigmatisantes. Ceci interpelle sur les conséquences psychologiques de la mise en place de ces comportements, notamment celles des comportements non adaptés. En effet, si la plupart des stratégies fréquemment mentionnées apparaissent être adaptées, certaines stratégies mal-adaptatives (i.e., les discours internes négatifs et les pleurs/isolements) étaient également souvent rapportées par nos patients. De plus, certaines sous-populations des personnes en surcharge pondérale, comme les femmes ou encore les jeunes, sont particulièrement sensibles à ce type de stratégies.

Par ailleurs, nous avons également noté que la stratégie « mal-adaptative » qu'est l'évitement était la stratégie favorisée par les patients face aux personnes qu'ils considèrent comme les plus stigmatisantes à leur égard. De telles observations questionnent sur le bien-être physique et mental de ces personnes obèses qui, en raison de la stigmatisation à leur égard, semblent être coincées dans un robuste cercle vicieux. Effectivement, ces individus malades et stigmatisés, du fait de ce double statut, devraient pouvoir bénéficier, d'une part, de soins pour les aider à combattre cette maladie, et, d'autre part, d'un support social pour les soutenir face à cette pression sociétale « anti-gros ». Leur entourage (i.e., familial et amical) et les professionnels de la santé semblent être les personnes les plus compétentes pour leur

apporter, respectivement, ce support social et ce suivi médical nécessaires. Or, il apparaît que ces derniers sont, au contraire, considérés par les individus en surcharge pondérale comme les sources les plus stigmatisantes vis-à-vis de leur poids. Considération qui, comme nos résultats l'indiquent, amène les individus obèses à éviter de côtoyer leurs familles, leurs amis, etc., et à éviter de consulter des médecins. Cette stratégie d'évitement contribue donc à son tour, au maintien, voire à l'aggravation de l'obésité, la stigmatisation qui lui est associée et leurs répercussions respectives. Au regard de ce raisonnement, notre nouvel objectif était de connaître la nature exacte de ces répercussions. Ainsi, la dernière partie de nos résultats permet de nous éclairer quant aux conséquences psychologiques et comportementales qui peuvent résulter d'un vécu d'expériences stigmatisantes et/ou de la mise en place de stratégies pour faire face à cette stigmatisation.

Au niveau, psychologique, bien que, dans l'ensemble, les patients aient déclaré se sentir mentalement en bonne santé, d'autres mesures ont dévoilé une population en légère dépression et ressentant peu de bien-être psycho-social. Ici, il est intéressant de noter que nos données révèlent également que l'importance des troubles dépressifs des patients est liée à l'importance de leur vécu d'expériences stigmatisantes. Plus les patients de notre échantillon ont indiqué avoir ressenti de la stigmatisation relative au poids, plus ils ont manifesté des troubles dépressifs. Ces niveaux de dépression élevés étaient surtout observés avec des expériences stigmatisantes spécifiques (e.g., recevoir des remarques désagréables et entendre des suppositions négatives de la part des autres). De plus, l'apparition des troubles dépressifs était également positivement associée à l'utilisation de certaines stratégies d'adaptation (e.g., pleurs, discours interne négatif et évitement). De la même manière, plus les patients signalaient avoir des proches embarrassés par leur poids, plus ils affichaient ressentir un faible bien-être psycho-social et une faible santé mentale. Ces ressentis étaient également, respectivement, reliés négativement aux stratégies de discours internes négatifs et de pleurs.

Ces observations sont consistantes avec la littérature existante. Certes, comme nous l'avions mentionné auparavant, nombreuses études menées à l'étranger ont permis de constater que le vécu d'expériences stigmatisantes en raison de son poids compromettrait la santé psychologique et émotionnelle des personnes qui en étaient victimes. Plus précisément, les travaux ont permis de mettre en évidence une diminution du bien-être et de l'estime de soi des personnes ayant souffert de cette forme de stigmatisation, ainsi que l'apparition de troubles anxieux, dépressifs et de l'humeur (e.g., Puhl et Brownell, 2006 ; Wott et Carels, 2010; Lewis *et al.*, 2011; Vartanian et Novak, 2011). Plus précisément, une étude récente de Greenleaf, Petrie et Martin (2017) nous informe que ce lien entre expériences stigmatisantes

et dépression serait médiatisé par l'estime de soi et l'insatisfaction corporelle. Enfin, Puhl et Brownell (2006) avaient, par ailleurs, constaté que les répercussions de la stigmatisation relative au poids sur l'estime de soi et le niveau de dépression étaient plutôt associées à l'utilisation de certaines stratégies pour y faire face, qu'à la fréquence d'expériences stigmatisantes elle-même. En France, Rousseau *et al.* (2006) avaient effectivement constaté, auprès de femmes en situation d'obésité, que leur vécu de stigmatisations relatives au poids et les retentissements de cette stigmatisation corrélaient positivement avec leurs niveaux de dépression et d'insatisfaction corporelle.

Bien que nos résultats corroborent ceux de la littérature existante, nous ne pouvons pas conclure que la stigmatisation relative au poids décrite par les patients interrogés soit à l'origine de leur niveau de dépression. En effet, il est possible que ce soit la dépression des patients qui les amène à percevoir et retenir davantage de situations stigmatisantes vis-à-vis de leurs poids. En effet, les travaux scientifiques ont permis de démontrer que les individus souffrant de dépression possédaient un biais de mémorisation en faveur des stimuli compatibles avec leur humeur dépressive et leurs préoccupations (cf. Gilboa-Schechtman, Erhard-Weiss et Jeczemien, 2002 pour une revue auprès d'hommes et femmes dépressifs dans le rappel d'expressions faciales positives *vs.* négatives). Néanmoins, si, dans notre étude, le rapport de causalité entre ces deux variables reste inconnu, le ressenti de stigmatisation relative au poids et les symptômes dépressifs sont, eux, bien présents et donc inquiétants.

En ce qui concerne la dimension émotionnelle, les données nous informent que plus de 20% des patients interrogés relataient des difficultés à identifier, différencier et exprimer leurs émotions, ainsi que celles des autres. Dans la population générale, le pourcentage de personnes alexithymiques est proche de celui observé auprès des patients du service nutrition. Effectivement, en France environ 15% de personnes souffrent d'alexithymie (Berthoz, 2011). Cependant, notre étude montre surtout que, chez nos patients, cette difficulté à identifier, différencier et exprimer leur émotion est liée positivement à des situations stigmatisantes particulières (i.e., le fait d'avoir reçu des commentaires désagréables de la part d'autrui, d'avoir eu des proches gênés, et d'être regardé fixement) ainsi qu'à la stratégie d'évitement.

Au niveau comportemental, les résultats présentent, là encore, des liens entre la stigmatisation relative au poids, les stratégies pour y faire face et les conduites adoptées par les patients interrogés. Dans l'ensemble, les personnes de notre échantillon ont indiqué agir de manière spontanée et être à la recherche de sensations fortes. En outre, cette tendance à agir dans l'urgence était d'autant plus vraie pour les patients qui avaient, par exemple, très souvent

entendu des suppositions négatives de la part des autres et/ou eu recours au suivi d'une thérapie. La recherche de sensations fortes, quant à elle, valait surtout pour les patients ayant fréquemment eu des proches gênés par leur poids et/ou cherchant le moins à cacher leur corpulence. Les travaux précédents ont, comme notre étude, mis en évidence que les personnes obèses avaient des difficultés à inhiber une réponse automatisée (urgence) et qu'elles étaient plus sensibles à la récompense et aux plaisirs, notamment alimentaire (recherche de sensations), (Mobbs *et al.*, 2007). En revanche, contrairement à nous, les recherches antérieures ont également montré que les individus obèses manquaient de préméditation et avaient des difficultés de persévérance, notamment dans le fait de résister à leurs pensées intrusives liées à leur corps et l'alimentation (Mobbs *et al.*, 2007). Enfin, à notre connaissance, aucune recherche, hormis celle que nous avons effectuée, n'a consisté à tenter d'établir des liens entre ces mesures d'impulsivité et le vécu d'expériences stigmatisantes relatives au poids, auprès de personne en surcharge pondérale.

En ce qui concerne leurs activités physiques et sportives, les patients rapportèrent être physiquement actifs dans leur vie quotidienne. Plus les patients déclaraient avoir expérimenté des commentaires désagréables de la part d'enfants, plus cette propension à l'activité était importante. En milieu scolaire, Bauer *et al.* (2004), dans Vartanian et Shaprow (2008) avaient, effectivement, constaté un lien entre les moqueries d'enfants envers leurs camarades en surpoids et l'engagement de ces derniers dans des activités physiques effectuées à l'école. En revanche, si notre étude démontre que les remarques désagréables d'enfants sont liées à une plus grande activité physique, leurs résultats indiquaient au contraire de plus grandes réticences, de la part des enfants en surpoids, à s'engager dans des activités physiques à l'école suite à des remarques de leurs pairs. De même, Vartanian et Novak (2011) avaient noté que le vécu d'expériences stigmatisantes relatives au poids était un bon prédicteur de l'évitement d'exercices physiques. Au demeurant, nos résultats s'avèrent être en contradiction avec ceux des recherches antérieures. Cependant, si nous nous intéressons au nombre de patients ayant complété ce test, nous notons que, pour cette mesure, et seulement pour celle-ci, les répondants étaient relativement peu nombreux (i.e., n=47), comparés au nombre de personnes interrogées au total dans notre étude (N=94). Par conséquent, nous avons, d'une part, un échantillon, de patients en situation d'obésité, très (trop) faible pour pouvoir vraiment conclure en terme de population active. D'autre part, ce manque de réponses de la part de la moitié de nos participants pose la question d'une simple négligence, d'une incompréhension du test ou d'un évitement délibéré de leur part. Au vu des résultats précédemment cités, nous serions tentés d'arguer en faveur de cette dernière option, c'est-à-dire de penser que ce

manque de répondants refléterait une forme d'évitement (du report) de leurs activités physiques. Néanmoins, seule une nouvelle étude permettrait de sélectionner la meilleure explication à cet « absentéisme ».

Pour ce qui est de leur alimentation, si la plupart des patients répondaient ne pas manger en fonction de stimuli extérieurs (e.g., manger suite à une odeur prégnante de pain au chocolat, à la vision d'un plateau de fromages, etc.), une grande partie de notre échantillon affirmait avoir tendance à pratiquer la restriction alimentaire (e.g., sauter un repas, etc.) et à manger en fonction de leurs émotions (e.g., manger par tristesse, colère, ennui, etc.). Le recours à la restriction alimentaire était positivement associé aux commentaires inappropriés de la part des médecins et à la discrimination au travail. Ces observations sont comparables à celles relatées dans la littérature existante. Effectivement de manière générale, le fait d'être victime d'une stigmatisation semble associé à de mauvaises habitudes alimentaires. Dans une étude récente, Sutin, Robinson, Daly et Terracciano (2016) ont observé que les participants qui relataient souffrir de discrimination - que ce soit par rapport à leur genre, leur ethnie, leur âge, leurs ascendants, *leur poids*, leur religion ou leur handicap physique - étaient également ceux qui affirmaient le plus avoir des repas irréguliers (i.e., heure des repas différentes selon les jours et intervalles entre les repas irréguliers) et « manger à s'en rendre malade ». Concernant la stigmatisation relative au poids avec la version longue du CRI (= 21 catégories de stratégies), Puhl et Brownell (2006) avaient constaté que le vécu de discrimination au travail était positivement lié à la mise de place de régimes. Par ailleurs, dans leur étude longitudinale, Haines *et al.* (2006) avaient constaté que des filles ayant indiqué avoir souffert de railleries sur leur poids pendant leur adolescence initiaient davantage de régimes, 5 ans plus tard, comparées à celles qui n'avaient pas rapporté avoir subi de telles moqueries. De même, comme nous l'avons mentionné, Neumark-Sztainer *et al.* (2002), dans Hunger *et al.* (2015), avaient remarqué que le vécu de moqueries relatives au poids était lié à la consommation de pilules amaigrissantes et aux sauts de repas, chez des jeunes filles et des jeunes garçons.

Dans notre étude, l'alimentation guidée par les émotions était, quant à elle, en lien avec le fait d'avoir souvent entendu des suppositions négatives de la part des autres. Ceci est également semblable aux données obtenues par les recherches antérieures. Ainsi, avec la version longue du CRI, Myers et Rosen (1999), puis Puhl et Brownell (2006) avaient remarqué que, suite à des expériences stigmatisantes, la consommation alimentaire était une des stratégies privilégiées par les personnes en surpoids qui les subissaient. Puhl et Brownell (2006) avaient noté, comme nous, que ce lien était particulièrement fort pour le vécu de

suppositions négatives de la part d'autrui. Auprès d'émiraties, O'Hara, Tahboub-Schulte et Thomas (2016), avaient, quant à eux, observé que plus elles avouaient avoir été gênées par des remarques sur leur poids de la part d'autrui, de leur famille et de leurs amis, plus elles rapportaient également des comportements symptomatiques des troubles alimentaires. Notre étude montre également que l'« alimentation émotionnelle » des patients est liée au fait d'utiliser fréquemment les stratégies d'isolement/pleurs et de discours internes négatifs suite à des expériences stigmatisantes. Là encore, ces observations semblent soutenir celles des recherches existantes. En effet, Ashmore *et al.* (2008) avaient, par exemple, constaté que le vécu d'un événement stigmatisant entraînait une détresse psychologique auprès des individus qui en souffraient, détresse psychologique qui, à son tour, les conduisait à avoir des crises de boulimie. De même, l'étude récente de O'Brien *et al.* (2016), basée sur des témoignages de personnes obèses et non obèses, a révélé que des niveaux élevés de stigmatisation relative au poids étaient associés à des niveaux élevés de consommations émotionnelles et de pertes de contrôle face à la nourriture. De plus, ils constatèrent que l'effet du vécu de la stigmatisation relative au poids sur leurs mesures alimentaires (i.e., alimentation émotionnelle, consommation incontrôlée et restriction cognitive) était médiatisé par le niveau de détresse psychologique des participants (i.e., dépression, anxiété et stress) et leur niveau d'internalisation de la stigmatisation.

En somme, cette dernière partie de résultats met en évidence un double impact de la stigmatisation relative au poids : un impact direct, car lié au vécu de la stigmatisation elle-même, et un impact indirect, puisque découlant des comportements adoptés pour faire face à cette stigmatisation. Ces dernières données révèlent, effectivement, l'existence de relations particulières entre certains états psychologiques (i.e., dépression, santé mentale, bien-être psycho-sociale, etc.) et certains comportements (i.e., impulsivité, pratiques physiques et conduites alimentaires) des patients avec leur vécu d'expériences stigmatisantes et leurs stratégies de coping mises en place en raison de ce vécu. Notre étude n'étant réalisée qu'auprès de patients admis au sein d'un service nutrition, il serait intéressant de vérifier si ces relations, ou de nouveaux liens, apparaissent auprès de personnes obèses qui ne sont pas, elles, engagées dans une démarche de soins. De même, les liens établis le sont sur la base de mesures subjectives. Il aurait été pertinent d'utiliser des mesures plus objectives pour certains comportements, telles qu'un semainier détaillé pour les habitudes alimentaires (e.g. repas détaillés sur 1 semaine, niveau de faim, contextes, émotions associées, etc.). Néanmoins, bien que de telles comparaisons et mesures n'aient été exploitées, de par ses questionnaires et les témoignages des patients, cette étude renforce l'idée que le vécu d'une stigmatisation relative

au poids de la part de personnes en surcharge pondérale est tout sauf un évènement que nous pourrions qualifier d'anodin. En effet, cette stigmatisation que la société impose aux personnes en surcharge pondérale apparaît bien réelle, tout comme la souffrance qui lui est associée. Cette souffrance, témoignée par les patients obèses de notre étude, nous rappelle qu'il est essentiel d'améliorer le bien-être des personnes en surpoids en poursuivant des recherches visant à réduire cette stigmatisation relative au poids et en prenant des mesures sociétales leur permettant une meilleure intégration : par exemple, agencer les lieux publics en fonction des personnes fortes, confectionner des habits grandes tailles attrayants, créer du matériel médical et sportif adapté aux personnes corpulentes, etc.

L'intérêt de cette seconde étude réside donc dans sa contribution à démontrer et étayer l'existence de liens entre la stigmatisation relative au poids, les stratégies de coping mises en place pour faire face à cette stigmatisation, le bien-être psychologique des individus obèses, leurs comportements alimentaires et leur pratique d'activités physiques. Enfin, cette étude est intéressante car elle questionne sur la nature de ces relations existantes, et, par conséquent offre de nouvelles perspectives de recherches. Cette seconde étude montre effectivement que la stigmatisation et les stratégies de coping pour y faire face sont associées à des conduites alimentaires inadaptées (e.g., manger en fonction de ses émotions, restreindre cognitivement leur prise alimentaire, etc.). De même, malgré des résultats en demi-teinte sur ce point, la stigmatisation semblerait également liée à l'évitement de pratiques d'exercices physiques. Or, l'observation de tels liens interroge sur leur rapport de causalité et le sens de cette causalité. Les résultats de notre étude fourniraient-ils un noyau de vérité aux stéréotypes véhiculés dans notre société ? Pour rappel, l'étude de notre premier chapitre indiquait, qu'en France, les personnes en surpoids étaient stigmatisées sur leurs habitudes alimentaires (i.e., consommation alimentaire trop grasse et conséquente) et leurs activités physiques (i.e., paresseux, inactifs, etc.). Ou, au contraire, seraient-ils la preuve que la stigmatisation relative au poids peut, elle-même, conduire les personnes obèses à adopter les comportements alimentaires et sportifs reprochés ?

Les travaux préexistants n'ont pas, jusqu'alors, démontré que, de manière générale, les personnes en surpoids mangent réellement plus et font vraiment moins d'activités physiques que les personnes de poids moyen (Chaput *et al.*, 2014). Par contre, nombreuses études ont déjà permis de montrer que, dans des contextes de stigmatisation (plus ou moins) saillante, des personnes stigmatisées, désirant pourtant échapper aux croyances négatives véhiculées à leur égard, émettaient, paradoxalement, des comportements conformes à ces croyances. Ces

différents travaux mettent en évidence un phénomène bien connu, en psychologie sociale, appelé « menace du stéréotype » (Steele et Aronson, 1995). Ainsi, au vu de nos résultats et de la littérature existante, nous serions tentés de supposer que les personnes en surpoids pourraient également être victimes du phénomène de menace du stéréotype, et, par conséquent, confirmer l'idée que la stigmatisation relative au poids dont souffre les personnes obèses peut-être à l'origine de conduites alimentaires inadaptées et d'une moindre activité physique de leur part.

Ces hypothèses peuvent être renforcées par le fait que, dans cette seconde étude, les patients obèses affirmaient pratiquer des comportements crédibilisant les stéréotypes existants à leur égard (e.g., restriction alimentaire, alimentation émotionnelle, éviter de répondre pour les activités physiques), alors même qu'ils indiquaient, eux-mêmes, croire en l'utilité de la pratique d'exercices physiques et l'inefficacité de la restriction alimentaire dans le processus de perte de poids. Cette incohérence entre les croyances des patients et leurs actions pourraient, effectivement, traduire l'impact de la stigmatisation relative au poids. *Via* le phénomène de menace du stéréotype, la stigmatisation relative au poids amènerait ainsi les personnes obèses à produire l'inverse de ce qu'ils voudraient. La stigmatisation relative au poids serait alors l'interférence qui expliquerait cet écart entre ce que les patients pensent et ce qu'ils font réellement.

Le dernier chapitre de cette thèse aura donc pour objectif de (1) définir le phénomène de menace du stéréotype et ses mécanismes, et (2) vérifier expérimentalement si les personnes en surpoids peuvent être, comme d'autres populations stéréotypées, victimes de ce dernier. Les données concernant l'évitement des activités physiques n'étant pas totalement certifiées, nous nous contenterons d'examiner l'effet de la stigmatisation relative au poids sur la prise alimentaire de personnes en surcharge pondérale.

~ *Chapitre 3* ~

Impact de la Stigmatisation Relative au Poids sur l'Alimentation des Personnes en Surpoids *via* le Phénomène de Menace du Stéréotype - *Approche Causale*

« [...] l'homme soumis aux affects est sous l'autorité non de lui-même, mais de la fortune, au pouvoir de laquelle il se trouve à ce point qu'il est souvent forcé, quoiqu'il voie le meilleur pour lui-même, de faire pourtant le pire. »

(Ethique, B. Spinoza, 1925, traduction de B. Pautrat, 1988)

I. La menace du stéréotype

La première étude présentée dans le cadre de cette thèse a permis de montrer, qu'en France, les personnes en surcharge pondérale sont victimes de stéréotypes négatifs concernant leur alimentation. En effet, d'après les participants que nous avons interrogés, les individus en surpoids manqueraient de volonté face à la nourriture et auraient donc tendance à s'alimenter de façon trop grasse et trop conséquente. L'étude présentée dans le chapitre précédent a, elle, révélé l'existence d'une relation positive entre le vécu d'expériences stigmatisantes relatives au poids et l'adoption de conduites alimentaires inadaptées. Si, pour certains, cette dernière observation confirmerait la mauvaise alimentation des personnes en surpoids et justifierait les croyances véhiculées à leur égard, nous nous sommes demandés si, au contraire, ce ne serait pas la stigmatisation relative au poids qui entraînerait les personnes en surpoids à émettre des comportements alimentaires consistants avec les stéréotypes concernant leur alimentation. Le fait de se comporter, dans des contextes stigmatisants, de manière conforme aux stéréotypes existants à propos de notre groupe d'appartenance, est nommé, par les psychologues sociaux, le « phénomène de menace du stéréotype » (Steele et Aronson, 1995).

Par conséquent, l'objectif de ce dernier chapitre était de vérifier si, en France, les personnes en excès de poids peuvent être victimes du phénomène de menace du stéréotype. Plus précisément, nous désirions savoir si les stéréotypes attribuant de mauvaises habitudes alimentaires aux personnes en excès de poids peuvent les amener, *via* le phénomène de menace du stéréotype, à produire des comportements alimentaires consistants avec ces croyances (i.e., augmenter leur prise alimentaire). La stigmatisation envers une catégorie sociale étant la condition inhérente à ce phénomène, les individus en surpoids/obèses semblent être une population susceptible de souffrir de cette menace.

1.1 Définition

La menace du stéréotype, comme son nom l'indique, reflète le sentiment de menace éprouvé face aux stéréotypes véhiculés à propos de nos groupes d'appartenance. Plus précisément, ce phénomène est associé, dans un premier temps, à la peur de confirmer les stéréotypes associés à nos groupes d'appartenance dans des contextes où ils sont rendus saillants et applicables. Puis, dans un second temps, il renvoie au fait que cette crainte nous conduit paradoxalement à valider les stéréotypes liés à nos groupes sociaux en émettant des comportements en adéquation avec leurs contenus.

1.2 Etude princeps

Initialement étudié pour expliquer l'échec scolaire de certaines minorités ethniques stigmatisées sur leurs compétences intellectuelles, le concept de menace du stéréotype a été introduit dans la littérature scientifique pour la première fois par Claude Steele et Joshua Aronson (1995). Plus précisément, en s'appuyant sur les stéréotypes négatifs à l'égard des capacités intellectuelles des personnes de couleur noire, ces auteurs ont observé qu'à un test évaluant ce type de compétences, les participants de couleur noire avaient de moins bonnes performances que les individus de couleur blanche lorsque ce test était exposé comme étant une mesure représentative des capacités intellectuelles (condition diagnostique de leur capacité). En revanche, ils obtenaient des performances équivalentes lorsque ce même test était présenté comme une simple tâche de résolution de problème (condition non diagnostique). Ainsi, les résultats obtenus par les auteurs permettent de montrer que les personnes de couleur noire ont été victimes de menace du stéréotype, car seules celles placées en condition diagnostique ont confirmé leur supposé manque de compétences intellectuelles, en ayant des scores au test d'intelligence beaucoup plus faibles que les participants de couleur noire en condition non diagnostique, et que les participants de couleur blanche (qu'ils soient en condition diagnostique ou non).

1.3 Les personnes vulnérables à la menace du stéréotype

Les stéréotypes négatifs comptent une multitude de cibles : les personnes de couleur noire (Allport et Postman, 1946, cités par Leyens, 2012 ; Cottrell et Neuberg, 2005), les femmes (Chatard, Guimond et Selimbegovic, 2007), les personnes âgées (Fiske, Cuddy, Glick et Xu, 2002; Cuddy, Norton et Fiske, 2005; Joannis, Gagnon et Voloaca, 2012), les individus provenant d'un milieu socioéconomique défavorisé (Régner, Huguet et Monteil, 2002), dont les personnes sans emploi (Bourguignon et Herman, 2007), etc. Par conséquent, depuis l'étude princeps de Steele et Aronson (1995), de nombreux chercheurs se sont attachés à vérifier l'existence et les effets de la menace du stéréotype auprès de ces populations stigmatisées.

Ainsi, plusieurs travaux ont montré que, à l'instar des personnes afro-américaines, toutes ces populations négativement stéréotypées pouvaient également être victimes du phénomène de menace du stéréotype. En effet, Spencer, Steele et Quinn (1999), cités par Leyens, Désert, Coizet et Darcis (2000), ont par exemple constaté que des femmes obtenaient

des performances en mathématiques égales à celles des hommes lorsque la présentation du test n'insistait pas sur les différences de genre concernant de telles capacités. En revanche, lorsque la consigne rendait saillante une telle évaluation, les performances des femmes se détérioraient par rapport à celles des hommes. De plus, dans l'étude de Shih *et al.* (1999) portant sur les stéréotypes « les femmes sont incompétentes en mathématiques » versus « les asiatiques sont doués en mathématiques », des femmes asiatiques obtenaient des performances *inférieures* à une tâche de mathématiques comparées à un groupe de femmes n'ayant reçu aucune consigne particulière (49% de réponses correctes) lorsque leur identité *sexuelle* était rendue saillante (43% de réponses correctes). En revanche, leurs performances étaient *supérieures* lorsque leur identité *ethnique* était mise en avant (54% de réponses correctes). De même, McGlone et Aronson (2006) ont observé que des femmes, menacées par leur identité sexuelle, réussissaient moins bien à une tâche de rotation mentale que des femmes pour lesquelles l'identité sexuelle n'était pas mise en évidence et des hommes menacés ou non. Dans la même veine, Moé (2009) a constaté que des femmes obtenaient de moins bonnes performances que des hommes à une tâche de rotation mentale lorsqu'elles recevaient une consigne présentant les hommes comme plus doués que les femmes dans ce domaine ou lorsque la consigne n'évoquait aucune différence entre les hommes et les femmes. En revanche, elles réussissaient mieux que les hommes lorsque la consigne décrivait les femmes comme plus compétentes que les hommes en rotation mentale.

Si nous nous intéressons aux résultats obtenus auprès des personnes âgées, Levy (1996), exposé par Shih *et al.* (1999), a observé que ces dernières n'ont pas obtenu les mêmes performances à une tâche de mémorisation selon le type d'amorçage auquel elles ont été soumises avant de la réaliser: amorçage positif *vs.* négatif envers les personnes âgées. Effectivement, celles ayant été confrontées à une vision négative de la vieillesse ont obtenu de moins bons résultats au test que celles ayant reçu une vision positive. Hess, Auman, Colombe et Rahhal (2003), ainsi que Mazerolle, Régner, Morisset, Rigalleau et Huguet (2012) répliquèrent ces résultats. Avec l'ajout d'un groupe de personnes âgées recevant une consigne neutre, les résultats de Hess *et al.* (2003) suggèrent même qu'en absence de consigne prêtant de faibles capacités de mémorisation aux personnes âgées, ces dernières vérifient cette vision négative. En effet, s'ils observèrent un meilleur rappel de la part des personnes âgées ayant reçu une consigne positive comparées à celles ayant reçu une consigne neutre, aucune différence significative en termes de performances n'a été constatée entre les personnes âgées ayant eu une consigne négative et celles ayant eu une consigne neutre.

De façon similaire, en ce qui concerne le statut socio-économique (SSE), Croizet et Claire (1998) ont observé, lors d'un test impliquant les capacités verbales, que des étudiants français ayant un bas SSE donnaient moins de réponses correctes, complétaient moins d'items et les réponses renseignées étaient moins exactes en condition tâche diagnostique et appartenance catégorielle saillante que des personnes de bas SSE n'ayant ni une consigne diagnostique, ni une appartenance catégorielle saillante et que des personnes de haut SSE, peu importe la condition expérimentale. Ces résultats ont été répliqués auprès d'une population américaine par Spencer et Castano (2007). Dans cette étude, les étudiants ayant un SSE inférieur obtenaient, à un test évaluant les capacités intellectuelles, des performances significativement moins bonnes lorsque leur SSE était saillant et que la tâche était présentée comme diagnostique, en comparaison de la performance obtenue au même test décrit comme une tâche de perception et sans saillance du SSE. La menace du stéréotype relatif au SSE se constate même auprès des enfants. En effet, Désert, Préaux et Jund (2009) ont observé que des enfants à bas SSE avaient eu des scores inférieurs aux matrices de Raven lorsque les consignes étaient exposées en terme d'évaluation des performances, comparés à ceux obtenus sans instructions d'évaluation. Dans la même lignée, Herman, Bourguignon, Stinglhamber et Jourdan (2007) ont constaté que l'activation de l'identité de chômeurs diminuait les performances de lecture de personnes en situation de chômage comparée à l'activation d'une identité sociale plus neutre.

Enfin, dans une situation (filmée) où les participants devaient garder des enfants, Bosson, Haymovitz et Pinel (2004) ont observé que des hommes homosexuels menacés par le stéréotype liant l'homosexualité à la pédophilie émettaient beaucoup plus de comportements anxieux non verbaux (e.g., mordre ses ongles, se mordiller les lèvres, avoir une posture raide, éviter les regards, etc.) que des homosexuels non menacés. De plus, ils étaient évalués comme étant moins compétents en terme de garde d'enfants par des juges aveugles aux enjeux et hypothèses de l'étude.

Bien que la totalité des études mentionnées insiste sur une chute de performance de la part des groupes dominés, il convient de préciser que la menace du stéréotype peut également affecter les performances d'individus appartenant à des groupes dominants. Par exemple, Leyens, *et al.* (2000) ont observé que des hommes blancs réalisant une tâche de décision affective réussissaient moins bien cette tâche lorsque sa présentation impliquait une différence entre les hommes et les femmes au niveau affectif, comparée à une présentation qui ne mettait pas en évidence une telle différence de genre. Dans la même veine, Smith et White (2002,

étude 2) ont observé que des hommes blancs, menacés par le stéréotype supposant une supériorité des asiatiques dans le domaine des mathématiques, réussissaient moins bien des exercices évaluant une telle capacité que des hommes blancs ayant lu un article contestant ces différences ethniques. Parmi un échantillon de participants blancs, Frantz, Cuddy, Burnett, Ray et Hart (2004) ont montré, quant à eux, que ceux ayant de fortes motivations à contrôler les préjugés étaient également ceux qui présentaient, lorsqu'ils étaient placés en condition menace, les plus hauts scores de racisme à un test IAT. Dans la même lignée, dans l'une de leurs études, Goff, Steele et Davies (2008) ont noté que, lors d'une discussion portant sur « les profils raciaux », des personnes blanches menacées sur leur supposé racisme anti-noirs mettaient davantage de distance physique avec des interlocuteurs de couleur noire comparés à des interlocuteurs de couleur blanche. En revanche, lorsque les échanges avaient pour sujet « l'amour et les relations », les auteurs ne notèrent aucune différence de distance selon la couleur de l'interlocuteur.

1.4 Les situations favorisant la menace du stéréotype

Les trois dernières études précédemment citées permettent de comprendre plus amplement l'importance du contexte dans le processus de menace du stéréotype. Au vu de ces résultats, il apparaît que tout individu peut être victime du phénomène de menace du stéréotype dès lors que la situation qu'il rencontre rend saillante et évaluable la croyance négative partagée à l'égard de son groupe d'appartenance. Ainsi, les études réalisées par Steele et Aronson (1995) ont permis de montrer que des contextes mettant en évidence le stéréotype dont l'individu est victime et/ou son identité groupale (*via* des questions d'ordre démographique) et/ou présentant la tâche à exécuter comme diagnostique de ses capacités, étaient des contextes propices à la menace du stéréotype. Depuis ces études, d'autres auteurs ont constaté que des situations jouant sur la présence d'un membre de l'endogroupe ou de l'exogroupe étaient également susceptibles d'engendrer un phénomène de menace du stéréotype. Marx et Goff (2005) ont, par exemple, révélé que la présence d'un membre compétent de l'exogroupe altérait négativement les performances des personnes stigmatisées. En revanche, la présence d'un membre compétent de l'endogroupe permettait de contrecarrer les effets délétères de la menace du stéréotype auprès des personnes stigmatisées.

Par ailleurs, Huguet et Régner (2007) ont noté que la saillance du statut dominé *via* la manipulation du genre de l'expérimentateur impactait négativement la performance de filles

âgées de 11 à 13 ans par rapport à celle de garçons du même âge à une tâche présentée comme étant un test de géométrie. En revanche, elle l'impactait positivement lorsque la tâche était exposée comme étant un test de dessin.

Au vu de ces travaux, le phénomène de menace du stéréotype semble apparaître à la fois avec une induction explicite et une induction implicite. Notons que par induction explicite, nous entendons tout type de menaces qui formulent sans équivoque le stéréotype à l'égard du groupe stigmatisé, que ce soit à travers un texte, une consigne diagnostique, etc. L'induction implicite se caractérise, elle, par une activation subtile du stéréotype à l'égard d'un groupe stigmatisé, par exemple, en rendant saillant l'identité groupale stéréotypée d'une personne, en jouant sur la présence d'une personne appartenant au groupe dominant, etc.

Bien qu'il ait été démontré que ces deux types d'induction pouvaient impacter négativement la performance des individus, il semblerait néanmoins qu'elles ne l'affectent pas de la même manière. Alors que l'induction implicite agirait comme un distracteur et créerait une surcharge cognitive néfaste à la concentration indispensable lors d'une tâche, l'induction explicite, elle, déclencherait la mise en place d'actions pour éviter l'échec, actions qui enrayeraient la fluidité des processus nécessaires à une exécution réussie (Stone et McWhinnie, 2008). De plus, leur impact dépendrait du groupe d'individus ciblé. En effet, des auteurs ont constaté que certains groupes étaient surtout sensibles à une menace explicite (e.g. les minorités ethniques), tandis que d'autres étaient plutôt vulnérables à une menace implicite (e.g. les femmes, Nguyen et Ryan, 2008). Par exemple, dans une tâche de négociation, Kray, Reb, Galinsky et Thompson (2004) ont répliqué le phénomène de menace du stéréotype auprès de femmes - les traits d'un bon négociateur (e.g., rationnel, affirmé, etc.) étant associés aux traits masculins, les femmes sont perçues comme de pauvres négociatrices (i.e., émotionnelles, passives, etc. - Néanmoins, cette observation d'un phénomène de menace du stéréotype sur les compétences de négociatrice des femmes n'a été observé que lorsque la menace était manipulée implicitement. En effet, lorsque la menace était explicite, ils observèrent un phénomène de réactance au stéréotype : les femmes adoptèrent des comportements conformes aux stéréotypes masculins, et donc, d'un « bon négociateur » (e.g., penser à leur propre gain, etc.).

L'étude de Kray *et al.* (2004) a confirmé que les femmes étaient davantage touchées par une menace implicite que par une menace explicite, mais elle a révélé également que le phénomène de menace du stéréotype pouvait s'étendre à d'autres contextes que celui des performances académiques. Dans la même veine, Stone, Lynch, Sjomeling et Darley (1999) ont observé que des individus noirs obtenaient des performances moins bonnes à une tâche de

golf comparés à des personnes blanches lorsque cette tâche était présentée comme requérant de hautes capacités intellectuelles. En revanche, lorsque la présentation de cette dernière insistait sur le fait d'avoir des capacités athlétiques naturelles, ce sont les participants blancs qui étaient les moins performants. Hively et El-Alayli (2014) obtinrent le même pattern de résultats auprès de femmes soumises à la menace du stéréotype de genre en matière de performances sportives. Ainsi, comparées aux femmes non menacées et aux hommes, ces dernières réussissaient moins les exercices de basket et de tennis demandés. Au-delà du domaine sportif, les études ont permis de montrer que les femmes pouvaient également être victimes du phénomène de menace du stéréotype lors de tâches impliquant d'autres compétences telles que leurs capacités de négociatrices (Kray, Galinsky et Thompson, 2002 ; Kray *et al.*, 2004), ou encore de conductrices (Yeung et Von Hippel, 2008 ; Félonneau et Becker, 2011 ; Moè *et al.*, 2015). Concernant la conduite automobile, les travaux ont révélé que cette activité représentait également un environnement menaçant pour les personnes âgées (Lambert *et al.*, 2016).

1.5 Les conséquences de la menace du stéréotype

Toutes les études précédemment citées ont permis de montrer que l'induction d'une menace du stéréotype entraînait immédiatement une diminution des performances, académiques ou non, des personnes stigmatisées. Cependant, d'autres travaux ont permis de mettre en évidence le fait que la menace du stéréotype occasionnait également à court terme une modification des explications données à cette réduction des performances. En effet, les personnes menacées pouvaient remettre en cause leurs propres compétences et/ou le domaine évalué (i.e., son importance, sa pertinence, etc.). Par exemple, dans une tâche informatique où les participants étaient (non consciemment) mis en échec, Koch, Müller et Sieverding (2008) ont constaté que des femmes menacées sur leurs connaissances dans un tel domaine effectuaient beaucoup plus d'attributions internes à ce manque de réussite que des femmes non menacées. Dans une étude répliquant l'effet de menace du stéréotype auprès de femmes à un test de mathématiques, Lesko et Corpus (2006) ont observé que les participantes, menacées et fortement identifiées au domaine, discréditaient beaucoup plus la tâche qu'elles venaient d'effectuer que des femmes menacées faiblement identifiées au domaine et des hommes menacés, peu importe leur niveau d'identification. De même, dans un contexte de sélection au travail, Klein, Pohl et Ndagijimana (2007) ont constaté que des belges d'origine

sub-saharienne, soumis à la menace du stéréotype sur les performances intellectuelles des africains, échouaient plus à un test d'intelligence que ceux non soumis à cette menace et étaient également ceux qui effectuaient le plus d'attributions externes à leur échec. Ainsi, ils affirmaient (a) être trop fatigués et distraits, (b) manquer de temps et d'informations, et (c) ne pas avoir un test adapté à leur nationalité.

Bien que la plupart des études mentionnées se soient uniquement focalisées sur les effets à court terme de la menace du stéréotype, et que, pour des raisons d'ordre pratique et temporel, les travaux présentés dans cette thèse seront principalement centrés sur de tels effets, il faut savoir que la menace du stéréotype agit également à long terme. Effectivement, de nombreux travaux ont permis d'observer que les personnes stigmatisées soumises de manière chronique à la menace du stéréotype mettaient en place des stratégies ayant pour but de conserver une bonne estime de soi malgré un échec. Ainsi, les études montrent qu'à long terme, les individus tendent à (1) se désidentifier de leur groupe d'appartenance social, (2) se désengager et se désidentifier du domaine concerné, et (3) changer leurs aspirations et leurs identités professionnelles (Woodcock, Hernandez, Estrada, et Schultz, 2012). Concernant la désidentification au groupe, Pronin, Steele et Ross (2004) ont, par exemple, observé que des femmes menacées et fortement identifiées au domaine des mathématiques s'identifiaient davantage avec des traits (masculins) jugés désirables pour le domaine des mathématiques plutôt qu'avec des traits (féminins) considérés comme non pertinents pour une réussite dans cette matière. Par rapport au désengagement et à la désidentification au domaine, l'étude longitudinale de Osborne et Walker (2006), débutée en 1999 dans une université américaine, a révélé que plus les minorités étudiantes avaient un niveau d'identification académique élevé, plus le risque qu'elles abandonnent leur cursus scolaire l'était également. Cet abandon d'un domaine important serait une stratégie consistant à échapper à la menace du stéréotype leur attribuant de faibles capacités intellectuelles et donc à conserver une bonne estime de soi (i.e., « Je ne manque pas de compétences intellectuelles, mais la discipline ne m'intéresse pas »). L'abandon scolaire de la part des ethnies minoritaires dénoterait bien un effet de menace du stéréotype, puisque les auteurs ont observé que pour le groupe dominant, ici les étudiants caucasiens, une forte identification académique était synonyme de moins de risques de décrochage. Par ailleurs, Major, Spencer, Schmader, Wolfe et Crocker (1998) ont montré qu'après un échec, comparés à des participants européens, des participants africains gardaient une bonne estime d'eux-mêmes, surtout lorsqu'ils étaient fortement désengagés vis-à-vis du domaine d'évaluation. Concernant les aspirations et identités professionnelles, Good, Rattan et Dweck (2012) ont constaté, lors d'une étude longitudinale menée auprès d'étudiants en

mathématiques, que les femmes de leur échantillon qui percevaient leur environnement universitaire comme très stéréotypé au niveau du genre ou ayant une vision stable de l'intelligence, étaient celles dont le sentiment d'appartenance aux mathématiques et les intentions de continuer dans un tel domaine étaient les plus faibles. De même, comparées à des femmes étudiant dans une filière à dominante féminine (e.g., art, sciences humaines et sociales), Steele, James et Barnett (2002) ont constaté que des femmes évoluant dans une filière à dominante masculine (e.g., sciences, ingénierie, mathématiques), (a) se sentaient davantage discriminées par rapport à leur sexe, (b) étaient plus menacées par les stéréotypes négatifs de genre leur attribuant des capacités inférieures à celles des hommes, (c) anticipaient le fait d'être discriminées si elles poursuivaient dans une carrière en lien avec leur domaine d'étude, et (d) avaient plus de chances d'envisager un changement de voie. Enfin, dans leur étude menée auprès de travailleurs âgés, Von Hippel, Kalokerinos et Henry (2012) ont constaté que la menace du stéréotype envers ces travailleurs était corrélée négativement avec leur satisfaction et leur engagement au travail, et positivement avec leurs intentions de démissionner et de partir en retraite.

1.7 Les modérateurs de l'effet de menace du stéréotype

Si, au vu de cet éventail de travaux, il semblerait aisé de conclure que toute personne stigmatisée est obligatoirement sujette aux conséquences à court et long terme de la menace du stéréotype, il n'en est rien. En effet, il apparaît que le phénomène de menace du stéréotype est un processus complexe dont les effets peuvent être modérés par divers facteurs. Ainsi, plusieurs études ont permis de montrer que des variables inhérentes aux personnes stéréotypées, ou en lien avec le contexte, étaient susceptibles de diminuer l'effet de menace du stéréotype. Certains auteurs ont alors noté que le degré d'identification accordé au groupe social visé par le stéréotype et le degré d'importance alloué au domaine concerné par le stéréotype pouvaient moduler l'impact de la menace du stéréotype sur les performances (Schmader, 2002, Armenta, 2010 et Keller, 2007). Plus les personnes s'identifient à leur groupe social d'appartenance et accordent de l'importance au domaine ciblé par le stéréotype, plus il est probable qu'elles souffrent du phénomène de menace du stéréotype. Néanmoins, dans leur étude, Davis, Aronson et Salinas (2006) ont observé auprès d'Afro-américains que cet effet de l'identification au groupe d'appartenance, ici ethnique, était surtout vrai lorsque les individus étaient placés en condition menace du stéréotype faible (= consigne d'évaluation

des performances sans mentionner les capacités verbales). En condition menace du stéréotype forte (= consigne d'évaluation des capacités verbales), les auteurs n'ont pas constaté d'effet du niveau d'identification à son groupe ethnique. Cela suggérerait que lorsque la menace du stéréotype est élevée, le niveau d'identification à son groupe d'appartenance ne permettrait pas d'être plus ou moins affecté(e) par celle-ci.

En plus de l'identification au groupe et au domaine, des études ont permis de révéler que les niveaux de conscience et d'adhésion au stéréotype pouvaient également impacter l'effet de menace du stéréotype. Pinel (1999) avait, par exemple, constaté que des femmes ayant un haut niveau de conscience de la stigmatisation de genre renonçaient à des situations en lien avec les stéréotypes de genre, par peur de les confirmer (i.e., renoncer à s'intéresser ou être interrogé sur des sujets typiquement masculins comme les noms des voitures automobiles, l'armée, etc., comparés à des sujets neutres tels que le corps humain). Cela suggère que la conscience de la stigmatisation amène des individus à éviter des situations dans lesquelles ils pourraient confirmer des croyances négatives à leur égard, c'est-à-dire à éviter des contextes qu'ils anticipent menaçants.

De même, lors d'un paradigme de menace du stéréotype classique, Brown et Pinel (2003) ont noté que les femmes les plus conscientes de la stigmatisation existante à leur sujet étaient celles qui obtenaient les moins bonnes performances à un test de mathématiques. Mckown et Weinstein (2003) répliquèrent ces résultats avec des enfants âgés de 6 à 10 ans. Dans leurs études, seuls les enfants afro-américains et latins conscients des stéréotypes partagés à leur égard ont vu leur performance cognitive affectée négativement par la menace du stéréotype. Schmader, Johns et Barquissau (2004) avaient noté que des femmes qui adhéraient aux stéréotypes de genre étaient plus sensibles aux effets du phénomène de menace du stéréotype que les femmes qui n'accordaient pas une telle légitimité aux stéréotypes.

De plus, certaines études ont également permis d'observer que les personnes habituées à expliquer leurs performances de manière interne (Cadinu, Maass, Lombardo et Frigerio, 2006), ayant une forte personnalité proactive (= chercher à agir sur son environnement) (Gupta et Bhawe, 2007), ayant un faible niveau d'éducation (Andreolletti et Lachman, 2004) ou préoccupées par le statut qu'elles occupent (Josephs, Newman, Brown et Beer, 2003) étaient plus sensibles à la menace du stéréotype. En revanche, les individus ayant beaucoup d'humour (Ford, Ferguson, Brooks et Hagadone, 2004), une affirmation de soi intrinsèque (i.e., une affirmation qui repose sur des valeurs personnelles précieuses pour soi, à distinguer de l'affirmation de soi extrinsèque qui repose plutôt sur des valeurs sociétales importantes pour soi telles que des normes, Schimel, Arndt, Banko et Cook, 2004) et une forte

envie/capacité à contrôler leurs propres émotions afin de cultiver une image publique désirable (Von Hippel *et al.*, 2005) étaient davantage protégés face à un environnement menaçant.

Enfin, certaines variables modératrices ne seraient pas en lien avec la personne, mais avec le contexte. Des auteurs ont ainsi montré que l'apparition ou non d'un effet de menace du stéréotype pouvait dépendre de la pertinence et de la difficulté de la tâche demandée. Par exemple, Smith et White (2002) ont répliqué le phénomène de menace du stéréotype auprès de femmes menacées seulement lorsque le test de mathématiques était pertinent à leurs yeux, c'est-à-dire lorsqu'il ressemblait aux examens académiques de mathématiques (condition test typique). Lorsque le test de mathématiques ne correspondait pas aux évaluations de mathématiques habituelles (condition test atypique), les femmes menacées obtenaient des performances équivalentes aux participantes en condition contrôle. Par ailleurs, alors que dans un paradigme de menace du stéréotype classique, aucune différence n'a été observée en terme de difficulté de la tâche pour les hommes, O'Brien et Crandall (2003) ont démontré que des femmes en condition menace étaient moins précises que des femmes en condition non menace lorsque les problèmes de mathématiques étaient difficiles. En revanche, elles réussissaient mieux les problèmes de mathématiques faciles. Neuville et Croizet (2007) ont retrouvé le même pattern de résultats auprès de filles et de garçons âgés entre 7 et 8 ans.

1.8 Les mécanismes sous-jacents à la menace du stéréotype

Si les conséquences et les modérateurs de la menace du stéréotype sont connus et robustes, l'ensemble des mécanismes sous-jacents à ce phénomène n'est pas clairement établi. En effet, l'impact de la menace du stéréotype sur les performances des personnes concernées par la stigmatisation est expliqué par diverses variables. Ainsi, à ce jour, les recherches ont révélé que la chute de performance observée pouvait résulter de l'effet de la menace du stéréotype sur : les attentes de performances, le niveau d'attention allouée à la tâche, la créativité, l'anxiété, les pensées et les capacités de mémoire de travail (MDT) des personnes soumises à un tel phénomène (Croizet, Désert, Dutrévis et Leyens, 2001 ; Désert, Croizet et Leyens, 2002 ; Croizet *et al.*, 2004).

A propos des attentes de performance, Stangor, Carr et Kiang (1998) ont observé que l'activation explicite ou implicite des stéréotypes lors de la présentation d'une tâche pouvait

diminuer les attentes de performances des participants à une tâche subséquente en lien avec le domaine concerné par le stéréotype, et ce, même si, lors d'une première tâche, ils avaient reçu un feedback positif. Par rapport à l'attention portée à la tâche, Beilock, Jellison, Rydell, McConnell et Carr (2006) ont révélé que la chute de performance de golfeurs à une tâche de « putting », observée en condition menace du stéréotype, s'expliquait par une trop forte attention allouée à cette tâche de la part des joueurs. En effet, les auteurs ont observé que la diminution de performances apparaissait seulement lorsque, n'exécutant que la tâche de « putting », l'attention des golfeurs pouvait être entièrement allouée à cette tâche. Par contre, la réduction des performances disparaissait en double tâche, c'est-à-dire lorsque leur attention n'était plus focalisée seulement sur la tâche de « putting », mais était divisée entre cette tâche et une seconde tâche à effectuer en parallèle.

Dans leurs études, Seibt et Förster (2004) ont constaté que l'activation d'un stéréotype positif amenait les personnes concernées par celui-ci à mettre en place des stratégies visant à accéder à la réussite (= promotion), alors que l'activation d'un stéréotype négatif les conduisait à utiliser des stratégies ayant pour but d'éviter l'échec (= prévention). De plus, ils ont montré que l'activation d'un stéréotype négatif *via* l'utilisation de stratégies de prévention engendrait une meilleure précision des réponses, mais malheureusement aussi une moins bonne rapidité d'exécution et une réduction des capacités créatives chez les participants par rapport à l'activation d'un stéréotype positif.

Concernant l'anxiété, Delgado et Prieto (2008) ont montré que la menace du stéréotype provoquait des différences de genre en terme de réussite à un test de mathématiques seulement lorsque les femmes étaient anxieuses vis-à-vis de cette matière. Lors d'une étude corrélationnelle, Cole *et al.* (2007) ont montré que, bien qu'aucune différence en termes de performance n'ait été notée en début d'année entre des étudiants minoritaires d'une université canadienne (i.e. des étudiants d'origine arabe, asiatique, hispanique, etc.) et des étudiants caucasiens de la même université, en fin d'année scolaire, les étudiants minoritaires affichaient de moins bonnes performances que ceux caucasiens. De plus, il est apparu que la diminution de performances des étudiants minoritaires au cours de l'année était reliée à (1) une augmentation progressive d'états anxieux et dépressifs plus importante que celle des étudiants caucasiens, et (2) à une perception de supports académiques plus faible. Osborne (2001), quant à lui, avait observé une médiation partielle de l'anxiété sur la réussite à des tests de mathématiques et de vocabulaire auprès d'afro-américains et de latins comparés à des américains blancs, ainsi qu'auprès de femmes comparées à des hommes. Enfin, Marx et Stapel (2006) ont souligné l'importance de

distinguer l'anxiété de la frustration dans le phénomène de menace du stéréotype. Les auteurs entendent ici l'anxiété comme l'émotion associée au stress éprouvé avant un événement avec enjeu, et la frustration comme l'émotion liée à la colère et la déception ressenties face à un échec. Ainsi, ils observèrent que l'anxiété opérerait plutôt en début de processus pour laisser place ensuite à de la frustration. Plus précisément, ils constatèrent que, avant de réaliser un test de mathématiques, les femmes soumises à la menace du stéréotype ressentaient beaucoup plus d'anxiété que les femmes non menacées et les hommes. En revanche, à la fin du test, leur niveau d'anxiété devenait équivalent à celui des trois autres groupes expérimentaux. À l'inverse, alors qu'aucune différence en termes de frustration n'était observée en début d'épreuve entre les participants, les auteurs observèrent que, à l'issue de cette dernière, les femmes menacées éprouvaient beaucoup plus de frustration que les participants des autres conditions. Par ailleurs, Johns, Inzlicht et Schmader (2008) ont montré que ce n'est pas tant l'anxiété qui perturbait les performances à une tâche, mais la gestion de cette anxiété. En effet, dans un premier temps, à l'instar d'autres travaux précédemment évoqués, les auteurs ont remarqué que des femmes en condition menace du stéréotype avaient de moins bonnes performances à des tâches de Stroop, de mathématiques et/ou de mémorisation que des femmes non menacées. Cependant, ils ont également constaté que, en comparaison des participantes non menacées, celles menacées s'efforçaient, en parallèle de la tâche demandée, à réguler leur anxiété en tentant de la supprimer. Le même pattern de résultats était observé auprès de personnes latines comparées à des individus de type caucasien. Ainsi, les auteurs montrèrent qu'essayer de réguler son anxiété durant une tâche diminue les performances à celle-ci, puisqu'une telle régulation entraîne la consommation d'une partie des ressources exécutives nécessaire à sa réussite. En plus des fonctions exécutives, la plupart des tâches que nous sommes amenés à produire sollicite ce que nous appelons notre mémoire de travail (Gaonac'h et Fradet, 2003). Or, Schmader et Johns (2003) ont constaté que la menace du stéréotype diminuait les capacités de mémoire de travail des personnes touchées par le contenu de cette stigmatisation. En effet, ils ont observé que des femmes placées en condition de menace du stéréotype réussissaient moins bien une tâche évaluant les capacités de mémoire de travail que des femmes non menacées et des hommes menacés ou non. De plus, ils observèrent le même pattern de résultats auprès de personnes latines comparées à des personnes de couleur blanche. Au final, ces auteurs ont surtout montré que cette réduction des capacités de mémoire de travail n'était pas seulement une conséquence négative de la menace du stéréotype, mais agissait comme un médiateur de celle-ci sur les performances académiques des individus. En effet, ils constatèrent qu'au-delà d'être en échec sur une tâche

de capacité de mémoire de travail, des femmes menacées réussissaient également moins bien une tâche subséquente de mathématiques comparées à des femmes en condition neutre.

Enfin, il est important de noter que la plupart des variables impliquées dans le phénomène de menace du stéréotype que nous avons pu répertorier trouvent dans la littérature scientifique des supports physiologiques. Effectivement, certains travaux ont apporté la preuve, *via* des marqueurs physiques, d'une augmentation de l'anxiété, de pensées interférentes et d'une charge mentale supérieure suite à l'induction d'une menace du stéréotype. A titre d'exemple, Blascovich, Spencer, Quinn et Steele (2001) ont observé que des afro-américains, fortement menacés sur leurs capacités verbales, réussissaient moins bien une tâche d'association de mots comparés à des afro-américains faiblement menacés et des américains d'origine européenne fortement ou faiblement menacés. Mais surtout, ils notèrent que les participants afro-américains fortement menacés avaient une pression sanguine très élevée durant les phases de test comparée à celle qu'ils avaient en début de passation. De plus, leurs pressions sanguines étaient significativement plus élevées que celles observées pour les afro-américains faiblement menacés et les américains-européens. De même, lors d'une tâche de mathématiques, Osborne (2007) a observé que la plupart des indicateurs physiques de l'anxiété étaient beaucoup plus prégnants chez les femmes fortement menacées comparées à celles faiblement menacées et aux hommes faiblement/fortement menacés. Plus précisément, bien qu'aucune différence n'ait été observée au niveau du rythme cardiaque, les femmes fortement menacées présentaient une pression diastolique plus élevée (i.e., hypertension artérielle), une plus forte conductance cutanée et une plus faible température cutanée que les personnes des autres groupes expérimentaux. Par ailleurs, lors d'une tâche de mathématiques, Krendl, Richeson, Kelley et Heatherton (2008) ont montré, grâce à une technique d'imagerie par résonance magnétique fonctionnelle (IRMf), que des femmes menacées avaient des pensées interférentes. En effet, ces dernières ne sollicitaient pas les zones impliquées dans l'apprentissage des mathématiques (i.e., gyrus angulaire, cortex pariétal gauche et cortex préfrontal) comme leurs homologues non menacés, mais généraient une hyperactivation d'une région impliquée dans les processus émotionnels et sociaux : le cortex cingulaire antérieur ventral (CCAv).

Enfin, les travaux antérieurs ayant permis de révéler qu'une réduction de la variabilité du rythme cardiaque (HRV) reflétait une stimulation des processus cognitifs, Croizet *et al.* (2004) ont étudié la HRV de participants menacés ou non afin d'examiner si la diminution des performances des individus sous menace du stéréotype pouvait s'expliquer par la présence d'une charge mentale perturbatrice. Ainsi, lors de la réalisation de matrices de Raven

présentées comme diagnostiques des compétences intellectuelles, les auteurs ont remarqué une diminution du HRV de la part de tous les participants, traduisant de ce fait une augmentation de la charge mentale à la fois chez les participants concernés ou non par le stéréotype. Néanmoins, si tous les participants ont expérimenté cette surcharge mentale, les auteurs ont observé que, pour les participants concernés par le stéréotype, celle-ci était reliée à de faibles performances aux matrices, alors que pour les participants non concernés par le stéréotype, elle était associée à de hautes performances. Ainsi, des personnes soumises à une tâche présentée comme diagnostique de leur performance subiraient toutes une charge mentale supérieure, seulement cette surcharge serait de nature différente selon si la personne est la cible ou non du stéréotype. Plus précisément, pour les personnes associées au stéréotype, cette charge mentale refléterait le coût engendré par le fait de traiter, en plus de la tâche, les préoccupations stéréotypiques et le doute de soi. Alors que pour les individus non concernés par le stéréotype, cette charge mentale représenterait un investissement supérieur envers la tâche.

II. Menace du stéréotype et personnes en surcharge pondérale

En résumé, les travaux sur la menace du stéréotype ont permis de montrer que les stéréotypes négatifs dont certains groupes sociaux sont la cible peuvent nuire à leurs performances (intellectuelles ou autres) et altérer leur comportement dans un sens conforme au stéréotype. Or, l'étude décrite dans notre premier chapitre a permis de mettre en évidence que les individus présentant un surpoids ou une obésité sont victimes de stéréotypes négatifs, tout comme les femmes, les personnes âgées, etc., pour qui l'expérience de "menace du stéréotype" a déjà été démontrée. Par conséquent, les études que nous présentons dans ce dernier chapitre avaient pour objectif de vérifier si les personnes en surcharge pondérale pouvaient, elles aussi, présenter des comportements conformes à l'hypothèse de menace du stéréotype. En d'autres termes, nous souhaitions examiner si ce phénomène de menace du stéréotype pouvait amener des personnes en surpoids à confirmer le stéréotype leur attribuant une alimentation trop grasse et conséquente en mangeant plus, de confiseries notamment, que leurs homologues non soumis à cette croyance, et que des personnes de poids moyen. La démonstration de l'existence d'un tel effet, en plus de l'extension du phénomène de menace du

stéréotype à cette population, permettrait d'envisager la recherche de facteurs susceptibles de diminuer les effets délétères de ce phénomène auprès de cette population.

La simple existence d'une croyance négative à l'égard de l'alimentation des personnes en surpoids suffit à penser que ces personnes peuvent être victimes du phénomène de menace du stéréotype. En outre, au vu des nombreuses variables sous-jacentes que nous venons d'exposer, il est raisonnable de penser que les personnes en surcharge pondérale sont une population particulièrement sensible au phénomène de menace du stéréotype. Ainsi, hormis le fait d'être stéréotypés, les paragraphes suivants s'attacheront à montrer en quoi les individus en surpoids représentent une catégorie sociale susceptible d'être affectée par la menace du stéréotype.

2.1 Pourquoi les personnes en surpoids seraient une population particulièrement vulnérable au phénomène de menace du stéréotype ?

Parmi les mécanismes sous-jacents au phénomène de menace du stéréotype, que nous avons cités, figurent l'anxiété, les attentes de performances et la diminution des ressources cognitives. Par conséquent, dans cette section, nous dépeindrons comment, de par leur personnalité et le contexte, les individus en surpoids peuvent être sensibles à ces trois facteurs, et donc, *a fortiori* souffrir de l'effet de menace du stéréotype.

2.1.1 Sensibilité à l'anxiété et à la honte

Certaines études, précédemment citées, ont permis de montrer que la stigmatisation relative au poids était liée à des niveaux élevés d'anxiété chez les personnes en situation de surpoids (e.g., Hatzenbuehler *et al.*, 2009; dans Hunger *et al.*, 2015). Or, nous venons de le voir dans ce chapitre, l'anxiété serait un des médiateurs du phénomène de menace du stéréotype. Ainsi, en raison du stress engendré par le vécu de la stigmatisation relative au poids, des personnes en surpoids pourraient confirmer le stéréotype véhiculé à leur égard, c'est-à-dire avoir une consommation alimentaire supérieure à la normale.

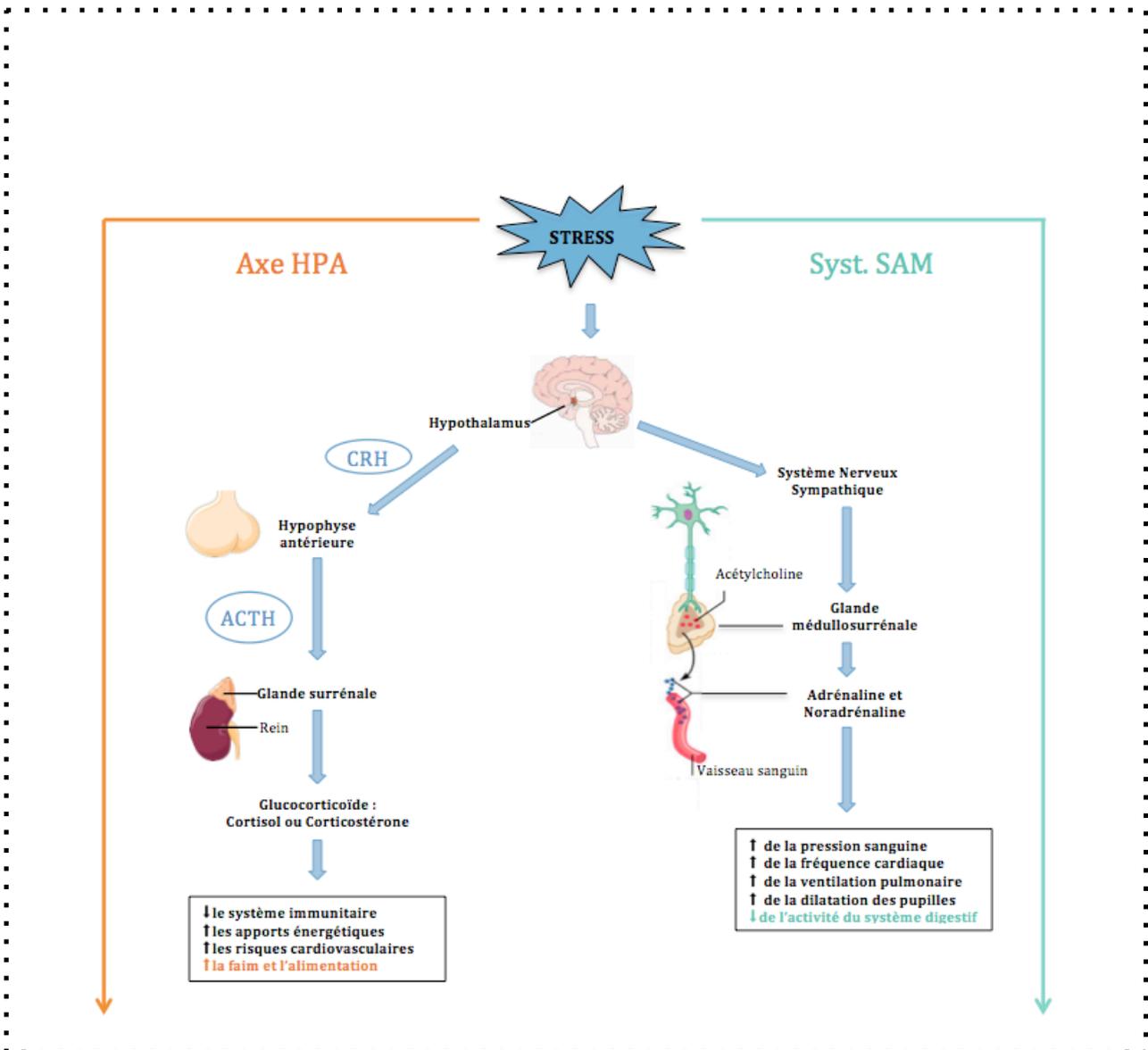
Ceci semble d'autant plus probable que de nombreuses études ont révélé que l'augmentation du stress peut engendrer une augmentation de la prise alimentaire chez l'être humain. En effet, si, chez les animaux, notamment les rats, le stress engendre, généralement, une diminution de la prise alimentaire et une perte de poids (Levine et Morley, 1981 et Morley, Levine et Rowland, 1983 ; dans Adam et Epel, 2007), pour les humains, ce lien entre stress et diminution de la prise alimentaire s'avère être moins évident. En effet, les recherches chez l'être humain mettent en évidence un effet bidirectionnel du stress sur la prise alimentaire. Certaines études tendent à montrer une diminution de la prise alimentaire suite à un événement stressant, alors que d'autres révèlent une augmentation de la prise alimentaire en réponse au stress (Epel *et al.*, 2004, dans Adam et Epel, 2007).

Les études en neuropsychologie ont révélé que, chez l'être humain, deux systèmes cérébraux étaient impliqués dans le stress : l'axe hypothalamique pituitaire surrénalien (HPA) et le système médullosurrénale (SAM). Néanmoins, si les recherches ont permis de montrer que ces deux systèmes étaient impliqués dans la réponse au stress, elles ont également permis de souligner qu'ils n'entraînaient pas les mêmes conséquences au niveau de la prise alimentaire (cf. Encadré 2). Il apparaît ainsi que l'activation de l'axe HPA provoque une augmentation de la prise alimentaire, alors qu'une activation du système SAM a pour conséquence une diminution de la prise alimentaire. En effet, l'activation de l'axe HPA amène l'organisme à produire davantage de cortisol. Or, le cortisol est une hormone orexigène, c'est-à-dire une hormone stimulant la faim et l'alimentation (ainsi qu'une accumulation des graisses viscérales, Guy-Grand, 2003 dans Lecerf, 2006). La stimulation du système SAM entraîne, elle, une augmentation d'adrénaline et de noradrénaline dans le corps humain, ce qui a pour conséquence d'augmenter la fréquence cardiaque, la ventilation pulmonaire, etc., ainsi que le blocage de la digestion.

L'impact (bidirectionnel) du stress sur la prise alimentaire dépendrait donc de l'axe physiologique activé par l'événement stressant. Les recherches menées jusqu'à présent indiquent que l'axe HPA est activé par un stress impliquant un sentiment de menace, tandis que le système SAM est stimulé par un stress entraînant un sentiment de challenge. Plus précisément, le stress dit « menace » correspond à toutes les situations pour lesquelles l'individu a l'impression de n'avoir aucune ressource pour faire face à l'événement. La plupart du temps, cette impression est accompagnée de sentiment de défaite, de crainte, d'embarras et de honte. Or, selon Dickerson, Gruenewald et Kemeny (2004, mentionnées dans Tomiyama, 2014), si la peur survient pour nous préserver des dangers physiques, la honte servirait à nous préserver des dangers sociaux et serait donc également une des réponses

Axe HPA et Système SAM

émotionnelles face aux menaces sociales. Le stress dit « challenge », lui, représente toutes les situations que l'individu perçoit comme exigeantes, mais contrôlables, c'est-à-dire où la personne juge avoir des ressources pour y faire face. A titre d'exemple, Cosley, McCoy, Ehle, Saslow et Epel (2007, cités dans Adam et Epel, 2007) ont observé que des participants mis en situation de menace avaient des prises alimentaires plus conséquentes que des participants en condition de challenge, notamment en termes d'aliments riches en calories.



Le phénomène de menace du stéréotype, comme son nom l'indique, serait donc une situation menaçante stressante pour les personnes qui y sont soumises. De ce fait, il serait susceptible d'induire une activation de l'axe HPA auprès de personnes en surpoids, et donc une augmentation de leur prise alimentaire. Cette augmentation de la prise alimentaire pourrait être renforcée par le sentiment de honte qui, nous venons de le voir, accompagne ce

stress menaçant. En effet, Kememy, Gruenewald et Dickerson (2004), rapportés dans Tomiyama (2014), ont constaté que la honte est également reliée à des hauts niveaux de cortisol. Or, comme nous venons de l'expliquer, un niveau élevé de cortisol dans notre organisme augmente notre niveau de faim, et, par conséquent, notre prise alimentaire. En outre, de nombreuses études ont permis de constater que les personnes obèses sont des personnes honteuses (Conradt *et al.*, 2007 ; Fredrickson et Roberts, 1997 ; Fredrickson, Roberts, Nolls, Quinn et Twenge, 1998 ; et Sanchez, Good, Kwang et Saltzman, 2008; dans Tomiyama, 2014). Une expérience de stigmatisation relative au poids pourrait donc entraîner de la honte auprès des personnes en surpoids et, par conséquent, une augmentation de leur prise alimentaire.

2.1.2 Sensibilité à la restriction alimentaire (=attentes alimentaires)

Dans le chapitre précédent, nous avons constaté que, dans l'ensemble, notre échantillon de patients obèses affirmait pratiquer la restriction alimentaire (notamment face au vécu de situations stigmatisantes). Or, plusieurs travaux ont permis de montrer un effet rebond de cette pratique alimentaire. En psychologie sociale, l'effet rebond (ou théorie des processus ironiques) désigne le fait d'inhiber consciemment une pensée ou un comportement, ce qui, par la suite, aboutit à une augmentation de cette pensée ou le déclenchement du comportement contrôlé dans les situations où cette inhibition cesse (Wegner, 1984 et Boon, Stroebe, Schut et Ijntema, 2002). Ainsi, selon cette hypothèse d'effet rebond, des personnes pratiquant la restriction alimentaire seraient amenées à consommer, voire surconsommer, dès lors qu'elles arrêteraient ce contrôle cognitif sur leur prise alimentaire. A titre d'illustration, Kenyon, Fulkerson et Kaur (2009) ont constaté que plus des parents avaient tendance à restreindre la consommation de confiseries de leurs adolescents, plus ces derniers avaient tendance à manger en cachette. De même, Peterman *et al.* (2010), ayant interrogé des réfugiées cambodgiennes vivant dans des foyers américains, ont montré que plus ces femmes avaient subi une diminution, voire une privation de nourriture dans leur pays, plus elles rapportaient manger gras sans prendre en considération l'impact que cela pouvait avoir sur la santé, et plus leur IMC étaient élevés.

Enfin, Greeno et Wing (1994), cités dans Adam et Epel (2007), ont constaté que le fait de pratiquer la restriction alimentaire était un des facteurs prédictifs d'une augmentation de

la prise alimentaire lors d'un événement stressant. Au vu de cette dernière étude, nous pouvons en déduire que les situations stressantes sont des situations propices à l'effet rebond. En effet, il semblerait que les contextes stressants diminuent le contrôle d'inhibition des pensées et des comportements que nous désirons refouler. Ainsi, une situation de menace du stéréotype devrait être perçue par les personnes en surpoids comme stressante et donc être favorable à une augmentation de leur prise alimentaire, surtout pour les individus habituellement restrictifs.

Les études ont permis de montrer que le stress diminue le contrôle des personnes se restreignant sur leur prise alimentaire, mais ce ne serait pas la seule variable à agir ainsi. La réduction des ressources cognitives serait également propice au phénomène d'effet rebond. Boon *et al.* (2002) ont ainsi constaté que, lors d'une tâche de goût, des personnes de type restrictif avaient tendance à manger plus de glace présentée comme calorique que des personnes de type non restrictif. Cependant, une telle différence n'était observée que lorsque les participants étaient soumis à une charge cognitive importante (i.e., retenir certains éléments d'une conversation écoutée juste auparavant). Lorsque les participants n'étaient pas distraits (i.e., aucune information à encoder), la consommation de glace calorique des individus de type restrictif était similaire à celle des personnes non restrictives.

La situation de menace du stéréotype à laquelle les personnes en surpoids sont soumises pourraient être un contexte favorisant la diminution des ressources cognitives nécessaires au contrôle de leur prise alimentaire, notamment par la gestion du stress (Johns *et al.*, 2008) et les pensées interférentes (Krendl *et al.*, 2008) déclenchées par la menace. La section suivante s'attachera à étayer l'idée que la situation de menace est consommatrice de ressources cognitives, et donc qu'elle peut *a fortiori* favoriser une augmentation de la prise alimentaire de la part des personnes en surpoids.

2.1.3 Affaiblissement des ressources cognitives et sensibilité à l'impulsivité

Des modèles théoriques dits duaux sont nommés ainsi car ils distinguent deux catégories de processus mentaux : les processus mentaux automatiques et les processus mentaux contrôlés. Parmi ces modèles duaux, nous pouvons citer la Théorie du Modèle Impulsion-Répulsion (MRI, Reflective-Impulsive Model, Strack et Deutsch, 2004). Selon ce modèle, nos comportements seraient guidés par deux systèmes : le système réflexif et le système impulsif (cf. Tableau 7).

Tableau 7: Propriétés du système réflexif et impulsif d’après Strack et Deutsch (2004) et Cheval (2014).

Système réflexif	Système impulsif
Processus mentaux de hauts niveaux (=contrôlés)	Processus mentaux de bas niveaux (= automatiques)
Activation des zones cérébrales (e.g., cortex préfrontal) qui jouent un rôle dans les fonctions exécutives (i.e., raisonnement, évaluation, planification, inhibition, etc.)	Activation de réseaux associatifs neuronaux située dans la mémoire à long terme (MLT), qui est elle-même en interaction avec les entrées sensorielles
Réaction lente aux stimuli environnementaux	Réaction lente aux stimuli environnementaux
Demande beaucoup d’efforts	Sans effort
Motivation importante à effectuer un comportement	Faible motivation à effectuer un comportement
Sollicite beaucoup de ressources cognitives	Sollicite peu de ressources cognitives
Schéma comportemental généré en terme de ratio faisabilité/désirabilité du comportement.	Schéma comportemental généré en terme de sensations/affects positifs envers le comportement.
Relève du conscient, de l’explicite	Relève du non conscient, de l’implicite
Mesuré <i>via</i> des questionnaires auto-rapportés	Mesuré <i>via</i> des IAT, des techniques d’amorçage, “eye tracking“, “mouse tracking“, etc.

Ces systèmes, bien qu’indépendants, agiraient en interaction. Cette interaction expliquerait pourquoi, dans certaines situations, nous avons plus tendance à « écouter » notre raison (i.e., notre système réflexif) ; par exemple, en tant que personne en surpoids, ne pas trop consommer de confiseries pour ne pas confirmer le stéréotype aux yeux d’autrui, et dans d’autres, à « suivre notre cœur », nos impulsions (i.e., notre système impulsif) ; par exemple, manger des confiseries, même si je confirme le stéréotype à l’égard des obèses, car j’aime le chocolat. En effet, ce modèle nous indique que, dans certains cas, les deux systèmes peuvent générer des schémas comportementaux (i.e., des représentations mentales de séquences d’action pour un contexte donné) en adéquation, et donc le comportement que nous effectuerons résultera de cette synergie. En revanche, dans d’autres cas, le système réflexif et le système impulsif peuvent produire des schémas comportementaux incompatibles. Dans ces situations, le modèle MRI suppose que le comportement réalisé dépendra de la force des schémas comportementaux proposés par les systèmes. Plus l’activation d’un schéma comportemental sera forte, plus le comportement aura de probabilités d’apparaître. Cette force des schémas comportementaux de chacun des systèmes, et donc le comportement réalisé, dépendraient alors de facteurs situationnels et dispositionnels (i.e., relatifs à l’individu).

- ***Ressources cognitives affaiblies***

Parmi ces facteurs situationnels, le MRI cite l'épuisement de l'égo, la consommation d'alcool et une charge cognitive trop importante. L'absence de ces derniers favoriserait des comportements associés à des processus réfléchis, alors que leur présence favoriserait l'apparition de comportements liés à des processus impulsifs.

A titre d'exemple, Friese, Hofmann, & Wänke (2008, étude 1) ont invité des participants à indiquer explicitement leurs attitudes positives envers le chocolat par rapport aux fruits (i.e., questionnaire auto-rapporté), puis à compléter, quelques temps après, une tâche mesurant implicitement leurs préférences entre le chocolat *vs.* les fruits (i.e., IAT). A l'issue de ces deux tâches, les participants avaient l'opportunité de choisir 5 produits parmi des morceaux de fruits et de chocolats. Néanmoins, la disponibilité des ressources cognitives des participants était manipulée lors de ce choix. Ainsi, la moitié d'entre eux devait garder à l'esprit un nombre à 1 chiffre (= faible charge cognitive), tandis que l'autre moitié devait retenir une suite de 8 chiffres (= forte charge cognitive). Les résultats ont permis de montrer que les attitudes mesurées implicitement (*via* l'IAT) prédisaient les choix alimentaires des participants en condition de forte surcharge cognitive. En revanche, les attitudes auto-rapportées prédisaient, elles, les choix alimentaires des participants placés en condition de faible surcharge cognitive. En d'autres termes, lorsque peu de ressources cognitives sont disponibles, le choix alimentaire des individus résulte plutôt de leurs processus impulsifs. A l'inverse, lorsque toutes leurs ressources cognitives sont disponibles, leur choix dépend davantage de leurs processus réfléchis.

La seconde étude présentée dans ce travail de thèse a permis de montrer que les participants en surpoids rapportaient explicitement des comportements alimentaires de type restrictif (cf. résultats au DEBQ). En revanche, des recherches mesurant implicitement les attitudes alimentaires (e.g., « eye tracking ») ont permis de mettre en exergue des biais attentionnels chez les personnes obèses envers des stimuli alimentaires caloriques. Par exemple, Castellanos *et al.* (2009) ont observé que des participants en situation d'obésité dirigeaient davantage leur regard sur des stimuli alimentaires riches en calories comparés à des stimuli neutres. La durée de leur regard sur de tels stimuli était également plus élevée que pour des images neutres. *A contrario*, aucune différence en terme de direction et de durée du regard n'était observée entre les stimuli relatifs à la nourriture et les stimuli neutres pour les participants de poids moyens.

Par ailleurs, la situation de menace du stéréotype est une situation consommatrice de ressources cognitives. En effet, de nombreuses études ont permis de mettre en évidence un effet délétère du phénomène de menace du stéréotype sur des tâches subséquentes impliquant le contrôle exécutif, par exemple, sur des tâches de mémoire de travail (Schmaders, Johns et Forbes, 2008), des tâches d'inhibition (Inzlicht, McKay et Aronson, 2006), et même des tâches de régulation de la prise alimentaire (Inzlicht et Kang, 2010).

Par conséquent, au regard du MRI, de l'étude de Friese *et al.* (2008, étude 1) et des données obtenues auprès des personnes en surpoids dans cette thèse, il est aisé de s'attendre à ce qu'en situation de menace du stéréotype, du fait de la surcharge cognitive qu'elle engendre, les individus en surcharge pondérale surconsomment, c'est-à-dire émettent un comportement associé à leurs processus impulsifs.

- ***Sensibilité à l'impulsivité***

Parmi les facteurs dispositionnels impactant la force d'un schéma comportemental, le MRI mentionne l'impulsivité, la capacité à se contrôler et la capacité mémorielle. Ainsi, le fait de posséder de faibles capacités de contrôle de soi, ainsi que de faibles capacités mémorielles et un fort trait d'impulsivité, impliquerait davantage de comportements associés à des processus impulsifs. En revanche, de bonnes capacités de mémoire, des capacités élevées de contrôle de soi et un faible trait d'impulsivité généreraient plutôt des comportements en lien avec les processus réfléchis. Friese et Hofmann (2009, étude 1) ont, par exemple, constaté que les attitudes implicites de leurs participants envers les frites étaient significativement liées à leur consommation de frites. C'est-à-dire, plus l'IAT des participants indiquaient qu'ils appréciaient les frites, plus les participants consommaient de frites lors d'une tâche de goût subséquente. Cependant, ces observations étaient seulement vraies pour les personnes possédant un trait d'impulsivité élevé. Ainsi, lorsque les personnes avaient un faible niveau d'impulsivité, leur attirance implicite pour les frites ne prédisait pas de manière significative leur consommation de cet aliment.

Des travaux antérieurs ont permis de montrer que, de manière générale, les personnes en surpoids ont tendance à posséder un trait élevé d'impulsivité (e.g. Mobbs *et al.*, 2007). De plus, l'étude, présentée précédemment dans ce travail (cf. Chapitre 2), a effectivement permis de constater qu'en moyenne, les patients obèses interrogés déclaraient agir dans l'urgence

(i.e., s'abandonner à ses impulsions, en particulier lors d'une humeur négative) et être à la recherche de sensations fortes (i.e., hypersensibilité aux renforcements positifs).

De par la possession d'un fort trait d'impulsivité, les personnes en excès de poids seraient donc plus enclines à agir selon leurs processus impulsifs que leur processus réfléchis. Or, nous venons de le mentionner, les comportements découlant des processus impulsifs seraient prédits par les attitudes implicites des individus (plutôt que par leurs attitudes explicites). En outre, les attitudes implicites des personnes en surpoids semblent révéler une attirance élevée pour la nourriture (e.g. Castellanos *et al.*, 2009). Par conséquent, la sensibilité à l'impulsivité des personnes en surpoids pourrait les amener, dans un contexte où de la nourriture est présente, à suivre leurs impulsions, et donc à manger plus.

Les nombreux facteurs présentés dans cette section soutiennent l'idée que les personnes en surcharge pondérale peuvent être victimes du phénomène de menace du stéréotype, notamment au niveau de leur alimentation. En effet, plusieurs des travaux mentionnés ont observé une augmentation de leur prise alimentaire dans des situations proches d'un contexte de menace du stéréotype, à savoir des situations d'anxiété, de ressources cognitives diminuées, etc. Aucune de ces recherches n'utilisant réellement un paradigme de menace du stéréotype, la section suivante aura pour objectif de décrire les études portant sur la menace du stéréotype auprès des personnes en surpoids.

2.2 Les personnes en surpoids sont-elles réellement sensibles au phénomène de menace du stéréotype ?

D'une part, à notre connaissance, peu d'études ont consisté à évaluer si le phénomène de menace du stéréotype pouvait nuire aux individus en surpoids. D'autre part, aucun de ces travaux n'a été réalisé auprès d'une population française.

Suite à des études ayant permis de montrer que peu de relations amoureuses étaient attribuées à des cibles en surpoids comparées à des cibles de poids moyen (e.g., Horsburgh-McLeod *et al.*, 2009), Major, Eliezer et Rieck (2012) ont réalisé une première recherche afin de vérifier l'impact de cette supposée moindre compétence relationnelle auprès de femmes en surpoids, selon un paradigme de menace du stéréotype classique. Ces auteures ont ainsi observé que, lorsqu'elles invitaient des femmes à réaliser un discours à destination de la gente

masculine vantant leurs qualités à être une bonne partenaire, ce dernier générerait significativement plus de stress auprès des femmes en excès de poids comparées à celles de poids moyen. Notons toutefois que cette différence s'observait seulement lorsque le discours était filmé, c'est-à-dire lorsque les participantes avaient conscience d'être physiquement visibles par leur interlocuteur (condition catégorie de poids saillante = enregistrement vidéo). Effectivement, ils notèrent que lorsque le discours n'était pas filmé mais seulement enregistré vocalement (condition non menace = enregistrement audio), les femmes en surpoids n'étaient pas plus stressées que les femmes de poids moyen.

Cette étude est intéressante. Cependant, elle n'indique pas si l'intensité du stress observé en condition filmée a également engendré une moindre qualité dans le discours des femmes en surpoids, comparées à celles en surpoids non menacées et celles de poids moyen. Or, les personnes en surpoids étant stéréotypées négativement sur leurs relations, notamment amoureuses (Horsburgh-MCLEod *et al.*, 2009), une telle observation aurait démontré un effet de menace du stéréotype sur les compétences de séduction des participantes.

En outre, l'existence d'un stéréotype étant la condition nécessaire à l'apparition du phénomène de menace du stéréotype, il serait sûrement difficile de reproduire de tels résultats en France. En effet, l'étude que nous avons réalisée (cf. Chapitre I) n'a révélé aucune croyance négative, de la part des participants, concernant les relations (amoureuses) des personnes en excès de poids. D'après notre étude, les français semblent surtout stigmatiser les individus en surpoids sur leurs activités physiques et leur alimentation.

Concernant ces deux domaines, quelques études menées à l'étranger ont permis de mettre en évidence un impact négatif du phénomène de menace du stéréotype auprès des personnes en surpoids. La première a été menée par Seacat et Mickelson (2009). Leurs résultats indiquent que la menace du stéréotype peut impacter négativement l'intention des femmes en surpoids d'effectuer des exercices physiques et/ou des régimes alimentaires sains. Pour ce faire, les chercheurs ont invité des femmes cliniquement en surpoids à indiquer, *via* un questionnaire, leurs intentions d'exercer des exercices physiques et des régimes alimentaires sains. Pour la moitié d'entre elles, ce questionnaire était rempli suite à la lecture d'un article mettant en avant les stéréotypes liés au poids et le renseignement de leur propre poids et de leur propre taille (condition menace). Pour l'autre moitié des participantes, le questionnaire était complété suite à la lecture d'un texte neutre, et leurs mensurations n'étaient demandées qu'à l'issue de la passation (condition non menace). Les résultats ont ainsi permis de montrer que les femmes cliniquement en surpoids en condition menace affichaient un niveau d'intention, concernant la pratique d'exercices physiques sains et

l'adoption de régimes alimentaires sains, plus faible que des femmes cliniquement en surpoids en condition non menace. Néanmoins, nous pouvons, ici, reprocher l'absence d'une comparaison du degré d'intention de ces deux groupes de participantes avec le niveau d'intention rapporté par des femmes ayant un poids moyen. L'inclusion d'un tel groupe permettrait de vérifier que la différence d'intentions en terme d'exercices/régimes sains observée dans cette étude résulte bien d'un effet de menace du stéréotype. Effectivement, si tel est le cas, la condition expérimentale (menace vs. non menace) ne devrait pas avoir d'impact sur les personnes de poids moyen car elles ne sont pas ciblées par le stéréotype.

Afin de combler ce manque, Brochu et Dovidio (2013, étude 1) ont inclus un tel groupe contrôle dans leur étude. Plus précisément, ils ont demandé à des participants, en surpoids et de poids moyen, de choisir, sur un menu de restaurant confectionné pour l'expérience, ce qu'ils aimeraient consommer. La moitié d'entre eux réalisait ce choix après la lecture d'un texte stigmatisant à l'égard de l'alimentation des personnes en excès de poids et après avoir renseigné leurs propres poids et tailles (= condition menace). L'autre moitié effectuait ce choix après la lecture d'un texte neutre et leurs mensurations n'étaient demandées qu'à l'issue de la passation (= condition non menace). Dans la condition menace, les auteurs notèrent que plus les participants avaient un IMC élevé, plus leurs choix se portaient sur des plats caloriques. En revanche, en condition non menace, ils n'observèrent aucun lien entre l'IMC et le nombre de calories commandées.

Dans la même veine, Schvey, *et al.* (2011) montrèrent qu'après exposition à une vidéo stigmatisante envers les personnes en situation d'obésité, des femmes en surpoids ressentaient plus d'affects négatifs et consommaient plus de kilocalories que des femmes en surpoids exposées à une vidéo neutre et des femmes de poids moyen exposées à la vidéo menaçante ou non. Dans le prolongement de cette étude, Major, Hunger, Bunyan et Miller (2014) ont montré que la menace du stéréotype ne se limitait pas à modifier les intentions des individus en surpoids, comme l'avaient constaté Seacat et Mickelson (2009), ainsi que Brochu et Dovidio (2013, étude 1), mais qu'elle impactait également leurs comportements. Ces chercheurs ont effectivement observé que, comparée à la lecture d'un message neutre, la lecture d'un message stigmatisant par rapport au poids amenait les femmes qui se percevaient en surpoids, et non les participantes qui se considéraient comme ayant un poids normal, à consommer davantage de nourritures caloriques et à diminuer leur sentiment de contrôle face à la prise alimentaire.

Quatre études expérimentales ayant pour objectif de vérifier l'impact du phénomène de menace du stéréotype sur l'alimentation des personnes en surpoids vivant en France seront présentées dans ce dernier chapitre de thèse. En effet, comme nous avons pu le constater, peu de travaux ont été menés auprès de cette population, et surtout, aucun n'a été effectué avec des participants français.

A l'instar de Seecat et Mickelson (2009) ou Brochu et Dovidio (2013, étude 1), une première étude de terrain a donc été réalisée afin d'examiner si, en France, les stéréotypes envers l'alimentation des personnes en surcharge pondérale pouvaient impacter leurs choix/intentions alimentaires, de manière conforme à ces stéréotypes. L'idée était ici d'examiner, dans un premier temps, les conséquences de la menace du stéréotype sur les intentions comportementales des individus en surpoids, et non sur leur comportement.

Pour examiner les intentions alimentaires de leurs participants Seecat et Mickelson (2009) avaient utilisé des questionnaires et Brochu et Dovidio (2013, étude 1), comme nous l'avons décrit auparavant, leur demandaient, à partir d'une carte de restaurant, de choisir les plats qu'ils commenderaient s'ils étaient dans un tel lieu. Pour notre part, nous avons choisi d'évaluer les intentions dans un tout nouveau contexte : les courses en ligne. Cette situation de « courses en ligne » n'a jamais été utilisée pour tester les intentions alimentaires des personnes. Or, ce contexte de courses nous semblait pertinent du fait de l'importance des achats alimentaires dans les régimes. En effet, une étude canadienne de Paradis et Cabanac (2008) a révélé que les choix alimentaires effectués dans les supermarchés différaient en fonction du désir des acheteurs de perdre activement du poids ou non.

En outre, par rapport aux travaux antérieurs cités, nous avons choisi d'inclure une troisième condition nommée « réduction de la menace » afin de tester si un message positif envers les personnes en surpoids pouvait diminuer, voire supprimer les effets néfastes de la menace du stéréotype sur leur alimentation. Effectivement, des recherches ont mis en évidence que le fait de fournir un modèle de réussite (McIntyre *et al.*, 2005) ou d'encourager l'auto-affirmation de soi (cf. Martens, Johns, Greenberg et Schimel, 2006) chez des femmes soumises à un test de mathématiques, réduisait les effets délétères de la menace du stéréotype sur leurs performances. Or, si les travaux antérieurs se sont intéressés à démontrer un effet de menace du stéréotype auprès des individus en excès de poids, aucun, à notre connaissance, s'est attaché à examiner un moyen de diminuer un tel phénomène auprès de cette population.

A travers une application sur tablette numérique, des participants en surpoids et de poids moyen étaient donc amenés à réaliser des courses fictives. Cette tâche de courses s'effectuait une fois les participants soumis à différentes publicités, soit stigmatisantes envers

l'alimentation des personnes en surpoids (condition menace), soit neutres (condition non menace) ou soit positives envers les personnes corpulentes (condition réduction de la menace).

Ainsi, nous supposons que les participants ayant visionné des publicités représentant des femmes en surpoids (modèle de réussite) et assumant leurs formes aux yeux des autres (affirmation de soi) seraient susceptibles d'être plus résistants au phénomène de menace du stéréotype. De ce fait, nous nous attendions à ce que les participants en surpoids menacés choisissent davantage d'aliments mauvais pour la santé, parmi ceux figurant dans l'application numérique, comparés aux personnes en surpoids des autres conditions (contrôle et réduction de la menace) et celles de poids moyen, peu importe leur condition. En outre, nous présumons que les participants en surpoids en condition réduction de la menace sélectionneraient moins d'aliments mauvais pour la santé que les personnes en surpoids en condition menace, et autant, voire moins, que celles en surpoids non menacées et celles de corpulence moyenne, peu importe leur condition. Enfin, pour les participants normopondérés, aucune différence en terme de choix alimentaires n'était formulée en fonction de leur condition expérimentale.

III. Menace du stéréotype et personnes en surpoids : études expérimentales

3.1 Impact de la stigmatisation relative au poids sur le choix de produits alimentaires *via* une menace implicite du stéréotype (étude 3)

3.1.1. Méthode

3.1.1.1.1 Participants

Cent vingt-deux individus (90 femmes) âgés entre 18 et 73 ans ($M=39.7$, $SD=15.9$) se sont portés volontaires pour participer à cette étude. Ces derniers ont été classés en deux catégories de poids selon leur IMC. Ainsi, la moitié des participants était des personnes normopondérées ($n=60$; $M=21.33$, $SD=2.02$), avec un IMC strictement inférieur à 25, incluant de cette façon les personnes en situation de maigreur (IMC entre 16-18.49, $n=4$) et de

dénutrition ou de maigreur constitutionnelle ($IMC < 16$, $n=1$). L'autre moitié était composée de personnes en situation de surpoids, voire d'obésité ($n=62$; $M=35.53$, $SD=6.88$) avec un IMC supérieur ou égal à 25. Concernant la provenance des participants, ceux de corpulence normale ont été recrutés dans des lieux publics (i.e., parcs, université, etc.) ou dans des commerces (i.e., cafétérias, salon de coiffure, etc.) avec l'autorisation au préalable des responsables de ces établissements. Pour les participants en surpoids et obèses, le recrutement s'est effectué par l'intermédiaire d'associations (i.e., La Faim des Maux, En Vie 63 et 44 et +), d'établissements (i.e., UGECAM) et de chirurgiens (i.e., Pr Lointier exerçant à de la clinique de la Chataigneraie), tous spécialisés dans l'obésité et ayant accepté de nous aider dans cette démarche.

Un plan expérimental de type $S_n < A_2 * B_3 >$ a été utilisé, incluant les facteurs « Poids du participant » (poids moyen *vs.* surpoids) et « Condition de menace du stéréotype » (menace *vs.* réduction de la menace *vs.* contrôle).

3.1.1.2 Matériels et procédure

L'ensemble de la recherche était présenté aux participants comme étant une étude commerciale. Ainsi, chaque participant était informé qu'une nouvelle grande surface aimerait ouvrir ses portes en France et que les directeurs de cette dernière ont fait appel à nos services pour réaliser une étude ayant pour objectif de (a) connaître le type de publicités que la population française aime et retient afin de promouvoir au mieux le lancement de leur magasin, et, (b) connaître ce qu'achètent habituellement les français pour répondre au mieux à leurs attentes en termes de produits et permettre une meilleure gestion des stocks. Par conséquent, notre étude comprenait deux phases. La première phase consistait au visionnage de diverses publicités et la seconde phase correspondait à une tâche de courses fictives *via* une application numérique sur tablette. En réalité, la première phase permettait aux chercheurs d'induire, ou non, un sentiment de menace du stéréotype auprès des participants. La seconde phase, elle, permettait d'examiner l'impact de cette induction sur leurs choix alimentaires (cf. Figure 1 pour un récapitulatif du déroulement de l'expérience). Pour chaque participant, un formulaire de consentement était distribué, complété et signé avant de débiter ces deux phases.

▪ ***Phase 1- Manipulation du degré de menace du stéréotype induit***

Dans un premier temps, pour soi-disant connaître les spots publicitaires qui parlent et marquent les français, chaque participant était invité à regarder attentivement une série de 10 images mêlant affiches publicitaires et campagnes de prévention, puis à remplir un questionnaire à propos de celles-ci. Les publicités et campagnes lui étaient présentées individuellement sur un écran de tablette pendant une durée de 10 secondes chacune, alternée par la présentation rapide d'une croix au centre de l'écran (3s) présente afin de conserver le regard du participant au centre de l'écran. Le questionnaire à compléter, quant à lui, constituait un test de rappel concernant les slogans, les couleurs, les personnages, etc., figurant sur ces publicités et campagnes de prévention. Ce questionnaire n'était présent que pour justifier notre « cover story ».

En réalité, cette première tâche permettait d'induire et manipuler le degré de menace du stéréotype auprès des participants. Plus précisément, sur les 10 images visionnées, 7 étaient neutres et communes à tous les participants. En revanche, les 3 autres variaient suivant la condition expérimentale dans laquelle se trouvait le participant. Dans la condition menace du stéréotype, ces 3 items renvoyaient au stéréotype associant les personnes en surpoids à de mauvaises habitudes alimentaires (manger gras, sucré, surconsommer, etc.). Dans la condition de réduction de menace du stéréotype, ces 3 publicités/campagnes étaient remplacées par 3 autres reflétant une image positive des formes corporelles des personnes en surpoids/obèses. Enfin, dans la condition non menace du stéréotype, ces 3 images étaient neutres, aucune personne en surpoids n'était représentée sur celle-ci, (Annexes U et V). De ce fait, le questionnaire de rappel contenait 3 questions sur des publicités neutres communes à toutes les conditions et 2 questions sur des publicités spécifiques à la condition à laquelle appartenait le participant (stéréotypiques, positives ou neutres), (Annexe W).

Tous les participants étaient confrontés à des images comportant de la nourriture. En effet, pour s'assurer que, lors de la tâche de courses fictives, la sélection de produits alimentaires des personnes en surpoids s'explique par l'activation du stéréotype associant les personnes obèses à une « mauvaise alimentation » et non par la présence de nourriture dans les publicités qu'elles étaient les seules à rencontrer, certaines images neutres contenaient, elles aussi, des items liés à l'alimentation. En revanche, aucun de ces items ne représentait un produit alimentaire malsain.

** Pré-tests des publicités proposées*

Toutes les images utilisées dans cette phase ont fait l'objet de pré-tests permettant d'établir si les images, choisies pour être neutres, positives ou négatives envers les individus en surpoids, étaient bien perçues comme telles par des personnes de poids moyen et des personnes en surpoids ne participant pas à notre étude. En effet, après avoir sélectionné diverses publicités du quotidien de manière aléatoire, nous avons demandé à un échantillon de 35 personnes (14 femmes et 21 hommes) âgés de 14 à 67 ans ($M=35.57$, $SD=14.48$), de poids variant de 52 kg à 115 kg ($M=73.06$, $SD=17.01$, 23 personnes de poids moyen et 12 en surpoids), de sélectionner les publicités qui, selon elles, véhiculaient une image positive des personnes en surpoids et celles qui illustraient une image négatives des individus en surpoids (à savoir, ils mangent trop et trop gras) (cf. Annexe X pour des résultats détaillés).

Sur base de ce premier pré-test, un second a été réalisé auprès de 70 autres personnes (42 femmes et 28 hommes) âgées de 21 ans à 84 ans ($M=31.53$, $SD=14.6$), et de poids allant de 44 kg à 128 kg ($M=71.12$, $SD=17.8$, 42 individus de poids moyens et 28 en surpoids). Deux questionnaires ont été créés pour ce second pré-test : un pour la condition menace du stéréotype et un pour la condition réduction de la menace du stéréotype. Dans chaque questionnaire, il était demandé aux participants quel message était véhiculé, selon eux, par les différentes affiches proposées, puis de réaliser un classement de l'image la plus représentative de leur message à celle la moins représentative. Ensuite, les participants ayant eu le questionnaire de la condition menace devaient indiquer, sur une échelle de type Likert allant de 1 (= pas du tout) à 7 (= tout à fait), dans quelle mesure ils jugeaient les images présentées comme véhiculant l'idée que les personnes en surpoids mangent trop et trop gras. Puis, ils devaient de nouveau effectuer un classement en ordonnant les images de la plus représentative de l'idée que les personnes en surpoids mangent trop et trop gras à la moins représentative de cette idée.

Les participants dans la condition réduction de la menace, quant à eux, devaient indiquer dans quelle mesure ils jugeaient les images présentées comme positives envers les personnes en surpoids sur une échelle de type Likert allant de 1 (= pas du tout) à 7 (= tout à fait). Puis, ils devaient de nouveau classer les affiches en les ordonnant de la plus représentative de l'idée que les personnes en surpoids sont belles à la moins représentative de cette idée. Les analyses statistiques effectuées sur ce second pré-test nous ont permis de déterminer les 3 affiches qui véhiculaient le plus une image stigmatisante des personnes en

surpoids et obèses et les 3 affiches qui véhiculaient le plus une image positive de ces personnes (cf. Annexe X pour une analyse détaillée des résultats).

▪ ***Phase 2- Mesure de l'impact de la menace du stéréotype***

Dans un second temps, pour soi-disant connaître les achats habituels des français, le participant était invité à effectuer de manière fictive des courses pour lui-même (et seulement lui), pour une durée d'une semaine, sur l'application existante nommée "Plan courses" installée sur tablette numérique et aménagée par nos soins pour les besoins de l'étude (i.e., ajout de catégories d'aliments, ajout de produits alimentaires). Ainsi, il lui était demandé d'imaginer qu'il débutait sa semaine avec les placards vides et que, par conséquent, il devait se réapprovisionner pour les sept prochains jours. Pour que le caractère pécunier des courses ne soit pas un obstacle pour certaines personnes, aucun prix n'apparaissait sur l'application. Visuellement, les articles disponibles sur "Plan courses" étaient organisés par catégories : fruits, légumes, boucherie, poissonnerie, crèmerie, boulangerie, petit-déjeuner, traiteur, surgelé, salé, sucré, rayon frais, plat cuisiné, boissons, bières, alcools/vins et soin/hygiène. Le participant était libre de choisir n'importe quel produit de n'importe quelle catégorie. Chaque produit était nommé et représenté en photographie. Si le participant désirait un produit qui n'était pas proposé par l'application, il lui était expliqué, en amont par l'expérimentateur que, dans ce cas, il devrait choisir un article équivalent au produit souhaité. Si vraiment il ne trouvait aucun équivalent, il devait noter le produit manquant sur une feuille mise à sa disposition. Pour sélectionner ses articles, le participant devait cliquer sur le logo du produit et indiquer en combien de quantité il le voulait. Une icône en forme de panier permettait au participant de visualiser en temps réel le contenu de ses "achats". Une fois ses courses terminées, le participant devait enregistrer sa commande, qui était directement envoyée par e-mail à l'expérimentateur, (pour une présentation de l'application, cf. Annexe Y).

Une fois la tâche de courses effectuée, le participant était amené à compléter un formulaire nommé « questionnaire de satisfaction et consommation » dans lequel il devait, donner son avis sur l'application (pour crédibiliser le faux but donné à l'étude). Dans ce formulaire, il lui était également demandé certaines informations socio-démographiques le concernant (e.g., âge, sexe, taille, poids, profession.), son niveau de faim durant la tâche et sa perception de la tâche (Annexe Z).

En réalité, ce formulaire avait, d'une part, pour objectif d'obtenir des informations

utiles (poids et taille) à la catégorisation des participants sur base de leur IMC, et vérifier si les participants en surpoids en condition d'activation du stéréotype s'étaient sentis menacés (e.g., « Lorsque j'ai réalisé la tâche de simulation de courses en ligne, j'étais stressé(e) »). D'autre part, il avait pour but de mesurer l'impact de l'activation du stéréotype associant les personnes en surpoids à une alimentation déséquilibrée sur le comportement alimentaire de ces personnes. Ainsi, il permettait de savoir si, conformément à l'hypothèse de menace du stéréotype, les participants en surpoids étaient amenés, suite à l'activation d'un stéréotype négatif concernant leur alimentation, à émettre des comportements confirmant ce stéréotype. Plus précisément, il permettait de vérifier si les participants en surpoids menacés par l'activation de ce stéréotype négatif choisissaient plus de produits alimentaires considérés comme mauvais pour la santé ou faisant grossir que les participants des autres conditions expérimentales (personnes en surpoids non menacées, personnes de poids moyen menacées ou non).

Pour finir, à l'issue de la passation, tous les participants recevaient un débriefing complet et détaillé expliquant le but réel de l'expérience, étaient interrogés sur leur perception de l'étude, puis étaient remerciés pour leur participation et leur aide. L'ensemble de l'étude a été approuvée par le Comité de Protection des Personnes Sud-Est 6 (Annexe AA).

** Pré-test des aliments proposés dans « Plan courses »*

Via des questionnaires en ligne, les 414 produits alimentaires proposés dans l'application ont été préalablement testés sur un autre échantillon de population pour déterminer dans quelle mesure chacun des aliments était considéré comme mauvais pour la santé et/ou faisant grossir. Ainsi, ces questionnaires ont été complétés par 525 participants (350 femmes et 175 hommes) âgés de 15 à 84 ans ($M=31.57$; $SD=12.27$) et de tout IMC ($M=25.42$, $SD=3.57$). Ces derniers devaient indiquer, sur une échelle de type Lickert en 10 points (allant de 0 = pas du tout d'accord, à 9 = tout à fait d'accord), à quel point ils considéraient qu'un aliment était mauvais pour la santé et à quel point ils estimaient qu'il faisait grossir (Annexe BB). Chaque participant donnait son évaluation seulement pour une soixantaine d'aliments (au total 7 questionnaires ayant 5 versions chacun). Les résultats de ce pré-test nous ont permis de déterminer 4 catégories d'aliments différentes : les aliments faisant grossir, les aliments sains, les aliments mauvais pour la santé et faisant grossir, les aliments bons pour la santé et ne faisant pas grossir (Annexe BB). Notons que ces 4

catégories d'aliments s'ajoutent à une cinquième catégorie déjà présente dans l'application : les produits « soins/hygiènes ».

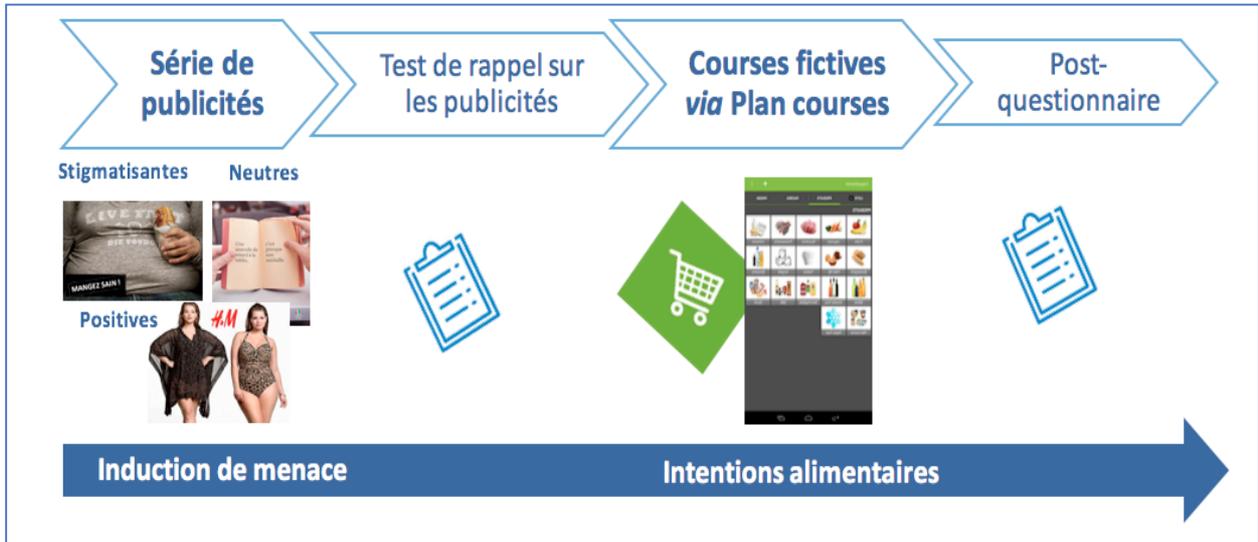


Figure 1: Déroulement de la procédure expérimentale, Etude 3.

3.1.2 Résultats

Selon l'hypothèse de la menace du stéréotype, nous supposons que les personnes en surpoids et obèses, soumises à des publicités mettant en scène une supposée surconsommation d'aliments gras et/ou sucrés de personnes de même corpulence qu'elles (condition menace), confirmeraient ce stéréotype en choisissant plus d'aliments gras/sucrés parmi les aliments proposés dans l'application, comparées aux participants des autres conditions : personnes en surpoids/obèses en condition contrôle ou en condition de réduction de la menace et personnes de poids moyen toutes conditions confondues.

A l'inverse, nous prédisions que les personnes en surpoids, ayant visionné des publicités mettant en scène des personnes de même corpulence qu'elles de façon positive (condition réduction de la menace) sélectionneraient moins d'aliments gras/sucrés, et davantage d'aliments sains pour la santé que celles en surpoids en condition menace. De plus, elles choisiraient autant, voire moins de produits malsains que des personnes en surpoids en condition contrôle. Pour les participants de poids moyen, aucune différence concernant leur sélection de produits n'était attendue en fonction de leur condition expérimentale.

Cinq personnes ont été exclues de nos analyses statistiques car elles ont deviné le but de l'étude en début ou en cours de passation. Au final, notre échantillon de participants se

composait de 117 personnes (86 femmes) âgées de 18 à 73 ans ($M=39.85$, $SD=16$). Parmi ces individus, 58 étaient normopondérés ($M=21.31$, $SD=1.99$) et 59 en surcharge pondérale (IMC: $M=35.63$, $SD=6.95$), (cf. Tableau 8).

Tableau 8: Répartition des participants dans les différentes conditions expérimentales de l'Étude 3.

Condition	Participants en surpoids (IMC \geq 25)			Participants normopondérés (IMC $<$ 25)		
	N	IMC	Age	N	IMC	Age
Menace	20	33.6 (5.8)	47.9 (15.3)	19	20.9 (2)	30.4 (13.7)
Contrôle	20	36 (7.5)	47.8 (14.1)	20	21.9 (1.7)	34.9 (16.6)
Réduction	19	37.4 (7.3)	40.7 (12.7)	19	21.1 (2.3)	37 (16.8)

3.1.2.2 Analyses préliminaires

- Vérification de l'attention portée aux publicités en fonction de la catégorie de poids des participants (poids moyen vs. surpoids) et de leur condition expérimentale (menace vs. contrôle vs. réduction de la menace)

Les réponses des participants aux questions de rappel sur les publicités étaient codées 1 pour une bonne réponse (i.e., bon rappel sur un élément présent dans les publicités visualisées), et 0 pour une mauvaise réponse ou une absence de réponse. Ainsi, afin de vérifier que les participants ont bien prêté attention aux affiches publicitaires permettant l'induction du stéréotype et donc les ont bien encodées, deux t-tests pour échantillon unique ont été effectués sur les publicités (neutres et cibles) présentes dans ce questionnaire de rappel. Le premier t-test a été réalisé sur les publicités neutres (point milieu: 1) et le second a été mené sur les publicités dites « cibles » (point milieu :1.5). Ces derniers indiquent que les participants répondent en moyenne significativement bien aux questions de rappel sur les publicités neutres ($M=2.55$, $SD=.71$) et les publicités cibles ($M=1,45$ et $SD=.68$), respectivement $t(115)=15.86$ à $p \leq .001$ et $t(115)=7.13$ à $p \leq .001$.

Des analyses de variance (ANOVA), ayant pour facteurs intersujets la catégorie de poids des participants (poids moyen vs. surpoids) et leur condition de menace (menace vs.

contrôle vs. réduction de la menace), ont été menées sur les scores des publicités neutres. Ces dernières ne révèlent aucun effet principal significatif de la catégorie de poids, ni d'effet principal significatif de la condition de menace, ni d'effet d'interaction significatif de ces 2 facteurs sur cette variable, respectivement, $F(1,110)=.83$, $F(2,110)=.46$ et $F(2,110)=.43$, à $p_s > .05$ ns.

En revanche, pour les publicités cibles, un effet significatif de la variable « condition menace » est mis en évidence sur les réponses des participants, $F(2,110)=14.40$ à $p \leq .001$. En moyenne, les participants en condition contrôle ($M=1.03$, $SD=.47$) se sont moins bien souvenus des publicités cibles qu'ils ont visionnées que les participants assignés aux conditions menace ($M=1.64$, $SD=.67$) et réduction de la menace ($M=1.68$, $SD=.66$). Les analyses de contraste effectuées indiquent que les participants en condition contrôle ont des scores moins élevés au test de rappel des publicités « cibles » que les participants des deux autres conditions $t(113)=-5.31$ à $p \leq .001$. Cependant, ces analyses ne révèlent pas de différence significative entre les scores des individus en condition menace et ceux en condition réduction de la menace, $t(113)=.31$ à $p > .05$, ns.

- Vérification de l'efficacité de l'induction de la menace du stéréotype en fonction de la catégorie de poids des participants (poids moyen vs. surpoids) et de leur condition menace (menace vs. contrôle vs. réduction de la menace)

Dans un second temps, afin de vérifier que les publicités ont bien été efficaces dans l'induction d'un sentiment de menace ou de réduction de menace auprès des participants en surpoids, une analyse de variance (ANOVA), ayant pour facteurs intersujets la catégorie de poids des participants (poids moyen vs. surpoids) et leur condition de menace (menace vs. contrôle vs. réduction de la menace), a été effectuée sur le questionnaire permettant de mesurer le sentiment de menace des participants. Cette dernière révèle un effet principal significatif du poids des participants, $F(1,111)= 7.57$ à $p=.01$, $\eta^2=.06$. Ainsi, les participants en situation de surpoids se sont sentis davantage menacés ($M=3.95$, $SD=1.01$) que les participants de corpulence moyenne ($M=3.46$, $SD=.92$). Cependant, le t-test effectué sur ce questionnaire révèle un score moyen ($M=3.71$, $SD=.99$) significativement plus faible que le point milieu de l'échelle utilisée (4.5), $t(117)=-8.61$, $p \leq .001$. Cela suggère que dans l'ensemble notre échantillon de participants ne s'est pas senti menacé. De plus, aucun effet principal significatif de la condition de menace, ni d'effet d'interaction n'a été observé, respectivement $F(2,111)=.16$ et $F(2,111)=1.48$ à $p_s > .05$, ns. Cela présume que les

participants en surpoids en condition de menace du stéréotype ne se sont pas sentis plus menacés que ceux en surpoids en condition neutre. De même, les personnes en surpoids en condition réduction de la menace n'ont pas ressenti moins de menace que celles en surpoids en condition neutre.

3.1.2.2 Analyses principales

- Sélection de produits alimentaires lors de la tâche de course, en fonction de la catégorie de poids des participants (poids moyen vs. surpoids) et de leur condition expérimentale (menace vs. contrôle vs. réduction de la menace)

Aucune des variables dépendantes étudiées n'atteignant la normalité, une transformation a été effectuée sur chacune d'elles (i.e. racine carrée) afin qu'elles répondent à une loi normale. Malgré cette correction, les variables « produits alimentaires faisant grossir et mauvais pour la santé », « produits alimentaires juste mauvais pour la santé » et « produits hygiéniques » ne suivent pas une loi normale, respectivement $D(117)=.10$ à $p=.01$, $D(117)=.45$ à $p \leq .001$ et $D(117)=.13$ à $p \leq .001$. Des tests non paramétriques ont donc été utilisés pour ces trois variables : le test Kruskal-Wallis et le test de Mann-Whitney. Pour le reste des variables dépendantes examinées, des analyses de variance (ANOVA) ont été réalisées.

- ***Sélection totale de produits alimentaires***

Concernant le choix des aliments *via* l'application « Plan courses », les analyses de variance effectuées indiquent un effet principal significatif de la catégorie de poids du participant, (cf. Figure 1), $F(1,111)= 7.09$ à $p=.01$ $\eta^2=.60$. En moyenne, les participants de poids moyen ($M=10.13$, $SD=.38$) sélectionnent plus de produits alimentaires proposés dans l'application que ceux en surpoids ($M=8.71$, $SD=.38$). En revanche, elles ne révèlent ni d'effet significatif de la condition de menace, ni d'effet significatif d'interaction concernant le nombre total de produits alimentaires sélectionnés, respectivement : $F(2,111)=.11$ et $F(2,111)=.18$ à $p_s \geq .84$, *ns*. La différence supposée concernant le nombre d'aliments total sélectionnés par les participants en fonction de leur catégorie de poids et de leur condition expérimentale n'est pas confirmée.

- ***Sélection de produits alimentaires considérés comme ne faisant ni grossir, ni mauvais pour la santé***

Pour les aliments appartenant à la catégorie de produits ne faisant ni grossir, ni étant mauvais pour la santé, aucun effet principal significatif de la catégorie de poids du participant n'est observé sur la sélection de ces produits alimentaires, ni d'effet principal significatif de la condition expérimentale, ni d'effet d'interaction de ces deux facteurs, respectivement : $F(1,111)=.16$, $F(2,111)=.04$ et $F(2,111)=.14$ à $p_s \geq .69$, *ns*. Nous ne pouvons pas conclure, comme supposé, qu'il existe une différence concernant le nombre de produits sélectionnés bon pour la santé et ne faisant pas grossir en fonction du poids des participants, ni même en fonction de la condition expérimentale.

- ***Sélection de produits alimentaires considérés comme faisant grossir et mauvais pour la santé***

Concernant les produits considérés comme faisant grossir et mauvais pour la santé, le test Kruskal-Wallis ne révèle aucun effet principal significatif de la condition expérimentale sur cette catégorie d'aliments $\chi^2=.56$ à $p=.75$, *ns*. En revanche, le test nous permet de conclure qu'il existe une différence de sélection en terme de produits caloriques en fonction de la catégorie du poids du participant. Autrement dit, dans l'ensemble, les personnes de poids moyen (*médiane*: 31.12) choisissent plus de produits malsains et faisant grossir parmi les aliments disponibles comparés aux participants en surpoids (*médiane*: 12.6). Le test de Kruskal-Wallis proprement dit donne un χ^2 de 12.37, significatif ($p \leq .001$). De même, ces analyses mettent en évidence un effet d'interaction significatif entre la catégorie de poids du participant et sa condition expérimentale sur ce type de produits, $\chi^2=14.67$ à $p=.01$. Des comparaisons par paire, *via* des tests de Mann-Whitney, montrent qu'en condition neutre, les individus en surpoids (*médiane*: 8.72) sélectionnent significativement moins de produits caloriques que ceux de poids moyen (*médiane*: 33.81), $U=300.5$ avec $Z=2.98$ à $p=.003$. De même, en condition menace, les participants en surpoids (*médiane*: 12.24) tendent à « acheter » moins de produits alimentaires faisant grossir et mauvais pour la santé que ceux de corpulence moyenne (*médiane*: 25.55), $U=126.5$ avec $Z=-1.79$ à $p=.07$, *marginal*. En condition réduction de la menace, aucune différence significative n'est observée sur ce type

de produits entre les personnes en surpoids (*médiane*: 18.68) et les individus normopondérés (*médiane*: 26.93), $U=141$ à $p=.25$, *ns.* (cf. Figure 2).

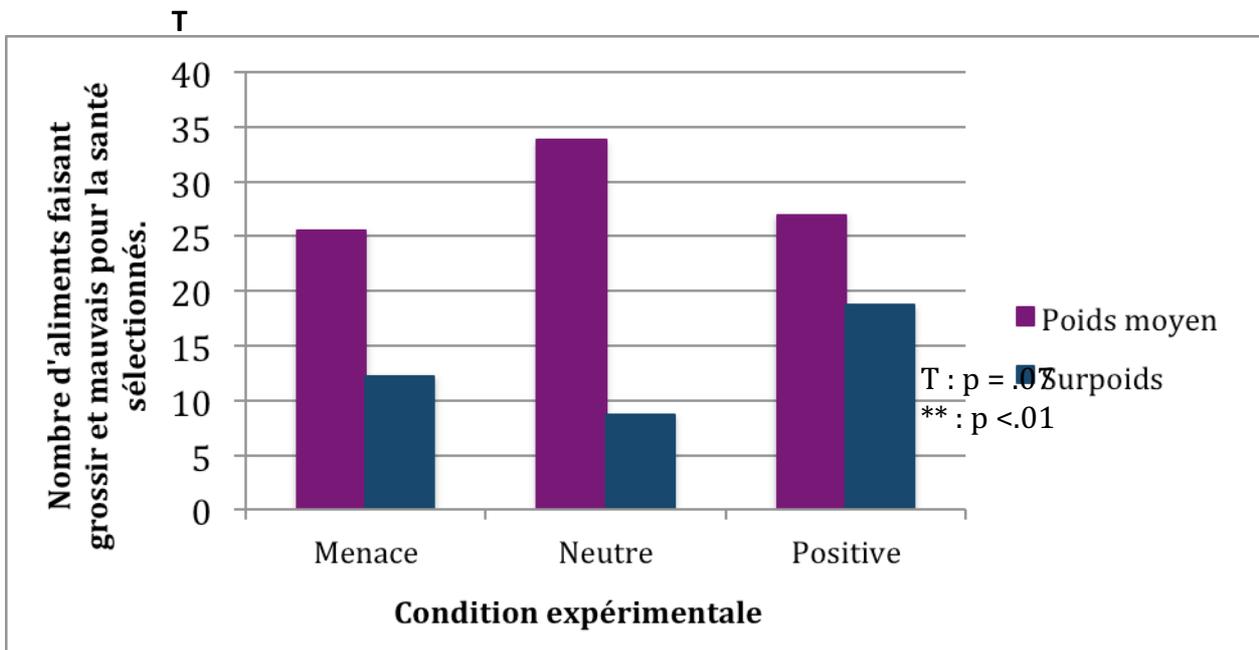


Figure 2: Sélection des produits alimentaires considérés comme faisant grossir et mauvais pour la santé de la part des participants en fonction de leur catégorie de poids et de leur condition expérimentale.

- *Sélection de produits alimentaires considérés comme seulement mauvais pour la santé*

Pour les produits jugés comme « juste mauvais pour la santé », les tests de Kruskal-Wallis mesurent seulement un effet principal significatif de la catégorie de poids sur cette variable, $\chi^2=5.33$ à $p=.02$. Dans l'ensemble, les participants de poids moyen et en surpoids sélectionnent peu de produits appartenant à cette catégorie (*médianes* $\leq .001$). Néanmoins, en contradiction avec les hypothèses que nous avons formulées *a priori*, il apparaît que les participants de corpulence moyenne sélectionnent plus de produits alimentaires malsains ($M=1.71$, $SD=2.22$) que ceux en surpoids ($M=.85$, $SD=1.78$). Aucun effet principal significatif de la condition de menace, ni d'effet d'interaction n'a été obtenu pour cette catégorie de produits, $\chi^2=.35$ et $\chi^2=56.11$ à $p_s \geq .30$, *ns.*

- ***Sélection de produits alimentaires considérés seulement comme faisant grossir***

A propos du nombre de produits alimentaires orexigènes choisis, les analyses de variance (ANOVA) ne révèlent pas d'effet significatif sur cette variable en fonction de la catégorie de poids du participant et de sa condition expérimentale, $F(1,111)=2.38$ et $F(2,111)=.51$ à $p_s \geq .13$, *ns*. De plus, il n'existe aucun effet d'interaction significatif de ces deux facteurs sur la sélection de ce type de produits alimentaires, $F(2,111)=.02$ à $p=.98$, *ns*.

- ***Sélection de produits hygiéniques***

A titre exploratoire, nous avons effectué des tests de Kruskal-Wallis sur les produits nommés « soins et d'hygiènes ». Aucun effet principal significatif de la condition expérimentale du participant n'a été trouvé, $\chi^2=.81$ à $p=.68$, *ns*. En revanche, les analyses révèlent un effet principal significatif de la catégorie de poids du participants et un effet d'interaction significatif sur ces produits, respectivement $\chi^2=6.39$ et $\chi^2=15.54$ à $p_s=.01$. Dans l'ensemble, il apparaît que les individus de poids moyen (*médiane*: 5) sélectionnent davantage de produits en rapport avec l'hygiène/le soin que les personnes en surcharge pondérale (*médiane*: 3). En outre, des tests de Mann-Whitney nous informent qu'en condition « menace du stéréotype », les participants en excès de poids (*médiane*: 1.5) choisissent significativement moins de produits de soins que les participants normopondérées (*médiane*: 7), $U=74.5$ à $p \leq .001$. De telles différences ne sont pas observées en conditions « neutre » et « réduction de la menace », respectivement $U=191$ et $U=149.5$ à $p_s \geq .36$, *ns*.

3. 1.3 Discussion

Au même titre que Brochu et Dovidio (2013, étude 1) qui demandaient à leurs participants de choisir des aliments sur une carte de type restaurant, notre étude se voulait écologique en invitant des personnes à réaliser des courses fictives *via* une application numérique (ce qui, à l'heure actuelle, est tout à fait possible sur ordinateurs et smartphones). Ainsi, selon l'hypothèse de la menace du stéréotype, nous nous attendions à ce que les personnes en surpoids ou obèses menacées par le stéréotype aient tendance à choisir plus de produits alimentaires considérés comme mauvais pour la santé et/ou faisant grossir que les

participants de même corpulence non menacés. En revanche, aucune différence sur le comportement alimentaire des personnes de poids moyen n'était formulée en fonction de leur condition expérimentale. De même, il s'agissait de tester si l'activation d'une image positive des personnes en surpoids pouvait diminuer cet effet de menace du stéréotype attendu auprès des participants en surpoids. Plus précisément, notre objectif était de vérifier si l'activation d'une vision positive des personnes en surpoids pouvait amener des participants en surpoids à émettre un comportement contre-stéréotypique, à savoir choisir autant, voire moins d'aliments mauvais pour la santé ou faisant grossir que des participants en surpoids dont la vision positive du surpoids n'a pas été activée, et des participants de poids moyen soumis ou non à une telle activation. A notre connaissance, aucune étude n'a consisté à tester l'impact d'une activation positive sur les personnes en surcharge pondérale dans la littérature existante.

Les résultats obtenus dans cette recherche ne corroborent pas les hypothèses formulées. Les choix alimentaires des participants en surpoids et de poids moyen n'ont pas été impactés, dans le sens attendu, par les publicités qu'ils ont visionnées en amont. Plus précisément, les participants présentant un embonpoint soumis à des publicités stigmatisantes n'ont pas sélectionné significativement plus de produits alimentaires malsains que leurs homologues ayant visionné des publicités neutres ou positives à l'égard des rondeurs, et que les individus de poids moyen, toutes conditions confondues. De même, les participants en surpoids en condition réduction de la menace n'ont pas choisi plus d'aliments sains que ceux des autres conditions.

En effet, contrairement à ce que nous postulions et aux travaux antérieurs (e.g., Seacat et Mickelson, 2009 ; Brochu et Dovidio, 2013 étude 1), nos données montrent que, dans l'ensemble, comparées aux individus de poids moyen, les personnes en surpoids ont « acheté » moins de produits alimentaires, et ce, peu importe la condition expérimentale dans laquelle elles se trouvaient. Elles ont notamment eu tendance à sélectionner moins de produits jugés mauvais pour la santé et faisant grossir lorsqu'elles étaient en condition contrôle et menace.

Ces observations pourraient s'expliquer par un biais de réponse de la part des participants en surpoids, à savoir un biais de désirabilité sociale (Crowne et Marlowe, 1960). Ce biais constitue la tendance à vouloir se montrer sous un jour favorable auprès des personnes qui nous entourent, que ce soit de manière consciente ou non, dans un sens conforme à leurs attentes. Un tel biais a déjà été démontré dans le domaine des comportements alimentaires. En effet, Hebert *et al.* (1997) avaient observé que plus des femmes désiraient être positivement évaluées par autrui, plus elles avaient tendance à sous-

estimer ce qu'elles avaient ingéré lors des dernières 24 heures, ainsi que lors de la dernière semaine écoulée, en terme de matières grasses et d'apports énergétiques. Ainsi, nous pouvons aisément imaginer que des personnes en surpoids, par peur d'être jugées défavorablement, ont sélectionné des produits alimentaires bons pour la santé et ne faisant pas grossir, afin de véhiculer une image positive d'elles-mêmes, conforme à la norme, et contraire aux stéréotypes négatifs répandus à leur sujet. Ceci semble d'autant plus probable que notre cadre expérimental combinait la présence des deux facteurs indispensables pour déclencher ce biais de réponse, à savoir la nature des questions (i.e., sujets personnels et/ou sensibles) et la présence d'un expérimentateur (Nass, Moon et Carney, 1999). Effectivement, dans notre étude, les personnes étaient invitées, de manière explicite, à livrer des informations personnelles et sensibles : leurs préférences alimentaires. Lors de la phase de débriefing, un participant souffrant d'obésité a notamment soulevé que son alimentation était un sujet sensible pour lui, et que, par conséquent, la tâche fictive de course s'était avérée être une réelle épreuve. De plus, à chaque passation, une expérimentatrice était présente. De surcroît, en fonction du lieu de passation (i.e., clinique de la Chataigneraie, UGECAM, cours de sport des associations, etc.), d'autres personnes assistaient au déroulement de l'expérience. Les personnes en surpoids rencontrées ont pu, par exemple, effectuer leur tâche de courses en présence d'autres individus également en situation d'obésité (e.g., patients dans la salle d'attente de la clinique), de personnels médicaux et de membres d'association de lutte contre l'obésité accompagnant les individus obèses dans leur protocole de chirurgie bariatrique.

Comparées aux individus normopondérés, les personnes en surpoids ayant participé à notre étude ont donc pu être davantage soumises à ce biais de désirabilité sociale (i.e. sélection d'aliments sains et non sélection d'aliments caloriques), car la norme sociale de minceur, dictant une alimentation saine et équilibrée, était plus prégnante dans leurs contextes de passation et dans leur vie. Certes, la plupart des personnes en surpoids interrogées étaient impliquées dans des protocoles de minceur, voire de chirurgie bariatrique, dans lesquels des pratiques alimentaires saines leur sont enseignées (e.g., diététiciennes). Par conséquent, il serait pertinent de répliquer cette étude en ayant un contexte de recrutement et de passation similaire pour tous les participants. En effet, les procédés de recrutement n'ayant pas été similaires entre les participants en surpoids et ceux de poids moyen, nous avons pu observer une différence d'âge importante entre nos deux groupes de poids. L'âge moyen des personnes en surpoids était effectivement plus élevé que celui des individus de poids moyen. Dans une recherche future, il serait judicieux que nos échantillons soient appariés sur l'âge. De même, il

serait intéressant de comparer cette étude à une réplique auprès d'une population de personnes obèses non engagées dans une prise en charge médicale de leur obésité.

Seuls les participants en surpoids soumis à la condition « réduction de la menace » ne semblent pas avoir choisi significativement moins d'aliments malsains que les personnes de poids moyen. A défaut de les protéger d'un effet de menace du stéréotype, comme nous le supposions, l'exposition à des publicités montrant des femmes éclatantes et fières de leurs rondeurs les a peut-être conduits à (davantage) assumer leur corps et s'affirmer. Cette auto-affirmation les aura peut-être protégés de cette soumission à la norme sociale alimentaire, imposée par notre société, très présente sur leur lieu de passation et dans leur parcours de vie (i.e., membres d'association pour perdre du poids, prise en charge en vue d'une chirurgie bariatrique). Ces affirmations n'étant que des supputations, elles restent à être corroborées expérimentalement.

Concernant les résultats obtenus auprès des produits d'hygiène et de soins, il semblerait que, suite à notre induction, les participants en surpoids se soient conformés au stéréotype attribuant des comportements de négligence aux personnes en surcharge pondérale. En effet, certains travaux, cités dans cette thèse, ont noté que leurs participants jugeaient les personnes en excès de poids comme étant des individus négligés (e.g., Foster *et al.*, 2003; Vartanian et Silverstein, 2013). De plus, sans faire mention du mot « négligence », notre Étude 1 avait également démontré que les participants attribuaient davantage de traits physiques négatifs aux cibles en surpoids. Or, dans cette recherche, nous constatons que les personnes en surpoids soumises à la condition menace ont « acheté » relativement moins d'articles de la catégorie « soin » que les personnes de corpulence moyenne menacées, alors que dans les autres conditions (contrôle et réduction de la menace), aucune différence n'est observée en fonction du poids des participants. Au regard de ces résultats, il serait pertinent, dans des recherches ultérieures, de déterminer si, en France, les personnes en surpoids sont perçues comme négligées. Si tel était le cas, l'intérêt serait de vérifier si un effet de menace du stéréotype peut survenir sur cette dimension auprès de cette population comme le laisse sous-entendre nos résultats. Notons qu'aucun élément, dans le contexte de passation des participants (en surpoids ou normopondérés), ne mettait en évidence une quelconque norme sanitaire à respecter. De ce fait, ces données renforcent l'idée d'un biais de désirabilité sociale dans le choix alimentaire des participants en surpoids en raison d'un contexte de passation normatif quant à l'alimentation des français, voire stéréotypique envers l'alimentation des personnes en surcharge pondérale.

Pour finir, d'un point de vue méthodologique, certains éléments de cette étude pourraient être améliorés pour de futures recherches. D'une part, bien que dans l'application de courses utilisée les catégories de produits aient été disposées aléatoirement, leur ordre était identique pour chaque participant. Or, cet ordre a pu influencer leurs choix. En effet, il est possible qu'un effet de primauté soit intervenu sur les premières catégories de produits proposées. L'effet de primauté, tel que décrit par Asch (1946), renvoie à une plus forte persuasion et mémorisation des informations perçues en premier. Ainsi, dans notre étude, il est possible que les individus aient prêté plus attention et aient été plus concentrés sur les premières catégories proposées (i.e., fruits et légumes) au détriment des autres catégories présentées (i.e., produits sucrés, plats cuisinés). Ces suppositions ont été confirmées par les retours des participants lors de la phase de débriefing. En effet, ces derniers rapportaient commencer systématiquement leur liste de courses par les premières catégories présentes dans l'application et leur prêter une plus grande attention. De ce fait, il serait judicieux de proposer une application dans laquelle l'ordre d'apparition des catégories présentées serait généré aléatoirement à chaque passation.

D'autre part, bien que le but réel de notre étude ait été camouflé aux participants, les personnes étaient explicitement invitées à remplir « leur panier de courses » selon leurs propres habitudes alimentaires. Même si cette tâche était présentée dans un but commercial, les participants savaient que leurs choix alimentaires seraient examinés. Cette évaluation a donc pu, comme nous l'avons dit, entraîner des choix conformes à ce qu'il est valorisé socialement d'acheter et non à ce que les personnes consomment réellement (i.e., désirabilité sociale). Dans de futures recherches, il serait plus pertinent d'utiliser des tâches moins explicites quant à l'évaluation du comportement alimentaire des participants. Plus précisément, il serait intéressant de choisir des tâches où le participant ne se doute pas que ses choix, sa consommation, seront mesurés.

Enfin, Major *et al.* (2014) ont observé un effet de menace du stéréotype auprès de femmes se percevant en surpoids. Ainsi, pour aller plus loin, il serait intéressant de répliquer cette étude en considérant la vision que les individus ont de leur propre corps, autrement dit en prenant en compte leur perception subjective corporelle. Effectivement, il est possible que cette perception subjective ne corresponde pas à la réalité objective, à savoir à l'IMC de la personne. Par exemple, il est probable que des personnes catégorisées comme étant de poids moyen par les critères de l'OMS (i.e., IMC entre 18.5 et 24.9), se considèrent, elles, en surpoids. A l'inverse, des individus objectivement en surpoids (i.e., $IMC \geq 25$) peuvent se

percevoir de poids moyen. Chang et Christakis (2003) avaient, en effet, observé que certaines personnes qui n'étaient pas obèses se percevaient comme tels, et qu'à l'inverse, certaines personnes qui étaient objectivement obèses se considéraient comme non obèses. De cette manière, la menace du stéréotype ne devrait impacter que les personnes qui estiment être en surpoids, puisque seules ces dernières penseront être concernées par la stigmatisation envers l'alimentation des personnes en surpoids.

Cette recherche de terrain n'ayant pas révélé d'impact de la menace du stéréotype sur l'intention comportementale des personnes en surpoids concernant leur alimentation, trois études de laboratoire ont été menées afin de directement vérifier l'impact d'un tel phénomène sur les comportements alimentaires. Un tel passage de l'intention comportemental au comportement effectif a été motivé par l'existence de différences notables entre ce que nous désirons faire (i.e., nos intentions) et ce que nous faisons réellement (i.e., nos actions). Les travaux sur la dissonance cognitive en sont la preuve (Aronson, 1969). Effectivement, il n'est pas rare de ressentir un état d'inconfort psychologique causé par une inconsistance entre nos pensées et nos actes (=dissonance cognitive). Par exemple, des personnes pensent que fumer est mauvais pour leur santé mais elles fument un paquet de cigarettes tous les 2 jours. Ainsi, bien que la théorie de l'action planifiée avance que nos intentions comportementales sont le meilleur prédicteur de nos comportements subséquents (Ajzen, 1991), en pratique, il semblerait qu'elles ne garantissent que modestement nos actions (Johnston, Johnston, Pollard, Kinmonth et Mant, 2004). Dans le domaine des comportements de santé, il est effectivement rare que nos intentions de changer d'habitudes de vie soient couronnées de succès (cf. Rhodes et De Bruijn, 2013 pour une méta-analyse sur l'écart intention-action dans les activités sportives). Par conséquent, si des personnes en surpoids menacées peuvent avoir l'intention de manger de manière saine et équilibrée, leur consommation de nourriture ne reflétera peut-être pas de telles intentions.

Au vu des travaux de Major *et al.* (2014), la prochaine étude présentée dans cette thèse prenait en compte à la fois le poids objectif des participants et leur poids subjectif. De plus, comparé à l'étude précédemment décrite, dans cette seconde étude expérimentale les participants effectuaient une tâche de goût jugée moins évaluatrice et plus implicite quant à l'évaluation de leurs propres consommations et habitudes alimentaires. Par ailleurs, pour induire le phénomène de menace du stéréotype chez les femmes en surpoids participant à cette étude, nous avons choisi de les peser à l'aide d'un pèse-personne. En effet, Steele et Aronson (1995) avaient observé qu'en dépit d'une consigne neutre concernant la tâche à

effectuer, le fait de rendre saillante l'identité raciale des personnes de couleur noire, avant leur réalisation du test d'intelligence, suffisait à affecter négativement leurs scores à celui-ci.

L'étude présentée dans la section suivante avait donc pour but d'examiner si l'activation de la catégorie de poids de participantes en surpoids ou se considérant en surpoids, par le biais de la pesée, serait suffisante à amplifier leur consommation de confiseries lors d'une tâche alimentaire subséquente. Plus précisément, nous souhaitions vérifier si des femmes en surpoids (réel/perçu) pesées auraient, en terme de grammes, une consommation de confiseries supérieure à celles non pesées et celles de poids moyen pesées ou non. En effet, dans la littérature existant à ce sujet, aucune étude n'a testé l'impact d'une menace implicite, telle que la pesée, sur le comportement alimentaire de personnes en surpoids. Or, la pesée est une situation que bon nombre d'individus en surpoids peuvent subir dans leur vie quotidienne, surtout s'ils suivent une prise en charge médicale.

3.2 Impact de la stigmatisation relative au poids sur la consommation de produits alimentaires considérés caloriques via une menace implicite du stéréotype (étude 4)

3.2.1. Méthode

3.2.1.1 Participants

En échange de crédit d'heures expérimentales, 109 étudiantes (âge moyen: 19.10, $SD=1.29$), en première année de psychologie à l'université de Clermont-Ferrand, ne présentant aucun diabète et aucune allergie alimentaire au chocolat et aux cacahuètes, et n'ayant pas suivi d'enseignement relatif au phénomène de menace, ont pris part à cette étude.

Notre échantillon était composé de 74 participantes de poids moyen, 22 en surpoids/obèses et 13 en sous-poids. Aléatoirement, ces participantes ont été soumises à l'une ou l'autre des conditions suivantes : menace du stéréotype ($n=55$) vs. non menace du stéréotype ($n=54$). L'étude correspondait donc à un plan expérimental $S_n <A_2*B_2>$ incluant les facteurs « Poids du participant » (poids moyen vs. surpoids/obèse) et « Menace du stéréotype » (présence vs. absence) comme facteurs intersujets.

En raison d'un effectif trop faible et d'hypothèses non formulées *a priori* à l'égard des personnes en sous-poids ($n=13$), les participantes appartenant à ce sous-groupe ont été

écartées des analyses. De même, les participantes ayant obtenu des consommations confiseries (en grammes) de plus de 3 écart-types au-dessus ou en dessous de la moyenne ($n=7$) et celle ayant deviné le but de l'étude ($n=1$) n'ont pas été intégrées dans les analyses.

3.2.1.2 Matériels et procédure

L'étude s'est déroulée en passation individuelle dans les salles expérimentales du LAPSCO (Laboratoire de Psychologie Sociale et Cognitive, cf. Figure 3 pour un schéma explicatif du déroulement de l'expérience). Avant de débiter, une autorisation écrite *via* un formulaire de consentement était demandée à la participante. Cette dernière était également informée de sa liberté de mettre fin à tout moment à l'expérience sans avoir à se justifier.

L'étude lui était présentée comme étant une tâche de goût, c'est-à-dire une tâche d'évaluation de différents aliments après les avoir goûtés. La tâche proposée à la participante se basait sur des recherches étudiant le comportement alimentaire (i.e., prise alimentaire de personnes restrictives, Boon *et al.*, 2002) et le goût (Aubie et Jarry, 2009 ; Van Der Wal et Van Dillen, 2013). Ainsi, comme dans ces études, la participante se trouvait confrontée à trois saladiers nommés A, B et C contenant chacun une confiserie différente (500g de Smarties, 500 g de M&M's et 279 g de Maltesers) dont les noms/marques lui étaient tus/cachées, (Annexe CC). Elle était alors invitée à tester et évaluer les trois confiseries, dans l'ordre alphabétique (A, B puis C), sur chacune des dimensions suivantes : apparence, goût/parfum, texture/consistance, arôme/odeur et impression globale, (Annexe DD). Il lui était également demandé d'indiquer son classement préférentiel entre ces trois aliments. L'expérimentatrice précisait à la participante qu'elle pouvait manger autant de confiseries que nécessaire pour réaliser son évaluation sensorielle – les trois saladiers de confiseries étant individuellement pesés avant l'arrivée de la participante et après son départ. Par ailleurs, de l'eau et un verre étaient mis à sa disposition pour qu'elle puisse s'hydrater et se nettoyer le palais après chaque évaluation. De même, pour des raisons d'hygiène, l'expérimentatrice lui demandait d'enfiler un gant à usage unique pour prendre les aliments. Une fois toutes ces consignes délivrées, la participante effectuait cette tâche en l'absence de l'expérimentatrice afin que la présence de cette dernière n'interfère pas sur sa consommation de confiseries. L'expérimentatrice ne revenait que lorsque la participante l'avait informée de la fin de son évaluation des aliments. L'expérimentatrice revenue, la participante remplissait un premier questionnaire (Annexe EE) destiné à vérifier sa perception de la tâche (par exemple, "Lorsque j'ai réalisé la tâche

d'évaluation des aliments j'étais stressée."). Puis, elle complétait un second questionnaire (Annexe FF) permettant de vérifier la vision (subjective) que la participante avait de son corps (par exemple, "En ce qui concerne ma silhouette, je me trouve:" 1= "trop maigre" à 8 = "trop grosse", etc.), sa connaissance du stéréotype concernant les personnes en surpoids/obèses face à la nourriture (par exemple, "Les gens, en général, s'accordent à dire que les individus en surpoids voire obèses mangent beaucoup." etc.), son adhésion à ce stéréotype (par exemple, "Personnellement, je pense que les individus en surpoids voire obèses mangent en quantité raisonnable."), le degré d'importance qu'elle attribue au poids et aux comportements alimentaires (par exemple, "Je pense qu'il est bon de bien savoir se comporter face à la nourriture.", etc.), sa faim (par exemple, "Dans quelle mesure aviez-vous faim en venant à l'expérience ?") et dans quelle mesure elle a repéré ou non le but de l'étude (par exemple, "Pensez-vous avoir deviné le but de l'étude ?"). Ces différentes mesures ont été introduites car, comme nous l'avions mentionné auparavant, la conscience du stéréotype à l'égard de son groupe social, l'adhésion à ce stéréotype, l'identification au domaine concerné par celui-ci et le degré d'identification à son groupe social peuvent modérer l'effet de menace du stéréotype (Schmader, 2002 ; Brown et Pinel, 2003; Schmader *et al.*, 2004; Keller, 2007). La participante répondait aux items principalement à l'aide d'une échelle de type Likert en 8 points allant de 1= "Pas du tout d'accord" à 8= "Tout à fait d'accord". Seule la vision subjective de son corps était mesurée à l'aide de la Figure Rating Scale de Stunkard *et al.* (1983) déjà utilisée dans notre première étude.

Par ailleurs, la moitié des participantes étaient pesées à l'aide d'un pèse-personne et mesurées à l'aide d'une toise avant d'effectuer la tâche de goût et de remplir les questionnaires (condition menace du stéréotype *via* l'activation de la catégorie de poids), tandis que les autres participantes se voyaient pesées et mesurées à l'issue de la tâche de goût et du premier questionnaire (condition non activation de la menace du stéréotype), (Annexe CC). Pour justifier cette prise de mensurations, il était seulement précisé aux participantes que c'était important pour le bon déroulement de l'expérience.

Pour finir, toutes les participantes recevaient un débriefing complet et détaillé sur le but réel de l'expérience. Un temps de parole leur était également accordé pour qu'elles puissent s'exprimer librement sur leur vécu de cette étude et, en particulier, sur la mesure de leur taille et de leur poids. Il leur était également indiqué qu'elles pouvaient questionner l'expérimentatrice sur les points qu'elles désiraient. Enfin, elles recevaient une consigne de discrétion (i.e., ne pas dévoiler le contenu et le but de l'étude aux autres étudiant(e)s), voyaient leurs heures expérimentales validées et étaient remerciées pour leur participation et

leur aide. Toute la procédure expérimentale a été acceptée par le Comité de Protection des Personnes (CPP Sud Ouest 6), (Annexe GG).

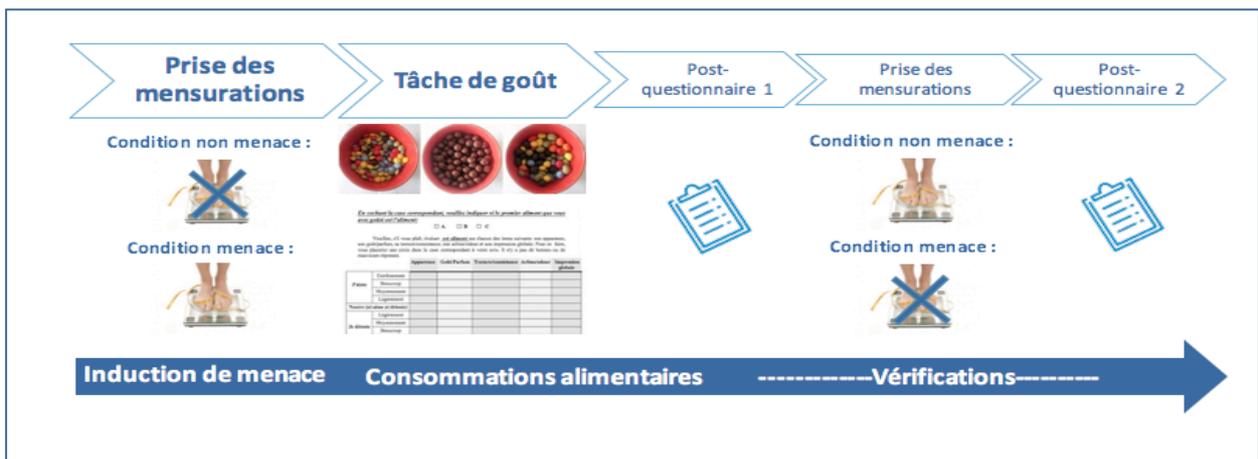


Figure 3: Déroulement de la procédure expérimentale, Étude 4

2.3.2 Résultats

L'étude de Major *et al.* (2014) ayant noté un effet de menace du stéréotype auprès des femmes qui se percevaient en surpoids et non auprès des femmes objectivement en surpoids, nos analyses statistiques s'intéressaient à la fois à l'effet du poids objectif des participantes et à l'effet de leur poids perçu sur leur consommation de confiseries (en grammes).

3.2.2.1 Poids Objectif

Selon l'hypothèse de la menace du stéréotype, nous supposons que l'activation de la catégorie de poids des participantes en surpoids, *via* la pesée, amènerait celles-ci à consommer plus de confiseries que les participantes de même corpulence dont la catégorie de poids n'aurait pas été activée et que les participantes de poids moyens soumises ou non à l'activation de leur catégorie de poids. Concernant la consommation des femmes en surpoids non menacées et celle des femmes de poids moyens menacées ou non, aucune différence n'était attendue.

Une série d'analyses de régression a été conduite pour vérifier l'influence du poids et de la condition expérimentale (activation *vs.* non activation de la catégorie de poids) sur la consommation de confiseries. Nos analyses comprenaient 2 facteurs : l'IMC (centré) des

participants obtenus à l'aide des mensurations prises par l'expérimentatrice et la condition de menace (Dummy Coded: 0 = non menace, 1 = menace)¹⁰. Le test de Kolmogorov-Smirnov indiquant que notre variable dépendante n'avait pas une distribution normale, en amont des analyses de régression, une transformation logarithmique a été effectuée sur cette variable afin qu'elle réponde à une loi normale, $D(96)=.45, p=.99$.

- Analyses préliminaires

Vérification de l'efficacité de l'induction de la menace du stéréotype en fonction de la catégorie de poids objective des participantes (poids moyen vs. surpoids) et de leur condition expérimentale (menace vs. non menace)

Afin de savoir si les participantes en surpoids en condition d'activation de leur catégorie de poids se sont bien senties menacées comparées aux autres participantes, une analyse de variance testant l'effet de la catégorie de poids des participantes (poids normal vs. surpoids/obèses) et l'effet de la condition expérimentale (menace vs. non menace) sur leur degré de menace ressentie (post-questionnaire 1) a été réalisée. Cette ANOVA indique un effet principal tendanciellement significatif de la condition expérimentale, $F(1, 87)=2.80, p=.10, \eta^2 =.03$. Les participantes en condition menace du stéréotype à travers l'activation de la catégorie de poids ($M=2.74, SD=.19$) tendent à se sentir davantage menacées que les participantes dont le poids n'est pas activé ($M=2.33, SD=.16$). L'effet de la catégorie de poids et l'effet d'interaction entre ces deux variables ne sont, quant à eux, pas significatifs, $F_s \leq 2.14, p_s \geq .15 ns$. En outre, dans l'ensemble, les participantes obtiennent une moyenne significativement inférieure au point milieu des items mesurant la menace ressentie (4.5), $t(90)=-20.70$ à $p \leq .001$. En d'autres termes, de manière générale, les participantes de notre échantillon se sont senties peu menacées au cours de leur passation expérimentale ($M=2.42, SD=.96$).

Vérification de l'impact des modérateurs connus de la menace du stéréotype (i.e., adhésion au stéréotype, identification au domaine, etc.) sur la consommation alimentaire des participantes

Pour finir, des analyses de variance (ANOVA) indiquent que la prise alimentaire des participantes n'est pas impactée, de manière significative, par les variables suivantes (post-

¹⁰ A titre de contrôle, une analyse de régression a été menée sur l'heure de passation des participantes (centrée) afin de savoir si cette dernière influence leur prise alimentaire. Ainsi, les résultats soulignent que l'heure de passation des participantes ne prédit pas de manière significative la quantité de confiseries qu'elles ont mangées, $R^2 \text{ ajusté} = -.09; F(1, 93) = .16, p > .10$.

questionnaire 2): "le degré d'identification des participantes à leur catégorie de poids", "leur degré d'importance accordé aux comportements alimentaires", "leur connaissance du stéréotype lié aux obèses et à leur alimentation", "leur adhésion à ce stéréotype" et "leur niveau de faim" $F_s \leq 1.80$ à $p_s \geq .18$, *ns*. Les interactions de chacune de ces variables avec la catégorie de poids des participantes et leur condition expérimentale n'apparaissent également pas significatives, respectivement $F_s \leq .71$ à $p_s \geq .40$ et $F_s \leq .32$ à $p_s \geq .57$, *ns*. Seul un effet d'interaction significatif entre le niveau d'adhésion au stéréotype de la participante et sa catégorie de poids a été observé, $F(1,83)=4.22$, $p=.04$, $\eta^2=.05$. Au vu des moyennes, il semblerait que les participantes de corpulence moyenne adhérant faiblement au stéréotype ($M=3.08$, $SD=.10$) consomment davantage de confiseries que les autres participantes (corpulence moyenne-adhésion forte : $M=2.53$, $SD=.11$, surpoids-adhésion faible : $M=2.65$, $SD=.17$, surpoids-adhésion forte : $M=2.77$, $SD=.23$).

- Analyses principales

Impact de de la catégorie de poids objective des participantes (poids moyen vs. surpoids) et de leur condition expérimentale (menace vs. non menace) sur leur consommation de confiseries en grammes

D'après les analyses de régression effectuées, ni la condition expérimentale dans laquelle se trouvaient les participantes, ni la catégorie de poids à laquelle elles appartenaient ne prédisent significativement leur consommation de confiseries, respectivement R^2 ajusté = -.001; $F(1, 88)=.88$ et R^2 ajusté =.02; $F(1, 88)=2.46$ à $p_s \geq .12$, *ns*. De même, l'effet d'interaction entre ces deux variables n'est pas significatif, R^2 ajusté =.01; $F(1, 88)=1.60$ à $p=.21$, *ns*.

3.2.2.2 Poids subjectif

Comme nous nous intéressons ici au poids subjectif, les participantes objectivement en sous-poids ont été réintroduites dans ces analyses. En revanche, celles se trouvant à plus ou moins de 3 écart-types de la moyenne, ainsi que la participante ayant deviné le but de l'étude et celles se percevant en sous-poids ($n=9$), ont été exclues.

- Analyses préliminaires

Vérification de l'efficacité de l'induction de la menace du stéréotype en fonction de la catégorie de poids subjective des participantes (poids moyen perçu vs. surpoids perçu) et de leur condition expérimentale (menace vs. non menace)

Pour identifier si les participantes se percevant en surpoids en condition d'activation de leur catégorie de poids se sont senties plus menacées que les autres participantes, une analyse de variance testant l'effet de la catégorie de poids perçu des participantes (perception poids moyen vs. perception surpoids) et l'effet de la condition expérimentale (menace vs. non menace) sur leur niveau de menace ressentie a été effectuée. Cette série d'ANOVA ne dévoile aucun effet principal significatif de ces deux facteurs, ni d'effet d'interaction significatif sur le ressenti de menace des participantes, $F_s \leq 1.33$ à $p_s \geq .25$, *ns*. Dans l'ensemble, les participantes ressentent, en moyenne, un degré de menace ($M=2.59$, $SD=1.03$) significativement inférieur au point milieu de l'échelle (4.5), $t(94)=-18.19$ à $p \leq .001$.

Vérification de l'impact des modérateurs connus de la menace du stéréotype (i.e., adhésion au stéréotype, identification au domaine, etc.) sur la consommation alimentaire des participantes

Des analyses de variance révèlent que la consommation de confiseries des participantes ne varie pas, de manière significative, en fonction de "leur degré d'identification à leur catégorie de poids", de "leur degré d'importance accordé aux comportements alimentaires", de "leur connaissance du stéréotype lié aux obèses et à leur alimentation" et de "leur niveau de faim" $F_s \leq 2.02$ à $p_s \geq .16$, *ns*. En revanche, leur prise alimentaire apparaît être influencée par "leur adhésion au stéréotype", $F(1, 87)=11.62$, $p \leq .001$, $\eta^2 = .12$. Les participantes qui adhèrent fortement au stéréotype associant les personnes en surpoids à une alimentation trop grasse et conséquente ($M=2.57$, $SD=.10$) mangent moins de confiseries comparées à celles qui n'y adhèrent que faiblement ($M=3.03$, $SD=.09$).

Enfin, le niveau de faim des participantes et le degré d'importance qu'elles accordent aux conduites alimentaires semblent être les seules variables à interagir significativement avec leur perception de poids, respectivement $F(1, 87)=5.42$, $p=.02$, $\eta^2 = .06$ et $F(1, 87)=8.22$, $p=.005$, $\eta^2 = .09$. Au vu des moyennes, il apparaît que les participantes se percevant de poids moyen et ayant un faible niveau de faim ($M=4.12$, $SD=.63$) consomment davantage que les participantes des autres groupes (perception de corpulence moyenne-forte faim : $M=2.55$,

$SD=.13$, perception de surpoids-faible faim : $M=2.80$, $SD=.12$ et perception de surpoids-forte faim : $M=2.95$, $SD=.18$). De plus, les participantes se considérant en surpoids et accordant peu d'importance aux conduites alimentaires ($M=4.12$, $SD=.63$) ingèrent plus de confiseries que le reste de notre échantillon (perception de surpoids-forte identification au domaine : $M=2.81$, $SD=.10$, perception de corpulence moyenne- faible identification au domaine : $M=2.46$, $SD=.26$ et perception de corpulence moyenne-forte identification au domaine : $M=2.86$, $SD=.09$).

Pour finir, aucun effet d'interaction significatif n'est observé entre ces différentes variables et la condition expérimentale des participantes, $F_s \leq 2.42$ à $p_s \geq .12$, *ns*.

- Analyses principales

Impact de de la catégorie de poids subjective des participantes (poids moyen perçu vs. surpoids perçu) et de leur condition expérimentale (menace vs. non menace) sur leur consommation de confiseries en grammes

Les analyses de régressions réalisées indiquent que ni la silhouette (Stunkard *et al.*, 1983) à laquelle la participante pense ressembler, ni la condition expérimentale à laquelle la participante appartient, ni l'interaction entre ces deux variables ne prédisent significativement sa prise alimentaire, respectivement $R^2_{ajusté}=.001$; $F(1, 90)=1.11$, $R^2_{ajusté}=-.01$; $F(1, 90)=.01$ et $R^2_{ajusté}=.001$; $F(1, 90)=1.12$, à $p_s \geq .29$, *ns*.

Néanmoins, des analyses de régression testant l'effet de l'évaluation corporelle subjective des participantes ("En ce qui concerne ma silhouette, je me trouve: 1= trop maigre à 8 = trop grosse ") sur leur consommation de confiseries, indiquent que cette variable prédit de manière négative leur prise alimentaire, $R^2_{ajusté}=.03$; $F(1, 90)=5.06$, $p=.03$. Plus les participantes indiquent qu'elles se trouvent trop grosses, moins elles ingèrent de confiseries lors de la passation expérimentale, [$\beta=-.23$, $t(90)=-2.25$, 95% IC=-.19/-.01]. Les analyses révèlent également que l'interaction entre la condition expérimentale de la participante (activation de menace du stéréotype *via* la catégorie de poids versus non activation) et son évaluation corporelle subjective est tendancielle, $R^2_{ajusté}=.02$; $F(1, 90)=2.76$, $p=.10$. L'effet de l'évaluation corporelle subjective des participantes sur leur consommation de friandises tend à être plus important en condition menace qu'en condition non menace, [$\beta=-.17$, $t(90)=-1.66$, 95% IC=-.24/.02]. En revanche, aucun effet principal significatif de la condition expérimentale n'est observé, $R^2_{ajusté}=-.01$; $F(1, 90)=.01$, $p=.91$, *ns*.

Concernant les questions de vérification (identification aux groupes, connaissance du stéréotype, etc.), des analyses de variance mettent seulement en évidence un effet d'interaction significatif entre cette évaluation subjective corporelle des participants et leur niveau d'adhésion au stéréotype lié à l'alimentation des personnes en surpoids, $F(1, 87)=5.46$, $p=.02$, $\eta^2 =.06$. Au vu des moyennes, il apparaît que le niveau d'adhésion au stéréotype impacte davantage les consommations des participantes ne se considérant pas être "trop grosses" (faible adhésion : $M=3.18$, $SD=.21$, forte adhésion : $M=2.28$, $SD=.17$), que celles des participantes se trouvant "grosses" (faible adhésion : $M=2.98$, $SD=.12$, forte adhésion : $M=2.83$, $SD=.09$).

3.2.3 Discussion

Par le biais de cette étude, nous désirions vérifier si, au même titre que d'autres populations stéréotypées négativement dans notre société, les personnes en surpoids peuvent, elles aussi, souffrir du phénomène de menace du stéréotype à un niveau comportemental. Plus précisément, nous souhaitions savoir si l'existence du stéréotype concernant leur supposée suralimentation pouvait les amener à confirmer une telle croyance dans une situation où leur catégorie de poids était saillante et où ce stéréotype pourrait être applicable. Ainsi, pour les personnes en surpoids, nous prédisions que la simple activation de leur catégorie de poids (pesée) et la possibilité d'appliquer le stéréotype concernant leur comportement alimentaire ("tâche de goût") suffiraient à rendre leur prise alimentaire conforme à ce stéréotype. Nous nous attendions donc à une consommation de confiseries plus importante de leur part par rapport aux participantes de même corpulence dont la catégorie de poids n'aurait pas été activée, et aux participantes de poids moyen soumises ou non à une telle activation. En revanche, il n'était pas attendu que les consommations de ces trois derniers groupes diffèrent en termes de quantité. De même, l'étude de Major *et al.* (2014) ayant démontré un effet de menace du stéréotype sur la prise alimentaire d'individus se percevant en surpoids, nous supposions une consommation de confiseries plus élevée de la part des participantes menacées se considérant en surpoids, comparées à celles se percevant en surpoids non menacées et celles se considérant de poids moyen menacées ou non.

Nos hypothèses se rapportant aux personnes *objectivement* en surpoids ne sont pas validées. En effet, alors que les recherches antérieures rapportent une consommation d'aliments caloriques supérieure de la part de participants en surpoids menacés comparés aux

autres individus, nous ne constatons aucune modification de leur prise alimentaire dans la présente étude. Les participantes en surpoids en condition d'activation de leur catégorie de poids ont consommé en moyenne un volume de friandises non significativement différent à celui des autres groupes expérimentaux (surpoids/non activation, poids moyen/non activation, et poids moyen/activation). Nos observations ne répliquent donc pas l'effet de menace du stéréotype, mis en évidence par les travaux antérieurs, sur la consommation alimentaire de personnes en excès de poids (e.g., Schvey *et al.*, 2011 ; Major *et al.* 2014).

Au regard de nos résultats et ceux des deux études citées, il semblerait qu'une activation subtile de la catégorie de poids des participantes, telle que la pesée, ne soit pas suffisante pour activer un phénomène de menace de stéréotype auprès de participantes en surpoids. Les résultats obtenus à l'aide de notre premier post-questionnaire semblent confirmer cette hypothèse. En effet, ce dernier a montré qu'en moyenne, l'ensemble des femmes ne s'est pas senti menacé lors de notre étude. Cela signifie que, contrairement à ce que nous présumions avec la pesée, les participantes en surpoids dont la catégorie de poids a été activée ne se sont pas senties plus menacées lors de l'étude que les participantes des autres conditions.

Toutefois, ce post-questionnaire indique également que les participantes dont la catégorie de poids a été activée ont eu tendance à être moins sereines lors de l'expérience que les femmes dont la catégorie de poids n'a pas été activée. Ainsi, sans parler de menace, l'activation de sa catégorie de poids par le biais d'une pesée apparaît rendre un peu moins à l'aise, lors de la passation, à la fois les participantes en surpoids et les participantes de poids moyen. Ces observations soutiendraient donc l'idée que la pesée peut être utilisée comme technique de menace, puisque les participantes pesées ont rapporté des scores à l'échelle de menace ressentie plus élevés que celles non pesées. Cependant, cette seule technique n'est pas suffisante pour déclencher une menace, car si les femmes pesées ont obtenu des scores à l'échelle de menace ressentie supérieurs à celles non pesées, ces scores restent en dessous de la moyenne et donc ne révèlent pas pour autant qu'elles se soient senties menacées. De plus, cette induction de menace n'apparaît pas spécifique aux personnes en surpoids. En effet, la pesée semble ne pas être agréable pour l'ensemble des femmes, peu importe leur corpulence. Ceci peut s'expliquer par le fait que, dans leur vie, les personnes sont en général fortement préoccupées par leur poids et la prise de poids. Effectivement, les résultats que nous avons obtenus, lors de notre première étude, sur la sous-échelle "fear of fat" de l'AAQ attestent de l'existence de telles préoccupations. Par ailleurs, certaines études ont permis de montrer que les femmes étaient plus touchées par ces préoccupations que les hommes. En effet, comme

précédemment cités, LaRose *et al.* (2011), dans un article sur la prise de poids et l'intérêt de suivre des programmes de contrôle du poids, ont constaté que les femmes se sentaient plus concernées que les hommes par ces deux aspects. De ce fait, même les femmes de poids moyen ont pu être moins sereines lorsqu'elles ont été pesées, car leur poids et la prise de poids sont des dimensions importantes pour elles. Ceci peut s'expliquer, comme nous l'avons mis en évidence dans la partie introductive de cette thèse, par la diffusion, dans nos sociétés, de multiples messages prônant la minceur idéale. En effet, nous pouvons supposer que, si même des femmes de poids normal sont préoccupées par le corps et la prise de kilogrammes, c'est qu'elles sont soumises à la pression exercée par la société et son culte de la minceur. Par exemple, il a été observé la mise en place de mouvements récents tels que le "thigh gap"/ "l'écart entre les cuisses", où plusieurs filles entrent en compétition *via* les réseaux sociaux pour atteindre l'objectif suivant : avoir le plus grand écart possible entre ses cuisses (Munoz, 2013). De plus, Miller et Halberstadt (2005) ont montré que des étudiants et des étudiantes néo-zelandais s'accordaient sur le fait que l'apparence physique, en particulier le fait d'être mince, occupait une place importante dans leur société. En revanche, comparés aux étudiants, les étudiantes avaient davantage internalisé ces valeurs. Par ailleurs, ils ont observé, grâce à l'échelle des silhouettes, (figure rating scale) que les participantes étaient corporellement insatisfaites et souhaiteraient être plus minces. De même, LaRose *et al.* (2011) avaient constaté que la majorité des femmes en surpoids (95%) et la majorité des femmes de poids moyen (74%) interrogées lors de leur étude désiraient mincir. Ainsi, en condition d'activation de la catégorie de poids, au même titre que les femmes en surpoids, celles de poids moyen ont pu être moins à l'aise que les participantes en condition de non activation du poids, car la pesée les a confrontées à leur silhouette, silhouette qu'elles ont pu considérer plus forte/corpulente que celle socialement valorisée (maigreur).

N'ayant pas induit une menace suffisante pour provoquer un phénomène de menace du stéréotype, nous n'observons pas, comme les études précédentes, que les personnes en surpoids accordant beaucoup d'importance aux conduites alimentaires et/ou adhérant fortement au stéréotype à l'égard de leur alimentation, sont celles qui souffrent le plus de ce phénomène (Keller, 2007 ; Schmader *et al.* 2004). En revanche, toutes catégories de poids réelles/perçues confondues, nous notons que plus les femmes adhèrent à un tel stéréotype, plus elles ont réduit leur consommation. De même, moins elles paraissent préoccupées par leur alimentation, moins elles ont diminué leur alimentation. Par conséquent, si ces résultats ne sont pas concordants avec la littérature existante, ils soulignent toute l'importance d'examiner le niveau d'adhésion au stéréotype et l'importance accordé au domaine concerné,

ici l'alimentation, dans l'étude du phénomène de menace du stéréotype auprès des personnes en surcharge pondérale.

Indépendamment du fait d'être en surpoids ou de poids moyen, toutes les participantes réalisaient la même "tâche de goût". Nous pouvons donc supposer que le constat d'une différence de ressenti en fonction du poids de la participante a bien été engendré par la pesée (i.e. le seul élément qui variait d'une condition à l'autre). Néanmoins, une seconde explication susceptible d'éclairer ce résultat pourrait être la présence d'un biais de l'expérimentateur. Effectivement, si la pesée n'est pas à l'origine d'une telle différence de ressenti entre les filles menacées et celles non menacées, la seule source pouvant avoir exercé une quelconque influence est l'expérimentatrice qui a réalisé les passations. En effet, l'expérimentatrice, informée des hypothèses de l'étude, a pu, dans ses attitudes, être moins agréable envers les participantes en condition menace par rapport à celles en condition non menace. Pour vérifier une telle hypothèse, il faudrait répliquer cette étude, soit avec un expérimentateur aveugle au but de l'étude, soit avec plusieurs expérimentateurs informés.

Au-delà d'une menace insuffisante ou d'un biais de l'expérimentateur, l'absence d'un effet de menace du stéréotype pourrait s'expliquer par l'utilisation d'une tâche de prise alimentaire encore trop transparente quant à sa finalité, à savoir mesurer le comportement alimentaire des participants. En effet, cette tâche de goût invitait les participantes à consommer des aliments pour pouvoir donner son avis sur chacun d'eux, la consommation était donc au cœur de la passation. De plus, cette tâche de goût, de par ses consignes, obligeait les participantes à consommer, même en petites quantités. Ces dernières n'avaient pas le choix de ne rien manger. Or, cette contrainte a pu influencer la prise alimentaire "naturelle" des personnes. Ainsi, les résultats que nous obtenons refléteraient (seulement) la prise alimentaire d'individus en surpoids et de poids moyen lors d'une tâche de goût, et non la prise alimentaire spontanée des personnes. Pour pallier ce problème, dans de futures recherches, il serait bon de créer un contexte de prise alimentaire apparaissant, aux yeux des participants, indépendant de l'étude qu'ils viennent de réaliser. En d'autres termes, l'idée serait, par ce biais, de ne plus rendre explicite la tâche de prise alimentaire, et donc de mesurer le comportement alimentaire naturel des participants des différentes conditions, sans efforts de contrôle/régulation de leur part.

Enfin, de la même manière que pour le poids objectif, nous ne répliquons pas d'effet de menace du stéréotype auprès des personnes se considérant en surpoids, comme avaient pu l'observer Major *et al.* (2014). Ici, les participantes *subjectivement* en surpoids menacées n'ont pas émis de comportements alimentaires conformes au stéréotype circulant au sujet de

l'alimentation des personnes en surcharge pondérale. Autrement dit, elles n'ont pas plus consommé de confiseries que les participantes des autres conditions expérimentales. Au niveau subjectif, il semblerait seulement que les participantes se trouvant "trop grosses" (mais pas obligatoirement en surpoids), pesées en début de passation, ont eu tendance à manger moins de confiseries que les participantes se jugeant "trop grosses" en condition non menace et celles ne se considérant pas "trop grosses" soumises à la menace ou non.

Comme nous l'avancions précédemment, du fait qu'elle contraigne les participantes à obligatoirement manger, la tâche de goût limite leur liberté d'action quant à leur consommation de confiseries. Cette tâche a donc pu générer un sentiment de restriction de liberté auprès des participantes. Ce sentiment, à son tour, a pu engendrer de la réactance psychologique chez ces dernières, c'est-à-dire une motivation à restaurer leur liberté spoliée (Brehm, 1966). Habituellement, cette réactance psychologique amène les individus à émettre un comportement à l'opposé de ce qui leur est suggéré. Ainsi, pour rétablir leur liberté, les participantes ont pu agir à l'encontre de ce qu'il était attendu en contrôlant davantage la quantité de confiseries ingérées. Ce contrôle aura été plus important pour les femmes se considérant "trop grosses" en condition menace car (1) il se peut que les femmes se considérant trop grosses représentent également les femmes les plus préoccupées par leur poids, et donc leur alimentation, (2) la pesée, au début de la passation, a pu accentuer la menace envers les comportements liés au poids (e.g., l'alimentation) et donc induire une plus forte réactance psychologique. Nos données sur le niveau d'identification au domaine de l'alimentation n'indiquant pas une plus grande préoccupation de la part des personnes s'évaluant trop fortes, ces spéculations mériteraient des répliques pour être confirmées ou infirmées.

Ces données sur l'évaluation subjective corporelle des participantes sont, néanmoins, à considérer avec soin. En effet, dans notre étude nous avons bien mesuré la vision subjective que les participantes ont d'elles-mêmes. Toutefois, ces questions se trouvaient dans le post-questionnaire. Ainsi, nous ne pouvons pas vraiment déterminer si cette vision subjective a impacté leur consommation de confiseries, ou l'inverse. Les participantes ayant déjà effectué la "tâche de goût", les réponses à ces questions ont pu être influencées par la consommation des participantes, et donc peuvent ne pas révéler comment les femmes se perçoivent réellement, mais plutôt comment elles se perçoivent après avoir mangé des friandises. De même, les réponses obtenues concernant l'adhésion au stéréotype, l'importance allouée aux conduites alimentaires, etc., peuvent refléter des stratégies de justifications de leurs comportements alimentaires, et non des convictions personnelles à l'origine de la prise

alimentaire observée. Par conséquent, pour une prochaine étude, il serait pertinent de poser ces questions aux participant(e)s dès le début de leur passation ou lors d'un questionnaire préalable, rempli indépendamment de l'étude. Une telle méthode permettrait de recueillir les informations utiles à l'étude (poids objectif et subjectif) en évitant qu'elles soient influencées par la tâche de consommation.

Ceci n'est pas la seule limite à notre étude. En effet, si nous nous centrons de nouveau sur le poids objectif des participantes, du fait d'un nombre restreint de participantes (*objectivement*) en surpoids/obèses, il n'est peut-être pas si étonnant que nous ne constatons pas d'effet de menace du stéréotype sur leur prise alimentaire comparées à celles (*objectivement*) de poids moyen. Effectivement, l'étude ayant été réalisée auprès d'étudiants en psychologie, elle incluait peu de personnes vraiment en situation d'obésité. Dans une prochaine étude, il serait important de faire participer davantage d'individus obèses, et donc d'étendre notre échantillon de participants à des personnes extérieures à la faculté. Ainsi, nous pourrions vérifier si un effet de menace du stéréotype s'observe auprès de personnes en surpoids lorsque les groupes de poids sont équilibrés au niveau des effectifs. De même, la majorité des étudiants de psychologie étant des femmes, l'expérience n'a été réalisée qu'auprès de ces dernières. Or, il serait intéressant de tester également l'effet de la menace du stéréotype sur les comportements alimentaires des hommes. En effet, Haines *et al.* (2006), cités dans les chapitres précédents, avaient constaté que des filles et des garçons ne développaient pas les mêmes troubles du comportements alimentaires suite à l'expérience de brimades relatives au poids. Les garçons devenaient hyperphages boulimiques, tandis que les filles, par le biais de régimes, étaient davantage dans la restriction alimentaire. Au regard de cette recherche, nous pouvons donc supposer que les hommes auraient tendance à être plus victimes de la menace du stéréotype puisque la stigmatisation liée à leur poids les a amenés à consommer davantage de nourriture. La réalisation d'une étude incluant des hommes et des femmes permettrait de vérifier ces conjectures.

Pour résumer, notre seconde étude n'a pas permis de révéler d'effet de menace du stéréotype sur le comportement alimentaire de femmes en surpoids ou se percevant en surpoids. Néanmoins, cette première recherche effectuée sur la prise alimentaire de personnes en surpoids réel/perçu comporte plusieurs limites. La prochaine étude que nous présenterons dans ce travail doctoral remédie à certaines de ces limites. Premièrement, cette recherche, bien que réalisée au sein d'étudiants de psychologie, ne limitait pas la participation aux femmes. De plus, dès le début de leur année scolaire, les étudiants étaient invités à remplir un

"mass-testing". Ce dernier nous permettait, dans un premier temps, d'accéder à des informations pertinentes pour notre étude, à savoir le poids objectif et le poids subjectif des participants. Dans un second temps, cela permettait de ne pas interroger les participants sur ces dimensions lors de leur passation, et donc de ne pas observer de modifications des réponses à ces questions en fonction de leur prise alimentaire.

Dans la lignée de l'étude présentée, cette recherche avait pour but de vérifier l'impact d'une menace implicite du stéréotype sur le comportement alimentaire de personnes en surpoids objectif et subjectif. En revanche, les travaux étudiant le phénomène de menace du stéréotype auprès des personnes en surpoids s'étant exclusivement intéressés à leur consommation de produits caloriques, cette étude souhaitait, pour la première fois, examiner l'impact d'un tel phénomène sur leur consommation de produits sains. Plus précisément, nous voulions savoir si, dans un contexte de menace, les personnes en excès de poids réel/perçu consommeraient davantage de produits (même) sains, en accord avec le stéréotype leur attribuant une alimentation trop conséquente, ou si elles mangeraient moins de produits sains, conformément au stéréotype leur associant une consommation trop grasse.

3.3 Impact de la stigmatisation relative au poids sur la consommation de produits alimentaires considérés sains *via* une menace implicite du stéréotype (étude 5)

3.3.1 Méthode

3.3.1.1 Participants phase 1 : Mass-testing

Dans un premier temps, tous les étudiant(e)s inscrit(e)s en première année de Psychologie à l'université Blaise Pascal recevaient par email un lien leur permettant de compléter un formulaire en ligne. Cette université n'enseignant le phénomène de la menace du stéréotype qu'à partir de la seconde année, seuls des étudiants de L1 ont été contactés afin d'éviter que toutes connaissances préalables concernant un tel processus ne biaisent nos résultats.

Ce formulaire comprenait des questions d'ordre démographique (âge, sexe, poids, taille, etc.), ainsi que des questions sur la vision subjective que les participants ont de leur corps (par exemple, les silhouettes de Stunkard *et al.*, 1983 utilisées dans nos études

précédentes ou des items comme « En ce qui concerne ma silhouette, je me trouve: » 1= trop maigre à 8 = trop grosse, etc.), sur leur connaissance du stéréotype concernant les personnes en surpoids/obèses face à la nourriture (par exemple, « Les gens, en général, s'accordent à dire que les individus en surpoids voire obèses mangent beaucoup. », 1= Pas du tout d'accord à 8 = tout à fait d'accord, etc.), sur leur adhésion à ce stéréotype (la Fat Phobia Scale dans sa version courte de Bacon *et al.*, 2001), sur le degré d'importance qu'ils confèrent aux comportements alimentaires (par exemple « Je pense qu'il est bon de bien savoir se comporter face à la nourriture. », 1= Pas du tout d'accord à 8 = tout à fait d'accord, etc.), et sur leurs propres habitudes alimentaires (le Dutch Eating Behavior Questionnaire de Van Strien *et al.*, 1986), (cf. Annexe G pour l'échelle des silhouettes, Annexe E pour la FPS, et Annexe L pour la DEBQ). Ce questionnaire permettait en réalité d'avoir accès aux poids objectifs (=réels) et subjectifs (=perçus) des personnes. Parmi l'ensemble des premières années, 293 étudiantes et 48 étudiants (*âge moyen* = 19.98 ; *SD* = 4.74) ont pris part à ce questionnaire en ligne.

Parmi les répondants, seul un très faible effectif (n=45) a participé à la phase expérimentale.

3.3.1.2 Participants phase 2 : étude expérimentale

En échange de crédit d'heures expérimentales ou d'un bon d'achat de 10 euros, 45 étudiants (31 femmes et 14 hommes, *âge moyen* : 19.33, *SD* = 1.88, *IMC moyen* : 24.18, *SD* = 5.14) en première année de psychologie à Clermont-Ferrand, ne présentant aucune allergie au lactose, ont pris part à cette étude.

Notre échantillon était composé de 34 participants de poids moyen (*âge moyen* : 19.41, *SD* = 2.11; *IMC moyen* : 21.88, *SD* = 1.93) et 11 participants en situation de surpoids ou d'obésité (*âge moyen* : 19.09, *SD* = .94; *IMC moyen* : 31.29, *SD* = 5.50, exclusivement des femmes). Aléatoirement, ces participants ont été soumis à l'une ou l'autre des conditions suivantes : menace du stéréotype (n=24, 18 individus de poids moyen et 6 en surpoids) vs. non menace du stéréotype (n=21, 16 individus de poids moyen et 5 en surpoids).

3.3.1.3 Matériels et procédure

Les participants au mass-testing étaient recontactés par mail, un mois après, pour venir réaliser une étude en laboratoire. Lors de cette seconde prise de contact, aucun lien entre le mass-testing et l'étude à réaliser n'était mentionné afin que les étudiants les considèrent comme deux études indépendantes.

L'étude se faisait en passation individuelle dans les salles expérimentales du LAPSCO (cf. Figure 4 pour un descriptif de la procédure expérimentale). Elle était présentée au participant comme une recherche ayant pour but de vérifier l'effet d'une tâche distractive sur la perception du goût. Ainsi, suite à la lecture et la signature d'un formulaire de consentement, le participant était amené à réaliser une tâche ludique, puis une tâche de goût. La réalisation d'un jeu des 7 erreurs constituait cette tâche ludique. De ce fait, il était présenté au participant deux images, la première était l'originale, la seconde quasiment identique comportait 7 erreurs (i.e., oubli, couleur, etc.) par rapport à l'image initiale. Ces jeux des 7 erreurs ont été créés sur www.toondoo.com. Le participant avait donc pour consigne de trouver en 15 minutes le plus d'erreurs qui s'étaient glissées dans la seconde image. L'expérimentateur précisait au participant que l'intérêt de l'étude était de réaliser cette tâche en prenant du plaisir et non en recherchant la performance à tout prix. En réalité, cette tâche nous permettait d'induire la menace du stéréotype envers les personnes en surpoids. Ainsi, pour la moitié des participants, l'image déclinée dans ce jeu reflétait le stéréotype selon lequel les personnes en surpoids mangent de façon grasse et conséquente (condition activation de la menace du stéréotype), tandis que pour l'autre moitié des participants, l'image présentée était non stéréotypique à l'égard des personnes en surpoids (condition non menace du stéréotype), (Annexe HH). Afin d'être sûr que l'explication d'une différence de comportement alimentaire s'explique par l'activation du stéréotype associant les personnes obèses à une « mauvaise alimentation » et non par la seule présentation de nourriture, des aliments figuraient également dans le jeu des 7 erreurs de la condition non menace.

A l'issue des 15 minutes, afin de rendre crédible notre prétexte d'étude, le participant était invité à répondre à 5 items concernant l'état émotionnel qu'il ressentait à l'instant présent, puis à réaliser la « tâche de goût ». Le participant devait donc évaluer son niveau de joie, tristesse, colère, honte, et dégoût sur une ligne de 9 cm, allant de 0 cm « Pas du tout » à 9 cm « Très fortement » (cf. Macht, Gerer et Ellgring, 2003 pour les émotions ressenties par les personnes en surpoids vis-à-vis de la nourriture et Wade, Price, Hamen, Schwartz et Hart,

1990 pour une échelle d'analogie visuelle des émotions). Ensuite, il se trouvait confronté à trois pots de yaourt identiques nommés A, B et C contenant chacun un parfum différent (selon un étiquetage arbitraire, A= nature, B = chocolat et C= aux fruits) dont l'intitulé/la marque lui était tu(e). Il était alors invité à tester et évaluer les trois yaourts, dans l'ordre qu'il le désirait, sur chacune des dimensions suivantes : apparence, goût/parfum, texture/consistance, arôme/odeur et impression globale. De la même manière que précédemment, il lui était également demandé d'indiquer dans quelle mesure il éprouvait certaines émotions (i.e., dégoût, joie, peur, etc.) après la dégustation de chaque aliment, et son classement préférentiel entre ces trois aliments (Annexe II). Pour ce faire, il était précisé au participant qu'il pouvait manger autant de yaourt que nécessaire pour réaliser son évaluation sensorielle – les trois pots de yaourts étaient individuellement pesés avant l'arrivée du participant et après son départ. Par ailleurs, de l'eau et un verre étaient mis à sa disposition pour qu'il puisse s'hydrater et se nettoyer le palais après chaque évaluation. Une fois toutes ces consignes délivrées, le participant effectuait cette tâche en l'absence de l'expérimentateur afin d'éviter que la présence de ce dernier, et non la condition expérimentale (menace vs. non menace), n'interfère sur sa consommation de confiseries. Celui-ci ne revenait que lorsque le participant l'avait informé de la fin de son évaluation des aliments. En réalité, cette tâche de goût nous permettait de vérifier les effets du phénomène de menace du stéréotype sur l'alimentation des personnes en surpoids.

L'expérimentateur revenu, le participant complétait un questionnaire destiné à vérifier sa perception de la tâche (par exemple : « Lorsque j'ai réalisé la tâche d'évaluation des aliments j'étais stressé(e). »), dans quelle mesure il a repéré ou non le but de l'étude (par exemple, « Pensez-vous avoir deviné le but de l'étude ? »), son niveau de faim et son degré de suspicions envers les attentes de l'expérimentateur (par exemple, « D'après mon poids, l'expérimentateur s'attendait à ce que je mange plus de yaourts durant le test de goût ? »). Le participant répondait aux items principalement à l'aide d'une échelle de type Likert en 8 points allant de 1 = Pas du tout d'accord à 8 = Tout à fait d'accord, (Annexe JJ).

Pour finir, le participant recevait un débriefing complet et détaillé sur le but réel de l'expérience et était remercié pour sa participation et son aide. Il lui était également demandé de ne pas dévoiler le contenu et le but de l'étude aux autres étudiant(e)s.



Figure 4: Déroulement de la passation expérimentale, Etude 5.

3.3.2 Résultats

L'objectif de cette étude était d'examiner si en situation de menace implicite, le comportement alimentaire de participants en surpoids serait influencé de manière conforme au stéréotype leur attribuant une consommation conséquente, ou s'il corroborerait le stéréotype leur prêtant une consommation trop grasse. Plus précisément, si la croyance envers une alimentation conséquente se vérifiait, nous nous attendions à ce que les participants en surpoids réel et/ou perçu, menacés par de tels stéréotypes, *via* un jeu des 7 erreurs, consommeraient plus de yaourts comparés aux participants des autres groupes (surpoids réel/perçu non menacés, poids moyens non menacés et menacés). Nous prédisions également qu'une différence en terme de choix du yaourt pourrait exister. Ainsi, nous présagions que les personnes en surpoids réel et/ou perçu consommeraient plus de yaourt au chocolat que de yaourt aux fruits ou de yaourt nature comparées aux individus des autres conditions.

En revanche, si le stéréotype associant les personnes en surpoids à une alimentation trop grasse était confirmé, les résultats inverses devraient être observés. Autrement dit, dans ce cas, nous nous attendions à ce que les participants en surpoids réel et/ou perçu menacés consomment moins de yaourts (aliments considérés sains) comparés aux participants des autres groupes. Nous présumions également qu'ils consommeraient moins de yaourt aux fruits

et de yaourt nature que de yaourt au chocolat en comparaison des individus des autres conditions expérimentales.

De telles hypothèses étaient formulées car dans le pré-test des aliments proposés dans l'application « Plan Courses » de l'étude 3, les yaourts étaient considérés par les participants comme des aliments sains et non gras. Enfin, ces derniers les classaient dans la catégorie des produits alimentaires jugés « ni malsains, ni faisant grossir ». De surcroît, à part le chocolat noir, tous les produits à base de chocolats étaient considérés « comme faisant juste grossir » ou « malsains et faisant et grossir ».

Pour cette étude, des hypothèses étaient ainsi formulées sur la consommation en terme de quantité (i.e., grammes consommés) et de qualité (i.e., parfum du yaourt privilégié). Pour les personnes normopondérées, nous supposons que l'activation ou non des stéréotypes n'aurait pas d'effets sur leur comportement alimentaire que ce soit en termes qualitatif ou quantitatif.

Pour vérifier nos hypothèses, des ANOVA à mesures répétées ont été effectuées. La première représentait un plan mixte $S_n < A_2 * B_2 > * C_3$, avec pour facteurs intersujets les variables « Catégorie de poids objective des participants » (poids moyen vs. surpoids) et « Activation de la menace du stéréotype » (absence vs. présence) et pour facteur intrasujet la variable « Parfum du yaourt consommé » (nature vs. chocolat vs. fruits). La seconde correspondait également à un plan mixte $S_n < A_2 * B_2 > * C_3$ incluant, cette fois-ci, les facteurs intersujets « Catégorie de poids subjective des participants » (perception de poids moyen vs. perception desurpoids) et « Activation de la menace du stéréotype » (absence vs. présence) et pour facteur intrasujet la variable « Parfum du yaourt consommé » (nature vs. chocolat vs. fruits).

A noter, les différentes consommations de yaourt n'atteignant pas la normalité, ces dernières ont fait l'objet d'une correction logarithmique (après correction : $p_s = .200$, *ns*).

En outre, une personne a été exclue des analyses statistiques que nous présenterons car le post-questionnaire nous a permis d'identifier qu'elle avait deviné le but réel de l'étude.

Enfin, au vu du faible effectif de personnes participant à cette étude, notamment au niveau des individus en surpoids, l'interprétation que nous ferons des résultats sera fortement limitée.

3.3.2.1 Poids objectif

- Analyses préliminaires¹¹

Vérification de l'efficacité de l'induction de la menace du stéréotype en fonction de la catégorie de poids objective des participantes (poids moyen vs. surpoids) et de leur condition expérimentale (absence de menace vs. présence de menace)

Afin de vérifier si les participants en surpoids en condition menace ont bien été plus menacés, une analyse de variance 2x2 ayant pour facteurs intersujets « Catégorie de poids objective des participants » (poids moyen vs. surpoids) et « Activation de la menace du stéréotype » (absence vs. présence) a été menée sur les items mesurant la menace ressentie. Cette analyse n'indique aucun effet significatif principal de chacun de ces facteurs, ni d'effet d'interaction significatif sur le niveau de menace ressentie par les participants, $F_s \leq .86$ à $p_s \geq .32$, *ns*. Un t-test, avec pour point milieu une valeur de 4.5, montre que, dans l'ensemble, notre échantillon de participants ($M=2.47$, $SD= 1.13$) s'est senti faiblement menacé, $t(43) = -11.97$ à $p \leq .001$. Ainsi, il semblerait que la méthode utilisée pour induire un sentiment de menace auprès des personnes en surpoids n'a pas eu l'effet escompté.

Les mêmes analyses ont été effectuées sur les suspicions que les participants pouvaient avoir envers l'expérimentateur. Ces dernières révèlent qu'en moyenne, les participants ont eu significativement peu de suspicions envers les attentes de l'expérimentateur ($M=2.18$, $SD=.95$), $t(43) = -16.17$ à $p \leq .001$. De même, ce niveau de suspicions ne semble pas varier, de manière significative, en fonction de la catégorie de poids objective des participants, de la présence ou non de menace et de l'interaction de ces deux variables, $F_s \leq 1.60$ à $p_s \geq .22$, *ns*.

Vérification de l'impact de l'ordre de dégustation choisi par les participants des yaourts (ordre de présentation vs. tous les autres ordres possibles) sur leur consommation de yaourts

Une analyse de fréquence indique que la majorité des participants ont goûté les yaourts en suivant l'ordre de présentation proposé (A : nature, B : chocolat, C : fruits). En effet, 72.7% ont dégusté le yaourt nature en premier, 79.5% ont mangé le yaourt au chocolat en second et

¹¹ Les analyse à mesures répétées menées sur les émotions (joie, tristesse, colère, honte, et dégoût) n'ont pas été rapportées dans cette étude car aucune mesure n'est significative, $p_s > .05$, *ns*.

68.2% ont terminé la tâche de goût par le yaourt aux fruits. Une analyse de variance à mesures répétées intégrant cette nouvelle variable « ordre de dégustation » (ordre de présentation vs. tous les autres ordres possibles) aux autres variables testées ne montre pas d'impact significatif de l'ordre de dégustation sur la consommation totale de yaourt $F(1,38) = .05$ à $p = .83$, *ns*. De même, elle n'affecte pas, de manière significative, les différences de consommations observées entre les trois parfums de yaourts $F(2,64) = 1.01$ à $p = .37$, *ns*.

Vérification de l'impact de la préférence alimentaire des participants (préférence pour le yaourt aux fruits vs. préférence pour le yaourt au chocolat) sur leur consommation de yaourts

Une analyse de fréquence indique que, dans l'ensemble, les participants ont davantage apprécié les yaourts aux fruits (55.8%) et au chocolat (41.9%). Seule une personne précise préférer le yaourt nature. L'ANOVA à mesures répétées incluant ce nouveau facteur « préférence alimentaire » (préférence pour le yaourt aux fruits vs. préférence pour le yaourt au chocolat) n'indique pas d'effet significatif de la préférence alimentaire sur la consommation totale de yaourt, $F(1,36) = .04$ à $p = .84$, *ns*. En revanche, elle révèle un effet d'interaction tendanciel entre la préférence alimentaire et le parfum des yaourts consommés, $F(2,60) = 2.96$, $p = .07$ $\eta^2 = .08$. Les analyses de contrastes révèlent que les personnes qui préfèrent le yaourt aux fruits ($M = 2.70$, $SD = .23$) mangent significativement plus de yaourt aux fruits que de yaourt nature ($M = 2.30$, $SD = .24$) et de yaourt au chocolat ($M = 2.24$, $SD = .30$), respectivement $t(60) = .40$ et $t(60) = .47$ à $p_s = .01$. De même, elles mettent en évidence que les individus qui préfèrent le chocolat ($M = 2.70$, $SD = .35$) en mangent significativement plus que de yaourt nature ($M = 2.13$, $SD = .29$), $t(60) = .57$ à $p = .02$. Ces derniers consomment également significativement plus de yaourts aux fruits ($M = 2.63$, $SD = .27$) que de yaourt nature, $t(60) = .50$ à $p = .004$.

Vérification de l'impact du niveau de faim des participants (faible faim vs. forte faim) sur leur consommation de yaourts

Une ANOVA à mesures répétées incluant le facteur « niveau de faim des participants » (faible faim vs. forte faim) aux autres variables, ne révèle aucun effet de ce dernier sur la consommation totale de yaourt, $F(1,38) = 1.13$ à $p = .29$, *ns*. Ce facteur n'apparaît également

pas affecter, de manière significative, les différences de consommation entre les différents parfums de yaourt, $F(2,64) = .35$ à $p = .71$, *ns*.

- Analyses principales

Impact de la catégorie de poids objective des participants (poids moyen vs. surpoids), de l'activation de la menace du stéréotype (absence vs. présence) et du parfum du yaourt consommé (nature vs. chocolat vs. fruits) sur la consommation alimentaire des participants.

L'ANOVA à mesures répétées effectuée avec la catégorie de poids objective des participants indique que la consommation de yaourts des participants varie en fonction du parfum des yaourts $F(2,59) = 3.37$, $p = .03$ $\eta^2 = .12$. L'analyse de contraste permet de constater que les participants ingèrent, seulement, davantage de yaourt aux fruits ($M = 2.40$, $SD = .22$) que de yaourt nature ($M = 1.92$, $SD = .21$), $t(59) = .48$ à $p \leq .001$. Cette différence de consommation en fonction du parfum du yaourt apparaît ne pas être influencée par la catégorie de poids réelle du participant, de l'activation de la menace et de l'interaction entre ces deux variables, $F_s \leq .37$ à $p_s \geq .62$, *ns*.

En revanche, cette analyse révèle un effet principal significatif de la catégorie de poids objective des participants sur la consommation totale de yaourt des participants, c'est-à-dire tous parfums confondus, $F(1,36) = 4.33$, $p = .045$ $\eta^2 = .11$. En moyenne, il apparaît que les participants de poids moyen ($M = 2.60$, $SD = .19$) consomment plus de yaourts que ceux en surpoids ($M = 1.71$, $SD = .39$). Aucun effet principal significatif de la menace, ni d'effet d'interaction entre la menace et la catégorie de poids objective des participants n'est observé sur cette consommation globale de yaourt, $F_s \leq .001$ à $p_s \geq .94$, *ns*.

3.3.2.2 Poids subjectif

En plus du participant ayant deviné le but de l'étude, deux autres participants ont été écartés des analyses suivantes car ces derniers se considéraient en sous-poids.

- Analyses préliminaires

Vérification de l'efficacité de l'induction de la menace du stéréotype en fonction de la catégorie de poids subjective des participantes (poids moyen perçu vs. surpoids perçu) et de leur condition expérimentale (absence de menace vs. présence de menace)

Pour pouvoir affirmer que les participants se percevant en surpoids placés en condition menace ont été plus menacés que les autres individus, une analyse de variance 2x2 ayant pour facteurs intersujets « Catégorie de poids subjective des participants » (perception poids moyen vs. perception surpoids) et « Activation de la menace du stéréotype » (absence vs. présence) a été menée sur les items mesurant la menace ressentie. Cette dernière ne révèle ni un effet principal significatif de ces facteurs, ni un effet d'interaction significatif sur le degré de menace ressenti par les participants, $F_s \leq .06$ à $p_s \geq .81$, *ns*. Un t-test, avec pour point milieu une valeur de 4.5, indique qu'en moyenne, les personnes participant à l'étude ont ressenti peu de menace ($M=2.44$, $SD=1.10$), $t(41) = -12.18$ à $p \leq .001$.

De telles analyses ont également été menées sur les suspicions que les participants possédaient vis-à-vis de l'expérimentateur. Ces analyses permettent de constater que dans l'ensemble notre échantillon de participants a eu significativement peu de suspicions envers l'expérimentateur ($M=2.15$, $SD=.96$), $t(41)=-15.8$ à $p \leq .001$. De même, ce niveau de suspicions ne semble pas être influencé significativement par la catégorie de poids subjective des participants, de l'activation de la menace et de l'interaction de ces deux variables, $F_s \leq 1.30$ à $p_s \geq .26$, *ns*.

Vérification de l'impact de l'ordre de dégustation choisi par les participants des yaourts (ordre de présentation vs. tous les autres ordres possibles) sur leur consommation de yaourts

Comme pour les analyses effectuées pour le poids objectif, une analyse de fréquence montre que la plupart des personnes ont dégusté les yaourts en suivant l'ordre de présentation proposé. Ainsi, 71.4% ont goûté en premier au yaourt nature, 78.6% ont consommé en deuxième le yaourt au chocolat et 66.7% ont fini par le yaourt aux fruits. L'analyse de variance à mesures répétées (ANOVA) incluant cette nouvelle variable montre que la consommation supérieure de yaourt aux fruits comparée à celle du yaourt nature que nous observons n'est pas significativement influencée par l'ordre de dégustation des participants, $F(2,62)=.98$. à $p=.37$, *ns*. De même, cette variable ne semble pas impacter, de manière significative, la consommation totale de yaourt $F(1,37)=.25$ à $p=.62$, *ns*.

Vérification de l'impact de la préférence alimentaire des participants (préférence pour le yaourt aux fruits vs. préférence pour le yaourt au chocolat) sur leur consommation de yaourts

Là encore, une analyse de fréquence montre que la plupart des personnes ont préféré les yaourts aux fruits (54.8%) et au chocolat (40.5%) comparés au yaourt nature, où seule une personne indique le préférer. L'ANOVA à mesures répétées intégrant ce nouveau facteur ne révèle pas d'effet significatif de la préférence alimentaire sur la consommation globale de yaourt, $F(1,35)=.30$ à $p=.59$, *ns*. Néanmoins, elle indique un effet d'interaction tendanciel entre cette variable et le parfum des yaourts consommés, $F(2,58)=2.95$, $p=.07$ $\eta^2=.08$. Comme pour le poids objectif, les analyses de contrastes montrent que les individus qui préfèrent le yaourt aux fruits ($M=2.60$, $SD=.23$) consomment significativement plus de yaourt aux fruits que de yaourt nature ($M=2.10$, $SD=.24$) et de yaourt au chocolat ($M=2.10$, $SD=.30$), respectivement $t(58)=.42$ et $t(58)=.42$ à $p_s \leq .03$. De plus, elles indiquent que les personnes préférant le chocolat ($M=2.70$, $SD=.34$) en consomment significativement plus que de yaourt nature ($M=2.13$, $SD=.27$), $t(58)=.57$ à $p=.02$. En outre, de manière significative, ces personnes ingèrent également plus de yaourts aux fruits ($M=2.63$, $SD=.26$) que de yaourt nature, $t(58)=.50$ à $p=.01$.

Vérification de l'impact du niveau de faim des participants (faible faim vs. forte faim) sur leur consommation de yaourts

Comme pour le poids objectif, l'ANOVA à mesures répétées incluant le facteur « niveau de faim des participants » ne révèle aucun effet significatif de cette variable sur la consommation en terme de quantité, ni en terme de qualité, respectivement $F(1,37)=2$ et $F(2,62)=.36$ à $p_s \geq .17$, *ns*.

- Analyses principales

Impact de la catégorie de poids subjective des participants (poids moyen perçu vs. surpoids perçu), de l'activation de la menace du stéréotype (absence vs. présence) et du parfum du yaourt consommé (nature vs. chocolat vs. fruits) sur la consommation alimentaire des participants.

Comme lorsque nous considérons le poids objectif, l'ANOVA à mesures répétées effectuée révèle là encore que la consommation de yaourt des participants varie en fonction du parfum du yaourt $F(2,59)=3.92$, $p=.03$ $\eta^2=.10$. Une analyse de contraste montre plus

précisément que les participants mangent davantage de yaourt aux fruits ($M=2.59$, $SD=.16$) que de yaourt nature ($M=2.18$, $SD=.17$), $t(59)=.41$ à $p \leq .001$. En revanche, cette différence de consommation en fonction du parfum ne semble pas varier, de manière significative, en fonction de la catégorie de poids subjective du participant, de l'activation ou non de la menace et de l'interaction entre ces deux variables, $F_s \leq .944$ à $p_s \geq .38$, *ns*.

De même, cette analyse n'indique aucun effet principal et d'interaction significatif de ces différentes variables sur la consommation totale de yaourt, $F_s \leq 1.58$ à $p_s \geq .22$, *ns*.

3.3.3 Discussion

Les recherches antérieures présentées s'étant toutes intéressées à mesurer à quel point les personnes en surcharge pondérale menacées consomment plus d'aliments caloriques que celles non menacées, l'intérêt de cette étude de laboratoire était de savoir si l'effet de menace du stéréotype pouvait également impacter leur consommation de produits sains, et si c'est le cas, dans quel sens.

Ainsi, si les participants se conformaient au stéréotype leur prêtant une alimentation trop conséquente, nous présumons que des personnes en surpoids réel/perçu en condition menace consommeraient davantage de yaourt que les participants en surpoids réel/perçu en condition non menace, et que ceux de poids moyen réel/perçu menacés ou non. En revanche, si les participants agissaient en adéquation avec le stéréotype leur attribuant une alimentation trop grasse, nous supposons que les individus en surpoids réel/perçu menacés mangeraient moins de yaourt, notamment de yaourt nature, comparés à leurs homologues non menacés et les individus de poids moyen, peu importe leur condition.

Les résultats obtenus ne confortent aucune de ces hypothèses. En effet, nous n'observons aucun effet de menace du stéréotype, quel que soit le stéréotype (i.e., alimentation conséquente ou alimentation trop grasse). Les personnes en surpoids objectif/subjectif menacées n'ont pas agi conformément au stéréotype leur attribuant une alimentation conséquente. Elles n'ont en effet pas consommé plus de yaourt que les participants des autres conditions. De même, elles n'ont pas émis des comportements en adéquation avec le stéréotype les associant à une alimentation trop grasse. Elles n'ont pas ingéré moins de yaourt que les individus placés dans les autres conditions expérimentales. De plus, leurs consommations des différents parfums étaient similaires. Autrement dit, elles n'ont pas plus consommé de yaourt au chocolat. Nos données montrent seulement que les personnes

objectivement de poids moyen ont significativement plus consommé de yaourt (tous parfums confondus) que les participants objectivement en surpoids.

L'absence d'un effet de menace du stéréotype ne semble pas étonnant, dans le sens où, nos résultats révèlent également que l'ensemble de notre échantillon ne s'est pas senti menacé. Les participants en surpoids en condition menace n'ont donc sûrement pas adopté des comportements reflétant un phénomène de menace du stéréotype car ils n'ont pas ressenti une telle menace. Rappelons que dans leur étude, Major *et al.* (2014) utilisaient une technique d'induction qui signalait explicitement aux individus en surpoids qu'ils avaient un risque d'être négativement stéréotypés, mal évalués, ou rejetés à cause de leur poids dans le cadre du travail. Or, dans notre étude, notre induction du stéréotype (i.e. le jeu des 7 erreurs) ne mettait en place aucun indice qui permettait aux participants d'inférer qu'ils allaient être jugés, évalués ou rejetés à cause de leur poids, dans quelque domaine de la vie quotidienne que ce soit.

Ainsi, il est possible qu'une menace implicite ne suffise pas à déclencher un effet de menace du stéréotype auprès des personnes en surcharge pondérale. Cette population est peut-être plus vulnérable à une menace explicite du stéréotype. Dans leur méta-analyse, Nguyen et Ryan (2008) avaient effectivement observé que la sensibilité à un type de menace, et donc l'apparition du phénomène de menace, dépendaient de la population étudiée. Plus précisément, ces derniers observèrent que les femmes étaient plus sensibles à une menace implicite alors que les minorités ethniques étaient plus affectées par une menace explicite.

Cependant, dans le cas présent, sans parler d'induction implicite ou explicite, nous pouvons surtout supposer que, parce qu'il amène les personnes à porter leur attention sur les différences, le jeu des 7 erreurs n'était pas la meilleure méthode pour induire un phénomène de menace du stéréotype. Effectivement, Corcoran, Hundhammer et Mussweiler (2009) ont montré que le fait de conduire des personnes à se focaliser sur les différences (*vs.* sur les similitudes) peut réduire les jugements stéréotypiques des personnes, ainsi que leurs comportements discriminants. En effet, dans une première étude, ils ont demandé à des participants de décrire le dimanche typique d'un skinhead, puis ils leur ont présenté deux images représentant une place en pleine ville. La moitié des participants était invitée à repérer les différences existantes entre ces deux images, tandis que l'autre moitié devait, elle, détecter les similitudes entre ces deux mêmes images. Pour finir, chaque participant était amené à s'asseoir dans une salle d'attente, dans laquelle était déjà présent un skinhead. Leurs données ont ainsi révélé que les personnes amorcées par une focalisation sur les différences s'étaient

assises plus près du skinhead que celles ayant été amorcées par une focalisation sur les similitudes.

De plus, dans leur seconde étude, Corcoran *et al.* (2009) ont demandé à des participants, après qu'ils aient réalisé la tâche d'amorçage précédemment décrite, d'évaluer si l'employé qui leur était présenté serait qualifié pour effectuer un poste de manager. Pour la moitié des participants, l'employé était de sexe féminin, tandis que pour l'autre moitié, l'employé était de sexe masculin. Chaque participant devait également juger l'employé présenté sur 9 dimensions, dont 4 stéréotypiques sur le genre (deux relatifs aux hommes et deux relatifs aux femmes). Leurs résultats ont permis de montrer que les participants amorcés par une focalisation sur les similitudes décrivaient la cible féminine avec davantage de traits stéréotypiques féminins comparée à la cible masculine. En revanche, une telle différence n'était pas observée en condition d'amorçage demandant une focalisation sur les différences.

Bien que Corcoran *et al.* (2009) ne donnent pas d'explications sous-jacentes à de telles observations, au vu de leurs résultats, nous pouvons en déduire que la méthode du jeu des 7 erreurs impliquant une focalisation sur les différences soit inappropriée pour déclencher un effet de menace. En effet, dans un paradigme de menace du stéréotype, l'induction est censée rendre saillante le stéréotype vis-à-vis d'un groupe social et engendrer une pression évaluative auprès des membres de ce groupe, dans le domaine visé par le stéréotype. Or, si le jeu des 7 erreurs n'enlève rien à la saillance du stéréotype, en raison de son exercice de focalisation sur les différences, il a pu amener à plus de tolérance envers la population ciblée par le stéréotype. De ce fait, dans notre étude, avec une telle méthode d'induction, nous pouvons imaginer que les personnes en surpoids ont pu ne pas être menacées par l'image stéréotypique envers leur alimentation car la focalisation sur les différences aura réduit le caractère négatif de cette croyance. Ces suppositions demandent à être vérifiées dans de prochaines études. L'idée serait de tester si le jeu des 7 erreurs, que nous avons utilisé, peut engendrer un phénomène de menace du stéréotype lorsque les participants reçoivent une consigne les amenant à se concentrer sur les similitudes entre les deux images, et non plus sur les différences. Si tel est le cas, cela signifierait qu'un message conduisant les personnes à se focaliser sur les différences, en plus de diminuer les jugements stéréotypiques comme Corcoran *et al.* (2009) ont pu l'observer, pourrait annihiler le processus de menace du stéréotype auprès des individus affectés par le stéréotype mis en évidence.

Enfin, comme discuté dans l'étude précédente, l'utilisation de la tâche de goût dans ce travail peut également être remise en cause. Néanmoins, l'une des limites importantes de notre étude concerne la taille et la nature de l'échantillon étudié. Effectivement, au total nous

avons eu peu de participants pour cette étude, uniquement des étudiant(e)s, et des groupes déséquilibrés en terme de catégorie de poids objectif (poids moyen *vs.* surpoids).

Pour finir, dans notre étude, nous nous sommes intéressés aux produits sains. Or, il se peut que le phénomène de menace du stéréotype ne soit pas aussi marqué, voire inexistant, pour de tels produits comparés à des aliments caloriques. En effet, dans leur étude, Sutin *et al.* (2016) avaient montré que le vécu de stigmatisations relatives au poids de leurs participants était associé à une moindre rythmicité de leurs repas, au fait de manger jusqu'à se sentir malade et à leur consommation de produits gras/sucrés. En revanche, ce dernier n'était pas lié à leur consommation ou à leurs grignotages d'aliments sains. Ceci n'étant que des conjonctures, d'autres travaux restent à être menées pour trancher sur le sujet. Plus précisément, il serait intéressant de répliquer cette étude avec des aliments sains considérés comme plus appétant et savoureux en bouche. Effectivement, lors des débriefings, un nombre non négligeable de participants a révélé ne pas aimer les yaourts et ne pas avoir l'habitude d'en consommer dans leur vie quotidienne. Les trois yaourts proposés étaient en outre allégés en sucre et en matières grasses. Ceci a pu accentuer le caractère déplaisant de ces yaourts et expliquerait, en partie, leur faible consommation de la part des participants, lors de la tâche de goût. D'autre part, nous avons considéré les yaourts proposés comme des produits sains au vu des résultats que nous avons obtenus au pré-test des aliments présentés dans l'application « Plan courses » de l'étude 3. En effet, dans ce pré-test, les yaourts proposés étaient considérés comme « ni malsains, ni faisant grossir ». Nous supposons également que le yaourt au chocolat aurait une valeur plus malsaine puisque tous les produits à base de chocolat proposés dans l'application de l'étude 3 avaient été jugés « malsains », voire « malsains et faisant grossir ». Or, les participants de cette cinquième étude n'ont peut-être pas considéré les yaourts comme des produits sains. Ils n'ont peut-être pas non plus fait de différences entre les trois parfums de yaourt proposés, en terme d'alimentation saine ou non. Dans une future recherche, il serait donc important de pré-tester ces trois yaourts spécifiques afin de vérifier si les participants les jugent sains, et perçoivent le parfum chocolat comme moins sains que celui nature et celui aux fruits.

Au regard des limites de cette recherche, une dernière étude a été menée dans le cadre de cette thèse afin d'y remédier. Tout d'abord, cette recherche a été réalisée auprès d'un échantillon plus conséquent, composé de personnes toutes-venantes, et non d'étudiant(e)s. De plus, les trois études menées sur la menace du stéréotype présentées jusqu'alors utilisant une induction de menace subtile (par exemple, l'utilisation d'un pèse-personne ou la vision

d'affiches publicitaires stéréotypiques, etc.) sur le comportement alimentaire des personnes en surpoids, il nous paraissait intéressant de vérifier l'effet d'une menace plus manifeste (e.g., lecture d'un texte stéréotypique). En effet, comme nous l'avions mentionné, des auteurs ont montré que l'apparition de la menace du stéréotype auprès d'une population dépendait de sa sensibilité à l'une ou l'autre de ces inductions (Nguyen et Ryan, 2008). Autrement dit, certaines populations seraient plus affectées par une menace implicite (e.g., les femmes) alors que d'autres (e.g., ethnique) seraient plus impactées par une menace explicite. Les personnes en surpoids étant peut-être peu vulnérables à une menace implicite, il nous paraissait pertinent de réaliser un paradigme de menace de stéréotype auprès de personnes en surpoids en utilisant une menace explicite. Les études antérieures réalisées à l'étranger ayant observé un phénomène de menace du stéréotype sur la consommation d'individus en excès de poids ou se percevant en surpoids suite à l'exposition à une menace explicite, et non à une menace implicite, supposent une telle sensibilité (e.g., Schvey *et al.*, 2011 ; Major *et al.*, 2014). De plus, comme nous l'avions cité, dans une étude récente, Tomiyama *et al.* (2015) ont mis en évidence des attitudes stigmatisantes envers les personnes en surpoids de plus en plus explicites. Pour rappel, ces auteurs ont constaté que, comparé à leur échantillon de participants de 2001 (i.e., professionnels liés de près ou de loin à l'obésité), leur échantillon de participants de 2013 avait moins d'attitudes implicites « anti-gros », mais plus d'attitudes explicites. Ainsi, une menace explicite correspondrait plus à ce que vivent actuellement les personnes en surpoids en termes de stigmatisations.

De même, la tâche de goût, utilisée dans nos précédentes études, impliquait forcément une consommation alimentaire de la part des participants. Nous souhaitons, dans cette dernière étude, intégrer une tâche où le participant avait le choix de consommer ou non. Par conséquent, dans le cadre de cette dernière recherche, des personnes en surpoids et de poids moyen étaient invitées, dans un premier temps, à lire soit un texte sur le gaspillage alimentaire (condition non menace), soit un texte stéréotypique envers l'alimentation des personnes obèses (condition menace). Puis, dans un second temps, elles étaient conduites à s'installer pendant 10 minutes dans une salle d'attente où étaient mises à leur disposition des confiseries (i.e., chocolats et bonbons fruités).

Selon l'hypothèse de menace du stéréotype, nous supposons qu'en situation de prise alimentaire, les participants en surpoids (réel/perçu) menacés confirmeraient le stéréotype, et consommeraient donc davantage que les participants en surpoids (réel/perçu) non menacés et les poids moyens (réel/perçu) toutes conditions confondues. Aucune différence en terme de consommation de confiseries n'était attendue entre ces trois autres conditions expérimentales.

3.4 Impact de la stigmatisation relative au poids sur la consommation de confiseries *via* une menace explicite du stéréotype (étude 6)

3.4.1 Méthode

3.4.1.1 Participants

Les personnes ayant pris part à cette étude ont été recrutées, un mois avant la passation de cette dernière, dans les lieux les plus fréquentés de la ville de Clermont-Ferrand, à savoir : le jardin Lecoq, la place Jaude et ses rues environnantes. Au total, 329 personnes (dont 219 femmes) âgées de 16 à 77 ans ($M=37.37$, $SD=17.45$) et ayant un IMC allant de 15.57 à 69.2 ($M=26.15$, $S.D=6.23$) ont été abordées. Toutes ont accepté, oralement, de venir réaliser un mois plus tard ladite expérience au Laboratoire de Psychologie Sociale et Cognitive de l'Université Clermont Auvergne. Au final, seulement 88 personnes se sont réellement présentées au laboratoire et ont donc participé à cette étude. Cet échantillon représentait 57 femmes et 31 hommes, âgés de 18 à 77 ans ($M=34.68$, $SD=19.17$) ayant des IMC allant de 16.85 à 46.60 ($M=26.48$, $SD=6.32$). En fonction de leur poids, ces individus ont été répartis dans l'une ou l'autre des conditions expérimentales : menace du stéréotype *vs.* non menace du stéréotype (cf. Tableaux 9 et 10).

Tableau 9: Répartition des participants dans les conditions expérimentales de cette Étude 6, en fonction de leur poids objectif.

Condition	Participants normopondérés (IMC < 25)				Participants en surpoids (IMC ≥ 25)			
	N	IMC	Age	Sexe (H)	N	IMC	Age	Sexe (H)
Non menace	23	21.7 (2.1)	27 (15.3)	17(6)	22	30.9 (4.9)	38.7 (15.3)	12(10)
Menace	20	21 (2.3)	32.4 (21.2)	16(4)	23	31.6 (5.2)	40.7 (18.5)	12(11)

Tableau 10: Répartition des participants dans les conditions expérimentales cette Étude 6, en fonction de leur poids subjectif.

Condition	Participants qui se perçoivent de poids moyen				Participants qui se perçoivent en surpoids			
	N	IMC	Age	Sexe (H)	N	IMC	Age	Sexe (H)
Non menace	24	22.4 (3.1)	27.8 (15.1)	17(7)	21	30.6 (5.5)	38.3 (20.4)	12(9)
Menace	21	22.1 (3.6)	31 (18.5)	15(5)	22	31.5 (5.7)	42.3 (20.2)	13(9)

3.4.1.2 Matériel et procédure

Cette étude se déroulait en deux phases. Lors d'une première phase, les expérimentatrices se présentaient dans divers lieux publics de Clermont-Ferrand (i.e., place de Jaude, gare, centre commercial, jardin Lecoq, etc.) comme étant des étudiantes, en master Sciences Humaines et Sociales, qui réalisent une enquête ayant pour objectif d'étudier la santé physique et psychologique des français au cours de ces dernières années. Les personnes abordées étaient donc invitées à remplir individuellement un questionnaire très court portant sur le sujet.

Avant d'inviter les personnes à compléter ce questionnaire, les expérimentatrices s'assuraient que ces dernières accepteraient d'être recontactées, un mois plus tard, pour effectuer une seconde partie d'étude à l'université Blaise Pascal de Clermont-Ferrand en échange d'une gratification. Une fois le consentement oral du participant obtenu, les expérimentatrices lui faisaient remplir ce premier questionnaire (Annexe KK). En réalité, ce formulaire permettait d'avoir accès à des informations essentielles concernant le participant, telles que son âge, son genre, sa catégorie de poids et la vision subjective qu'il a de son propre corps (cf. Annexe LL, pour des analyses validant l'échelle de perception corporelle subjective).

Environ un mois après cette première rencontre, la personne était de nouveau sollicitée par email ou téléphone par les expérimentatrices pour venir dans les locaux du laboratoire afin de réaliser la seconde phase expérimentale. Lors de l'échange téléphonique ou par email, l'expérimentatrice exposait au futur participant le (faux) but de cette seconde étude. Ainsi, il lui était expliqué que les réponses au questionnaire ayant révélé qu'une grande partie de la population interrogée était fortement stressée dans la vie, l'objectif de cette nouvelle étude serait de tester si ce stress peut avoir un impact sur leurs capacités mémorielles. De ce fait, il était précisé au participant que cette nouvelle recherche allait consister à comparer les performances de rappel d'informations de personnes stressées dans leur vie à celles de personnes non stressées, et ce, afin de vérifier une des deux hypothèses qui peuvent être formulées à ce sujet, à savoir : soit le stress permettrait une hyperfocalisation de l'attention sur les informations pertinentes, et contribuerait donc à une meilleure rétention de celles-ci, soit, à l'inverse, le stress agirait comme un distracteur qui perturberait l'attention allouée aux informations pertinentes et donc détériorerait leur rappel. Une fois l'accord du participant formulé, une date était convenue avec l'expérimentatrice. Cette seconde phase se déroulait au

LAPSCO (cf. Figure 5, pour un récapitulatif de la procédure expérimentale). Lors de son arrivée dans les lieux, le contenu de l'appel téléphonique ou du mail était rappelé au participant. Ensuite, l'expérimentatrice lui indiquait que pour tester de telles hypothèses, il lui serait demandé de lire un texte attentivement, puis d'effectuer deux tests de rappel sur le contenu du texte, l'un immédiat et l'autre différé. De même, il lui était précisé que son niveau de stress serait évalué au long de la passation.

Ainsi, après avoir consenti à participer à l'étude *via* un formulaire de consentement, le participant était invité, en passation individuelle, à lire un texte, d'une page environ, présenté par l'expérimentatrice comme étant un article provenant du journal « Le Monde ». La lecture de ce texte permettait, en réalité, d'induire ou non auprès des participants la menace du stéréotype associant les personnes obèses à une alimentation trop conséquente et trop grasse. De ce fait, pour la moitié des participants, ce texte correspondait à un article stéréotypique envers les personnes en situation d'obésité et leur alimentation (condition menace, Annexe MM), alors que, pour l'autre moitié des participants, le texte était un article neutre ne faisant mention d'aucun stéréotype véhiculé à l'égard des individus en surpoids (condition non menace, Annexe NN).

Pour crédibiliser la passation d'une étude sur les capacités mémorielles, une fois la lecture de l'article terminée, le participant était amené à répondre à un questionnaire de rappel en adéquation avec sa lecture. Ces questionnaires constituaient donc le rappel immédiat. Ils comportaient 8 questions sur le texte lu dont 6 questions type QCM et 2 questions vrai/faux. Ce test était coté 0 pour une mauvaise réponse et 2 pour une bonne réponse. Ainsi, le participant pouvait obtenir une note comprise entre 0 et 16 (Annexe OO).

Une fois ce questionnaire complété, le participant avait pour consigne d'attendre, dans une salle, que l'expérimentatrice revienne le chercher pour le rappel différé. Par ailleurs, le participant était averti que l'attente pouvant être longue, des confiseries, qu'il pouvait consommer comme il le souhaitait, étaient mises à sa disposition dans la pièce. Effectivement, dans cette salle d'attente, le participant pouvait découvrir deux saladiers remplis de confiseries, l'un contenant des « Célébrations » (chocolats de toutes sortes en portion individuelle, $N=29$, pesant de 270 à 286 g) et l'autre des « Kréma » (bonbons aux saveurs fruitées en portion individuelle, $N=60$, pesant de 381 à 399 g). En réalité, ces confiseries n'étaient pas placées dans la pièce par hasard. Ces dernières permettaient de vérifier si la lecture d'un texte neutre *vs.* d'un texte stéréotypique à l'égard des obèses et leur comportement alimentaire pouvait impacter la prise alimentaire des participants. Plus

précisément, cela permettait d'observer si les participants en surpoids ayant lu le texte stéréotypique consommeraient plus de confiseries que les participants des autres conditions (surpoids non menace et poids moyen menacés ou non), et notamment voir s'ils grignoteraient plus de « Célébrations » que de « Kréma ». De ce fait, une première pesée des saladiers était réalisée avant que le participant entre dans la salle d'attente, puis une seconde pesée était effectuée lorsque le participant la quittait. Au bout de dix minutes, l'expérimentatrice revenait chercher le participant dans la pièce où il attendait afin qu'il continue le reste de l'expérience.

Lors de cette dernière phase, le participant était, dans un premier temps, amené à effectuer une tâche de complétion de mots présentée comme un test permettant d'appréhender les informations du texte retenues implicitement. Le participant avait pour consigne de compléter, le plus spontanément possible et sans forcément penser au texte lu au préalable, une liste de 42 mots où il manquait volontairement une, deux ou trois lettres (Annexe PP). Ces items avaient été choisis au préalable afin que 21 d'entre eux, suivant le choix de complétion du participant, forment soit un mot neutre, soit *un mot renvoyant aux thèmes de notre étude : l'obésité et l'alimentation* (e.g., COLL_ _ ION, pouvant donner collision ou collation). Pour ne pas induire de biais de complétion en terme de fréquence du mot et non en terme d'induction de notre étude, grâce au « Lexique381»¹² (disponible sur <http://www.lexique.org>) nous avons seulement sélectionné des items pour lesquels le mot en lien avec l'obésité est autant, voire moins fréquent, que le mot neutre (cf. Annexe QQ). Enfin, pour le reste des mots proposés (n=21), peu importe le choix de mot du participant, seule une complétion neutre était possible (e.g., M_ _IMUM, pouvant donner maximum ou minimum). Pour ce test de complétion, un mot était coté 0 quand la complétion était neutre et 1 quand la complétion était en lien avec l'obésité ou l'alimentation. Ainsi, comme au total, il y avait 21 mots pouvant être complétés de manière stéréotypée ou non, le score maximum qu'un participant pouvait obtenir à ce test était 21. Notons que 4 mots neutres ont été retirés des analyses car, au vu des réponses générées par les participants, leur neutralité était discutable (i.e., complétion en lien avec l'alimentation/obésité possible). Il s'agit des éléments suivants : _ALAIS, ROU_E, FOUR_I et _ALEINE.

Une fois cette tâche effectuée, le participant était, dans un second temps, invité à répondre à plusieurs questions évaluant notamment son degré de faim et son ressenti sur l'expérience qu'il venait de vivre (Annexe RR). Ces deux dernières activités permettaient de

¹² « Lexique 381 » constitue une base de données répertoriant les représentations orthographiques et phonémiques, la syllabation, la catégorie grammaticale, le genre, le nombre, les fréquences, les lemmes associés, etc., d'environ 135 000 mots de la langue française.

mesurer, de manière implicite pour la tâche de complétion de mots et explicite pour le post-questionnaire, si les participants en surpoids en condition menace s'étaient bien sentis plus menacés que les participants des autres conditions expérimentales.

Pour finir, à l'issue de la passation, le participant recevait de la part de l'expérimentatrice un débriefing complet et détaillé expliquant le but réel de l'expérience. Puis, avec l'accord du participant, ce dernier était pesé et mesuré afin de contrôler son poids objectif. Cette vérification effectuée, la personne était remerciée pour sa participation et se voyait attribuer un bon d'achat d'une valeur de 10 euros. L'ensemble de cette procédure a été approuvée par le Comité de Protection des Personnes Sud-Est 6, (Annexe SS).

Tout au long de la passation, le participant était invité à évaluer son niveau de stress, de joie, de honte et de dégoût à travers quatre échelles visuelles analogiques de 7.2 cm, allant de *pas du tout* à *fortement* (Annexe RR, échelle des émotions dans le post-questionnaire, cf ; Macht *et al.*, 2003 ; Wade *et al.*, 1990). Au total, cette mesure était répétée trois fois : en début de passation, après lecture du texte (neutre vs. menaçant) et après la phase d'exposition aux confiseries dans la salle d'attente. L'utilité de ce questionnaire était de vérifier l'impact de la menace sur le ressenti émotionnel des participants.

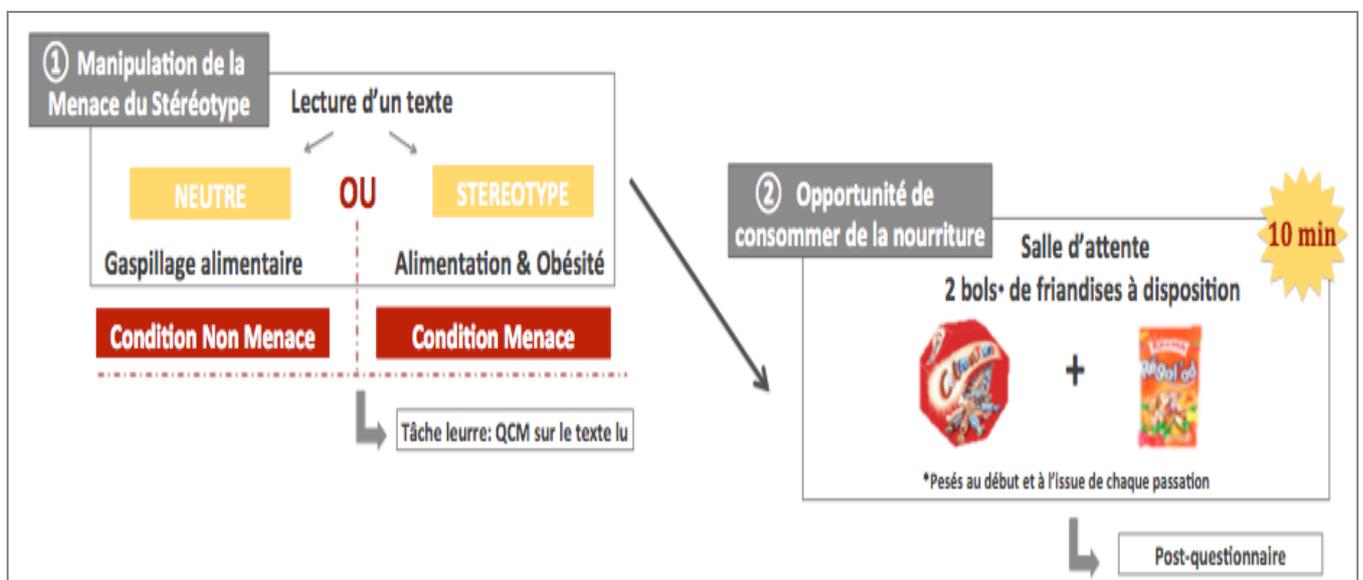


Figure 5: Schéma récapitulatif de la procédure expérimentale de l'Étude 6.

3.4.1.3 Pré-tests pour cette expérience

Les textes utilisés pour induire ou non un sentiment de menace auprès des participants en surpoids ont été pré-testés auprès de 86 étudiant(e)s en première année de psychologie. Quarante-six étudiant(e)s ont évalué le texte supposé menaçant, tandis que 40 ont évalué le texte supposé neutre (Annexe TT). Les étudiants devaient indiquer de manière libre s'ils pensaient que le texte lu reflétait un stéréotype, et si oui, lequel. Puis, sur une échelle de type Likert en 8 points allant de 1 (=pas du tout) à 8 (= tout à fait), ils devaient répondre à deux questions fermées, l'une vérifiant dans quelle mesure le texte distribué reflétait le stéréotype associant les personnes en surpoids à une alimentation malsaine et l'autre vérifiant dans quelle mesure sa lecture procurait une sensation de faim. Parmi les 46 étudiants évaluant le texte supposé menaçant, 78.3% ont spontanément jugé que ce texte reflétait un stéréotype, et parmi ces derniers, 61.2% ont deviné par eux-mêmes, en partie, voire totalement, le contenu du stéréotype véhiculé. Concernant les questions fermées, le t-test effectué sur l'item concernant le stéréotype véhiculé dans le texte à propos des personnes en surpoids indique que la moyenne est supérieure au point milieu de l'échelle (4.5), $t(45)=7.21$ avec $p \leq 0.001$. Ainsi, les étudiants ont, de manière significative, jugé que le texte reflétait bien la croyance prêtant aux personnes en excès pondéral une alimentation trop conséquente et trop grasse ($M=5.98$, $SD=1.39$). Le t-test réalisée sur la question de la faim révèle que la moyenne est inférieure au point milieu de l'échelle (4.5), $t(45)=-11.11$ avec $p \leq 0.001$. Autrement dit, le texte n'a significativement pas induit un sentiment de faim auprès des participants ($M=2.02$, $SD=1.51$). Parmi les 40 étudiants qui évaluaient le texte neutre, 40% ont affirmé spontanément que le texte reflétait un stéréotype. Cependant, aucun de ces participants n'a formulé un contenu en lien avec les personnes en surpoids. De plus, le t-test conduit sur la question à propos de l'alimentation supposée malsaine des individus en surpoids montre que la moyenne est inférieure au point milieu de l'échelle (4.5), $t(39)=-13.44$ avec $p \leq 0.001$. Ainsi, les étudiants n'ont significativement pas considéré le texte neutre comme reflétant la croyance en une mauvaise alimentation des personnes obèses ($M=1.83$, $SD=1.26$). Le t-test effectué sur l'item évaluant la sensation de faim procurée par le texte indique que la moyenne est inférieure au point milieu de l'échelle (4.5), $t(39)=-14.64$ avec $p \leq 0.001$. La lecture du texte neutre n'a significativement pas déclenché une sensation de faim auprès des étudiants ($M=1.65$, $SD=1.23$). Concernant l'item sur le contenu du stéréotype, un t-test pour échantillons indépendants montre que la moyenne des étudiants ayant lu le texte supposé

menaçant est significativement différente de celle des étudiants ayant lu le texte supposé neutre, $t(84)=14.44$ avec $p \leq .001$. Les étudiants ayant lu le texte supposé menaçant ($M=5.98$, $SD=1.39$) ont davantage jugé leur texte comme reflétant le stéréotype associant les personnes en surpoids à de mauvaises habitudes alimentaires que les étudiants ayant lu le texte supposé neutre ($M=1.83$, $SD=1.26$). Pour l'item évaluant la faim, un t-test pour échantillons indépendants révèle que les moyennes des étudiants ne sont pas significativement différentes selon la lecture de texte effectuée, $t(84)=-1.24$ avec $p=.22$, *ns*. Les deux textes proposés ne semblent pas déclencher des niveaux différents de faim à nos participants ($M_{menaçant}=2.02$, $SD_{menaçant}=1.51$; $M_{neutre}=1.65$, $SD_{neutre}=1.23$).

3.4.2 Résultats

3.4.2.1 Poids objectif

Au vu de la littérature scientifique sur la menace du stéréotype, nous supposons qu'après lecture du texte menaçant, les participants en surpoids confirmeraient la croyance leur imputant de faibles capacités de contrôle face à la nourriture en consommant davantage de confiseries disponibles dans la salle d'attente (ici, Kremas et Célébrations) comparés à leurs homologues en surpoids non menacés et ceux de poids moyen menacés ou non. Concernant les personnes de poids moyen, nous ne prédisions aucune différence de consommation, qu'elles soient menacées ou non

Par ailleurs, au vu de la littérature sur les émotions ressenties lors d'une menace stéréotypée, nous présumons que la menace induite *via* la lecture d'un texte stéréotypique provoquerait une augmentation du stress des participants en surpoids comparés à leurs semblables ayant lu le texte neutre. De même, conformément aux données existantes (Steele et Aronson, 1995), nous nous attendions à ce que ces participants génèrent plus de termes en lien avec l'alimentation et l'obésité lors d'une tâche de complétion de mots que les individus des autres groupes.

Afin de tester nos hypothèses principales, une série d'analyse de régressions a été menée pour vérifier l'impact du poids objectif des participants et de leur condition expérimentale sur leur consommation totale de confiseries, leur consommation de Célébrations et leur consommation de Kremas. Quatre participants ont été écartés de ces

analyses car ils ont deviné le but réel de l'étude. De même, trois participants ont été exclus des analyses statistiques concernant la consommation totale de confiseries et la consommation de Célébrations car leurs données individuelles sur la consommation de Célébrations étaient supérieures à 3 écart-types au-dessus de la moyenne.

Une première série d'analyses comprenait donc deux facteurs : l'IMC (centré) des participants obtenus à l'aide des mensurations prises par les expérimentateurs et leur condition de menace (Dummy Coded: 0 = non menace, 1 = menace).

Aucune de nos trois variables dépendantes (i.e., consommation totale de confiseries, consommation de Célébrations et consommation de Crema) n'atteignant la normalité (respectivement, $D(83)=.23$, $D(83)=.34$ et $D(83)=.24$ à $p_s \leq .001$), pour toutes les analyses de régression effectuées, nous avons choisi d'utiliser la fonction Bootstrap proposée par SPSS avec un nombre d'échantillons fixé à 2000 (Field, 2013).

- Analyses préliminaires

Mesure des émotions

Une série d'ANOVA à mesures répétées a permis de montrer que seul le niveau de stress des participants varie de manière significative au cours de la passation $F(2,150)=9.75$ $p \leq .001$, $\eta^2=.11$ (pour la joie, la honte et le dégoût : $F_s < 1.73$ à $p_s > .18$). Plus précisément, les analyses de contraste montrent que le stress des participants en T1 (=début de passation, $M=2.27$, $SD=.22$) est significativement supérieur aux niveaux de stress constatés à T3 (= après passage dans la salle d'attente, $M=1.84$, $SD=.22$) et à T4 (= après la tâche de complétion, $M=1.80$, $SD=.23$), respectivement une différence de .43 et .47 à $p_s \leq .05$. De même, la mesure de stress obtenue en T2 (= après lecture du texte neutre ou menaçant, $M=2.52$, $SD=.22$) est significativement supérieure à celles des T3 et T4, respectivement une différence de .41 et .45 à $p_s \leq .001$.

Enfin, les quatre émotions mesurées ne semblent pas varier au cours de la passation, de manière significative, en fonction du poids des participants et de leur condition expérimentale, $F_s \leq 2.49$ à $p_s \geq .09$.

Tâche de rappel

Cette tâche de rappel n'étant présente que pour justifier notre « cover story » aux yeux des participants, aucune hypothèse n'a été émise à son propos.

Les analyses de régression bootstrappées (B=2000) ne révèlent aucun effet principal significatif de l'IMC du participant, ni d'effet d'interaction entre l'IMC du participant et la condition expérimentale sur le score au test de rappel, $F_s \leq .15$ à $p_s \geq .70$, *ns*. Cependant, les analyses mettent en évidence un effet principal de la condition expérimentale sur le score de rappel, R^2 ajusté = .08, $F(1, 82) = 7.80$ à $p = .01$. Il semblerait que les participants ayant lu le texte menaçant ont de moins bon rappel sur leur texte que les participants ayant lu le texte neutre, [$\beta = -.30$, $t(82) = 2.79$, $p = .01$, 95% IC = -2.47/-1.43].

Tâche de complétion de mots

Les analyses de régression bootstrappées (B=2000) n'indiquent ni un effet principal significatif de l'IMC du participant, ni un effet principal significatif de sa condition expérimentale, ni un effet d'interaction significatif, $F_s \leq .23$ à $p_s \geq .63$, *ns*.

- Analyses principales

Consommation totale de confiseries (en grammes) en fonction du poids objectif des participants (poids moyen vs. surpoids) et de leur condition expérimentale (menace vs. non menace)

D'après les analyses de régression effectuées, ni l'IMC des participants, ni la condition expérimentale dans laquelle ils se trouvaient ne prédisent significativement leur consommation de confiseries, respectivement R^2 ajusté $\leq -.001$, $F(1, 75) = .893$, $p = .35$ *ns*, et R^2 ajusté = -.01, $F(1, 78) = .139$, $p = .71$, *ns*. En revanche, l'effet d'interaction entre ces deux variables est significatif, R^2 ajusté = -.05, $F(1, 76) = 4.60$, $p = .04$. Plus précisément, les analyses révèlent que, en condition menace, plus l'IMC des participants augmente, plus ces derniers consomment de confiseries, [$\beta = .24$, $t(76) = 2.14$, $p = .03$, 95% IC = .24/3.54], (cf. Figure 6 pour un schéma représentatif des grammes moyens de confiseries ingérées par les participants pour chaque condition expérimentale).

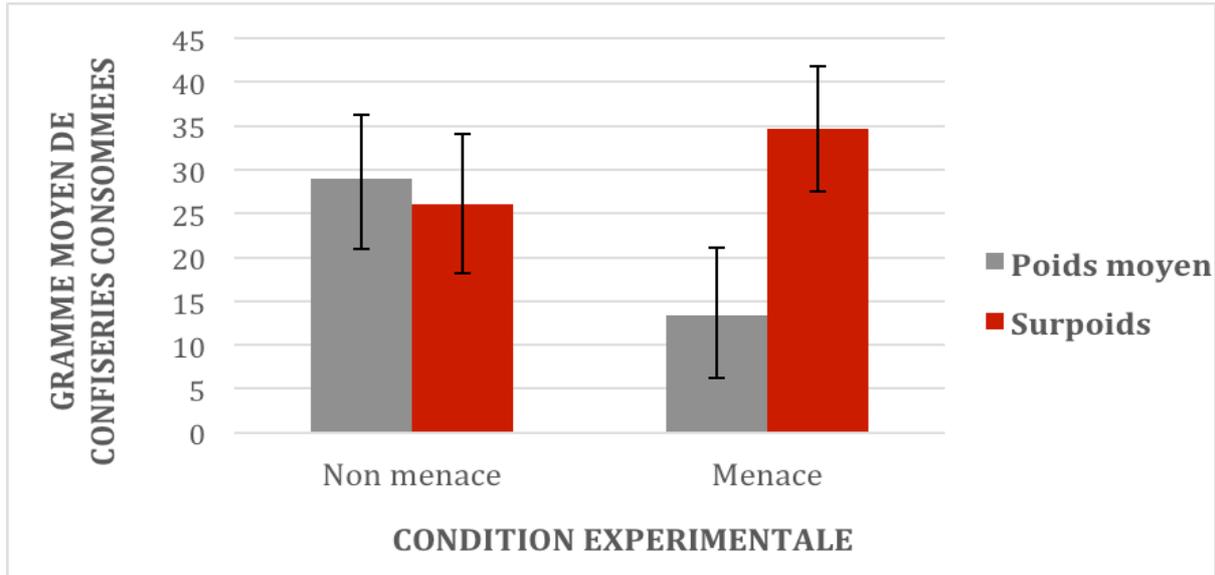


Figure 6: Consommation de confiseries des participants en fonction de leur catégorie de poids objective et de leur condition expérimentale.

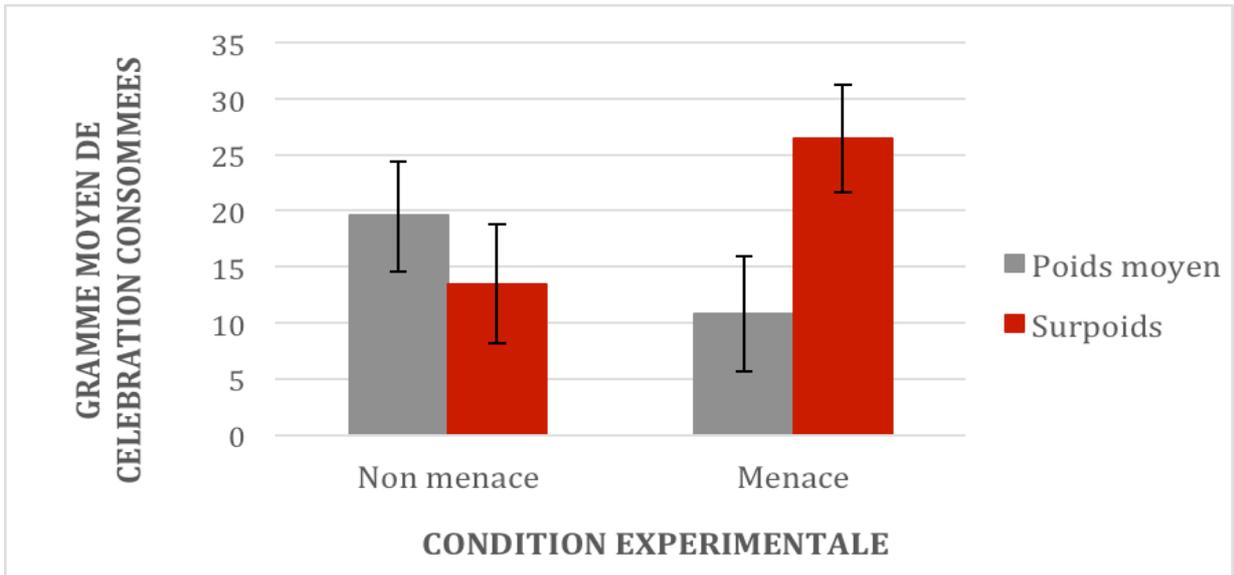


Figure 7: Consommation de chocolats des participants en fonction de leur catégorie de poids objective et de leur condition expérimentale.

Consommation de célébrations (en grammes) en fonction du poids objectif des participants (poids moyen vs. surpoids) et de leur condition expérimentale (menace vs. non menace)

Comme pour la consommation totale de confiseries, les analyses n'indiquent pas d'effet significatif de l'IMC des participants, ni d'effet significatif de leur condition expérimentale sur leur consommation de chocolats, respectivement R^2 ajusté = .15; $F(1, 75) = 2.13$, $p = .15$ ns, et R^2 ajusté = -.10; $F(1, 78) = .231$, $p = .63$, ns. Néanmoins, un effet d'interaction entre ces deux facteurs est également observé sur la consommation de Célébrations, R^2 ajusté = .07, $F(1, 76) = 6.31$, $p = .01$. Il semblerait donc que, en condition menace, plus l'IMC des participants augmente, plus leur consommation de chocolat s'accroît également, [$\beta = .28$, $t(76) = 2.51$, $p = .02$, 95% IC = .14/2.71]. (cf. Figure 7 pour un schéma représentatif des grammes moyens de chocolats ingérés par les participants pour chaque condition expérimentale).

Consommation de Kremas (en grammes) en fonction du poids objectif des participants (poids moyen vs. surpoids) et de leur condition expérimentale (menace vs. non menace)

Contrairement à la consommation de chocolats, aucun effet d'interaction significatif entre l'IMC des participants et leur condition expérimentale n'est mis en évidence, par les analyses de régression, sur la consommation des bonbons fruités, R^2 ajusté = -.01, $F(1, 79) = .332$, $p = .57$, ns. De même, indépendamment, l'IMC des participants et leur condition expérimentale ne semblent pas prédire significativement leur consommation de Kremas, respectivement R^2 ajusté $\leq -.001$, $F(1, 78) = .674$ et R^2 ajusté = .02, $F(1, 81) = 2.91$ à $p_s \geq .09$, ns.

- Analyses des variables contrôles du post-questionnaire

Notre post-questionnaire nous a permis de déterminer plusieurs paramètres tels que la faim des participants, l'horaire de leur dernier repas avant la passation, le type de régime qu'ils suivent, leur degré de plaisir éprouvé lors de cette étude (items 1 à 4, avec items 2 et 3 recodés), la mesure dans laquelle ils suspectaient l'expérimentateur d'avoir des *a priori* sur leur consommation en fonction de leur poids (items 5 et 6) et leur niveau d'adhésion au stéréotype envers l'alimentation des obèses (items 7 et 8).

Le t-test réalisé sur l'item informant du niveau de faim des participants indique que la moyenne est inférieure au point milieu de l'échelle (4.5), $t(83) = -9.48$ à $p \leq .001$. Il semblerait donc que les participants n'ont pas eu significativement très faim lors de leur venue à l'expérience ($M=2.57$, $SD=1.87$). Le t-test effectué sur l'item indiquant le temps écoulé entre la passation et le dernier repas des participants révèle que la moyenne n'est pas significativement supérieure au point milieu de l'échelle (2), $t(83) = 1.16$ à $p = .25$, *ns*. Le point milieu de l'échelle représentant une prise de repas entre 1h et 2h avant l'expérience, il semblerait que la plupart de nos participants ($M=2.11$, $SD=.85$) ont eu tendance à avoir consommé leur dernier repas dans ce laps de temps. Enfin, le t-test mené sur l'item renseignant sur le suivi d'un régime alimentaire particulier de la part des participants montre que la moyenne est significativement inférieure au point milieu de l'échelle (0.5), $t(83) = -7.18$ à $p \leq .001$. Il apparaît donc que la majorité des personnes ayant participé à notre étude ne suivent pas de régimes alimentaires spécifiques ($M=.19$, $SD=.40$). En effet, seules 16 personnes ont mentionné suivre des régimes dans leur vie (e.g., végétarien, sans fruit de mer, sans sucre, sans sel, sans gluten, sans produits laitiers ou encore régimes amaigrissants).

Concernant le niveau de plaisir/stress ressenti par le participant lors de la passation de l'étude, le t-test effectué sur ces items révèle que la moyenne est significativement supérieure au point milieu de l'échelle (4.5), $t(83) = 14.28$ à $p \leq .001$. Ces résultats montrent que dans l'ensemble nos participants ont éprouvé peu de stress et beaucoup de plaisir à réaliser cette étude ($M=6.18$, $SD=1.08$).

Le t-test réalisé sur les questions mesurant à quel point les participants suspectaient l'expérimentateur d'avoir des attentes conformes au stéréotype liant les personnes en surpoids à une consommation excessive (items 5 et 6) nous apprend que la moyenne de notre échantillon est significativement inférieure au point milieu de l'échelle (4.5), $t(83) = -5.63$, à $p \leq .001$. Autrement dit, les participants ont eu peu de suspicions quant aux croyances de l'expérimentateur sur leur consommation ($M=3.27$, $SD = 2.01$). Une ANOVA 2X2 (poids objectif : poids moyen vs. surpoids ; menace du stéréotype: présence vs. absence) informe que seul le poids des participants a un impact significatif sur cette variable, $F(1,84) = 5.06$, $p = .02$, $\eta^2 = .07$. Même si la majorité des participants ont eu peu de suspicions sur le but réel de l'étude, il apparaît, que de manière significative, les participants en surpoids ($M=3.76$, $SD=2.16$) en ont eu davantage que les participants de poids moyen ($M=2.76$, $SD=1.70$).

Le t-test mené sur les questions estimant dans quelle mesure les participants, *via* le jugement de leur consommation de confiseries par rapport à celles des autres participants, associent la prise alimentaire d'une personne à sa catégorie de poids (items 7 et 8) montre que la moyenne de notre échantillon est significativement inférieure au point milieu de l'échelle (4.5), $t(80)=-6.88$ à $p \leq .001$. De manière générale, les participants n'ont pas envisagé que les personnes plus minces qu'elles ont eu une consommation de confiseries plus faible que la leur ($M=2.87$, $SD=2.13$). Une ANOVA 2*2 (poids objectif : poids moyen *vs.* surpoids ; menace du stéréotype: présence *vs.* absence) ne révèle aucun effet principal de ces variables, ni d'effet d'interaction, respectivement $F(1,77)=.01$, $F(1,77)=.18$ et $F(1,77)=.51$, à $p \geq .48$, *ns*.

Ces divers paramètres ayant été mesurés après la consommation des confiseries, nous ne pouvons pas vraiment savoir s'ils ont influencé cette consommation, ou si, au contraire, les réponses des participants à ces questions ont été modulées par leur consommation, et seraient donc davantage des justifications à leur prise alimentaire. En revanche, grâce à des analyses de corrélation, nous pouvons constater que la consommation globale de confiseries est significativement liée positivement aux suspicions envers les attentes de l'expérimentateur, $r=-.52$ à $p \leq .001$. De plus, la consommation de Célébrations apparaît, elle, positivement et significativement associée à la faim des participants, à leurs suspicions envers les attentes de l'expérimentateur et à leur propre adhésion au stéréotype à l'égard de l'alimentation des obèses, respectivement $r=-.39$, $r=.35$ et $r=.26$ à $p_s \leq .02$. Enfin, la consommation de Kremas serait seulement positivement liée, de manière significative, au plaisir ressenti pendant l'expérience, $r=.31$ à $p=.005$.

Par conséquent, nous avons mené une analyse de régression avec en variables indépendantes la condition expérimentale des participants (menace du stéréotype *vs.* non menace) et leur IMC, en variable dépendante la consommation de Célébrations et en variables contrôles : le niveau de faim des participants, leur niveau de suspicions d'attentes de la part de l'expérimentateur et leur niveau d'adhésion envers les stéréotype associé à l'alimentation des personnes obèses. Ces analyses de régression montrent qu'en contrôlant l'impact du niveau de faim des participants (centré), de leurs suspicions envers l'expérimentateur (centré) et de leur propre stéréotype (centré) sur la consommation en grammes de Célébrations, nous conservons notre effet d'interaction catégorie de poids*condition expérimentale tendanciel, voire significatif sur cette variable, $F_s \geq 4.9$, $p_s \leq .10$. De même, lorsque nous incluons les suspicions envers les expérimentateurs sur la consommation globale de confiserie, nous

obtenons un effet d'interaction catégorie de poids*condition tendanciel, R^2 ajusté = .05, $F(2, 75) = 1.88$ à $p = .05$, [$\beta = .21$, $t(75) = 1.83$, $p = .09$, 95% IC = -.129/3.50].

3.4.2.2 Poids subjectif

Concernant le poids subjectif, des hypothèses similaires à celles annoncées pour le poids objectif étaient formulées. Ainsi, une seconde série d'analyses a été menée afin de vérifier l'impact du poids subjectif des participants et de leur condition expérimentale sur leur consommation globale de confiseries, leur consommation de Célébrations et leur consommation de Kremas. Pour ce faire, nous avons intégré, dans nos analyses de régression, le poids subjectif des participant (centré), obtenu grâce à l'échelle des silhouettes, et leur condition de menace (Dummy Coded: 0 = non menace, 1 = menace).

Aucune de ces analyses de régression n'indiquent d'effet principal du poids subjectif des participants, ni d'effet d'interaction significatif de cette variable avec la condition expérimentale sur ces différents types de consommations, $F_s \leq 2.62$ à $p_s \geq .11$, *ns*.

3.4.3 Discussion

Dans cette recherche, nous supposons que l'alimentation des individus en surpoids pourrait être impactée par une menace explicite du stéréotype. Plus précisément, nous nous attendions à ce que des individus en surpoids menacés explicitement par le stéréotype les associant à une consommation trop grasse et conséquente ingèreraient davantage de confiseries en situation de prise alimentaire comparés à leurs homologues en surpoids non menacés par une telle croyance et des individus de poids moyen menacés ou non. Concernant la consommation de ces trois groupes expérimentaux, aucune différence n'était prédite.

Conformément à l'hypothèse de menace du stéréotype, la présente étude confirme que, en condition menace, les personnes ayant un IMC élevé sont également celles qui ont une plus forte consommation de confiseries, notamment de chocolats. Ces observations sont similaires aux données obtenues par les très rares études s'intéressant à la problématique de la menace du stéréotype auprès des personnes en surcharge pondérale (i.e., Seacat et Mickelson, 2009 ; Brochu et Dovidio, 2013 étude 1; Schvey *et al.*, 2011). Comme ces recherches antérieures,

nos données permettent de mettre en évidence que la stigmatisation relative au poids dont souffrent les personnes en surcharge pondérale peut les amener à adopter des comportements conformes aux croyances négatives circulant à leur égard. Ainsi, ces résultats confortent dans l'idée qu'il est crucial d'étudier le concept de menace du stéréotype auprès de cette population, puisqu'au même titre que les femmes, les personnes de couleur noire, les chômeurs, les personnes âgées, les homosexuel(le)s, etc., les individus en excès de poids peuvent être victimes de ce phénomène.

Cette étude étant, à notre connaissance, comme nos précédents travaux, une des premières à avoir été réalisée auprès de personnes en surpoids vivant en France, elle permet également d'étendre l'impact de la menace du stéréotype à une population française. De même, notre échantillon de participants en surpoids comptant des effectifs d'hommes et de femmes très proches, notre étude serait également la première à montrer que le comportement alimentaire d'hommes en situation de surcharge pondérale peut être influencé par le phénomène de menace du stéréotype. Effectivement, les recherches précédentes menées à ce sujet avaient des échantillons de participants exclusivement composés de femmes (i.e., Schvey *et al.*, 2011; Major *et al.*, 2014). Seuls Brochu et Dovidio (2013, étude 1) avaient démontré, au niveau des intentions alimentaires, que le choix de nourriture des femmes et des hommes pouvait être affecté par un tel phénomène. Pour généraliser de tels résultats, il serait intéressant de répliquer notre étude avec un échantillon plus important de participants, hommes et femmes.

Parmi la série d'études expérimentales que nous avons menées et décrites dans ce chapitre, seule cette dernière étude révèle une vulnérabilité des personnes en surpoids face au phénomène de menace du stéréotype. Par conséquent, il semblerait que l'apparition d'un effet de menace du stéréotype auprès de cette population serait due à une plus forte sensibilité de leur part à une menace explicite et/ou à une tâche de prise alimentaire à caractère évaluatif implicite. Effectivement, comparée au reste des travaux expérimentaux effectués (i.e., Étude 3, Étude 4, Étude 5), cette dernière étude différait seulement sur ces deux aspects.

Il est fortement possible que les personnes en surpoids soient davantage sensibles à une menace explicite qu'implicite. En effet, comme nous l'avions mentionné, Nguyen et Ryan (2008) avaient constaté que l'impact du type de menace choisie dépendait du groupe d'individus ciblé. Par exemple, un effet de menace du stéréotype était plus susceptible d'être observé auprès de femmes lorsque ces dernières étaient menacées implicitement plutôt qu'explicitement (Kray *et al.*, 2004). Cette plus forte sensibilité des personnes en surpoids à une menace explicite en laboratoire pourrait s'expliquer par une stigmatisation relative au

poids de la part des autres de plus en plus explicite dans la vie. Certes, comme nous l'avions cité, au cours des dernières années, Tomiyama *et al.* (2015) remarquèrent une évolution de la stigmatisation relative au poids auprès d'une population confrontée professionnellement à l'obésité. En effet, si, en 2001, les personnes interrogées par ces auteurs rapportaient un biais anti-gros implicite supérieur à leur biais anti-gros explicite, en 2013, cette tendance s'inversait.

Concernant le caractère évaluatif de la tâche, les données issues des travaux réalisés sur le phénomène de menace du stéréotype (e.g., Steele et Aronson, 1995, Croizet et Claire, 1998, Spencer et Castano, 2007) soutiendraient davantage l'hypothèse d'un effet d'une tâche rendant saillante l'évaluation des performances de l'individu. Cependant, il est probable que ces résultats ne s'appliquent qu'à des performances au sens classique du terme, à savoir des performances cognitives et physiques. Auquel cas, le comportement alimentaire pourrait être, lui, davantage impacté par une tâche de prise alimentaire où le participant en surpoids n'a pas conscience d'être évalué.

Dans des recherches à venir, il serait donc intéressant de moduler chacune de ces variables (i.e., type de menace et type de tâche) afin de déterminer si les résultats que nous obtenons reflètent uniquement l'effet d'une menace explicite, uniquement l'effet d'une tâche de prise alimentaire implicite, ou la combinaison de ces deux facteurs. Pour ce faire, deux études devraient être conduites. Dans une première recherche, la menace explicite de notre protocole expérimental serait remplacée par une menace implicite (e.g., jeu des 7 erreurs utilisé dans l'Étude 5). Dans une seconde recherche, notre protocole expérimental serait également conservé, à l'exception près de la tâche de prise alimentaire implicite qui serait remplacée par une tâche alimentaire ayant un caractère évaluatif plus marqué (e.g., test de goût utilisé dans l'Étude 3). Ainsi, les 3 études que nous vous avons présentées précédemment pourraient être répliquées avec la menace explicite de cette dernière étude, ou, au contraire, l'impact de leurs menaces implicites serait étudié sur leur prise alimentaire dans un contexte moins évaluateur quant à leur consommation (e.g., salle d'attente).

Dans de futurs travaux, il serait également pertinent de tester au préalable les aliments proposés aux participants afin de vérifier dans quelle mesure ils les perçoivent malsains. En effet, nous avons supposé que les Célébrations seraient perçues comme un produit plus malsain que les Krema, et donc que nous aurions un effet de menace plus important pour les chocolats comparés aux bonbons. Les données révèlent effectivement un effet de menace pour les Célébrations qui n'est pas observé pour les Krema. Néanmoins, les pré-tests n'ayant pas été effectués entre ces deux produits, nous ne pouvons pas affirmer que cet effet de

menace sur les Célébrations résulte d'une perception plus malsaine des chocolats comparés aux bonbons fruités. Le pré-test mené sur les aliments proposés dans l'application « Plan Courses » de l'Etude 3 avait d'ailleurs permis de montrer que les participants associaient les Krema à la catégorie des produits alimentaires « malsains et faisant grossir ». Les Célébrations n'étant pas présentes dans l'application, elles n'ont pas été testées.

Si un phénomène de menace est observé sur le comportement alimentaire de personnes objectivement en surpoids, nos données ne répliquent pas, en revanche, l'effet de menace auprès des personnes qui se considèrent en excès de poids, comme avaient pu l'observer Major *et al.* (2014). Notre protocole expérimental était pourtant très proche de celui utilisé dans leur étude (i.e., lecture d'un texte menaçant suivi de la possibilité de consommer des friandises présentes dans une salle d'attente). Cette différence de résultats montre toute la nécessité de mener davantage de recherches sur cette thématique. En effet, l'apport de nouvelles recherches sur ce sujet pourrait permettre de discriminer les situations menaçantes pour les personnes en surpoids réel de celles menaçantes pour les individus en surpoids perçu, ainsi que les facteurs pouvant les modérer.

De même, bien que la lecture d'un texte menaçant ait entraîné une surconsommation de confiseries de la part des individus ayant un IMC élevé, cette dernière n'a pas induit un niveau de stress significativement plus élevé chez eux comparés aux participants des autres conditions expérimentales. Ces observations vont à l'encontre des résultats existants dans la littérature sur la menace du stéréotype (e.g., Delgado et Prieto, 2007 ; Cole *et al.*, 2007). Auprès d'une population en surpoids, Major *et al.* (2012) avaient notamment constaté que, lors de la réalisation d'un discours, des femmes en surpoids menacées étaient plus anxieuses que des femmes en surpoids non menacées. Dans notre étude, seule une diminution du stress entre le début de la passation et la fin de la passation est observée pour tous les participants. Ces données peuvent s'expliquer par la composition de notre échantillon. Effectivement, les individus ayant participé à cette étude sont des personnes toutes-venantes. Par conséquent, contrairement aux étudiant(e)s que nous pouvons recruter habituellement, ces derniers n'étaient ni familiers des locaux, ni coutumiers des pratiques expérimentales. En début de passation, cette méconnaissance a donc pu générer un stress important chez les participants (i.e., « qu'est-ce qui m'attend ? ») qui se sera dissipé tout au long de la passation au vu des tâches effectuées. De même, le test de rappel, portant sur le texte lu, était réalisé en début de passation. Nous pouvons donc supposer que le stress lié à la découverte de l'étude ne s'est pas

atténué tout de suite car, notre évaluation mémorielle factice a engendré une pression évaluative suffisante pour maintenir un niveau de stress constant auprès des participants.

Ces mesures d'anxiété n'étant que des évaluations auto-rapportées, lors de futures recherches, il serait judicieux d'utiliser des mesures physiologiques (e.g., pression sanguine, rythme et fréquence cardiaque, activité électrodermale, etc.) pour une analyse plus fine et sensible du degré de stress ressenti par chaque participant. En effet, s'il est possible aux participants de feindre un certain niveau de stress lors d'un questionnaire, il ne leur est en revanche pas possible de contrôler leur activité végétative. Par ailleurs, dans le cadre de travaux sur la menace du stéréotype, ce type de mesures a déjà été réalisé et mis en évidence une augmentation de l'anxiété auprès d'individus menacés, (cf. Blascovich *et al.* 2001 pour une étude auprès de personnes de couleur noire ; Osborne, 2007 pour une recherche auprès de femmes).

Concernant la tâche de complétion, contrairement à nos hypothèses, les mots formés par les participants ne diffèrent pas en fonction de leur catégorie de poids et de leur condition expérimentale. Autrement dit, les participants ayant un IMC élevé et menacés ne produisent pas, comme nous l'attendions, plus de complétions en lien avec l'alimentation et/ou l'obésité comparés aux autres participants. Lors d'une tâche de complétion, Steele et Aronson (1995) avaient pourtant constaté que, comparés aux participants de couleur noire en condition non diagnostique et ceux de couleur blanche en condition diagnostique et non diagnostique, les stéréotypes concernant les Noirs Américains étaient plus accessibles et donc plus présents chez les personnes noires en condition diagnostique.

Ces différences de résultats peuvent s'expliquer par le matériel utilisé. Effectivement, le choix des mots proposés dans la tâche et le nombre de lettres retirées à chacun de ces mots n'étaient peut-être pas adéquats pour mettre en évidence une activation des stéréotypes envers les personnes en surpoids plus intense de la part des participants en surcharge pondérale menacés.

Pour le reste, nos données révèlent que les personnes placées en condition menace réussissent moins bien le test de rappel sur le texte qu'elles ont lu, comparées aux individus non menacés. Trois interprétations peuvent être formulées pour expliquer ces résultats. Premièrement, ces scores de rappel refléteraient un texte menaçant plus difficile à retenir que le texte neutre proposé, bien que pourtant moins long (respectivement, 1824 mots *vs.* 3808 mots). Deuxièmement, ces scores traduiraient un questionnaire de rappel portant sur le texte menaçant plus dur à compléter que celui sur le texte neutre. Troisièmement, cette chute de

performance indiquerait la présence d'une charge cognitive supérieure chez les participants ayant lu l'article menaçant, comparés à ceux ayant lu l'article neutre. Croizet *et al.* (2004), mentionnés auparavant, avaient effectivement observé, *via* une mesure du HRV, une charge mentale supérieure auprès de leurs participants menacés, qu'ils soient ou non la cible du stéréotype mis en évidence, comparés aux participants en condition neutre. Cependant, cette charge mentale supérieure conduisait à une chute de performances pour les participants concernés par le stéréotype, alors qu'elle améliorait les performances de ceux non concernés. Ainsi, les auteurs concluaient que, bien qu'une charge mentale soit présente pour tous leurs participants menacés, cette dernière ne devait pas avoir la même nature. Pour les personnes non ciblées par le stéréotype, cette surcharge mentale devait traduire un investissement supérieur envers la tâche, alors que pour les personnes ciblées par le stéréotype, cette charge mentale supérieure refléterait à la fois le coût de la tâche, la gestion des préoccupations stéréotypiques et la gestion du doute de soi.

Dans notre étude, il serait probable que la surcharge cognitive supposée auprès des participants ayant lu le texte menaçant reflète une pression évaluative envers la tâche de rappel à effectuer plus forte pour les participants de poids moyen et des pensées interférentes liées au contexte menaçant pour les personnes en surpoids.

Les capacités mémorielles, tout comme les fonctions exécutives, sont des processus mentaux dits de hauts niveaux. Ainsi, si cette troisième hypothèse est juste, nos observations sur ce test de rappel seraient consistantes avec les travaux antérieurs ayant constaté que la menace du stéréotype, en plus de conduire des participants à confirmer les stéréotypes à leur égard, diminuait leurs performances à des tâches subséquentes impliquant le contrôle exécutif (e.g., tâches d'inhibition, de mémoire de travail, etc. dans Schmaders *et al.*, 2008 ; Inzlicht *et al.*, 2006). Ici, la seule différence réside dans le fait que notre test ne succédait pas à la tâche de prise alimentaire, mais qu'il la précédait.

De plus, si cette dernière hypothèse est valide, notre étude s'inscrirait dans la lignée des travaux antérieurs étudiant les médiateurs du phénomène de menace du stéréotype (e.g., Croizet *et al.*, 2004 ; Krendl *et al.*, 2008), et démontrerait que l'augmentation de la charge cognitive/la diminution des ressources cognitives consacrées à la tâche agit comme tel sur les performances des individus menacés.

Dans notre cas, la surcharge cognitive (potentielle) induite par la menace du stéréotype aurait provoqué une augmentation de la prise alimentaire des participants en surpoids. Ces données confirmeraient alors le modèle réflexif-impulsif de Strack et Deutsch (2004) qui indique que lorsque nos ressources cognitives sont limitées, nous agissons en fonction de nos

impulsions plutôt qu'en fonction de notre raison, car ces processus impulsifs s'activent sans effort cognitif, alors que les processus réflexifs demandent un traitement cognitif plus approfondi. Pour rappel, d'après ce modèle, les processus impulsifs seraient reliés aux attitudes implicites des personnes et les processus réflexifs seraient, eux, associés à leurs attitudes explicites. La première étude de notre thèse a montré que des patients obèses rapportaient explicitement se restreindre cognitivement au niveau de leur alimentation. De plus, comme nous l'avions cité, Castellanos *et al.* (2009) ont constaté, grâce à une mesure d'attitudes implicites (i.e., « eye tracking »), que comparés à des personnes de poids moyen, des participants en situation d'obésité étaient plus attirés par des stimuli alimentaires riches en calories plutôt que par des stimuli neutres. Ainsi, la surconsommation observée auprès de nos participants en surpoids menacés semblerait bien indiquer que dans notre situation de menace, les attitudes implicites des personnes en surpoids, c'est-à-dire une attitude positive, voire une attirance envers les aliments caloriques a pris le dessus.

Tout ceci n'étant que des spéculations, il est nécessaire de réaliser de futures études pour vérifier, grâce à des mesures physiologiques et/ou des tâches subséquentes impliquant les fonctions exécutives, si la surconsommation alimentaire des personnes en surpoids menacée s'explique bien par une augmentation de leur charge cognitive, et par conséquent par l'utilisation de leurs processus automatiques. En outre, si l'existence d'une surcharge cognitive est démontrée, il serait pertinent de s'intéresser à la nature exacte de cette charge mentale supérieure. Comme les études antérieures (e.g., Krendl *et al.*, 2008), nous supposons que celle-ci peut être due à des pensées interférentes liées au stéréotype. Nos données obtenues sur les suspicions envers l'expérimentateur iraient dans le sens d'une telle hypothèse. En effet, de manière générale, ces données révèlent que les personnes en surpoids ont eu davantage de suspicions quant aux croyances de l'expérimentateur sur leur consommation de Krema et de Célébrations que les individus de poids moyens. En d'autres termes, comparés aux participants normopondérés, les participants en surpoids ont plus souvent supposé que l'expérimentateur s'imaginait une consommation de confiseries plus conséquente de leur part. Ces suspicions partagées par l'ensemble des personnes en surpoids de notre échantillon ont pu, dans un contexte de menace, être plus préoccupantes et donc plus résistantes au point d'accaparer les ressources cognitives nécessaires pour gérer leur prise alimentaire. Néanmoins, l'environnement des participants lors de la prise alimentaire n'ayant pas pu être contrôlé (entièrement), nous ne pouvons pas affirmer que d'autres éléments indépendants de l'effet de menace aient également agît sur leur surcharge cognitive, et donc sur leur prise alimentaire. En effet, les participants étaient amenés à patienter en salle

d'attente avec leurs affaires personnelles. De ce fait, ils ont pu accéder à leur portable, de la lecture (e.g., journal, documents professionnels, etc.) qui ont pu les influencer lors de ce moment de confrontation aux friandises. Dans de futures recherches, nous pourrions diminuer l'impact de telles variables en demandant aux personnes de laisser leurs affaires personnelles auprès de l'expérimentateur, ou, pour que l'idée de la salle d'attente reste crédible, un procédé de vitre sans tain pourrait être mis en place pour contrôler les activités des participants.

Enfin, notre première étude ayant démontré que les personnes en surpoids vivant en France sont également stigmatisées sur leurs activités physiques (i.e., inactivité), il se pourrait que ce comportement soit, lui aussi, influencé par un effet de menace du stéréotype, et contribue donc également au maintien de leur surcharge pondérale. Seacat et Mickelson (2009) avaient effectivement noté que, suite à la lecture d'un texte stéréotypique à propos de l'obésité, des femmes en surpoids affichaient des intentions de pratiques d'exercices physiques plus faibles que des femmes en surpoids ayant lu un texte neutre. Par conséquent, il paraît essentiel de mener de futures études dont la visée sera de vérifier si le phénomène de menace du stéréotype peut également impacter le comportement des personnes en surpoids, c'est-à-dire les conduire à adopter des comportements conformes au stéréotype les associant à de moindres activités physiques.

Pour résumer nos travaux expérimentaux, seule cette étude 6 permet de mettre en évidence un effet de menace du stéréotype auprès des personnes en excès de poids. En effet, dans cette dernière étude, les données révèlent une consommation de confiseries plus importante de la part des personnes en surpoids menacées comparées à celles non menacées et celles de poids moyen menacées ou non. Or, dans nos trois premières études expérimentales, les intentions et comportements alimentaires des personnes en surpoids menacées ne vérifient pas le stéréotype les associant à une alimentation grasse et conséquente. Au contraire, les personnes en surpoids achètent moins de produits jugés mauvais pour la santé et faisant grossir (Etude 3), consomment autant de confiseries (Etude 4) et de yaourts (Etude 5) que des individus de poids moyen. Ces études ne démontrent donc pas un phénomène de menace du stéréotype.

Par ailleurs, alors que l'Etude 4 permet d'observer une moindre consommation de confiseries des personnes menacées se jugeant en surpoids (poids subjectif), l'étude 6 permet de montrer une surconsommation de confiseries de la part des personnes menacées réellement en surpoids (poids objectif). Ceci supposerait que les personnes subjectivement en surpoids

seraient davantage sensibles à une menace implicite et celles objectivement en surpoids à une menace explicite. La sensibilité à l'une ou l'autre des menaces dépend effectivement du groupe social ciblé (Nguyen et Ryan, 2008). En revanche, si la menace explicite déclencherait un effet de menace du stéréotype auprès des personnes objectivement en surpoids, la menace implicite générerait une réactance psychologique auprès des individus se percevant en excès de poids. Dans leur étude auprès de femmes, Kray *et al.* (2002) avaient observé, à l'inverse, un effet de menace du stéréotype suite à une menace implicite et de la réactance psychologique suite à une menace explicite.

Ainsi, au-delà de l'utilisation d'une menace implicite (i.e., utilisation d'un pèse-personne, vision d'images stéréotypiques *via* des publicités ou un jeu des 7 erreurs), l'absence d'un effet de menace du stéréotype dans nos trois premières études expérimentales pourrait s'expliquer par le recours à une tâche de consommation de nourriture forcée et explicite quant à l'évaluation des comportements alimentaires (i.e., courses fictives et tâche de goût). En effet, dans la seule étude où un effet de menace du stéréotype a été mis en évidence (Etude 6), nous avons privilégié une menace explicite (i.e., lecture d'un texte stéréotypique) et opté pour une tâche alimentaire implicite, non forcée (i.e., consommation libre de confiseries dans une salle d'attente).

D'une part, le caractère libre de la tâche alimentaire proposée dans cette dernière étude a pu entraîner moins de réactance psychologique. D'autre part, comparé à la tâche de goût, le paradigme de la salle d'attente a pu conduire les participants à être exclusivement concentrés sur leur consommation de confiseries. En effet, la tâche de goût, elle, pouvait amener les participants à gérer deux choses : leur évaluation des produits alimentaires proposés et leur consommation de ces produits. Or, Beilock *et al.*, (2006), mentionnés dans ce chapitre, avait montré que, lorsque l'attention allouée à la tâche évaluée était trop importante, un effet de menace apparaissait. Cependant, lorsque l'attention des participants n'était plus entièrement allouée à cette tâche (i.e., lors d'une double tâche), l'effet de menace du stéréotype disparaissait. Cette différence méthodologique entre nos études a donc pu engendrer une différence auprès de nos participants en terme d'attention allouée à la tâche, qui aurait elle-même eu un impact sur l'apparition ou non du phénomène de menace du stéréotype.

Enfin, il est possible que ce dernier protocole expérimental ait permis de mettre en évidence un effet de menace du stéréotype car, de par sa méthode d'induction de la menace et la tâche utilisée, il était plus écologique que les paradigmes choisis pour les trois autres expériences. En effet, de nos jours, les individus en surpoids seraient davantage soumis à une stigmatisation explicite de la part d'autrui plutôt qu'implicite (Tomiya *et al.*, 2015). De

plus, nous conviendrons que, dans la vie quotidienne, il est plus probable d'attendre dans une salle d'attente avec de la nourriture à disposition (e.g., les salons de coiffure, les bars, et, *via* des distributeurs automatiques, les hôpitaux, les établissements scolaires, les gares, etc.) que de réaliser une tâche de goût. Or, la pertinence de la tâche joue effectivement un rôle dans l'apparition de la menace. Smith et White (2002), cités auparavant, avaient observé un effet de menace du stéréotype auprès de femmes uniquement lorsque le test de mathématiques utilisé ressemblait aux épreuves académiques habituelles.

Si le caractère écologique de cette étude est bien à l'origine de l'observation d'un effet de menace du stéréotype, nos observations renforceraient l'idée que, dans leur quotidien, les personnes en surcharge pondérale sont réellement victimes d'un tel phénomène.

Ainsi, l'enjeu des futures recherches sera de déterminer les facteurs pouvant prévenir, diminuer, voire supprimer cet effet délétère de la menace sur leurs comportements alimentaires. En effet, la menace du stéréotype amène des personnes en surpoids à surconsommer, et donc les maintient dans cet état de surcharge pondérale. Il est donc crucial d'apporter des méthodes d'interventions pour les sortir de ce cercle vicieux. Des pistes d'action pour atteindre un tel objectif seront discutées dans l'Épilogue de cette thèse.

Épilogue

Synthèse de mes travaux

Comme nous l'avons abordé dans la partie introductive de cette thèse, en France, l'excès de poids est devenu un problème de santé publique majeur. En 2015, 49% de la population française étaient recensés en situation de surpoids ou d'obésité (Etude Esteban, Verdot *et al.* 2017). La montée en puissance de cette pathologie, dans divers pays du monde, a fait émerger de nombreuses recherches ayant pour objectif de cibler les facteurs hormonaux, génétiques et personnels à l'origine d'un tel fléau et de son maintien. Néanmoins, peu de travaux se sont intéressés à l'influence d'autrui dans l'obésité.

Ce travail doctoral avait donc pour objectif de montrer l'importance d'étudier la surcharge pondérale à travers un angle psycho-social. Plus précisément, notre intérêt était, dans un premier temps, de mettre en évidence une stigmatisation envers les personnes en surpoids vivant en France, pour démontrer, dans un second temps, au travers du phénomène de menace du stéréotype, l'implication de cette stigmatisation dans la pérennisation de l'excès de poids de ces individus.

Les travaux réalisés dans le cadre de cette thèse ont ainsi permis de montrer qu'en France, le poids est perçu comme étant une caractéristique individuelle contrôlable (Etude 1). De ce fait, les personnes souffrant de surcharge pondérale sont jugées responsables de leur situation et sont, par conséquent, sujettes à des stéréotypes et attitudes négatives de la part des autres (Etude 1). Plus spécifiquement, nos travaux mettent en évidence des croyances négatives à l'égard de leurs comportements alimentaires (i.e., manque de contrôle envers la nourriture, surconsommation, alimentation calorique) et de leurs activités physiques (i.e., inactivité, paresse). D'après les témoignages de patients en situation d'obésité (Etude 2), cette thèse a également révélé que les personnes en surcharge pondérale ont bien conscience de la stigmatisation existant à leur égard. En effet, elles rapportent fréquemment vivre des expériences stigmatisantes en raison de leur poids (e.g., entendre des suppositions négatives de la part des autres, recevoir des commentaires désagréables de la part d'autrui, etc.),

provenant de diverses sources (e.g., médecins, famille, camarades, collègues, etc.). Par ailleurs, l'étude réalisée auprès de cette population (Etude 2) a également permis d'observer que ce vécu stigmatisant les conduit à mettre en œuvre des stratégies pour y faire face (e.g., discours internes positifs, pleurs, évitement, etc.). Or, ces stratégies de coping, au même titre que le vécu stigmatisant, sont associées à des troubles psychologiques (e.g., dépression) et comportementaux (e.g., alimentation émotionnelle, impulsivité).

Enfin, nos recherches expérimentales (Etudes 3 à 6) ont démontré que la stigmatisation relative au poids vécue par les français(e)s en surpoids n'est pas seulement liée à des comportements alimentaires inadaptés de leur part, mais qu'elle peut, sous certaines conditions, les provoquer. En effet, par le biais de divers paradigmes de menace du stéréotype, nos études ont permis de constater que lorsque des personnes en surcharge pondérale sont exposées explicitement au stéréotype leur prêtant de mauvaises habitudes alimentaires (Etude 6), ces dernières vont confirmer ce stéréotype dans une tâche où elles sont libres de manger à leur convenance. En d'autres termes, les résultats de cette étude ont montré que, dans certaines situations, une expérience de stigmatisation relative au poids peut amener des personnes en surpoids à consommer davantage de confiseries.

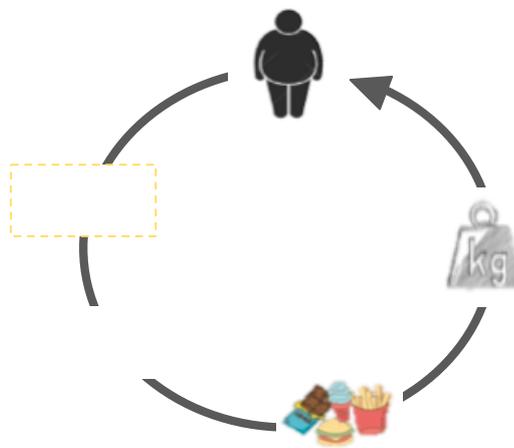


Figure 8 : Cercle vicieux de la stigmatisation relative au poids dans l'obésité.

Pour résumer, les individus français en surpoids sont fréquemment stigmatisés sur leurs habitudes alimentaires et leur pratique d'activités physiques. L'existence de cette stigmatisation relative au poids engendre alors des conséquences psychologiques et comportementales préjudiciables à ces personnes, notamment au niveau de leurs

comportements alimentaires. En effet, cette stigmatisation, *via* le phénomène de menace du stéréotype, amène des personnes en surpoids à surconsommer des aliments caloriques. Or, cette surconsommation induite par le vécu d'expériences stigmatisantes a deux implications capitales. Premièrement, elle renforce les croyances négatives véhiculées à l'égard de l'alimentation des personnes en surpoids, et donc participe, *a fortiori*, à perpétuer l'existence d'une stigmatisation relative au poids. Deuxièmement, elle contribue à maintenir l'excès de poids dont souffre les personnes en surcharge pondérale, (cf. Figure 8).

Cette thèse confirme que la stigmatisation relative au poids, à travers le phénomène de menace du stéréotype, joue un rôle important dans l'obésité. Par conséquent, l'objectif de recherches futures sera (1) d'identifier les facteurs pouvant prévenir et/ou agir sur la stigmatisation relative au poids, et (2) déterminer les facteurs pouvant diminuer, voire supprimer, l'impact négatif de la menace du stéréotype sur les comportements alimentaires des personnes en surpoids.

Voies de recherches futures : les solutions à apporter

La stigmatisation à l'égard d'un groupe social étant à l'origine du phénomène de menace du stéréotype, l'une des premières actions à envisager pour éviter cet effet de menace est de travailler directement à la réduction de cette stigmatisation.

Quelques travaux menés auprès de personnes en surpoids, ou d'autres groupes sociaux stigmatisés, offrent quelques pistes d'intervention pour atténuer la discrimination à l'égard de notre population d'étude. Tout d'abord, comme nous l'avons mentionné, Corcoran *et al.* (2009) ont observé que, comparé à une focalisation sur les similitudes, le fait d'amener des individus à se focaliser sur les différences, *via* un jeu semblable au jeu des 7 erreurs, diminuait leurs jugements stéréotypiques envers des femmes et leurs comportements discriminatoires envers un skinhead. Ainsi, la création d'affiches publicitaires ou de campagnes de prévention amenant explicitement ou implicitement les individus à se concentrer sur les différences, notamment en terme de silhouette, pourrait peut-être amoindrir

l'image négative que les français possèdent à propos des personnes en excès de poids. En France, certaines marques de cosmétiques commencent à promouvoir la différence, que ce soit dans leurs images (e.g., femmes de toutes les corpulences et de toutes les couleurs de peau photographiées ensemble) ou dans les textes associés (e.g., « Toutes belles, toutes différentes »). De futures recherches seraient donc nécessaires pour vérifier si ce type de publicités a réellement un impact positif sur la stigmatisation envers les individus en surcharge pondérale.

Cette thèse a démontré que les français(e)s associaient surtout les personnes en surpoids à une mauvaise alimentation. De ce fait, pour diminuer la stigmatisation relative au poids existant en France, nous pourrions également envisager de supprimer ce stéréotype en le modifiant par une croyance plus positive à l'égard des personnes en surpoids. L'idée serait, par exemple, de mettre en place des communications pour le grand public présentant l'obésité comme une maladie, et les comportements alimentaires inadaptés supposés comme des symptômes de cette maladie. En effet, dans leur étude réalisée aux États-Unis, Latner, Puhl, Murakami et O'Brien (2004) ont noté que fournir une explication à l'obésité en terme d'addiction à la nourriture diminuait la stigmatisation envers les personnes en surpoids comparée à une explication non basée sur l'addiction. Ainsi, une cible en surpoids présentée comme étant dépendante à la nourriture était vue moins négativement et moins blâmée qu'une cible en surpoids présentée comme libre de ses propres décisions diététiques. En outre, elle était considérée comme moins responsable de son état de santé, ayant plus de contrôle sur son poids et ayant moins de problèmes psychopathologiques que la cible en surpoids non dépendante à la nourriture. Néanmoins, les cibles en surpoids décrites comme dépendantes à la nourriture étaient, quand même, jugées plus négativement que des cibles de poids moyens souffrant de cette même addiction.

Une autre solution consisterait à amener les personnes, *via* des affiches publicitaires par exemple, à croire que leurs comportements stigmatisants envers les personnes en surpoids sont déviants. L'idée serait ici de jouer sur leur perception de la norme. Plus précisément, le but serait de les inciter à penser que la norme en France est d'être bienveillant envers les personnes en surpoids, et non d'être stigmatisant. Ces hypothèses s'appuient sur les résultats obtenus par Puhl *et al.* (2005). Dans leur étude, à l'aide de différentes échelles, ces auteurs ont mesuré les attitudes d'étudiants américains envers les personnes en surpoids et obèses. Puis, une fois ces mesures effectuées, ils communiquaient à chaque participant un faux feedback sur les réponses des autres étudiants à ces échelles. Pour la moitié des participants, le feedback leur révélait qu'en général, les autres étudiants avaient des attitudes plus favorables

envers les personnes en surpoids que celles qu'ils avaient exprimées (condition consensus positif). Pour l'autre moitié, le feedback leur affirmait qu'en général, les autres étudiants rapportaient des attitudes envers les individus en surpoids plus négatives que celles qu'ils avaient reportées (consensus négatif). Après avoir reçu un des deux feedbacks, les participants étaient de nouveau invités à remplir les échelles mesurant leurs attitudes envers les personnes en surpoids et obèses. Les résultats obtenus montrèrent qu'en moyenne, beaucoup plus de traits négatifs que de traits positifs ont été attribués aux personnes en surpoids. Enfin, les données ont surtout révélé que les participants en condition consensus positif attribuaient significativement moins de traits négatifs aux personnes en surpoids qu'ils ne l'avaient fait avant de recevoir le feedback sur la position des autres étudiants et croyaient moins que l'obésité dépendait d'un manque de contrôle personnel, alors que pour les étudiants en condition consensus négatif, aucun changement d'attitudes n'était observé. Après avoir reçu leur feedback, ces derniers ne sont pas devenus plus positifs ou plus négatifs envers les personnes en surpoids. Notons que, dans une seconde étude, les auteurs ont montré que l'impact du feedback « consensus positif » était plus important lorsqu'il était délivré par une personne appartenant à l'endogroupe (e.g., un étudiant de la même université) plutôt que par une personne appartenant à l'exogroupe (e.g., un étudiant d'une autre université).

Dans la même lignée, les travaux menés sur l'hypocrisie induite (e.g., Fointiat et Grosbras, 2007 ; Martinie et Fointiat, 2010) ont permis de montrer que la production d'un discours pro-normatif à propos d'une thématique donnée (e.g., la sobriété au volant) suivie d'un rappel de transgressions passées dans ce domaine (e.g., prendre le volant après avoir arrosé la validation de son doctorat) modifiait les comportements de ces personnes de manière consistante avec le discours normatif qu'ils venaient de rédiger (e.g., inscription bénévole dans une association de prévention routière). Ainsi, des individus rendus expérimentalement hypocrites envers les personnes en surpoids (i.e., écrire un essai positif sur cette population et rappeler des moments où ils ont été stigmatisants envers elle) pourraient développer des attitudes et/ou adopter des comportements plus favorables vis-à-vis d'elles. Dans le champ des stéréotypes, Hing, Li et Zanna (2002) ont effectivement déjà démontré que l'induction d'hypocrisie réduisait les comportements discriminatoires de racistes aversifs (i.e., individus ayant de faibles préjugés explicites, mais de forts préjugés implicites) envers des personnes asiatiques.

Enfin, pour paraître moins stigmatisant à l'égard des personnes en surpoids, une première étape serait d'être (tout simplement) vigilant quant au vocabulaire que nous employons pour parler de cette population et de leur pathologie. En effet, comme nous

l'avions mentionné, Wadden et Didie (2003) ont noté que des personnes en surpoids préféreraient entendre des mots tels que « poids », « lourdeur » et « IMC » plutôt que « embonpoint », « obésité » et « excès de graisse ».

Agir sur la stigmatisation relative au poids semble essentiel. Cependant, les études tendent à montrer que, bien qu'il existe des moyens pour diminuer la stigmatisation envers un groupe social, celle-ci reste tenace. Macrae, Bodenhausen, Milne et Jetten (1994) avaient, par exemple, constaté que, suite à la visualisation de la photographie d'un skinhead, les descriptions d'une journée typique de ce skinhead étaient moins stéréotypées lorsque les participants avaient reçu en amont une consigne les invitant à supprimer les stéréotypes qui pouvaient leur venir à l'esprit, comparées à celles rédigées par des participants n'ayant pas reçu une telle consigne. En revanche, lorsque, sans instruction de suppression, une seconde photographie de skinhead était présentée à tous les participants, ceux qui avaient été placés en condition suppression des stéréotypes produisirent, cette fois-ci, des descriptions plus stéréotypées que celles réalisées pour le premier skinhead et surtout plus stéréotypées que celles des participants en condition contrôle. Les stéréotypes évités la première fois sont revenus en force la seconde fois !

De ce fait, en parallèle de ce travail de réduction de la stigmatisation relative au poids, il est nécessaire d'œuvrer à la diminution, voire la suppression du phénomène de menace du stéréotype lui-même. Si le bon sens voudrait que nous commençons par informer de l'existence d'un tel phénomène les personnes qui en sont victimes, pour qu'elles évitent de « tomber dans ses filets », en pratique, cette solution n'est pas si évidente. Effectivement, Tomasetto et Appoloni (2013) ont démontré que le simple fait de connaître le phénomène de menace du stéréotype n'est pas suffisant pour diminuer ses effets délétères sur les performances des individus, bien au contraire. En effet, ces auteurs ont observé que des femmes ayant été informées du phénomène de menace du stéréotype, et qui l'avaient compris, obtenaient de moins bonnes performances en mathématiques que des femmes informées n'ayant pas compris ce phénomène, ainsi que des hommes ayant compris ou non. De plus, elles avaient de moins bonnes évaluations de leurs performances comparées aux participant(e)s des autres conditions expérimentales. Néanmoins, cette étude n'ayant pas été réalisée auprès d'individus en surpoids, il serait intéressant de vérifier si le fait d'informer cette population du phénomène dont elles peuvent souffrir peut les protéger de ses conséquences négatives.

La connaissance du phénomène de menace du stéréotype ne permettant pas de diminuer, voire d'éliminer ses effets négatifs auprès des populations stigmatisées étudiées, plusieurs auteurs se sont attachés à découvrir des méthodes d'intervention efficaces. Ainsi, d'après les études menées auprès d'autres populations stigmatisées souffrant de ce phénomène (e.g., les femmes, les personnes de couleur noire, les homosexuel(le)s, etc.), deux solutions peuvent être mises en place pour atteindre un tel objectif. La première repose sur le fait de rendre le contexte stigmatisant moins menaçant aux yeux des personnes concernées par le stéréotype. La seconde consiste à rendre les personnes victimes de stigmatisation moins vulnérables au phénomène de menace du stéréotype.

Pour intervenir sur le contexte stigmatisant, plusieurs actions peuvent être envisagées. Parmi ces dernières, nous pouvons noter le fait de ne pas mettre l'accent sur l'identité sociale menacée. Stricker et Ward (2004) avaient effectivement observé que le fait de poser les questions d'ordre démographique (e.g., âge, sexe, ethnie, etc.) à l'issue, et non au début, d'un test de compétence en arithmétique, compréhension de texte, etc., épargnait des personnes de couleur noire et des femmes de souffrir du phénomène de menace du stéréotype. Bien qu'intéressante, cette solution paraît compliquée à transposer dans la vie quotidienne des personnes en surpoids. En effet, entre les remarques formulées par autrui, les diverses publicités, etc., il semble difficile de contrôler l'activation de leur catégorie de poids avant une prise alimentaire. De même, dans certains contextes tels que les consultations médicales, la saillance du poids paraît inévitable. En effet, les médecins généralistes, par exemple, ont souvent recours à la pesée, quelque soit le motif de consultation et la catégorie de poids du patient.

Ainsi, parmi les interventions réalisables dans un contexte de prise alimentaire, nous pouvons proposer le fait de recadrer la tâche à effectuer par les personnes. Quinn et Spencer (2001), par exemple, ont montré que des femmes, à qui ils présentaient un test de résolution de problèmes mathématiques comme autant réussi par les femmes que par les hommes, avaient des performances à ce test tout à fait équivalentes à celles des hommes. Alors que des femmes ne recevant pas une telle précision échouaient à ce test comparées aux hommes. Au regard de ces résultats, il serait pertinent de vérifier si le fait de présenter le suivi d'une alimentation saine et équilibrée comme atteignable à la fois par des personnes de poids moyen et des personnes en surpoids pourrait diminuer les effets délétères de la menace sur notre population d'étude. De même, si un phénomène de menace s'observe auprès des personnes en surpoids dans le domaine des activités sportives, une telle action pourrait être possible dans ce contexte. En effet, il serait aisé de présenter des activités physiques à des personnes en

surpoids comme étant autant réussies/adaptées par/pour des individus de poids moyen que des individus en excès de poids. A l'inverse, il serait également intéressant de chercher à tester l'impact d'une présentation, non plus en terme de « réussite équitable », mais en terme d'« échec équitable ». L'objectif serait d'étudier si le fait de présenter les habitudes alimentaires saines et les activités physiques régulières comme autant difficiles à atteindre pour des individus en surcharge pondérale que pour des individus normopondérés pourrait également avoir un impact positif sur le phénomène de menace.

Une autre des solutions proposées par les recherches antérieures pour supprimer les effets négatifs du phénomène de menace sur la prise alimentaire des personnes en excès de poids consisterait à indiquer les calories contenues dans les plats consommés. En effet, Brochu et Dovidio (2013, étude 2) ont observé, que lorsque le menu de restaurant proposé à leurs participants précisait les calories contenues dans chacun des plats et rappelait que la moyenne de calories quotidiennes dont un adulte a besoin s'élève à 2000 kcal, l'effet de menace du stéréotype disparaissait. Autrement dit, les personnes en surpoids en condition menace ayant ce menu ne commandaient pas des plats plus caloriques que des personnes en surpoids non menacées et des personnes de poids moyen menacées ou non. En revanche, lorsque le menu ne contenait pas de telles informations, les individus en surpoids menacés consommaient plus de calories que ceux des trois autres conditions.

En France, sauf dérogation, la déclaration nutritionnelle est obligatoire depuis le 13 décembre 2016 pour tous les produits alimentaires préemballés (Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes, 2017). Néanmoins, les restaurants ne sont pas, eux, tenus d'indiquer la valeur nutritionnelle contenue dans chacun des plats qu'ils proposent à leurs clients. Pour autant, bien que l'Autorité Européenne de Sécurité des Aliments (AESAs) ne l'impose pas, certaines chaînes de restauration rapide ont déjà commencé à donner des informations nutritionnelles sur l'emballage de leurs produits. Des études seraient donc nécessaires pour savoir si les français prennent vraiment le temps de lire ces informations et si celles-ci impactent réellement leurs choix/prises alimentaires, notamment pour les personnes en surpoids.

Cette solution d'étiquetage des calories, directement testée auprès des personnes en surpoids, constitue une vraie piste de réflexion pour lutter contre le phénomène de menace du stéréotype. Cependant, d'autres actions découvertes auprès d'autres groupes sociaux stigmatisés semblent être bénéfiques pour combattre ce phénomène et adaptées à la population des personnes en surpoids. La première consiste à fournir un modèle de réussite

aux membres du groupe stigmatisé. En effet, des auteurs ont, par exemple, observé que le fait de fournir un modèle féminin hautement compétent en mathématiques permettait de protéger des femmes de l'effet de menace lors d'un test de mathématiques, ainsi que d'améliorer leur évaluation d'elles-mêmes à ce test (e.g., McIntyre *et al.*, 2005; Marx et Roman, 2002). De même, des auteurs, tels que McIntyre, Paulson et Lord (2003), ont montré que rappeler des domaines dans lesquels les femmes ont du succès (i.e., portraits de femmes réussissant dans diverses professions : architecture, manufacture, médecine et justice) peut contrecarrer les effets néfastes de la menace du stéréotype sur leurs performances à un test de mathématiques. Ainsi, au regard de ces travaux, il semble essentiel de persévérer dans la création de campagnes publicitaires positives envers les personnes en surpoids. Plus précisément, il paraît important de fournir à la population française des modèles en surpoids ayant réussi dans leur vie, que cette réussite soit professionnelle, relationnelle, alimentaire, sportive ou autre.

Dans la même lignée, des travaux révèlent qu'une induction d'auto-affirmation permet de réduire les effets négatifs de la menace du stéréotype (cf. Martens *et al.*, 2006 pour une étude avec des femmes ; Cohen, Garcia, Apfel et Master, 2006 pour des études auprès de personnes de couleur noire). Dans chacune de ces études, pour induire l'auto-affirmation, les auteurs invitaient, dans un premier temps, les participants à classer 11 caractéristiques (e.g., sens de l'humour, créativité, attractivité physique, compétences sociales, relations amicales/familiales, etc.) de la plus importante pour eux à la moins importante. Puis, dans un second temps, ils leur demandaient d'écrire pourquoi la caractéristique qu'ils avaient placée en première position était particulièrement importante pour eux, et de décrire un moment dans leur vie où cela a été particulièrement le cas.

En dehors d'un contexte de laboratoire, cette méthode d'induction d'auto-affirmation semble délicate à mettre en place auprès d'individus en surcharge pondérale. Cependant, l'encouragement à l'affirmation de soi s'avérant être une technique particulièrement efficace et robuste (i.e., bénéfices observés auprès de diverses populations stéréotypées), il semble nécessaire de vérifier si une telle technique peut également profiter aux personnes en excès de poids. Effectivement, si de réels bénéfices sont démontrés en laboratoire, dans la vie de tous les jours, nous pourrions envisager de proposer aux personnes en surpoids de participer de manière régulière à des ateliers psychologiques de groupe visant à travailler l'affirmation de soi, voire même de suivre une thérapie dite d'acceptation et d'engagement (ACT, Acceptance and commitment therapy). En effet, l'un des objectifs de l'ACT étant de reconnecter les individus à ce qui leur importe dans la vie, lors des séances avec les patients un important travail est effectué autour de leurs valeurs (i.e., identification des valeurs et engagement dans

des actions cohérentes avec ces valeurs ; Deval, 2018) afin qu'ils puissent s'y tenir et davantage les affirmer dans leur quotidien.

Au travers de l'ACT et/ou des ateliers, le but serait d'apprendre aux personnes en surpoids à être plus affirmées dans leur vie quotidienne pour être *a fortiori* plus résistantes à la menace du stéréotype lorsqu'elles se retrouvent dans des contextes propices à l'apparition d'une tel phénomène. Ici, l'action ne serait plus d'intervenir sur le contexte menaçant, mais directement sur la personne pouvant être victime de menace du stéréotype. Comme nous l'avions annoncé, ceci constitue la seconde solution mise en évidence par les recherches antérieures pour faire face au phénomène de menace du stéréotype.

L'affirmation de soi n'est pas la seule technique permettant de rendre les personnes, ciblées par la menace, moins vulnérables à ses effets. Effectivement, quelques années auparavant, Aronson, Fried et Good (2002) avaient constaté que la façon dont les individus de couleur noire percevaient l'intelligence pouvait influencer sur l'effet de menace du stéréotype. Plus précisément, ils avaient observé que, bien que tous leurs participants afro-américains rapportaient plus de sensations de menace que leurs participants de type caucasien dans un contexte universitaire, la lecture d'un texte présentant l'intelligence comme incrémentielle permettait à des étudiants afro-américains d'avoir un engouement plus marqué à l'égard des programmes éducatifs, de rapporter plus de valeurs académiques et d'obtenir des meilleures notes que des étudiants afro-américains n'ayant pas eu une telle vision de l'intelligence. Pour les étudiants de type caucasien, la lecture du texte proposant la vision d'une intelligence malléable n'affectait que marginalement leurs notes, de manière positive, comparés à ceux n'ayant pas lu un tel texte.

Au regard de cette étude, nous pouvons supposer que le fait d'amener des personnes en surpoids à penser que le poids et/ou les habitudes alimentaires sont des caractéristiques malléables, non figées dans le temps, et donc pouvant s'améliorer, pourrait avoir un impact bénéfique sur leur prise alimentaire dans des contextes menaçants. La réalisation de futures recherches ayant pour objectif de vérifier un tel bénéfice paraît indispensable, d'autant plus que cette vision malléable semble conserver, à long terme, ses effets positifs sur le phénomène de menace du stéréotype. En effet, Aronson *et al.* (2002) avaient montré que les effets bénéfiques d'une vision malléable de l'intelligence perduraient auprès des étudiants afro-américains quelques semaines après la lecture du texte.

Enfin, s'il s'avère que les conséquences négatives du phénomène de menace du stéréotype sur la prise alimentaire des personnes en surpoids reposent bien sur un manque de

ressources cognitives disponibles, et donc sur l'utilisation de processus automatiques, plutôt que sur des processus dits réflexifs, nous pourrions envisager de travailler sur leurs attitudes et leurs affects automatiques/implicites envers la nourriture pour les rendre plus résistants à l'effet de menace du stéréotype. En effet, les travaux antérieurs ayant permis de montrer qu'en général, les personnes en surpoids sont implicitement orientées vers la nourriture, notamment calorique (e.g., Castellanos *et al.*, 2009), l'idée serait d'affaiblir leurs attitudes/affects implicites positifs envers les aliments caloriques pour qu'une fois placées en situation de menace, leurs processus automatiques ne les poussent pas à consommer davantage. Plus précisément, concernant les attitudes implicites, l'objectif de futures études serait d'examiner si, auprès de personnes en surcharge pondérale, l'effet d'un réentraînement des biais attentionnels vis-à-vis de la nourriture calorique peut favoriser leur résistance à un tel phénomène (Attention Bias Modification Treatment, ABMT ; MacLeod, Rutherford, Campbell, Ebsworthy, & Holker, 2002). A notre connaissance, aucune étude n'a consisté à vérifier si les techniques de réduction des biais attentionnels développées jusqu'à maintenant (i.e. le Stroop modifié et la tâche de détection des cibles, cf. Deleuze *et al.*, 2013 pour une explication détaillée) pouvaient diminuer les attitudes implicites de personnes en surpoids envers l'alimentation, et encore moins si ce changement (potentiel) d'attitudes implicites pouvait contrecarrer les effets délétères du phénomène de menace du stéréotype. Or, au vu des études en lien avec la consommation d'alcool, nous pouvons supposer que ce type d'intervention pourrait modifier les attitudes implicites des personnes en surpoids envers la nourriture, et *a fortiori*, leur éviter de confirmer le stéréotype les associant à une consommation conséquente dans des situations menaçantes. En effet, des études récentes ont permis de montrer que des personnes dépendantes à l'alcool qui avaient suivi des sessions de réentraînement des biais attentionnels envers l'alcool (entre 2 et 5 séances) étaient également celles qui détournaient le plus rapidement leur attention de stimuli relatifs à l'alcool et celles qui réduisaient le plus leur consommation d'alcool après l'intervention (Fadardi et Cox, 2009 ; Schoenmakers *et al.* 2010).

Pour modifier la valence des attitudes implicites d'une personne, les recherches en cognitions implicites utilisent un paradigme appelé « paradigme de conditionnement évaluatif ». Ce conditionnement évaluatif consiste à modifier la valence accordée à un stimulus en l'associant à un autre stimulus ayant une valeur contraire (Hofmann, De Houwer, Perugini, Baeyens, et Crombez, 2010, dans Cheval, 2014). Hollands, Prestwich, et Marteau (2011) ont déjà démontré l'efficacité de cette procédure pour réduire les attitudes implicites positives envers des aliments caloriques. Plus précisément, ils ont constaté que le fait

d'associer l'image d'un produit alimentaire calorique (i.e., chocolat, gâteau, biscuit, chips, etc.) à une image aversive (i.e., en lien avec l'obésité, les maladies artérielles et la chirurgie cardiaque) réduisait les attitudes implicites favorables à ce type de produits alimentaires et leur consommation. En effet, les personnes soumises à ces paires d'images étaient ensuite moins enclines à consommer des aliments type snack, et leur préféraient des fruits. L'idée serait donc de vérifier si ces effets se retrouvent également auprès d'une population de personnes en surpoids, puis, dans un second temps, de vérifier si cela pourrait les protéger de l'effet de menace du stéréotype, en les conduisant à ne pas surconsommer de confiseries dans un contexte menaçant.

(Non pas, les maux de la faim, mais les mots de la fin...)

A défaut de ne pouvoir promettre un avenir meilleur aux personnes en surpoids au sein de notre société française, grâce à ces divers travaux et réflexions, nous souhaitons inspirer la poursuite de recherches dans ce domaine pour, qu'un jour peut-être, une telle promesse soit envisageable. L'exploration de ces diverses pistes d'action paraît effectivement capitale tant la stigmatisation relative au poids, et le phénomène de menace du stéréotype qui en découle, ont des conséquences néfastes sur la vie des personnes en excès de poids. Or, certaines des interventions proposées (ou propositions à venir) pourraient aboutir à un mieux-être, à la fois psychologique et physique, des personnes en excès de poids.

Dans les années à venir, nous espérons également assister au développement de recherches visant la documentation des situations provoquant un phénomène de menace du stéréotype auprès des personnes en surpoids et l'appréhension des mécanismes sous-jacents à ce phénomène. En effet, une meilleure compréhension du mécanisme du phénomène de menace du stéréotype opérant auprès des personnes en surcharge pondérale permettrait l'apport de solutions plus adaptées à cette population.

Références



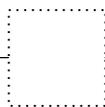
- Adam, T. C., & Epel, E. S. (2007). Stress, eating and the reward system. *Physiology and Behavior*, 91(4), 449–458. <http://doi.org/10.1016/j.physbeh.2007.04.011>
- Agerström, J., & Rooth, D.-O. (2011). The role of automatic obesity stereotypes in real hiring discrimination. *The Journal of Applied Psychology*, 96(4), 790–805. <http://doi.org/10.1037/a0021594>
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179–211. [http://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](http://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)
- Allison, D. B., Basile, V. C., & Yunker, H. E. (1991). The measurement of attitudes toward and beliefs about obese persons. *International Journal of Eating Disorders*, 10, 599-607. DOI : 10.1002/1098-108X(199109)10:5<599::AID-EAT2260100512>3.0.CO;2-#
- Allport, G. W., & Postman, L. (1947). An analysis of rumor. *The Public Opinion Quarterly*, 10(4), 501-517.
- Amadiou, J.-F. (2005). Discrimination à l'embauche – De l'envoi du CV à l'entretien – Observatoire des discriminations. Récupéré en janvier 2017 sur <http://www.prejuges-stereotypes.net/espaceDocumentaire/amadiouTesting2005.pdf>
- Amadiou, J.-F. (2005). L'obèse : « l'incroyable discriminé ». Récupéré en janvier 2017 sur http://cergor.univparis1.fr/docsatelecharger/l_ob%E8se,l_incroyablediscrimin%E9.pdf
- Andreoletti, C., & Lachman, M. E. (2004). Susceptibility and resilience to memory aging stereotypes : education matters more than age. *Experimental Aging Research*, 30(2), 129–148. <http://doi.org/10.1080/03610730490274167>
- Andreyeva, T., Puhl, R. M., & Brownell, K. D. (2008). Changes in perceived weight discrimination among Americans, 1995-1996 through 2004-2006. *Obesity*, 16(5), 1129–1134. <http://doi.org/10.1038/oby.2008.35>
- Armenta, B. E. (2010). Stereotype boost and stereotype threat effects : the moderating role of ethnic identification. *Cultural Diversity & Ethnic Minority Psychology*, 16(1), 94–98. <http://doi.org/10.1037/a0017564>
- Aronson, E. (1969). The theory of cognitive dissonance : A current perspective. *Advances in Experimental Social Psychology*, 4, 1–34. [http://doi.org/10.1016/S0065-2601\(08\)60075-1](http://doi.org/10.1016/S0065-2601(08)60075-1)
- Aronson, J., Fried, C. B., & Good, C. (2002). Reducing the effects of stereotype threat on African American college students by shaping theories of intelligence. *Journal of Experimental Social Psychology*, 38(2), 113–125. <http://doi.org/10.1006/jesp.2001.1491>
- Asch, E.S. (1946). Forming Impressions of Personality. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 41, 258-290. <http://dx.doi.org/10.1037/h0055756>

B

Ashmore, J. A., Friedman, K. E., Reichmann, S. K., & Musante, G. J. (2008). Weight-based stigmatization, psychological distress, & binge eating behavior among obese treatment-seeking adults. *Eating Behaviors*, 9(2), 203–209. <http://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2007.09.006>

Aubie, C. D., & Jarry, J. L. (2009). Weight related teasing increases eating in binge eaters. *Journal of Social & Clinical Psychology*, 28 (7), 909-936. <https://doi.org/10.1521/jscp.2009.28.7.909>

Azarbad, L., & Gonder-Frederick, L. (2010). Obesity in women. *Psychiatric Clinics of North America*, 33, 423–440. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2010.01.003>



Bacon, J. G., Scheltema, K. E., & Robinson, B. E. (2001). Fat phobia scale revisited : the short form. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders : Journal of the International Association for the Study of Obesity*, 25(2), 252–257. <http://doi.org/10.1038/sj.ijo.0801537>

Bagby, R. M., Taylor, G. J., & Parker, J. D. A. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia scale-II. Convergent, discriminant, and concurrent validity. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 33–40. [http://doi.org/10.1016/0022-3999\(94\)90006-X](http://doi.org/10.1016/0022-3999(94)90006-X)

Bannon, K. L., Hunter-Reel, D., Wilson, G. T., & Karlin, R. A. (2009). The effects of causal beliefs and binge eating on the stigmatization of obesity. *International Journal of Eating Disorders*, 42(2), 118–124. <http://doi.org/10.1002/eat.20588>

Barthomeuf, L., Guimond, S., Rousset, S., & Droit-Volet, S. (n.d.). Anti-Fat Bias In France : Weight As A Basis For Social Categorization, 1–24.

Bauer, K. W., Yang, Y. W., & Austin, S. B. (2004). ‘How can we stay healthy when you’re throwing all of this in front of us ? : Findings from focus groups and interviews in middle schools on environmental influences on nutrition and physical activity. *Health Education and Behavior*, 31, 34–46. <https://doi.org/10.1177/1090198103255372>

Bayer, R. (2008). Stigma and the ethics of public health : Not can we but should we. *Social Science & Medicine*, 67, 463–472. DOI : 10.1016/j.socscimed.2008.03.017

Beck, A. T. (1978). *Depression Inventory*. Philadelphia : Center for Cognitive Therapy.

Beilock, S. L., Jellison, W. A., Rydell, R. J., McConnell, A. R., & Carr, T. H. (2006). On the causal mechanisms of stereotype threat : Can skills that don’t rely heavily on working memory still be threatened ? *Personality and Social Psychology Bulletin*, 32(8), 1059–1071. <http://doi.org/10.1177/0146167206288489>

- Bem, S. L. (1974). The measurement of psychological androgyny. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42(2), 155-162. [http://doi.org/10.1002/10974679\(197710\)33:4<1009::AIDJCLP2270330417>3.0.CO;2-5](http://doi.org/10.1002/10974679(197710)33:4<1009::AIDJCLP2270330417>3.0.CO;2-5)
- Berthoz, S. (2011). L'alexithymie ou le silence des émotions. *L'essentiel Cerveau & Psycho*, 6, 56-60.
- Bhatti, J. A., Nathens, A. B., Thiruchelvam, D., Grantcharov, T., Goldstein, B. I., & Redelmeier, D. A. (2016). Self-harm Emergencies After Bariatric Surgery. *JAMA Surgery*, 151(3), 226. <http://doi.org/10.1001/jamasurg.2015.3414>
- Blascovich, J., Spencer, S. J., Quinn, D., & Steele, C. (2001). African Americans and high blood pressure : The role of stereotype threat. *Psychological Science*, 12(3), 225–229. <https://doi.org/10.1111/1467-9280.00340>
- Boon, B., Stroebe, W., Schut, H., & Ijntema, R. (2002). Ironic processes in the eating behaviour of restrained eaters. *British Journal of Health Psychology*, 7(1), 1–10. <http://doi.org/10.1348/135910702169303>
- Bosson, J. K., Haymovitz, E. L., & Pinel, E. C. (2004). When saying and doing diverge : The effects of stereotype threat on self-reported versus non-verbal anxiety. *Journal of Experimental Social Psychology*, 40(2), 247–255. [http://doi.org/10.1016/S0022-1031\(03\)00099-4](http://doi.org/10.1016/S0022-1031(03)00099-4)
- Bourguignon, D., & Herman, G. (2007). Au cœur des groupes de bas statut : la stigmatisation. In G. Herman (Ed.), *Travail, chômage et stigmatisation : Une analyse psychosociale* (pp. 99-144). De Boeck Supérieur. DOI : 10.3917/dbu.herma.2007.01.
- Bourque, P., & Beaudette, D. (1982). Etude psychométrique du questionnaire de dépression de Beck auprès d'un échantillon d'étudiants universitaires francophones. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue Canadienne Des Sciences Du Comportement*, 14(3), 211–218. <http://doi.org/10.1037/h0081254>
- Brehm, J. W. (1966). *A theory of psychological reactance*. Oxford, England : Academic Press.
- Brelet, L., Ginet, M., Colomb, C., Jund, R., & Désert, M. (2018). Memory for Cars Among a Female Population : Is the Cognitive Interview Beneficial in Reducing Stereotype Threat? *Journal of Police and Criminal Psychology*, 1–12. <http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1007/s11896-018-9261-5>
- Brewis, A., (2011). *Obesity : Cultural and Biocultural Perspectives*. Rutgers University Press, New Brunswick, N.J.
- Brewis, A. A. (2014). Stigma and the perpetuation of obesity. *Social Science and Medicine*, 118, 152-158. <http://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.08.003>

Brochu, P. M., & Dovidio, J. F. (2013). Would You Like Fries (380 Calories) With That ? Menu Labeling Mitigates the Impact of Weight-Based Stereotype Threat on Food Choice. *Social Psychological and Personality Science*, 0(0), 414–421. <http://doi.org/10.1177/1948550613499941>

Brochu, P. M., & Esses, V. M. (2011). What's in a Name ? The Effects of the Labels "Fat" Versus "Overweight" on Weight Bias. *Journal of Applied Social Psychology*, 41(8), 1981–2008. <http://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2011.00786.x>

Brown, R. P., & Pinel, E. C. (2003). Stigma on my mind : Individual differences in the experience of stereotype threat. *Journal of Experimental Social Psychology*, 39(6), 626–633. [http://doi.org/10.1016/S0022-1031\(03\)00039-8](http://doi.org/10.1016/S0022-1031(03)00039-8)



Cadinu, M., Maass, A., Lombardo, M., & Frigerio, S. (2006). Stereotype threat : the moderating role of locus of control beliefs. *European Journal of Social Psychology*, 36 (December 2004), 183–197. <http://doi.org/10.1002/ejsp.303>

Carels, R. A., Hinman, N. G., Burmeister, J. M., Hoffmann, D. A., & Koball, A. M. (2013). Stereotypical images and implicit weight bias in overweight/obese people, *Eat Weight Disord*, 18(4), 1–7. <http://doi.org/10.1007/s40519-013-0072-5.Stereotypical>

Castellanos, E. H., Charboneau, E., Dietrich, M. S., Park, S., Bradley, B. P., Mogg, K., & Cowan, R. L. (2009). Obese adults have visual attention bias for food cue images : Evidence for altered reward system function. *International Journal of Obesity*, 33(9), 1063–1073. <http://doi.org/10.1038/ijo.2009.138>

Chambliss, H. O., Finley, C. E., & Blair, S. N. (2004). Attitudes toward Obese Individuals among Exercise Science Students. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 36(3), 468–474. <http://doi.org/10.1249/01.MSS.0000117115.94062.E4>

Chang, V. W., & Christakis, N. A. (2003). Self-perception of weight appropriateness in the United States. *American Journal of Preventive Medicine*, 24(4), 332–339. [http://doi.org/10.1016/S0749-3797\(03\)00020-5](http://doi.org/10.1016/S0749-3797(03)00020-5)

Chaput, J., Ferraro, Z. M., Prud'homme, D., & Sharma, A. M. (2014). Mythes largement répandus à propos de l'obésité. *Canadian Family Physician*, 60, 981–984.

Chatard, A., Guimond, S., & Selimbegovic, L. (2007). "How good are you in math ?" The effect of gender stereotypes on students' recollection of their school marks. *Journal of Experimental Social Psychology*, 43(6), 1017–1024. <http://doi.org/10.1016/j.jesp.2006.10.024>

Cheval, B. (2014). Déterminants réfléchis et impulsifs des comportements d'activité physique : l'apport des modèles duaux. Thèse soutenue au Laboratoire Sport et Environnement Social de Grenoble.

Cohen, G. L., Garcia, J., Apfel, N., & Master, A. (2006). Reducing the Racial Achievement Gap: A Social-Psychological Intervention. *Science*, 313, 1307–1310. <http://doi.org/10.1126/science.1128317>

Cole, B., Matheson, K., & Anisman, H. (2007). The Moderating Role of Ethnic Identity and Social Support on Relations Between Well-Being and Academic Performance. *Journal of Applied Social Psychology*, 37(3), 592–615. <http://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2007.00176.x>

Conradt, M., Dierk, J.-M., Schlumberger, P., Rauh, E., Hebebrand, J., & Rief, W. (2007). Development of the Weight- and Body-Related Shame and Guilt scale (WEB-SG) in a nonclinical sample of obese individuals. *Journal of Personality Assessment*, 88(3), 317–327. DOI : 10.1080/00223890701331856.

Corcoran, K., Hundhammer, T., & Mussweiler, T. (2009). A tool for thought ! When comparative thinking reduces stereotyping effects. *Journal of Experimental Social Psychology*, 45(4), 1008–1011. <http://doi.org/10.1016/j.jesp.2009.04.015>

Cosley, B., McCoy, S., Ehle, M., Saslow, L., & Epel, E. (2007). *Does stress make you fat ? 'Good' stress, 'bad' stress and comfort food eating*. Society for Personality and Social Psychology. Memphis, TN.

Cottrell, C. A., & Neuberg, S. L. (2005). Different emotional reactions to different groups : a sociofunctional threat-based approach to “prejudice”. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88(5), 770–89. <http://doi.org/10.1037/0022-3514.88.5.770>

Cramer, P., & Steinwert, T. (1998). Thin is good, fat is bad : How early does it begin ? *Journal of Applied Developmental Psychology*, 19, 429–451. [https://doi.org/10.1016/S0193-3973\(99\)80049-5](https://doi.org/10.1016/S0193-3973(99)80049-5)

Crandall, C. S. (1994). Prejudice against fat people: ideology and self-interest. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66(5), 882–894. <http://doi.org/10.1037/0022-3514.66.5.882>

Crocker, J., Cornwell, B., & Major, B. (1993). The stigma of overweight : Affective consequences of attributional ambiguity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 60-70.

Croizet, J.-C., & Claire, T. (1998). Extending the concept of stereotype threat to social class : The intellectual underperformance of students from low socioeconomic backgrounds, *Personality and Social Psychology Bulletin*, 24, 588-594. <https://doi.org/10.1177/0146167298246003>

Croizet, J.-C., Desert, M., Dutrevis, M., & Leyens, J.-P. (2001). Stereotype threat, social class, gender, and academic under-achievement : when our reputation catches up to us and takes over. *Social Psychology of Education*, 4(3–4), 295–310. <http://doi.org/10.1023/A:1011336821053>

D

Croizet, J.-C., Després, G., Gauzins, M.-E., Huguet, P., Leyens, J.-P., & Méot, A. (2004). Stereotype Threat Undermines Intellectual Performance by Triggering a Disruptive Mental Load. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 30(6), 721–731. <http://doi.org/10.1177/0146167204263961>

Crowne, D. P., & Marlowe, D. (1960). A new scale of social desirability independent of psychopathology. *Journal of Consulting Psychology*, 24(4), 349-354.

Cuddy, A.J., Norton, M.I., & Fiske, S. (2005). This Old Stereotype : The Perveasiveness and Persistence of the Elderly Stereotype. *Journal of Social Issues*, 61(2), 267–285. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.2005.00405.x>



Daneman, D., & Hamilton, J. (2010). *Causes et conséquences de l'obésité infantile*. Récupéré le 26 janvier 2018, <http://www.aboutkidshealth.ca/Fr/News/Columns/PaediatriciansCorner/Pages/Causes-and-consequences-of-childhood-obesity.aspx>

Davis, C., Aronson, J., & Salinas, M. (2006). Shades of Threat : Racial Identity as a Moderator of Stereotype Threat. *Journal of Black Psychology*, 32(4), 399–417. <http://doi.org/10.1177/0095798406292464>

DeBoer, M. D. (2013). Obesity, systemic inflammation, and increased risk for cardiovascular disease and diabetes among adolescents : A need for screening tools to target interventions. *Nutrition*, 29(2), 379–386. <http://doi.org/10.1016/j.nut.2012.07.003>

DeJong, W. (1993). Obesity as a characterological stigma : The issue of responsibility and judgments of task performance. *Psychological Reports*, 73(3), 963-970. DOI: [10.2466/pr0.1993.73.3.963](http://doi.org/10.2466/pr0.1993.73.3.963)

De Lemus, S., Moya, M., Lupiáñez, J., & Bukowski, M. (2014). Men in the Office, Women in the Kitchen ? Contextual Dependency of Gender Stereotype Activation in Spanish Women. *Sex Roles*, 70(11), 468–478. <http://doi.org/10.1007/s11199-013-0328-6>

Deleuze, M. J., Heeren, A., Billieux, J., Timary, P. P. De, Philippot, P. P., & Maurage, P. P. (2013). Implication des biais d'attention sélective dans l'alcoololo-dépendance Une revue conceptuelle et empirique, 35(4), 127–135.

Delgado, A. R., & Prieto, G. (2008). Stereotype threat as validity threat : The anxiety-sex-threat interaction. *Intelligence*, 36(6), 635–640. <http://doi.org/10.1016/j.intell.2008.01.008>

De Saint Pol, T. (2009). Surpoids, normes et jugements en matière de poids : comparaisons européennes. *Population & Sociétés*, 455, 1-4. Récupéré depuis http://www.ined.fr/fichier/t_publication/1456/publi_pdf1_pes455.pdf

Désert, M., Croizet, J. C., & Leyens, J. P. (2002). La menace du stéréotype : Une interaction entre situation et identité. *Année Psychologique*, 102(3), 555–576. <http://doi.org/10.3406/psy.2002.29606>

Désert, M., Préaux, M., & Jund, R. (2009). So young and already victims of stereotype threat : Socio-economic status and performance of 6 to 9 years old children on Raven's progressive matrices. *European Journal of Psychology of Education*, 24(2), 207–218. <https://doi.org/10.1007/BF03173012>

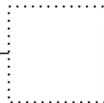
Deutsch, M., & Gerard, H. B. (1955). A study of normative and informational social influences upon individual judgment. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 51(3), 629–636. <http://doi.org/10.1037/h0046408>

Deval, C. (2018). *Découvrir la thérapie ACT*. France, Paris : InterEditions.

Deydier, G. (2017). *On ne naît pas grosse*. Paris, France : Goutte d'or.

Dickerson, S. S., Gruenewald, T. L., & Kemeny, M. E. (2004). When the social self is threatened. Shame, physiology, and health. *Journal of Personality*, 72(6), 1191–1216. DOI : 10.1111/j.1467-6494.2004.00295.x.

Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (2017). Déclaration nutritionnelle sur les denrées alimentaires : information du consommateur. Récupéré en mars 2018 sur <https://www.economie.gouv.fr/dgccrf/Publications/Vie-pratique/Fiches-pratiques/declaration-nutritionnelle-sur-denrees-alimentaires>



Eagly, A. H., & Steffen, V. J. (1984). Gender stereotypes stem from the distribution of men and women into social roles. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 735–754., 46(4), 735–754. <http://doi.org/10.1037//0022-3514.46.4.735>

Epel, E., Jimenez, S., Brownell, K., Stroud, L., Stoney, C., & Niaura, R. (2004). Are stress eaters at risk for the metabolic syndrome ? *Ann N Y Acad Sci*, 1032, 208–210. <https://doi.org/10.1196/annals.1314.022>

Eschwege, E., Charles, M.-A., Basdevant, A., Moisan, C., Bonnelye, G., Touboul, C., Goulhamous, N., & Crine, A. (2012). Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité. *Obépi*, 6, 1-59. Disponible sur http://www. Roche.fr/content/dam/Roche_france/fr_FR/doc/obepi_2012.pdf



Fadardi, J. S., & Cox, W. M. (2009). Reversing the sequence : Reducing alcohol consumption by overcoming alcohol attentional bias. *Drug and Alcohol Dependence*, 101(3), 137–145. <http://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2008.11.015>

Félonneau, M., & Becker, M. (2011). « Femmes au volant, danger au tournant » Les conductrices sont-elles victimes d'une menace de stéréotype? *PTO*, 17, 314–329. [https://doi.org/10.1016/S1420-2530\(16\)30105-4](https://doi.org/10.1016/S1420-2530(16)30105-4)

Field, A. (2013). *Discovering Statistics using IBM SPSS Statistics*. (4th Edition). Los Angeles, London, New Delhi, Singapore, Washington DC : SAGE.

Fiske, S. T., Cuddy, A. J. C., Glick, P., & Xu, J. (2002). A model of (often mixed) stereotype content : Competence and warmth respectively follow from perceived status and competition. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(6), 878–902. <http://doi.org/10.1037/0022-3514.82.6.878>

Fointiat, V., & Grosbras, J. M. (2007). « Dire une chose et en faire une autre » : de la déclaration de liberté dans le paradigme de l'hypocrisie induite. *Psychologie Française*, 52(4), 445–458. <http://doi.org/10.1016/j.psfr.2006.12.005>

Ford, T. E., Ferguson, M. a, Brooks, J. L., & Hagadone, K. M. (2004). Coping sense of humor reduces effects of stereotype threat on women's math performance. *Personality & Social Psychology Bulletin*, 30(5), 643–53. <http://doi.org/10.1177/0146167203262851>

Foster, G., Wadden, T., Makris, A., Davidson, D., Sanderson, R., Allison, D., & Kessler, A. (2003). Primary Care Physicians' Attitudes about Obesity and Its Treatment. *Obesity Research*, 11(10), 1168–1177. [10.1038/oby.2003.161](http://doi.org/10.1038/oby.2003.161)

Frantz, C. M., Cuddy, A. J. C., Burnett, M., Ray, H., & Hart, A. (2004). A Threat in the Computer : The Race Implicit Association Test as a Stereotype Threat Experience. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 30(12), 1611–1624. <http://doi.org/10.1177/0146167204266650>

Fredrickson, B. L., & Roberts, T. A. (1997). Objectification theory. *Psychology of Women Quarterly*, 21(2), 173–206. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.1997.tb00108.x>

Fredrickson, B. L., Roberts, T. A., Noll, S. M., Quinn, D. M., & Twenge, J. M. (1998). That swimsuit becomes you. Sex differences in self-objectification, restrained eating, and math performance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75(1), 269–284. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9686464>.

Friedman, J. M. (2000). Obesity in the new millennium. *Nature*, 404, 632-634. DOI :10.1038/35007504

Friedman, K. E., Ashmore, J. A., & Applegate, K. L. (2008). Recent experiences of weight-based stigmatization in a weight loss surgery population : Psychological and behavioral correlates. *Obesity (Silver Spring, Md.)*, *16 Suppl 2*(November), 69–74. <http://doi.org/10.1038/oby.2008.457>

Friese, M., & Hofmann, W. (2009). Control me or I will control you : Impulses, trait self-control, and the guidance of behavior. *Journal of Research in Personality*, *43*(5), 795–805. <http://doi.org/10.1016/j.jrp.2009.07.004>

Friese, M., Hofmann, W., & Wänke, M. (2008). When impulses take over : Moderated predictive validity of explicit and implicit attitude measures in predicting food choice and consumption behaviour. *British Journal of Social Psychology*, *47*(3), 397–419. <http://doi.org/10.1348/014466607X241540>



Gaonac'h, D. & fradet, A. (2003). La mémoire de travail : développement et implication dans les activités cognitives. Dans M. Kail & M. Fayol (Ed.), *Les sciences cognitives et l'école* (pp. 91-152). France : Puf.

Gilboa-Schechtman, E., Erhard-Weiss, D., & Jeczemien, P. (2002). Interpersonal deficits meet cognitive biases : Memory for facial expressions in depressed and anxious men and women. *Psychiatry Research*, *113*(3), 279–293. [http://doi.org/10.1016/S0165-1781\(02\)00266-4](http://doi.org/10.1016/S0165-1781(02)00266-4)

Goff, P. A., Steele, C. M., & Davies, P. G. (2008). The space between us: stereotype threat and distance in interracial contexts. *Journal of Personality and Social Psychology*, *94*(1), 91–107. <http://doi.org/10.1037/0022-3514.94.1.91>

Goffman, E. (1963). Stigma : Notes on the Management of Spoiled Identity. *American Sociological Review*, *29*(5), 770. <http://doi.org/10.2307/2091442>

Good, C., Rattan, A., & Dweck, C. S. (2012). Why do women opt out ? Sense of belonging and women's representation in mathematics. *Journal of Personality and Social Psychology*, *102*(4), 700–17. <http://doi.org/10.1037/a0026659>

Greenleaf, C., Petrie, T. A., & Martin, S. B. (2017). Explorating weight-related teasing and depression among overweight and obese adolescents. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, *67*(3), 147–153. <http://doi.org/10.1016/j.erap.2017.01.004>

Greeno, C. G., & Wing, R. R. (1994). Stress-induced eating. *Psychol Bull*, *115*, 444–464.

Guillermin-Spahr, M.-L., & Golay, A. (2006). *Les ingrédients de la perte de poids*. [En ligne]. Consulté le 20 mai 2014 à <http://titan.medhyg.ch/mh/formation/article.php3?sid=31200>

H

Guimond, S. (2010). *Psychologie sociale perspective multiculturelle*. Wavre, Belgique : Mardaga.

Gupta, V. K., & Bhawe, N. M. (2007). The Influence of Proactive Personality and Stereotype Threat on Women's Entrepreneurial Intentions. *Journal of Leadership & Organizational Studies*, 13(4), 73–85. <http://doi.org/10.1177/10717919070130040901>

Guy-Grand, B. (2003). Prise de poids et stress. *Cah Nutr Diet*, 38, 297–300.



Haines, J., Neumark-Sztainer, D., Eisenberg, M. E., & Hannan, P. J. (2006). Weight Teasing and Disordered Eating Behaviors in Adolescents : Longitudinal Findings From Project EAT (Eating Among Teens). *Pediatrics*, 117(2), 209–215. <http://doi.org/10.1542/peds.2005-1242>

Halimi, S. (2013). Le rapport de la Cnamts sur la chirurgie bariatrique en France. *Médecine des maladies Métaboliques*, 7(4), 7–4. [DOI: 10.1016/S1957-2557\(13\)70605-9](https://doi.org/10.1016/S1957-2557(13)70605-9)

Hatzenbuehler, M. L., Keyes, K.M., & Hasin, D. S. (2009). Associations between perceived weight discrimination and the prevalence of psychiatric disorders in the general population. *Obesity*, 17, 2033–2039. DOI : 10.1038/oby.2009.131

Haute Autorité de la Santé (2009). Chirurgie de l'obésité ce qu'il faut savoir avant de se décider ! Récupéré en janvier 2017 sur <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/surpoids-adulte/traitement-medicamenteux-chirurgical>

Hazanov, O., Kaiser, S., & With, S. (2009). Stress et coping : un état des lieux. Dans D., Sander & K. R., Scherer (Ed.), *Traité de psychologie des émotions* (pp 291-313). Paris : Dunod.

Hebert, J.R., Ma, Y., Clemow, L., Ockene, I.S., Saperia, G., Stanek, E.J., & al. (1997). Gender differences in social desirability and social approval bias in dietary self-report. *American Journal of Epidemiology*, 146(12), 1046-55. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a009233>

Hebl, M. R., & Heatherton, T. F. (1998). The stigma of obesity in women : The difference is Black and White. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 24(4), 417–426. <http://doi.org/10.1177/0146167298244008>

Herbozo, S., Tantleff-Dunn, S., Gokee LaRose, J., & Thompson, J. K. (2004). Beauty and Thinness Messages in Children's Media : A Content Analysis. *Eating Disorders*, 12, 21–34. <http://doi.org/10.1080/10640260490267742>

- Herman, G., Bourguignon, D., Stinglhamber, F., & Jourdan, D. (2007). Résister au chômage : rôle du soutien social et de l'identification. In G. Herman (Ed.), *Travail, chômage et stigmatisation : Une analyse psychosociale* (pp. 215-262). De Boeck Supérieur. DOI : 10.3917/dbu.herma.2007.01.
- Hess, T. M., Auman, C., Colcombe, S. J., & Rahhal, T. A. (2003). The impact of stereotype threat on age differences in memory performance. *Journals of Gerontology - Series B Psychological Sciences and Social Sciences*, 58(1), 3-P11. <http://doi.org/10.1093/geronb/58.1.P3>
- Heuer, C. A., McClure, K. J., & Puhl, R. M. (2011). Obesity stigma in online news : a visual content analysis. *J Health Commun*, 16(9), 976–987. <http://doi.org/10.1080/10810730.2011.561915>
- Himes, S. M., & Thompson, J. K. (2007). Fat stigmatization in television shows and movies : a content analysis. *Obesity (Silver Spring, Md.)*, 15(3), 712–718. <http://doi.org/10.1038/oby.2007.635>
- Hing, L. S. S., Li, W., & Zanna, M. P. (2002). Inducing Hypocrisy to Reduce Prejudicial Responses among Aversive Racists, 78, 71–78. <http://doi.org/10.1006/jesp.2001.1484>
- Hively, K., & El-Alayli, A. (2014). You throw like a girl : The effect of stereotype threat on women's athletic performance and gender stereotypes. *Psychology of Sport and Exercise*, 15(1), 48–55. <http://doi.org/10.1016/j.psychsport.2013.09.001>
- Hofmann, W., De Houwer, J., Perugini, M., Baeyens, F., & Crombez, G. (2010). Evaluative conditioning in humans : A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 136, 390–421. DOI :10.1037/a0018916
- Hollands, G. J., Prestwich, A., & Marteau, T. M. (2011). Using Aversive Images to Enhance Healthy Food Choices and Implicit Attitudes : An Experimental Test of Evaluative Conditioning. *Health Psychology*, 30(2), 195–203. <http://doi.org/10.1037/a0022261>
- Hollingshead A. B., & Fraidin, S. (2003) Gender stereotypes and assumptions about expertise in transactive memory. *J Exp Soc Psychol* 39(4): 355–363. [https://doi.org/10.1016/S0022-1031\(02\)00549-8](https://doi.org/10.1016/S0022-1031(02)00549-8)
- Horsburgh-McLeod, G., Latner, J. D., & O'Brien, K. S. (2009). Unprompted generation of obesity stereotypes. *Brief Report*, 14(September), 153–157. <https://doi.org/10.1007/BF03327815>
- Huguet, P., & Régner, I. (2007). Stereotype threat among schoolgirls in quasi-ordinary classroom circumstances. *Journal of Educational Psychology*, 99(3), 545–560. <http://doi.org/10.1037/0022-0663.99.3.545>
- Hunger, J. M., Major, B., Blodorn, A., & Miller, C. T. (2015). Weighed down by stigma : How weight-based social identity threat contributes to weight gain and poor health. *Social and Personality Psychology Compass*, 9(6), 255–268. <http://doi.org/10.1111/spc3.12172>



Institut Française du Textile et de l'Habillement (2006). Rapport de presse : Résultats de la campagne nationale de mensuration. Récupéré en janvier 2017 sur http://data.over-blog-kiwi.com/0/56/96/13/201311/ob_ea60d5_ifth-dossierdepresse-mensurations-adultes.pdf

Inzlicht, M., & Kang, S. K. (2010). Stereotype threat spillover : how coping with threats to social identity affects aggression, eating, decision making, and attention. *Journal of Personality and Social Psychology*, 99(3), 467–81. <http://doi.org/10.1037/a0018951>

Inzlicht, M., McKay, L., & Aronson, J. (2006). Stigma as Ego Depletion How Being the Target of Prejudice Affects Self-Control. *Psychological Science*, 17(3), 262–269. <http://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2006.01695.x>



Joanisse, M., Gagnon, S., & Voloaca, M. (2012). Overly cautious and dangerous : An empirical evidence of the older driver stereotypes. *Accident Analysis and Prevention*, 45, 802–810. <http://doi.org/10.1016/j.aap.2011.11.002>

Johns, M., Inzlicht, M., & Schmader, T. (2008). Stereotype threat and executive resource depletion : examining the influence of emotion regulation. *Proceedings of the SIGCHI Conference on Human Factors in Computing Systems*, 137(4), 691–705. <http://doi.org/10.1037/a0013834.Stereotype>

Johnston, D. W., Johnston, M., Pollard, B., Kinmonth, A. L., & Mant, D. (2004). Motivation is not enough : Prediction of risk behavior following diagnosis of coronary heart disease from the theory of planned behavior. *Health Psychology*, 23(5), 533–538.

Josephs, R. A., Newman, M. L., Brown, R. P., & Beer, J. M. (2003). Status, testosterone, and human intellectual performance : Stereotype Threat as Status Concern. *Psychological Science*, 14(2), 158–163. <http://doi.org/10.1111/1467-9280.t01-1-01435>

Juonala, M., Magnussen, C. G., Berenson, G. S., Venn, A., Burns, T. L., Sabin, M. A., et al. (2011) Childhood adiposity, adult adiposity, and cardiovascular risk factors. *N Engl J Med*, 365, 1876–85. DOI : 10.1056/NEJMoa1010112.



Keith, S. W., Redden, D. T., Katzmarzyk, P. T., Boggiano, M. M., Hanlon, E. C., Benca, R. M. *et al.* (2006). Putative contributors to the secular increase in obesity : exploring the roads less traveled. *Int J Obes*, 30(11), 1585-1594. DOI : 10.1038/sj.ijo.0803326

Keller, J. (2007). Stereotype threat in classroom settings : The interactive effect of domain identification, task difficulty and stereotype threat on female students' maths performance. *British Journal of Educational Psychology*, 77(2), 323–338. <http://doi.org/10.1348/000709906X113662>

Kemeny, M. E., Gruenewald, T. L., & Dickerson, S. S. (2004). Shame as the emotional response to threat to the social self. *Implications for behavior, physiology, and health. Psychological Inquiry*, 15(2), 153–160. Retrieved from <http://www.jstor.org/stable/20447221>

Kenyon, D. B., Fulkerson, J. A., & Kaur, H. (2009). Food hiding and weight control behaviors among ethnically diverse, overweight adolescents. Associations with parental food restriction, food monitoring, and dissatisfaction with adolescent body shape. *Appetite*, 52(2), 266–272. <http://doi.org/10.1016/j.appet.2008.10.004>

Klein, O., Pohl, S., & Ndagijimana, C. (2007). The influence of intergroup comparisons on Africans' intelligence test performance in a job selection context. *The Journal of Psychology*, 141(5), 453–467. <http://doi.org/10.3200/JRLP.141.5.453-468>

Koball, A. M. (2009). Localized coping responses as mediators in the relationship between perceived weight stigma and depression. Thesis submitted to the Graduate College of Bowling Green.

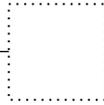
Koch, S. C., Müller, S. M., & Sieverding, M. (2008). Women and computers. Effects of stereotype threat on attribution of failure. *Computers and Education*, 51(4), 1795–1803. <http://doi.org/10.1016/j.compedu.2008.05.007>

Kolotkin, R. L., Meter, K., & Williams, G. R. (2001). Quality of life and obesity. *Obes Rev*, 2, 19-29. <https://doi.org/10.1046/j.1467-789X.2001.00040.x>

Kray, L. J., Galinsky, A. D., & Thompson, L. (2002). Reversing the Gender Gap in Negotiations : An Exploration of Stereotype Regeneration. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 87(2), 386–410. <http://doi.org/10.1006/obhd.2001.2979>

Kray, L. J., Reb, J., Galinsky, A. D., & Thompson, L. (2004). Stereotype Reactance at the Bargaining Table : The Effect of Stereotype Activation and Power on Claiming and Creating Value. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 30(4), 399–411. <http://doi.org/10.1177/0146167203261884>

Krendl, A. C., Richeson, J. A., Kelley, W. M., & Heatherton, T. F. (2008). The negative consequences of threat. *Psychological Science*, 19(2), 168–175. <http://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2008.02063.x>



Lambert, A. E., Watson, J. M., Stefanucci, J. K., Ward, N., Bakdash, J. Z., & Strayer, D. L. (2016). Stereotype Threat Impairs Older Adult Driving. *Applied Cognitive Psychology*, 30(1), 22–28. <http://doi.org/10.1002/acp.3162>

LaRose, J. G., Gorin, A. A., Clarkes, M. M. & Wing, R. R. (2011). Beliefs about weight gain among young adults : potential challenges to prevention. *Obesity*, 19 (9), 1901-1904. <https://doi.org/10.1038/oby.2011.203>

Latner, J. D., Puhl, R. M., Murakami, J. M., & O'Brien, K. S. (2014). Food addiction as a causal model of obesity. Effects on stigma, blame, and perceived psychopathology. *Appetite*, 77, 77–82. <http://doi.org/10.1016/j.appet.2014.03.004>

Lecerf, J. M. (2006). Stress et obésité. *Nutrition Clinique et Metabolisme*, 20(2), 99–107. <http://doi.org/10.1016/j.nupar.2006.04.005>

Leonhard, M. L., & Barry, N. J. (1998). Body image and obesity : Effects of gender and weight on perceptual measures of body image. *Addictive Behaviors*, 23(1), 31–34. [http://doi.org/10.1016/S0306-4603\(97\)00017-8](http://doi.org/10.1016/S0306-4603(97)00017-8)

Lesko, A. C., & Corpus, J. H. (2006). Discounting the difficult : How high math-identified women respond to stereotype threat. *Sex Roles*, 54(1–2), 113–125. <http://doi.org/10.1007/s11199-005-8873-2>

Levine, A. S., & Morley, J.E. (1981). Stress-induced eating in rats. *Am J Physiol*, 24(1),72–76. <https://doi.org/10.1152/ajpregu.1981.241.1.R72>

Levy, B. (1996). Improving memory in old age through implicit self stereotyping, *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 1092-1107.

Lewis, S., Thomas, S. L., Blood, R. W., Castle, D. J., Hyde, J., & Komesaroff, P. A. (2011). How do obese individuals perceive and respond to the different types of obesity stigma that they encounter in their daily lives ? A qualitative study. *Social Science and Medicine*, 73(9), 1349–1356. <http://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.08.021>

Leyens, J.-P. (2012). *Sommes-nous tous racistes ? Psychologie des racismes ordinaires*. Belgique, Liège : Mardaga.

Leyens, J.-P., Desert, M., Croizet, J.-C., & Darcis, C. (2000). Stereotype Threat : Are Lower Status and History of Stigmatization Preconditions of Stereotype Threat ? *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26(10), 1189–1199. <http://doi.org/10.1177/0146167200262002>

Lluch, A., Kahn, J. P., Stricker-Krongrad, A., Ziegler, O., Drouin, P., & Méjean, L. (1996). Internal validation of a French version of the Dutch Eating Behaviour Questionnaire. *European Psychiatry*, 11(4), 198–203. [http://doi.org/10.1016/0924-9338\(96\)88391-X](http://doi.org/10.1016/0924-9338(96)88391-X)

Loas, G., Fremaux, D., & Marchand, M. P. (1995). Factorial structure and internal consistency of the French version of the twenty-item Toronto Alexithymia Scale in a group of 183 healthy probands. *L'Encéphale*, *21*(2), 117-122.

Lundborg, P., Nystedt, P., & Rooth, D. O. (2014). Body Size, Skills, and Income : Evidence From 150,000 Teenage Siblings. *Demography*, *51*(5), 1573–1596. <http://doi.org/10.1007/s13524-014-0325-6>



Macht, M., Gerer, J., & Ellgring, H. (2003). Emotions in overweight and normal-weight women immediately after eating foods differing in energy. *Physiology & Behavior*, *80*, 367–374. doi:10.1016/j.physbeh.2003.08.012

Macrae, C. N., Bodenhausen, G. V., Milne, A. B., & Jetten, J. (1994). Out of mind but back in sight : Stereotypes on the rebound. *Journal of Personality and Social Psychology*, *67*(5), 808–817. <http://doi.org/10.1037/0022-3514.67.5.808>

Major, B., Spencer, S., Schmader, T., Wolfe, C., & Crocker, J. (1998). Coping With Negative Stereotypes About Intellectual Performance : The Role of Psychological Disengagement. *Personality & Social Psychology Bulletin*, *24*(1), 34–50. <https://doi.org/10.1177/0146167298241003>

Major, B., Eliezer, D., & Rieck, H. (2012). The Psychological Weight of Weight Stigma. *Social Psychological and Personality Science*, *3*(6), 651–658. <http://doi.org/10.1177/1948550611434400>

Major, B., Hunger, J. M., Bunyan, D. P., & Miller, C. T. (2014). Author's personal copy The ironic effects of weight stigma. *Journal of Experimental Social Psychology*, *51*, 74–80. Retrieved from <http://www.elsevier.com/authorsrights>

Malloy, T. E., Lewis, B., Kinney, L., & Murphy, P. (2012). Explicit weight stereotypes are curvilinear : Biased judgments of thin and overweight targets. *European Eating Disorders Review*, *20*(2), 151–154. <http://doi.org/10.1002/erv.1101>

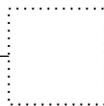
Maroney, D. & Golub, S. (1992). Nurses' attitudes toward obese persons and certain ethnic groups. *Percept Mot Skills*, *75*, 387–391.

Martens, A., Johns, M., Greenberg, J., & Schimel, J. (2006). Combating stereotype threat : The effect of self-affirmation on women's intellectual performance. *Journal of Experimental Social Psychology*, *42*(2), 236–243. <http://doi.org/10.1016/j.jesp.2005.04.010>

Martinie, M. A., & Fointiat, V. (2010). Enfreindre sans craindre : tolérance à la dissonance dans le paradigme de l'hypocrisie induite. *Psychologie Française*, *55*(1), 41–47. <http://doi.org/10.1016/j.psfr.2010.02.003>

- Marx, D. M., & Roman, J. S. (2002). Female role models : Protecting women's math test performance. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28(9), 1183–1193. <http://doi.org/10.1177/01461672022812004>
- Marx, D. M., & Goff, P. A. (2005). Clearing the air : the effect of experimenter race on target's test performance and subjective experience. *Br J Soc Psychol*, 44(Pt 4), 645–657. <http://doi.org/10.1348/014466604X17948>
- Marx, D. M., & Stapel, D. A. (2006). It'all in the timing : Measuring emotional reactions to stereotype threat before and after taking a test. *European Journal of Social Psychology*, 36, 687–698. <https://doi.org/10.1002/ejsp.310>
- Matta, J., Zins, M., Feral-Pierssens, A. L., Carette, C., Ozguler, A., Goldberg, M., & Czernichow, S. (2016). Prévalence du surpoids, de l'obésité et des facteurs de risque cardio-métaboliques dans la cohorte Constances. *Beh*, 35–36, 640–646. Disponible sur http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/35-36/pdf/2016_35-36_5.pdf
- Mazerolle, M., Régner, I., Morisset, P., Rigalleau, F., & Huguet, P. (2012). Psychological Science, (May). <http://doi.org/10.1177/0956797612437607>
- McClure, K.J., Puhl, R. M., & Heuer, C. A. (2011). Obesity in the news : Do photographic images of obese persons influence antifat attitudes ? *Journal of Health Communication : International Perspectives*, 4, 359–371. DOI : 10.1080/10810730.2010.535108.
- McGlone, M. S., & Aronson, J. (2006). Stereotype threat, identity salience, and spatial reasoning. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 27(5), 486–493. <http://doi.org/10.1016/j.appdev.2006.06.003>
- McIntyre, R. B., Paulson, R. M., & Lord, C. G. (2003). Alleviating women's mathematics stereotype threat through salience of group achievements. *Journal of Experimental Social Psychology*, 39(1), 83–90. [http://doi.org/10.1016/S0022-1031\(02\)00513-9](http://doi.org/10.1016/S0022-1031(02)00513-9)
- McIntyre, R. B., Lord, C. G., Gresky, D. M., Ten Eyck, L. L., Frye, G. D. J., & Bond, C. F. (2005). A social impact trend in the effects of role models on alleviating women's mathematics stereotype threat. *Current Research in Social Psychology*, 10(9), 116–136. [http://doi.org/10.1016/S0022-1031\(02\)00513-9](http://doi.org/10.1016/S0022-1031(02)00513-9)
- McKown, C., & Weinstein, R. S. (2003). The Development and Consequences of Stereotype Consciousness in Middle Childhood. *Child Development*, 74(2), 498–515. <http://doi.org/10.1111/1467-8624.7402012>
- McLeod, C., Rutherford, E., Campbell, L., Ebsworthy, G., & Holker, L. (2002). Selective attention and emotional vulnerability : Assessing the causal basis of their association through the experimental manipulation of attentional bias. *Journal of Abnormal Psychology*, 111(1), 107-123.
- Meana, M., & Ricciardi, L. (2008). *Obesity Surgery : Stories of Altered Lives*. University of Nevada Press, Reno.

- Miller, C. T., Rothblum, E. D., Felicio, D., & Brand, P. (1995). Compensating for Stigma : Obese and Nonobese Women's Reactions to Being Visible. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 21(10), 1093–1106. <https://doi.org/10.1177/01461672952110010>
- Miller, E., & Halberstadt, J. (2005). Media consumption, body image and thin ideals in New Zealand men and women. *New Zealand Journal of Psychology*, 34 (3), 189-195.
- Mobbs, O., Van Der Linden, M., & Golay, A. (2007). L'impulsivité : un des facteurs responsables de l'obésité ? *Rev Med Suisse*, 3, Récupéré en septembre 2017 sur <https://www.revmed.ch/RMS/2007/RMS-105/32160>
- Moè, A. (2009). Are males always better than females in mental rotation ? Exploring a gender belief explanation. *Learning and Individual Differences*, 19(1), 21–27. <http://doi.org/10.1016/j.lindif.2008.02.002>
- Moè, A., Cadinu, M., & Maass, A. (2015). Women drive better if not stereotyped. *Accident Analysis and Prevention*, 85, 199–206. <http://doi.org/10.1016/j.aap.2015.09.021>
- Morley, J. E., Levine, A. S., & Rowland, N. E. (1983). Minireview. Stress induced eating. *Life Sci*, 32, 69–82. [https://doi.org/10.1016/0024-3205\(83\)90415-0](https://doi.org/10.1016/0024-3205(83)90415-0)
- Munoz, S. (2013). *Thigh gap : la nouvelle mode dangereuse des ados*. [En ligne]. Consulté le 20 mars 2014 à <http://www.linternaute.com/actualite/societe-france/thigh-gap-la-nouvelle-mode-dangereuse-des-ados-0813.shtml>
- Musher-Eizenman, D., Holub, S. C., Miller, A. B., Goldstein, S. E., & Edwards-Leeper, L. (2004). Body size stigmatization in preschool children : The role of control attributions. *Journal of Pediatric Psychology*, 29(8), 613–620. <http://doi.org/10.1093/jpepsy/jsh063>
- Myers, A., & Rosen, J. C. (1999). Obesity stigmatization and coping : relation to mental health symptoms, body image, and self-esteem. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 23, 221–230. <http://doi.org/10.1038/sj.ijo.0800765>



- Nass, C., Moon, Y., & Carney P. (1999). Are respondents polite to computers? Social desirability and direct responses to computers. *Journal of Applied Social Psychology*, 29 (5), 1093-1110 <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.1999.tb00142.x>
- Neumark-Sztainer, D., Falkner, N., Story, M., Perry, C., Hannan, P. J., & Mulert, S. (2002). Weight-teasing among adolescents : Correlations with weight status and disordered eating behaviors. *International Journal of Obesity*, 26, 123–131. DOI : 10.1038/sj.ijo.0801853

Neuville, E., & Croizet, J.-C. (2007). Can Salience of Gender Identity Impair Math Performance Among 7–8 Years Old Girls ? The Moderating Role of Task Difficulty. *European Journal of Psychology of Education*, 22(3), 307–316. <http://doi.org/10.1007/BF03173428>

Nguyen, H.-H. D., & Ryan, A. M. (2008). Does stereotype threat affect test performance of minorities and women ? A meta-analysis of experimental evidence. *Journal of Applied Psychology*, 93(6), 1314–1334. <http://doi.org/10.1037/a0012702>



O'Brien, K. S., Latner, J. D., Puhl, R. M., Vartanian, L. R., Giles, C., Griva, K., & Carter, A. (2016). The relationship between weight stigma and eating behavior is explained by weight bias internalization and psychological distress. *Appetite*, 102, 70–76. <http://doi.org/10.1016/j.appet.2016.02.032>

O'Brien, L. T., & Crandall, C. S. (2003). Stereotype Threat and Arousal: Effects on Women's Math Performance. *Society for Personality and Social Psychology, Inc.*, 29(6), 782–789. <http://doi.org/10.1177/0146167203252810>

O'Hara, L., Tahboub-Schulte, S., & Thomas, J. (2016). Weight-related teasing and internalized weight stigma predict abnormal eating attitudes and behaviours in Emirati female university students. *Appetite*, 102, 44–50. <http://doi.org/10.1016/j.appet.2016.01.019>

OECD (2012). *L'obésité et l'économie de la prévention : objectif santé*. [En ligne]. Récupéré le 8 janvier 2014 à <http://www.oecd.org/els/health-systems/>

Organisation Mondiale de la Santé (1995, 2000, 2004) Classification internationale de l'IMC. Récupéré en septembre 2014 sur http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html

Organisation Mondiale de la Santé. *Activité physique*. [En ligne]. Consulté le 18 janvier 2018 à <http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/fr/>

Osborne, J. W. (2001). Testing Stereotype Threat : Does Anxiety Explain Race and Sex Differences in Achievement ? *Contemporary Educational Psychology*, 26(3), 291–310. <http://doi.org/10.1006/ceps.2000.1052>

Osborne, J. W., & Walker, C. (2006). Stereotype Threat, Identification with Academics, and Withdrawal from School : Why the most successful students of colour might be most likely to withdraw. *Educational Psychology*, 26(4), 563–577. <http://doi.org/10.1080/01443410500342518>

Osborne, J. W. (2007). Linking Stereotype Threat and Anxiety. *Educational Psychology*, 27(1), 135–154. <http://doi.org/10.1080/01443410601069929>



- Paradis, S., & Cabanac, M. (2008). Dieting and food choice in grocery shopping. *Physiology and Behavior*, 93, 1030–1032. <http://doi.org/10.1016/j.physbeh.2008.01.014>
- Park, J. H., Schaller, M., & Crandall, C. S. (2007). Pathogen-avoidance mechanisms and the stigmatization of obese people. *Evolution and Human Behavior*, 28(6), 410–414. <http://doi.org/10.1016/j.evolhumbehav.2007.05.008>
- Penny, H., & Haddock, G. (2007). Children's stereotypes of overweight children. *British Journal of Developmental Psychology*, 25, 409–418. <http://doi.org/10.1348/026151006X158807>
- Perneger, T. V., Leplège, A., Etter, J. F., & Rougemont, A. (1995). Validation of a French-language version of the MOS 36-Item Short Form Health Survey (SF-36) in young healthy adults. *Journal of Clinical Epidemiology*, 48(8), 1051–1060. [http://doi.org/10.1016/0895-4356\(94\)00227-H](http://doi.org/10.1016/0895-4356(94)00227-H)
- Peterman, J. N., Wilde, P. E., Liang, S., Bermudez, O. I., Silka, L., & Rogers, B. L. (2010). Relationship between past food deprivation and current dietary practices and weight status among Cambodian refugee Women in Lowell, MA. *American Journal of Public Health*, 100(10), 1930–1937. <http://doi.org/10.2105/AJPH.2009.175869>
- Phillips, N., & De Man, A. F. (2010). Weight Status and Body Image Satisfaction in Adult Men and Women. *North American Journal of Psychology*, 12(1), 171–184.
- Pinel, E. C. (1999). Stigma consciousness : The psychological legacy of social stereotypes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76(1), 114–128. <http://doi.org/10.1037/0022-3514.76.1.114>
- Pinto, I., & Marques, J. (2008). L'effet brebis galeuses : réactions à la déviance en contextes entre groupes. *Revue électronique de Psychologie*, 25–39. Récupéré depuis <http://www.psychologiesociale.eu/files/rep3.pinto-marques.pdf>
- Prentice, D. A., & Carranza, E. (2002). What women and men should be, shouldn't be, are allowed to be, and don't have to be: The contents of prescriptive gender stereotypes. *Psychology of Women Quarterly*, 26(4), 269–281. <http://doi.org/10.1111/1471-6402.t01-1-00066>
- Pronin, E., Steele, C. M., & Ross, L. (2004). Identity bifurcation in response to stereotype threat : Women and mathematics. *Journal of Experimental Social Psychology*, 40(2), 152–168. [http://doi.org/10.1016/S0022-1031\(03\)00088-X](http://doi.org/10.1016/S0022-1031(03)00088-X)
- Puhl, R., & Brownell, K. D. (2001). Bias, discrimination, and obesity. *Obesity Research*, 9(12), 788–805. <http://doi.org/10.1038/oby.2001.108>



Puhl, R. M., Schwartz, M. B., & Brownell, K. D. (2005). Impact of perceived consensus on stereotypes about obese people : a new approach for reducing bias. *Health Psychol*, 24(5), 517–525. <http://doi.org/10.1037/0278-6133.24.5.517>

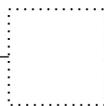
Puhl, R. M., & Brownell, K. D. (2006). Confronting and coping with weight stigma : an investigation of overweight and obese adults. *Obesity*, 14(10), 1802–1815. <http://doi.org/10.1038/oby.2006.208>

Puhl, R. M., Andreyeva, T., & Brownell, K. D. (2008). Perceptions of weight discrimination : prevalence and comparison to race and gender discrimination in America. *Int J Obes*, 32, 992–1000 DOI : 10.1038/ijo.2008.22

Puhl, R. M., Latner, J. D., King, K. M., & Luedicke, J. (2014). Weight bias among professionals treating eating disorders : Attitudes about treatment and perceived patient outcomes. *International Journal of Eating Disorders*, 47(1), 65–75. <http://doi.org/10.1002/eat.22186>



Quinn, D. M., & Spencer, S. J. (2001). The Interference of Stereotype Threat with Women's Generation of Mathematic. EBSCOhost. *Journal of Social Issues*, 57(1), 55–71. Retrieved from <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=27&sid=7b7d3c47-045e-4a08-88d8-1b276e730226%40sessionmgr4006&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtG12ZQ%3D%3D#db=eric&AN=EJ642346>



Rageux, grossophobie, dédagisme... les nouveaux mots du Robert illustré et du Petit Robert 2019 [Actu.fr] (2018). Récupéré le 25 mai 2018 à https://actu.fr/loisirs-culture/rageux-grossophobie-degagisme-voici-nouveaux-mots-robert-illustre-petit-robert-2019_16774315.html

Régner, I., Huguet, P., & Monteil, J.-M. (2002). Effects of socioeconomic status (SES) information on cognitive ability inferences : When low-SES students make use of a self-threatening stereotype. *Social Psychology of Education*, 5(3), 253–269. <http://doi.org/10.1023/A:1016313908667>

Rhodes, R. E., & De Bruijn, G. J. (2013). How big is the physical activity intention-behaviour gap ? A meta-analysis using the action control framework. *British Journal of Health Psychology*, 18(2), 296–309. <http://doi.org/10.1111/bjhp.12032>

Ricci, J., & Gagnon, L. ; Laureyns, F., & Séné, J.-M. *Test de sédentarité et activité physique*. Récupéré le 23 août 2015 à <http://www.obecentre.fr/wpcontent/uploads/2015/12/questionnaire-ricci-et-gagnon.pdf>

Robinson, T., Callister, M., & Jankoski, T. (2008). Portrayal of body weight on children's television sitcoms: A content analysis. *Body Image*, 5(2), 141–151. <http://doi.org/10.1016/j.bodyim.2007.11.004>

Roehling, M. V., Roehling, P. V., & Pichler, S. (2007). The relationship between body weight and perceived weight-related employment discrimination : The role of sex and race. *Journal of Vocational Behavior*, 71(2), 300–318. <http://doi.org/10.1016/j.jvb.2007.04.008>

Rothblum, E. D. (1992). The stigma of women's weight : social and economic realities. *Feminism & Psychology*, 2, 61–73. <https://doi.org/10.1177/0959353592021005>

Rousseau, A., Barbe, P. & Chabrol, H. (2003). Stigmatisation et co-ping dans l'obésité : relations entre estime de soi, dépression, insatisfaction corporelle et stress perçu. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 13, 66-70.

Rousseau, A., Barbe, P., & Chabrol, H. (2006). Binge eating Disorder et stigmatisation dans l'obésité. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 16(1), 27–31. [http://doi.org/10.1016/S1155-1704\(06\)70193-8](http://doi.org/10.1016/S1155-1704(06)70193-8)



Sanchez, D. T., Good, J. J., Kwang, T., & Saltzman, E. (2008). When finding amate feels urgent. Why relationship contingency predicts men's and women's body shame. *Social Psychology*, 39(2), 90. <https://doi.org/10.1027/1864-9335.39.2.90>

Schimel, J., Arndt, J., Banko, K. M., & Cook, A. (2004). Not All Self-affirmations Were Created Equal : The Cognitive and Social Benefits of Affirming The Intrinsic (vs. Extrinsic) Self. *Social Cognition*, 22(1), 75–99. <http://doi.org/10.1521/soco.22.1.75.30984>

Schmader, T. (2002). Gender Identification Moderates Stereotype Threat Effects on Women's Math Performance. *Journal of Experimental Social Psychology*, 38(2), 194–201. <http://doi.org/10.1006/jesp.2001.1500>

Schmader, T., & Johns, M. (2003). Converging Evidence That Stereotype Threat Reduces Working Memory Capacity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(3), 440–452. <http://doi.org/10.1037/0022-3514.85.3.440>

Schmader, T., Johns, M., & Barquissau, M. (2004). The Costs of Accepting Gender Differences : The Role of Stereotype Endorsement in Women's Experience in the Math Domain. *Sex Roles*, *50*(11), 835–349. <http://doi.org/10.1023/B>

Schmader, T., Johns, M., & Forbes, C. (2008). An Integrated Process Model of Stereotype Threat Effects on Performance Toni. *Psychological Review*, *115*(2), 336–356. <http://doi.org/10.1037/0033-295X.115.2.336.An>

Schoenmakers, T. M., de Bruin, M., Lux, I. F. M., Goertz, A. G., Van Kerkhof, D. H. A. T., & Wiers, R. W. (2010). Clinical effectiveness of attentional bias modification training in abstinent alcoholic patients. *Drug and Alcohol Dependence*, *109*(1–3), 30–36. <http://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2009.11.022>

Schvey, N. A., Puhl, R. M., & Brownell, K. D. (2011). The impact of weight stigma on caloric consumption. *Obesity (Silver Spring)*, *19*(10), 1957–1962. <http://doi.org/10.1038/oby.2011.204>

Schwartz, M. B., Chambliss, H. O., Brownell, K. D., Blair, S. N., & Billington, C. (2003). Weight bias among health professionals specializing in obesity. *Obesity Research*, *11*(9), 1033–9. <http://doi.org/10.1038/oby.2003.142>

Seacat, J. D., & Mickelson, K. D. (2009). Stereotype threat and the exercise/dietary health intentions of overweight women. *Journal of Health Psychology*, *14*(4), 556–567. <http://doi.org/10.1177/1359105309103575>

Seibt, B., & Förster, J. (2004). Stereotype threat and performance : how self-stereotypes influence processing by inducing regulatory foci. *J Pers Soc Psychol*, *87*(1), 38–56. <http://doi.org/10.1037/0022-3514.87.1.38>

Shih, M., Pittinsky, T. L., & Ambady, N. (1999). Stereotype susceptibility : Identity salience and shifts in quantitative performance. *Psychological Science*, *10*(1), 80–83. <http://doi.org/10.1111/1467-9280.00111>

Smith, J. L., & White, P. H. (2002). An examination of implicitly activated, explicitly activated, and nullified stereotypes on mathematical performance : It's not just a woman's issue. *Sex Roles*, *47*(3–4), 179–191. <http://doi.org/10.1023/A:1021051223441>

Sørensen, T.I. (2009). Challenges in the study of causation of obesity. *Proc Nutr Soc*, *68* (1), 43-54. <https://doi.org/10.1017/S0029665108008847>

Spencer, B., & Castano, E. (2007). Social class is dead. Long live social class ! Stereotype threat among low socioeconomic status individuals. *Social Justice Research*, *20*(4), 418–432. <http://doi.org/10.1007/s11211-007-0047-7>

Spencer, S. J., Steele, C. M., & Quinn, D. (1999). Under suspicion of inability : Stereotype threat and women's math performance. *Journal of Experimental Social Psychology*, *35*, 4-28. <https://doi.org/10.1006/jesp.1998.1373>

Spinoza, B. & Pautrat, B. (2014). *Ethiques*. Editions du Seuil, Paris.

- Staffieri, J.R. (1967). A study of social stereotypes of body image in children. *Journal of Personality and Social Psychology*, 7, 101–104. <http://dx.doi.org/10.1037/h0021227>
- Stangor, C., Carr, C., & Kiang, L. (1998). Activating stereotypes undermines task performance expectations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75(5), 1191–1197. <http://doi.org/10.1037/0022-3514.75.5.1191>
- Steele, C. M., & Aronson, J. (1995). Stereotype Threat and the Intellectual Test Performance of African Americans. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(5), 797–811. <http://doi.org/10.4324/9780203463932>
- Steele, J., James, J. B., & Barnett, R. C. (2002). Learning in a Man's World : Examining the Perceptions of Undergraduate Women in Male-Dominated Academic Areas. *Psychology of Women Quarterly*, 26(1), 46–50. <http://doi.org/10.1111/1471-6402.00042>
- Stone, J., Lynch, C. I., Sjomeling, M., & Darley, J. M. (1999). Stereotype threat effects on black and white athletic performance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(6), 1213–1227. <http://doi.org/10.1037/0022-3514.77.6.1213>
- Stone, J., & McWhinnie, C. (2008). Evidence that blatant versus subtle stereotype threat cues impact performance through dual processes. *Journal of Experimental Social Psychology*, 44(2), 445–452. <http://doi.org/10.1016/j.jesp.2007.02.006>
- Strack, F., & Deutsch, R. (2004). Reflective and Impulsive Determinants of Social Behavior. *Personality and Social Psychology Review*, 8(3), 220–247. https://doi.org/10.1207/s15327957pspr0803_1
- Stricker, L. J., & Ward, W. C. (2004). Stereotype Threat, Inquiring About Test Takers' Ethnicity and Gender, and Standardized Test Performance¹. *Journal of Applied Social Psychology*, 34(4), 665–693. <http://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2004.tb02564.x>
- Stunkard, A., Sorensen, T., & Schulsinger, F. (1983). Use of the Danish Adoption Register for the study of obesity and thinness. In S. Ketty, L. P. Roland, R. L. Sidman & S. V. V. Matthysse (Eds.), *The genetics of neurological and psychiatric disorders* (pp. 115- 120). New York : Raven Press.
- Sutin, A., Robinson, E., Daly, M., & Terracciano, A. (2016). Weight discrimination and unhealthy eating-related behaviors. *Appetite*, 102, 83–89. <http://doi.org/10.1016/j.appet.2016.02.016>



Tajfel, H., & Turner, J.C. (1986). The social identity theory of intergroup behaviour. In S. Worchel & W. G. Austin (Eds.), *Psychology of intergroup relations*. Chicago : Nelson- Hall.

Tanofsky, M. B., Wilfley, D. E., Spurrell, E. B., Welch, R., & Brownell, K. D. (1997). Comparison of men and women with binge eating disorder. *Int J Eat Disord*, *21*, 49–54. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-108X\(199701\)21:1<49::AID-EAT6>3.0.CO;2-3](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(199701)21:1<49::AID-EAT6>3.0.CO;2-3)

The Global BMI Mortality Collaboration (2016). Body-mass index and all-cause mortality : individual-participant-data meta-analysis of 239 prospective studies in four continents. *The Lancet*, *388*(10046), 776–786. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30175-1](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30175-1)

Thompson, J. K., & Altabe, M. N. (1991). Psychometric Qualities of the Figure Rating Scale. *International Journal of Eating Disorders*, *10*(5), 615–619. [http://doi.org/10.1002/1098-108X\(199109\)10:5<615::AID-EAT2260100514>3.0.CO;2-K](http://doi.org/10.1002/1098-108X(199109)10:5<615::AID-EAT2260100514>3.0.CO;2-K)

Tiggemann, M., & Anesbury, T. (2000). Negative Stereotyping of Obesity in Children : The Role of Controllability Beliefs. *Journal of Applied Social Psychology*, *30*(9), 1977–1993. <http://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2000.tb02477.x>

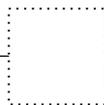
Tindle, H. A., Omalu, B., Courcoulas, A., Marcus, M., Hammers, J., & Kuller, L. H. (2010). Risk of suicide after long-term follow-up from bariatric surgery. *The American Journal of Medicine*, *123*(11), 1036–42. <http://doi.org/10.1016/j.amjmed.2010.06.016>

Tomasetto, C., & Appoloni, S. (2013). A lesson not to be learned ? Understanding stereotype threat does not protect women from stereotype threat. *Social Psychology of Education*, *16*(2), 199–213. <http://doi.org/10.1007/s11218-012-9210-6>

Tomiyama, A. J. (2014). Weight stigma is stressful. A review of evidence for the cyclic Obesity/weight-based stigma model. *Appetite*, *82*, 8–15. <http://doi.org/10.1016/j.appet.2014.06.108>

Tomiyama, A. J., Finch, L. E., Belsky, A. C. I., Buss, J., Finley, C., Schwartz, M. B., & Daubenmier, J. (2015). Weight bias in 2001 versus 2013 : Contradictory attitudes among obesity researchers and health professionals. *Obesity*, *23*(1), 46–53. <http://doi.org/10.1002/oby.20910>

Tremblay, A., & Chaput, J.-P. (2008). About unsuspected determinants of obesity. *Appl Physiol Nutr Metab*, *33*(4), 791-796. <https://doi.org/10.1139/H08-038>



Van der Linden, M., d'Acremont, M., Zermatten, A., Jermann, F., Larøi, F., Willems, S., *et al.* (2006). A French adaptation of the UPPS Impulsive Behavior Scale: Confirmatory factor analysis in a sample of undergraduate students. *European Journal of Psychological Assessment*, *22*(1), 38-42. <http://dx.doi.org/10.1027/1015-5759.22.1.38>

- Van Der Wal, R. C., & Van Dillen, L. F. (2013). Leaving a flat taste in your mouth : task load reduces taste perception. *Psychological Science*, 24 (7), 1277–1284. <https://doi.org/10.1177/0956797612471953>
- Van Strien, T., Fritjers, J. E. R., Bergers, G. P. A., & Defares, P. B. (1986). The Dutch Eating Behavior Questionnaire (Debq) for Assessment of Restrained, Emotional, and External Eating Behavior Internal Structure and Measurement Invariance of the Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) in a (Nearly) Representative Dutch. *International Journal of Eating Disorders*, 5 (2), 296–315. <http://doi.org/10.1002/erv.2448>
- Vartanian, L. R., & Shaprow, J. (2008). Effects of weight stigma on exercise motivation and behavior : A preliminary investigation among college-aged females. *Journal of Health Psychology*, 13(1), 131–138. <http://doi.org/10.1177/1359105307084318>
- Vartanian, L. R. (2010). Disgust and perceived control in attitudes toward obese people. *International Journal of Obesity*, 34(8), 1302–1307. <http://doi.org/10.1038/ijo.2010.45>
- Vartanian, L. R. (2010). “Obese people” vs “Fat people” : Impact of group label on weight bias. *Eating and Weight Disorders*, 15(3), 195–198. <http://doi.org/10.1007/BF03325299>
- Vartanian, L. R., & Novak, S. A. (2011). Internalized societal attitudes moderate the impact of weight stigma on avoidance of exercise. *Obesity (Silver Spring, Md.)*, 19(4), 757–762. <http://doi.org/10.1038/oby.2010.234>
- Vartanian, L. R., & Silverstein, K. M. (2013). Obesity as a status cue : Perceived social status and the stereotypes of obese individuals. *Journal of Applied Social Psychology*, 43(SUPPL.2), 319–328. <http://doi.org/10.1111/jasp.12052>
- Vartanian, L. R., Pinkus, R. T., & Smyth, J. M. (2014). The phenomenology of weight stigma in everyday life. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3(3). <http://doi.org/10.1016/j.jcbs.2014.01.003>
- Verdot, C., Torres, M., Salanave, B., & Deschamps, V. (2017). Corpulence Des Enfants Et Des Adultes En France Métropolitaine En 2015. Résultats De L’Étude Esteban Et Évolution depuis 2006. *Beh*, 13, 234–241. Récupéré depuis http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/13/pdf/2017_13_1.pdf
- Von Hippel, W., Von Hippel, C., Conway, L., Preacher, K. J., Schooler, J. W., & Radvansky, G. A. (2005). Coping with stereotype threat : denial as an impression management strategy. *Journal of Personality and Social Psychology*, 89(1), 22–35. <http://doi.org/10.1037/0022-3514.89.1.22>
- Von Hippel, C., Kalokerinos, E. K., & Henry, J. D. (2012). Stereotype threat among older employees : relationship with job attitudes and turnover intentions. *Psychology and Aging*, 28(1), 17–27. <http://doi.org/10.1037/a0029825>



Wadden, T. A., & Didie, E. (2003). What's in a name ? Patients' preferred terms for describing obesity. *Obesity Research*, *11*(9), 1140–1146. <http://doi.org/10.1038/oby.2003.155>

Wade, B., Price, D., Hamer, R. M., Schwartz, S. M., & Hart, R. P. (1990). An emotional component analysis of chronic pain, *Pain*, *40*, 303–310.

Ware, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-26): I. Conceptual Framework and Item Selection. *Medical Care*, *30*(6), 473–483. <http://doi.org/10.1097/00005650-199206000-00002>

Wegner, D. M. (1994). Ironic processes of mental control. *Psychological Review*, *101*(1), 34–52. <http://doi.org/10.1037/0033-295X.101.1.34>

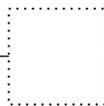
Whiteside, S. P., & Lynam, D. R. (2001). The five factor model and impulsivity: Using a structural model of personality to understand impulsivity. *Personality and Individual Differences*, *30*(4), 669–689. [http://doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00064-7](http://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00064-7)

Wilson, P. W., D'Agostino, R. B., Sullivan, L., Parise, H., & Kannel, W. B. (2002) Overweight and obesity as determinants of cardiovascular risk : the Framingham experience. *Arch Intern Med*, *162*, 1867–72. DOI : 10.1001/archinte.162.16.1867

Woodcock, A., Hernandez, P. R., Estrada, M., & Schultz, P. W. (2012). The consequences of chronic stereotype threat : Domain disidentification and abandonment. *Journal of Personality and Social Psychology*, *103*(4), 635–646. <http://doi.org/10.1037/a0029120>

Wott, C. B., & Carels, R. A. (2010). Overt weight stigma, psychological distress and weight loss treatment outcomes. *Journal of Health Psychology*, *15*(4), 608–614. <http://doi.org/10.1177/1359105309355339>

Wright, S. C., Taylor, D. M., & Moghaddam, F. M. (1990). Responding to membership in a disadvantaged group : from acceptance to collective protest. *Journal of personality and social psychology*, *58*, 994-1003.



Yeung, N. C. J., & Von Hippel, C. (2008). Stereotype threat increases the likelihood that female drivers in a simulator run over jaywalkers. *Accident Analysis and Prevention*, *40*(2), 667–674. <http://doi.org/10.1016/j.aap.2007.09.003>

Yzerbyt, V., & Schadron, G. (1996). *Connaître et juger autrui : une introduction à la psychologie sociale*. France : Presses Universitaire de Grenoble.



Zamberlan, A. (1994). *Coup de gueule contre la grossophobie : je suis grosse et alors ?* France : Ramsay.

Ziegler, O., Filipecki, J., Girod, I., & Guillemin, F. (2005). Obesity-specific quality of life questionnaire : (QOLOD) rating scale, *Diabetes Metab*, 31, 273–283.
[https://doi.org/10.1016/S1262-3636\(07\)70194-5](https://doi.org/10.1016/S1262-3636(07)70194-5)

Annexes

Annexe A : Courbes de corpulence et interprétations de l'IMC des enfants (moins de 18 ans).



Courbe de Corpulence chez les filles de 0 à 18 ans

Références françaises et seuils de l'International Obesity Task Force (IOTF)

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____



Pour chaque enfant, le poids et la taille doivent être mesurés régulièrement. L'IMC est calculé et reporté sur la courbe de corpulence.

Courbes de l'IMC diffusées dans le cadre du PNNS à partir des références françaises* issues des données de l'étude séquentielle française de la croissance du Centre International de l'Enfance (Pr Michel Sempé), complétées par les courbes de référence de l'International Obesity Task Force (IOTF)** atteignant les valeurs 25 pour le surpoids (IOTF-25) et 30 pour l'obésité (IOTF-30) à l'âge de 18 ans.

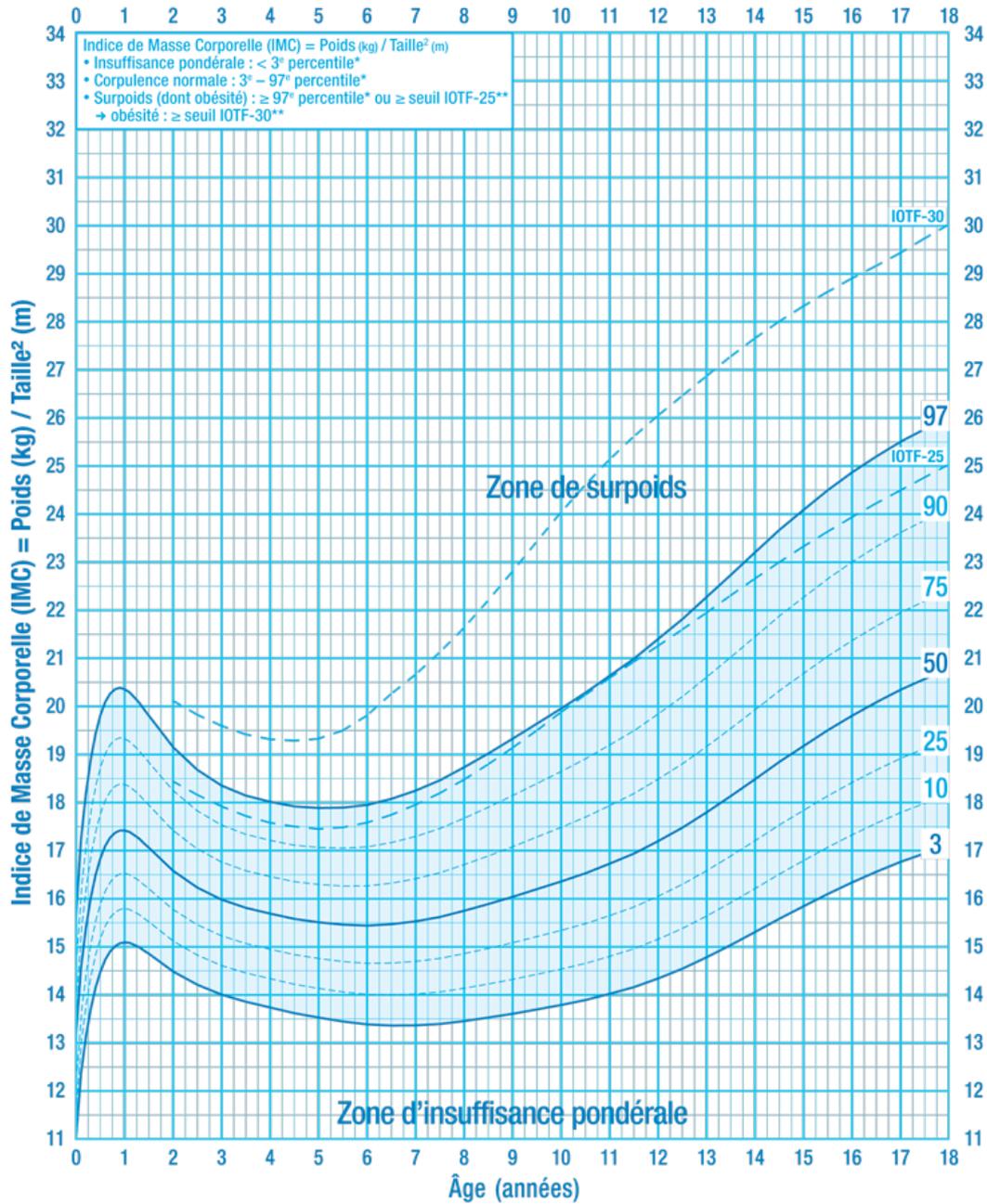
* Références françaises: Rolland Cachera et coll. Eur J Clin Nutr 1991;45:13-21.
 ** Références internationales (IOTF): Cole et coll. BMJ 2000;320:1240-3.



Courbe de Corpulence chez les garçons de 0 à 18 ans

Références françaises et seuils de l'International Obesity Task Force (IOTF)

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____



Pour chaque enfant, le poids et la taille doivent être mesurés régulièrement. L'IMC est calculé et reporté sur la courbe de corpulence.

Courbes de l'IMC diffusées dans le cadre du PNNS à partir des références françaises* issues des données de l'étude séquentielle française de la croissance du Centre International de l'Enfance (Pr Michel Sempé), complétées par les courbes de référence de l'International Obesity Task Force (IOTF)** atteignant les valeurs 25 pour le surpoids (IOTF-25) et 30 pour l'obésité (IOTF-30) à l'âge de 18 ans.

* Références françaises: Rolland Cachera et coll. Eur J Clin Nutr 1991;45:13-21.

** Références internationales (IOTF): Cole et coll. BMJ 2000;320:1240-3.

Annexe B : Les différentes versions de la question ouverte du questionnaire de stigmatisation envers les personnes en excès de poids selon le sexe et le poids de la cible.

***une femme obèse.**

I. Veuillez, s'il vous plaît, regarder l'illustration figurant sur cette page. Durant **5 minutes**, veuillez, s'il vous plaît, écrire une description de ce qui, *selon vous*, pourrait être un dimanche typique pour la personne représentée sur cette illustration. Pour cette description, il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, nous sommes justes intéressés par vos idées sur comment cette personne pourrait passer sa journée.

Illustration :



Rédaction :

Continuez à écrire derrière si vous n'avez plus de place →

***une femme de poids moyen.**

I. Veuillez, s'il vous plaît, regarder l'illustration figurant sur cette page. Durant **5 minutes**, veuillez, s'il vous plaît, écrire une description de ce qui, *selon vous*, pourrait être un dimanche typique pour la personne représentée sur cette illustration. Pour cette description, il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, nous sommes justes intéressés par vos idées sur comment cette personne pourrait passer sa journée.

Illustration :



Rédaction :

Continuez à écrire derrière si vous n'avez plus de place →

***un homme obèse.**

I. Veuillez, s'il vous plaît, regarder l'illustration figurant sur cette page. Durant **5 minutes**, veuillez, s'il vous plaît, écrire une description de ce qui, *selon vous*, pourrait être un dimanche typique pour la personne représentée sur cette illustration. Pour cette description, il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, nous sommes justes intéressés par vos idées sur comment cette personne pourrait passer sa journée.

Illustration :



Rédaction :

Continuez à écrire derrière si vous n'avez plus de place →

*** un homme de poids moyen.**

I. Veuillez, s'il vous plaît, regarder l'illustration figurant sur cette page. Durant **5 minutes**, veuillez, s'il vous plaît, écrire une description de ce qui, *selon vous*, pourrait être un dimanche typique pour la personne représentée sur cette illustration. Pour cette description, il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, nous sommes justes intéressés par vos idées sur comment cette personne pourrait passer sa journée.

Illustration :



Rédaction :

Continuez à écrire derrière si vous n'avez plus de place →

Annexe C : Les questions d'ordre démographique posées dans le questionnaire de stigmatisation envers les personnes en excès de poids.

S'il vous plaît, veuillez indiquer :

La date :

Votre taille :

Votre poids :

Votre sexe :

Votre niveau d'études :

Votre profession :

Annexe D: L'Anti-fat Attitude Questionnaire (AAQ) de Crandall (1994).

Pour chaque phrase, veuillez, s'il vous plaît, indiquer votre réponse en entourant un chiffre de l'échelle allant de 0 (= Pas du tout d'accord) à 9 (= Tout à fait d'accord). Répondez le plus spontanément et le plus sincèrement possible, s'il vous plaît. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.

1. Je n'aime vraiment pas les grosses personnes

Pas du tout d'accord 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 *Tout à fait d'accord*

2. Je n'ai pas beaucoup d'amis qui sont gros.

Pas du tout d'accord 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 *Tout à fait d'accord*

3. J'ai tendance à penser que les personnes qui sont grosses ne sont pas dignes de confiance.

Pas du tout d'accord 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 *Tout à fait d'accord*

4. Bien que certaines personnes grosses soient peut être intelligentes, en général, je pense qu'elles ont tendance à ne pas être aussi brillantes que les personnes de poids normaux.

Pas du tout d'accord 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 *Tout à fait d'accord*

5. J'ai du mal à prendre les grosses personnes au sérieux.

Pas du tout d'accord 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 *Tout à fait d'accord*

6. Les grosses personnes me font sentir quelque peu mal à l'aise.

Pas du tout d'accord 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 *Tout à fait d'accord*

7. Si j'étais un employeur qui cherche à embaucher, j'évitais sans doute d'embaucher une grosse personne.

Pas du tout d'accord 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 *Tout à fait d'accord*

8. Je me dégoûte lorsque je prends du poids.

Pas du tout d'accord 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 *Tout à fait d'accord*

9. Une des pires choses qu'il pourrait m'arriver serait de prendre 11 kilogrammes.

Pas du tout d'accord 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 *Tout à fait d'accord*

Suite →

10. Je suis inquiet(e) de devenir gros(se).

Pas du tout d'accord 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Tout à fait d'accord

11. Les personnes grosses pourraient perdre au moins une partie de leur surpoids en faisant un peu d'exercices.

Pas du tout d'accord 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Tout à fait d'accord

12. Certaines personnes sont grosses parce qu'elles n'ont aucune volonté.

Pas du tout d'accord 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Tout à fait d'accord

13. Les personnes grosses ont tendance à l'être par leur propre faute.

Pas du tout d'accord 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Tout à fait d'accord

Annexe E : La Fat Phobia Scale (FPS) dans sa version courte de Bacon et al. (2001).

Ci-dessous sont listées 14 paires d'adjectifs utilisés parfois pour décrire des personnes en surpoids voire des personnes obèses. Pour chaque paire d'adjectifs, placez, s'il vous plaît, un X sur la ligne la plus proche de l'adjectif que vous estimez le meilleur pour décrire vos sentiments et vos croyances.

1. Paresseuses	_____	_____	_____	_____	_____	Travailleuses.
	5	4	3	2	1	
2. Sans volonté	_____	_____	_____	_____	_____	Déterminées
	5	4	3	2	1	
3. Attirantes	_____	_____	_____	_____	_____	Pas attirantes
	5	4	3	2	1	
4. Beaucoup de sang-froid	_____	_____	_____	_____	_____	Peu de sang-froid
	5	4	3	2	1	
5. Rapides	_____	_____	_____	_____	_____	Lentes
	5	4	3	2	1	
6. Endurantes	_____	_____	_____	_____	_____	Pas endurantes
	5	4	3	2	1	
7. Actives	_____	_____	_____	_____	_____	Inactives
	5	4	3	2	1	
8. Faibles	_____	_____	_____	_____	_____	Fortes
	5	4	3	2	1	
9. Égoïstes	_____	_____	_____	_____	_____	Altruistes
	5	4	3	2	1	
10. Détestent la nourriture	_____	_____	_____	_____	_____	Aiment la nourriture
	5	4	3	2	1	
11. Disgracieuses	_____	_____	_____	_____	_____	Gracieuses
	5	4	3	2	1	
12. Mangent peu	_____	_____	_____	_____	_____	Mangent trop
	5	4	3	2	1	
13. Instables	_____	_____	_____	_____	_____	Stables
	5	4	3	2	1	
14. Faible estime de soi	_____	_____	_____	_____	_____	Forte estime de soi
	5	4	3	2	1	

Annexe F : La Beliefs About Obese People (BAOP) de Allison et al. (1991).

Selon si vous êtes plus ou moins d'accord avec la déclaration, marquez, s'il vous plaît, l'une des réponses de l'échelle dans la marge à gauche. Ne laissez aucun blanc, s'il vous plaît. Utilisez les numéros de l'échelle ci-dessous pour indiquer votre réponse. Assurez-vous de bien avoir placé un signe moins ou un signe plus (- ou +) devant le nombre que vous avez choisi pour indiquer votre accord ou votre désaccord.

-3	-2	-1	+1	+2	+3
Je ne suis pas du tout d'accord.	Je ne suis moyennement pas d'accord.	Je ne suis légèrement pas d'accord.	Je suis légèrement d'accord.	Je suis moyennement d'accord.	Je suis tout à fait d'accord.

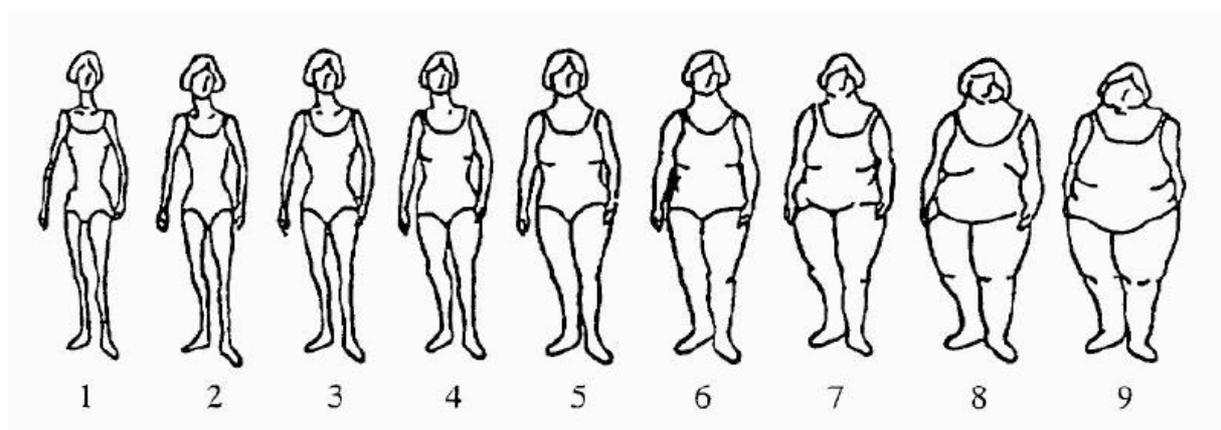
1. ____ L' obésité survient souvent lorsque la nourriture est utilisée comme un moyen de compenser un manque d'amour ou d'attention.
2. ____ Dans de nombreux cas, l'obésité est le résultat d'un trouble biologique.
3. ____ Généralement, l'obésité est causée par de la glotonnerie.
4. ____ En n'effectuant pas assez d'exercices, la plupart des personnes obèses sont à l'origine de leur problème.
5. ____ La plupart des personnes obèses mangent plus que les personnes non-obèses.
6. ____ La majorité des personnes obèses le sont à cause de leurs mauvaises habitudes alimentaires qui mènent à leur obésité.
7. ____ L'obésité est rarement causée par un manque de volonté.
8. ____ Certaines personnes peuvent devenir dépendantes à la nourriture comme certaines le sont aux drogues, et elles deviennent généralement obèses.

Annexe G : La Figure Rating Scale de Stunkard et al. (1983) utilisée comme dernière mesure dans le questionnaire de l'étude 1.

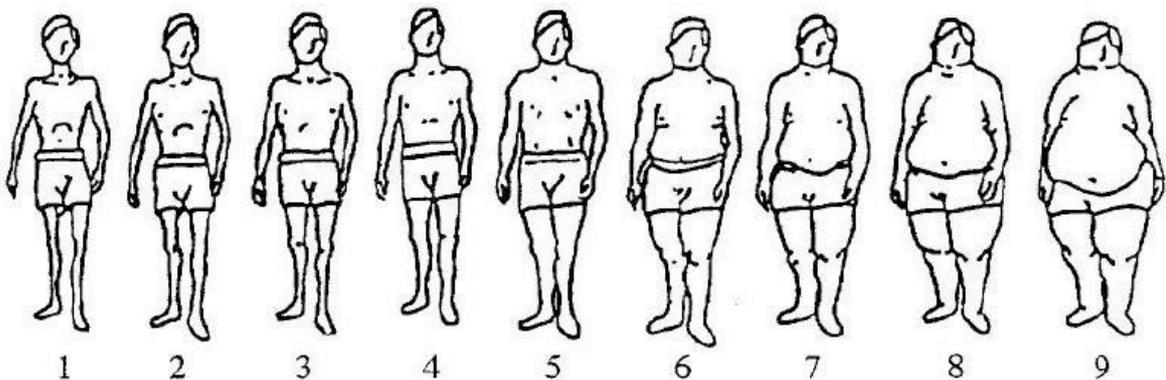
D'après l'échelle (**ci-dessous**) correspondant à votre *sexe*, veuillez, s'il vous plaît, indiquer le chiffre, compris entre **1** et **9**, de la silhouette à laquelle vous *pensez ressembler*: _____

D'après l'échelle (**ci-dessous**) correspondant à votre *sexe*, veuillez, s'il vous plaît, indiquer le chiffre, compris entre **1** et **9**, de la silhouette à laquelle vous *aimeriez ressembler*: _____

Échelle pour les femmes:

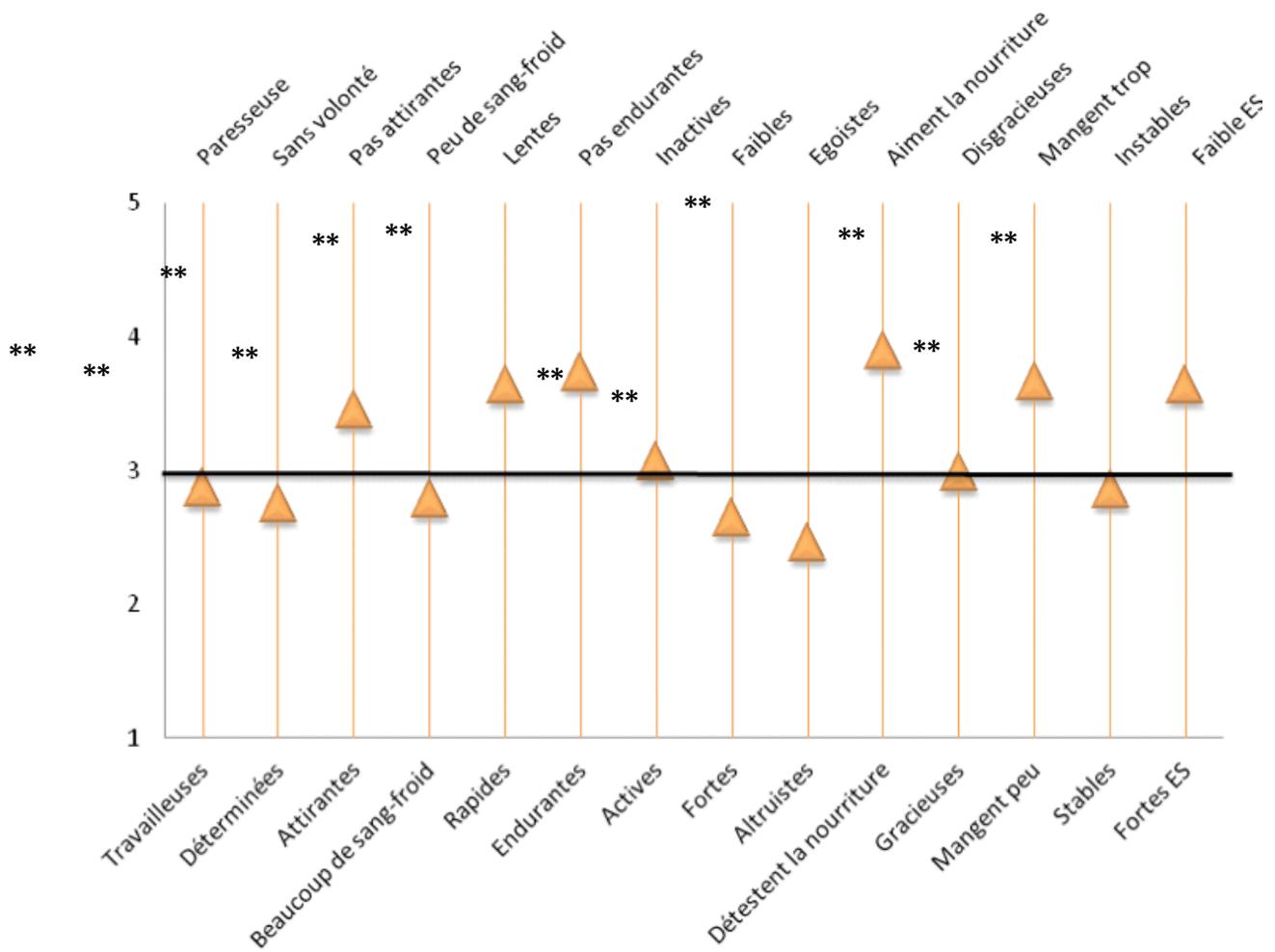


Échelle pour le hommes:



Merci de votre participation !

Annexe H : T-tests effectués sur chacun des items de la FPS.



** : significatif à $p < .01$.

Figure 1 : Moyennes des participants pour chacun des items de la FPS.

Annexe I : Analyses de fréquence sur l'estimation corporelle des participants.

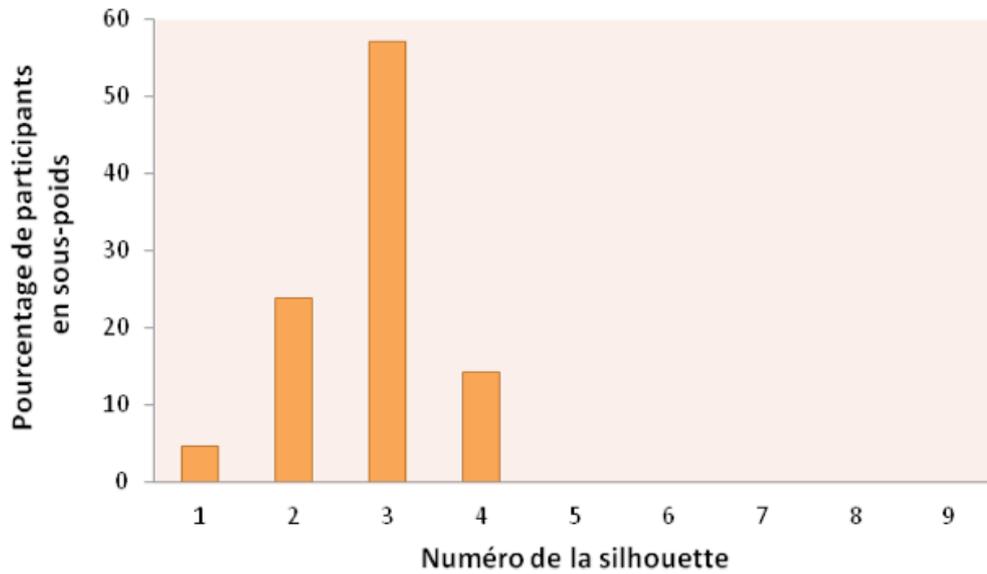


Figure 2a : Distribution des personnes en sous-poids selon leur choix de silhouette à laquelle elles pensent ressembler.



Figure 2b : Distribution des personnes de poids moyens selon leur choix de silhouette à laquelle elles pensent ressembler.

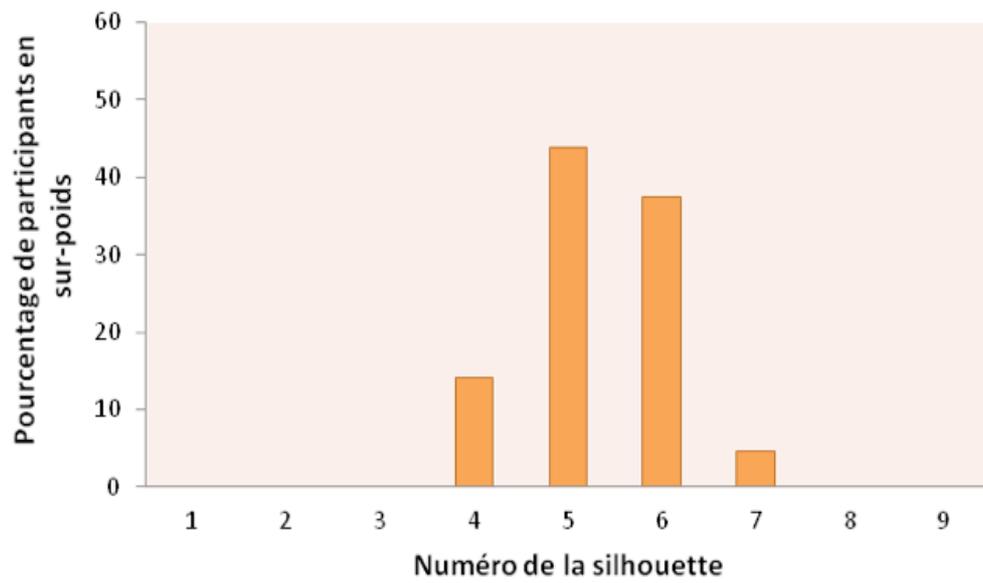


Figure 2c : Distribution des personnes en sur-poids selon leur choix de silhouette à laquelle elles pensent ressembler.

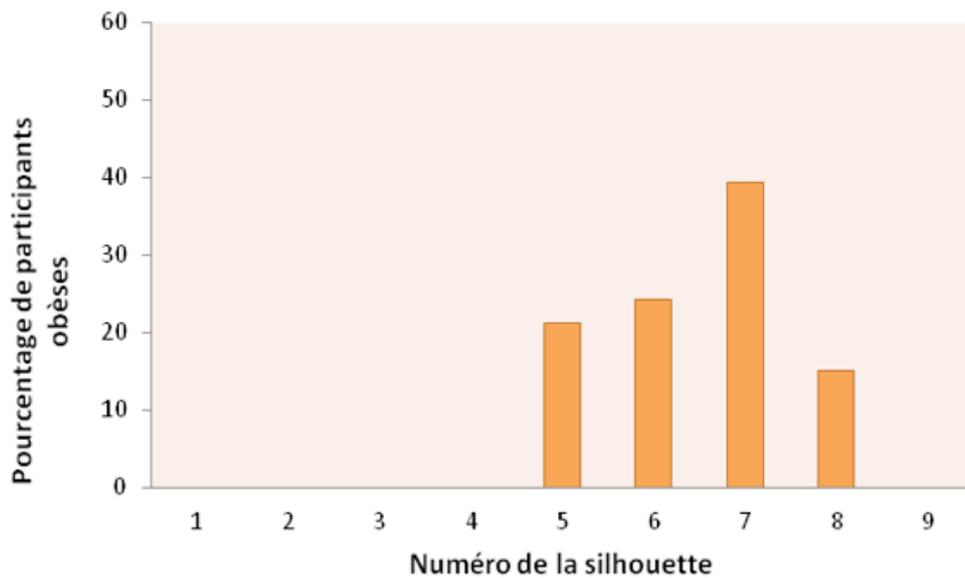


Figure 2d : Distribution des personnes obèses selon leur choix de silhouette à laquelle elles pensent ressembler.

Annexe J : Analyses de fréquence sur la satisfaction corporelle des participants.

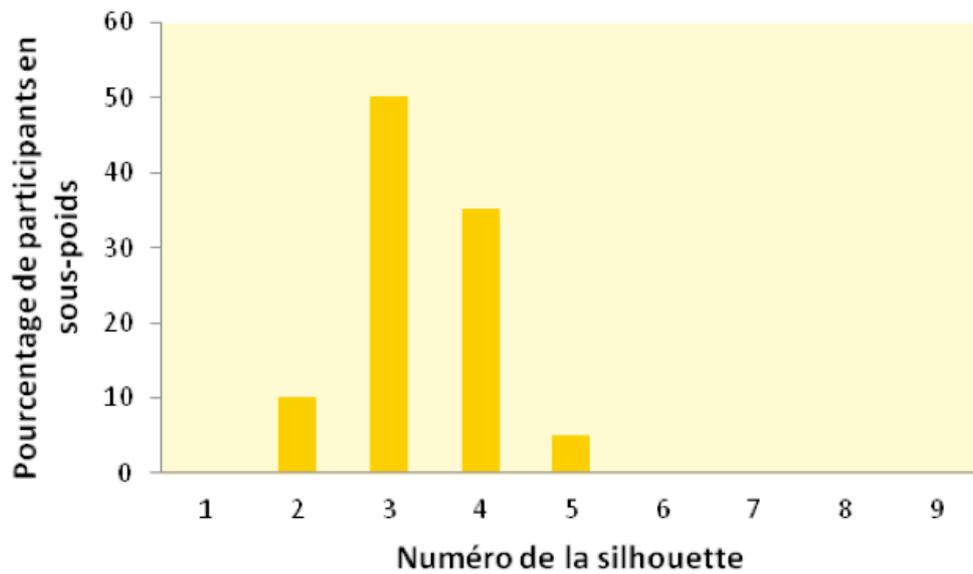


Figure3a: Distribution des personnes en sous-poids selon leur choix de silhouette à laquelle elles aimeraient ressembler.

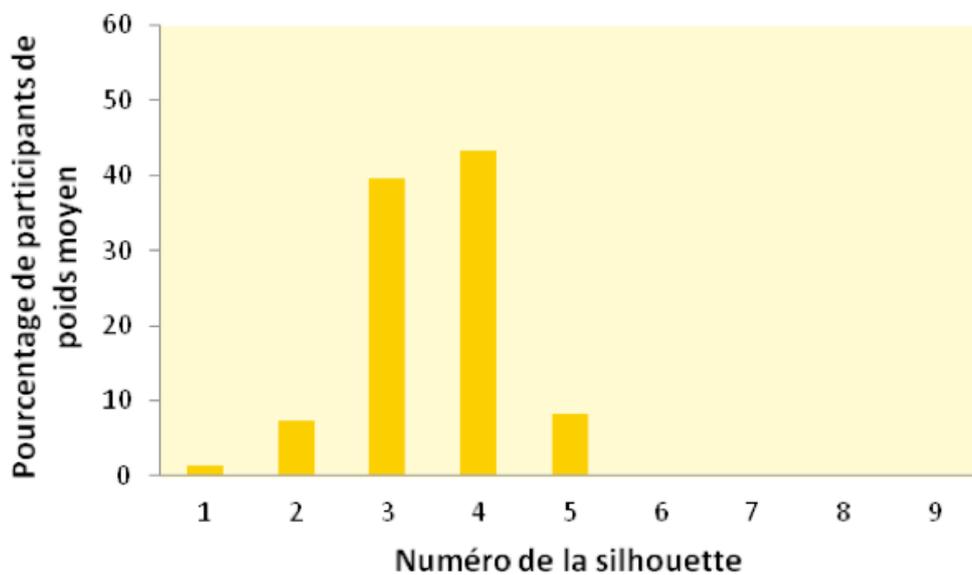


Figure3b: Distribution des personnes de poids moyen selon leur choix de silhouette à laquelle elles aimeraient ressembler.



Figure3c: Distribution des personnes en sur-poids selon leur choix de silhouette idéale.

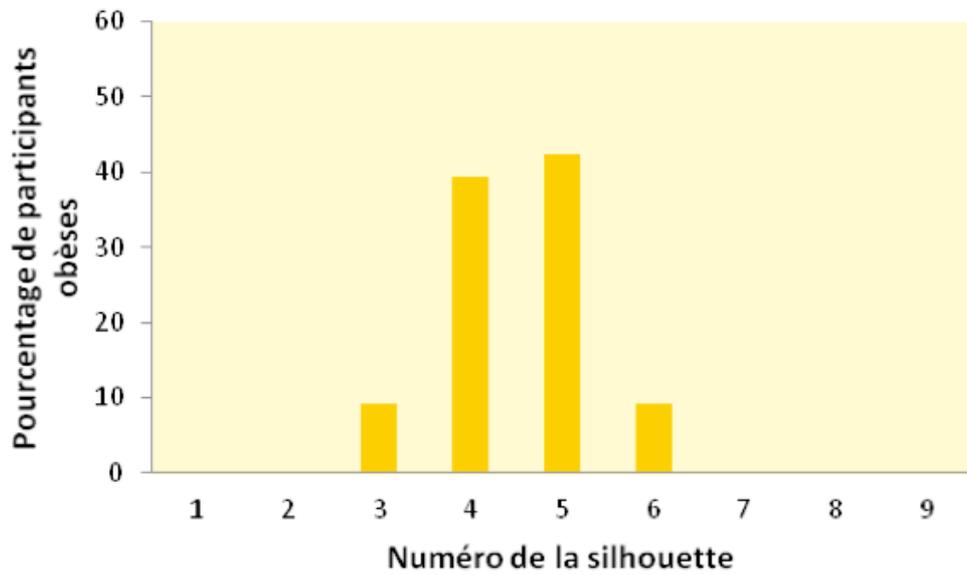


Figure3d: Distribution des personnes obèses selon leur choix de silhouette idéale.

Annexe K : Questionnaires liés à la stigmatisation relative au poids, à savoir le Stigmatizing Situations Inventory (SSI), les sources potentielles de stigmatisation, le Coping Responses Inventory (CRI) et les questions de vérification.

- Le SSI :

Partie A:

Ci-dessous se trouve une liste de situations que les gens rencontrent à cause de leur poids. Indiquez pour chacune d'elles dans quelle mesure ces situations vous arrivent. Pour chaque item, entourez le chiffre qui décrit au mieux à quel point vous rencontrez cette situation. Utilisez l'échelle suivante:

0	1	2	3
<i>Jamais</i>	<i>Une fois dans votre vie</i>	<i>Plus d'une fois dans votre vie</i>	<i>De multiples fois</i>

1. Un enfant qui vient vers vous et qui vous dit quelque chose du genre "Tu es gros(se) !"

0	1	2	3
<i>Jamais</i>	<i>Une fois dans votre vie</i>	<i>Plus d'une fois dans votre vie</i>	<i>De multiples fois</i>

2. Un docteur qui considère que vos problèmes physiques sont dus à votre poids alors que cela n'a rien à voir.

0	1	2	3
<i>Jamais</i>	<i>Une fois dans votre vie</i>	<i>Plus d'une fois dans votre vie</i>	<i>De multiples fois</i>

3. Un parent ou un autre proche qui insiste pour que vous perdiez du poids.

0	1	2	3
<i>Jamais</i>	<i>Une fois dans votre vie</i>	<i>Plus d'une fois dans votre vie</i>	<i>De multiples fois</i>

4. Un(e) époux(se)/compagnon(gne) qui vous traite de tous les noms à cause de votre poids.

0	1	2	3
<i>Jamais</i>	<i>Une fois dans votre vie</i>	<i>Plus d'une fois dans votre vie</i>	<i>De multiples fois</i>

5. Un(e) époux(se)/compagnon(gne) qui vous dit que vous seriez plus attirant(e) si vous perdiez du poids.

0	1	2	3
<i>Jamais</i>	<i>Une fois dans votre vie</i>	<i>Plus d'une fois dans votre vie</i>	<i>De multiples fois</i>

6. Vous adulte, un enfant se moque de vous.

0	1	2	3
<i>Jamais</i>	<i>Une fois dans votre vie</i>	<i>Plus d'une fois dans votre vie</i>	<i>De multiples fois</i>

7. Pendant votre enfance, avoir fait l'objet de railleries, de moqueries ou d'insultes de la part d'autres enfants.

0	1	2	3
<i>Jamais</i>	<i>Une fois dans votre vie</i>	<i>Plus d'une fois dans votre vie</i>	<i>De multiples fois</i>

8. Être foudroyé(e) du regard ou interpellé(e) par des passagers du bus parce que vous prenez "trop" de place.

0	1	2	3
<i>Jamais</i>	<i>Une fois dans votre vie</i>	<i>Plus d'une fois dans votre vie</i>	<i>De multiples fois</i>

9. Être frappé(e), battu(e) ou subir une agression physique à cause de votre poids.

0	1	2	3
<i>Jamais</i>	<i>Une fois dans votre vie</i>	<i>Plus d'une fois dans votre vie</i>	<i>De multiples fois</i>

10. Avoir des inconnus qui vous donnent des conseils sur votre façon de vous habiller.

0	1	2	3
<i>Jamais</i>	<i>Une fois dans votre vie</i>	<i>Plus d'une fois dans votre vie</i>	<i>De multiples fois</i>

11. Vous voir refuser une promotion, recevoir les missions ingrates ou subir d'autres formes de discrimination au travail.

0	1	2	3
<i>Jamais</i>	<i>Une fois dans votre vie</i>	<i>Plus d'une fois dans votre vie</i>	<i>De multiples fois</i>

12. Être harcelé(e) sexuellement (se faire interpellé, siffler, etc.) à cause de votre poids.

0	1	2	3
<i>Jamais</i>	<i>Une fois dans votre vie</i>	<i>Plus d'une fois dans votre vie</i>	<i>De multiples fois</i>

13. Pendant votre enfance, avoir été mis(e) à l'écart par un(e) enseignant(e), un(e) infirmier(e) scolaire à cause de votre corpulence.

0	1	2	3
<i>Jamais</i>	<i>Une fois dans votre vie</i>	<i>Plus d'une fois dans votre vie</i>	<i>De multiples fois</i>

14. Être regardé(e) fixement en public.

0	1	2	3
<i>Jamais</i>	<i>Une fois dans votre vie</i>	<i>Plus d'une fois dans votre vie</i>	<i>De multiples fois</i>

15. Être la seule personne corpulente ou la personne la plus corpulente lors d'une réunion de famille.

0	1	2	3
<i>Jamais</i>	<i>Une fois dans votre vie</i>	<i>Plus d'une fois dans votre vie</i>	<i>De multiples fois</i>

16. Un médecin qui vous dit que votre poids est un problème de santé, même quand vous êtes en bonne santé.

0	1	2	3
<i>Jamais</i>	<i>Une fois dans votre vie</i>	<i>Plus d'une fois dans votre vie</i>	<i>De multiples fois</i>

17. Vous entendre dire " Tout ce dont tu as (vous avez) besoin c'est d'un peu de volonté".

0	1	2	3
<i>Jamais</i>	<i>Une fois dans votre vie</i>	<i>Plus d'une fois dans votre vie</i>	<i>De multiples fois</i>

18. Ne pas arriver à obtenir un rendez-vous galant à cause de votre corpulence.

0	1	2	3
<i>Jamais</i>	<i>Une fois dans votre vie</i>	<i>Plus d'une fois dans votre vie</i>	<i>De multiples fois</i>

19. Avoir des enfants qui font à voix haute des commentaires sur votre poids à d'autres personnes.

0	1	2	3
<i>Jamais</i>	<i>Une fois dans votre vie</i>	<i>Plus d'une fois dans votre vie</i>	<i>De multiples fois</i>

20. Avoir des ami(e)s, des connaissances, des collègues de travail, etc., qui se moquent de votre physique.

0	1	2	3
<i>Jamais</i>	<i>Une fois dans votre vie</i>	<i>Plus d'une fois dans votre vie</i>	<i>De multiples fois</i>

21. Avoir des groupes de gens qui vous montrent du doigt et rigolent de vous en public.

0	1	2	3
<i>Jamais</i>	<i>Une fois dans votre vie</i>	<i>Plus d'une fois dans votre vie</i>	<i>De multiples fois</i>

22. Avoir un docteur qui vous fait des remarques cruelles, qui vous ridiculise ou vous insulte.

0	1	2	3
<i>Jamais</i>	<i>Une fois dans votre vie</i>	<i>Plus d'une fois dans votre vie</i>	<i>De multiples fois</i>

23. Avoir un docteur qui vous recommande de faire un régime même si vous n'étiez pas venu(e) le voir pour discuter d'une perte de poids.

0	1	2	3
<i>Jamais</i>	<i>Une fois dans votre vie</i>	<i>Plus d'une fois dans votre vie</i>	<i>De multiples fois</i>

24. Avoir un(e) conjoint(e) qui vous exploite, parce qu'il/elle suppose que vous êtes désespéré(e) et que vous vous laisserez faire.

0	1	2	3
<i>Jamais</i>	<i>Une fois dans votre vie</i>	<i>Plus d'une fois dans votre vie</i>	<i>De multiples fois</i>

25. Avoir un(e) conjoint(e) qui a honte d'admettre qu'il sort ou qu'il est marié avec vous.

0	1	2	3
<i>Jamais</i>	<i>Une fois dans votre vie</i>	<i>Plus d'une fois dans votre vie</i>	<i>De multiples fois</i>

26. Avoir des membres de votre famille que vous rendez mal à l'aise ou qui ont honte de vous.

0	1	2	3
<i>Jamais</i>	<i>Une fois dans votre vie</i>	<i>Plus d'une fois dans votre vie</i>	<i>De multiples fois</i>

27. Avoir des ami(e)s qui ne remarquent pas votre perte de poids ou qui n'encouragent pas vos efforts à perdre du poids.

0	1	2	3
<i>Jamais</i>	<i>Une fois dans votre vie</i>	<i>Plus d'une fois dans votre vie</i>	<i>De multiples fois</i>

28. Avoir des gens qui supposent que si vous êtes en surpoids c'est parce que vous mangez trop ou que vous vous empiffrez.

0	1	2	3
<i>Jamais</i>	<i>Une fois dans votre vie</i>	<i>Plus d'une fois dans votre vie</i>	<i>De multiples fois</i>

29. Avoir des gens qui supposent que vous êtes en surpoids parce que vous avez des problèmes émotionnels.

0	1	2	3
<i>Jamais</i>	<i>Une fois dans votre vie</i>	<i>Plus d'une fois dans votre vie</i>	<i>De multiples fois</i>

30. Avoir des inconnus qui vous conseillent des régimes.

0	1	2	3
<i>Jamais</i>	<i>Une fois dans votre vie</i>	<i>Plus d'une fois dans votre vie</i>	<i>De multiples fois</i>

31. Avoir des inconnus qui prennent des photographies de vous, comme si vous étiez un phénomène de foire.

0	1	2	3
<i>Jamais</i>	<i>Une fois dans votre vie</i>	<i>Plus d'une fois dans votre vie</i>	<i>De multiples fois</i>

32. Avoir vos enfants qui se moquent de vous ou vous insultent à cause de votre poids.

0	1	2	3
<i>Jamais</i>	<i>Une fois dans votre vie</i>	<i>Plus d'une fois dans votre vie</i>	<i>De multiples fois</i>

33. Dans le supermarché, avoir des gens qui critiquent ou font des commentaires à propos de vos choix alimentaires.

0	1	2	3
<i>Jamais</i>	<i>Une fois dans votre vie</i>	<i>Plus d'une fois dans votre vie</i>	<i>De multiples fois</i>

34. Perdre un emploi à cause de votre corpulence.

0	1	2	3
<i>Jamais</i>	<i>Une fois dans votre vie</i>	<i>Plus d'une fois dans votre vie</i>	<i>De multiples fois</i>

35. Ne pas être en mesure de trouver des vêtements à votre taille.

0	1	2	3
<i>Jamais</i>	<i>Une fois dans votre vie</i>	<i>Plus d'une fois dans votre vie</i>	<i>De multiples fois</i>

36. Ne pas être en mesure de trouver du matériel médical dans une taille adaptée à votre corpulence.

0	1	2	3
<i>Jamais</i>	<i>Une fois dans votre vie</i>	<i>Plus d'une fois dans votre vie</i>	<i>De multiples fois</i>

37. Ne pas être en mesure de trouver du matériel sportif à votre taille.

0	1	2	3
<i>Jamais</i>	<i>Une fois dans votre vie</i>	<i>Plus d'une fois dans votre vie</i>	<i>De multiples fois</i>

38. Ne pas être en mesure de vous asseoir sur des sièges de bus ou d'avion, de vous asseoir dans des petites voitures ou d'utiliser les ceintures de sécurité standard.

0	1	2	3
<i>Jamais</i>	<i>Une fois dans votre vie</i>	<i>Plus d'une fois dans votre vie</i>	<i>De multiples fois</i>

39. Ne pas être en mesure de vous asseoir sur les sièges des restaurants, des théâtres et sur les sièges d'autres endroits publics.

0	1	2	3
<i>Jamais</i>	<i>Une fois dans votre vie</i>	<i>Plus d'une fois dans votre vie</i>	<i>De multiples fois</i>

40. Ne pas arriver à passer à travers les tourniquets, les manèges de parc d'attractions, ou d'autres endroits non encore mentionnés.

0	1	2	3
<i>Jamais</i>	<i>Une fois dans votre vie</i>	<i>Plus d'une fois dans votre vie</i>	<i>De multiples fois</i>

41. Ne pas être embauché(e) à cause de votre poids, apparence ou corpulence.

0	1	2	3
<i>Jamais</i>	<i>Une fois dans votre vie</i>	<i>Plus d'une fois dans votre vie</i>	<i>De multiples fois</i>

42. Avoir les autres gens qui ont de faibles attentes à votre sujet à cause de votre poids.

0	1	2	3
<i>Jamais</i>	<i>Une fois dans votre vie</i>	<i>Plus d'une fois dans votre vie</i>	<i>De multiples fois</i>

43. Entendre d'autres personnes faire des remarques grossières à votre sujet en public.

0	1	2	3
<i>Jamais</i>	<i>Une fois dans votre vie</i>	<i>Plus d'une fois dans votre vie</i>	<i>De multiples fois</i>

44. Vous entendre dire par vos parents ou d'autres relations à quel point vous seriez séduisant(e), si vous perdiez du poids.

0	1	2	3
<i>Jamais</i>	<i>Une fois dans votre vie</i>	<i>Plus d'une fois dans votre vie</i>	<i>De multiples fois</i>

45. Avoir des gens qui vous disent que vous ne trouverez jamais de conjoint(e) si vous ne perdez pas de poids.

0	1	2	3
<i>Jamais</i>	<i>Une fois dans votre vie</i>	<i>Plus d'une fois dans votre vie</i>	<i>De multiples fois</i>

46. Voir des autocollants, des t-shirts, des publicités, etc., qui ridiculisent les gens gros.

0	1	2	3
<i>Jamais</i>	<i>Une fois dans votre vie</i>	<i>Plus d'une fois dans votre vie</i>	<i>De multiples fois</i>

47. Avoir des inconnus qui vous posent des questions indiscretes et personnelles sur votre poids.

0	1	2	3
<i>Jamais</i>	<i>Une fois dans votre vie</i>	<i>Plus d'une fois dans votre vie</i>	<i>De multiples fois</i>

48. Avoir des inconnus qui font des remarques désobligeantes à votre propos (ex: en disant que vous êtes dégoûtant(e) ou que vous ne méritez pas de vivre).

0	1	2	3
<i>Jamais</i>	<i>Une fois dans votre vie</i>	<i>Plus d'une fois dans votre vie</i>	<i>De multiples fois</i>

49. Quand vous mangez en public, vous entendre dire "tu/vous ne devrais/devriez vraiment pas manger cela".

0	1	2	3
<i>Jamais</i>	<i>Une fois dans votre vie</i>	<i>Plus d'une fois dans votre vie</i>	<i>De multiples fois</i>

50. Quand vous marchez dans la rue, avoir des personnes en voiture qui se moquent de vous ou vous crient des insultes au passage.

0	1	2	3
<i>Jamais</i>	<i>Une fois dans votre vie</i>	<i>Plus d'une fois dans votre vie</i>	<i>De multiples fois</i>

- Les sources potentielles de stigmatisation :

Parmi la liste ci-dessous, veuillez, s'il vous plaît, indiquer à quelle fréquence chacune de ces personnes a été à l'origine de stigmatisation ou de discrimination à votre égard en raison de votre poids. Pour ce faire veuillez placer une croix dans la colonne correspondant à votre choix (soit jamais, une fois dans votre vie, plus d'une fois dans votre vie ou de multiples fois).

	<i>Jamais</i>	<i>Une fois dans votre vie</i>	<i>Plus d'une fois dans votre vie</i>	<i>De multiples fois</i>
Médecins				
Membres de la famille				
Camarades de classe				
Vendeurs dans les magasins				
Mère				
Ami(e)s				
Collègues de travail				
Conjoint				
Serveur(se)s dans les restaurants				
Infirmières				
Membres de groupes ou associations dont vous faites partie				
Père				
Employés, responsables				
Sœur				
Diététiciens, nutritionnistes				
Frère				
Enseignants, professeurs				
Symbole de l'autorité dans notre société (ex: la police)				
Professionnels de la santé mentale				
Fils				
Fille				
Autres				

- Le CRI :

Partie B:

Voici quelques-unes des stratégies utilisées par les gens pour faire face à des situations négatives liées à leur poids. Par exemple, quelqu'un qui entend une insulte par rapport à son apparence peut se sentir mieux en insultant à son tour la personne. Veuillez, s'il vous plaît, utiliser l'échelle suivante pour indiquer dans quelle mesure vous avez déjà utilisé chacune des stratégies suivantes pour faire face au type de situations énumérées en partie A (si aucune des situations listées en partie A ne vous est jamais arrivée ne complétez pas cette section, merci):

0	1	2	3
<i>Jamais</i>	<i>Une fois dans votre vie</i>	<i>Plus d'une fois dans votre vie</i>	<i>De multiples fois</i>

1. J'agis poliment avec tout le monde, même avec les gens qui ne sont pas polis avec moi.

0	1	2	3
<i>Jamais</i>	<i>Une fois dans votre vie</i>	<i>Plus d'une fois dans votre vie</i>	<i>De multiples fois</i>

2. J'évite de sortir en public parce que j'ai peur que les gens fassent des commentaires à propos de ma corpulence.

0	1	2	3
<i>Jamais</i>	<i>Une fois dans votre vie</i>	<i>Plus d'une fois dans votre vie</i>	<i>De multiples fois</i>

3. J'évite de me regarder dans le miroir, comme ça je n'ai pas à penser à mon poids.

0	1	2	3
<i>Jamais</i>	<i>Une fois dans votre vie</i>	<i>Plus d'une fois dans votre vie</i>	<i>De multiples fois</i>

4. J'évite les lieux où j'aurais du mal à trouver une place pour m'asseoir à cause de ma corpulence.

0	1	2	3
<i>Jamais</i>	<i>Une fois dans votre vie</i>	<i>Plus d'une fois dans votre vie</i>	<i>De multiples fois</i>

5. Je combats les pensées négatives que j'ai à propos de moi-même.

0	1	2	3
<i>Jamais</i>	<i>Une fois dans votre vie</i>	<i>Plus d'une fois dans votre vie</i>	<i>De multiples fois</i>

6. Je change de docteur jusqu'à ce que je trouve celui qui sera le plus réceptif au sujet de mon poids.

0	1	2	3
<i>Jamais</i>	<i>Une fois dans votre vie</i>	<i>Plus d'une fois dans votre vie</i>	<i>De multiples fois</i>

7. Je pleure, puis je reprends le dessus.

0	1	2	3
<i>Jamais</i>	<i>Une fois dans votre vie</i>	<i>Plus d'une fois dans votre vie</i>	<i>De multiples fois</i>

8. Je divorce/me sépare des conjoint(e)s/compagnon(ne)s qui me critiquent sur ma corpulence.

0	1	2	3
<i>Jamais</i>	<i>Une fois dans votre vie</i>	<i>Plus d'une fois dans votre vie</i>	<i>De multiples fois</i>

9. Je fais de l'activité physique afin de me sentir plus à l'aise dans mon corps.

0	1	2	3
<i>Jamais</i>	<i>Une fois dans votre vie</i>	<i>Plus d'une fois dans votre vie</i>	<i>De multiples fois</i>

10. Je fais quelque chose qui me fait du bien afin de me sentir mieux.

0	1	2	3
<i>Jamais</i>	<i>Une fois dans votre vie</i>	<i>Plus d'une fois dans votre vie</i>	<i>De multiples fois</i>

11. Je me sens vraiment mal dans ma peau.

0	1	2	3
<i>Jamais</i>	<i>Une fois dans votre vie</i>	<i>Plus d'une fois dans votre vie</i>	<i>De multiples fois</i>

12. Je déprime et je m'isole.

0	1	2	3
<i>Jamais</i>	<i>Une fois dans votre vie</i>	<i>Plus d'une fois dans votre vie</i>	<i>De multiples fois</i>

13. Je me débarrasse de vêtements pour lesquels je suis devenu(e) trop large.

0	1	2	3
<i>Jamais</i>	<i>Une fois dans votre vie</i>	<i>Plus d'une fois dans votre vie</i>	<i>De multiples fois</i>

14. Je fais une thérapie pour m'aider à gérer ces situations.

0	1	2	3
<i>Jamais</i>	<i>Une fois dans votre vie</i>	<i>Plus d'une fois dans votre vie</i>	<i>De multiples fois</i>

15. Je raccroche au nez des personnes qui sont grossières au téléphone.

0	1	2	3
<i>Jamais</i>	<i>Une fois dans votre vie</i>	<i>Plus d'une fois dans votre vie</i>	<i>De multiples fois</i>

16. Je dis juste bonjour et je suis sympathique.

0	1	2	3
<i>Jamais</i>	<i>Une fois dans votre vie</i>	<i>Plus d'une fois dans votre vie</i>	<i>De multiples fois</i>

17. Je fais comprendre aux gens que je suis quelqu'un de bien qui ne mérite pas leurs remarques désobligeantes.

0	1	2	3
<i>Jamais</i>	<i>Une fois dans votre vie</i>	<i>Plus d'une fois dans votre vie</i>	<i>De multiples fois</i>

18. Je m'aime, même quand il semble que d'autres personnes ne m'aiment pas.

0	1	2	3
<i>Jamais</i>	<i>Une fois dans votre vie</i>	<i>Plus d'une fois dans votre vie</i>	<i>De multiples fois</i>

19. Je mets un point d'honneur à ne pas cacher ma corpulence.

0	1	2	3
<i>Jamais</i>	<i>Une fois dans votre vie</i>	<i>Plus d'une fois dans votre vie</i>	<i>De multiples fois</i>

20. Je dis poliment aux gens quand ils me blessent.

0	1	2	3
<i>Jamais</i>	<i>Une fois dans votre vie</i>	<i>Plus d'une fois dans votre vie</i>	<i>De multiples fois</i>

21. J'agis de manière à prouver aux gens que je suis tout aussi méritant(e) et capable qu'ils le sont.

0	1	2	3
<i>Jamais</i>	<i>Une fois dans votre vie</i>	<i>Plus d'une fois dans votre vie</i>	<i>De multiples fois</i>

22. Je fais passer mes besoins et moi-même avant les autres.

0	1	2	3
<i>Jamais</i>	<i>Une fois dans votre vie</i>	<i>Plus d'une fois dans votre vie</i>	<i>De multiples fois</i>

23. Je quitte les emplois dans lesquels je suis confronté(e) à de la stigmatisation ou de la discrimination.

0	1	2	3
<i>Jamais</i>	<i>Une fois dans votre vie</i>	<i>Plus d'une fois dans votre vie</i>	<i>De multiples fois</i>

24. Je refuse de restreindre mes activités juste parce que mon physique pourrait ne pas convenir ou parce que je pourrais attirer l'attention.

0	1	2	3
<i>Jamais</i>	<i>Une fois dans votre vie</i>	<i>Plus d'une fois dans votre vie</i>	<i>De multiples fois</i>

25. Je considère les gens qui ont des problèmes avec le surpoids comme mesquins et puérils.

0	1	2	3
<i>Jamais</i>	<i>Une fois dans votre vie</i>	<i>Plus d'une fois dans votre vie</i>	<i>De multiples fois</i>

26. Je me rappelle que je suis quelqu'un de bien et que les gens m'aiment comme je suis.

0	1	2	3
<i>Jamais</i>	<i>Une fois dans votre vie</i>	<i>Plus d'une fois dans votre vie</i>	<i>De multiples fois</i>

27. Je me rappelle que j'essaie de perdre du poids et que cela ira mieux à l'avenir.

0	1	2	3
<i>Jamais</i>	<i>Une fois dans votre vie</i>	<i>Plus d'une fois dans votre vie</i>	<i>De multiples fois</i>

28. Je pense " Je me moque de ce que les autres pensent de moi, ce qui importe c'est que moi je m'aime".

0	1	2	3
<i>Jamais</i>	<i>Une fois dans votre vie</i>	<i>Plus d'une fois dans votre vie</i>	<i>De multiples fois</i>

29. Je me rappelle que je n'ai rien fait de mal, que ce n'est pas de ma faute si j'ai cette corpulence.

0	1	2	3
<i>Jamais</i>	<i>Une fois dans votre vie</i>	<i>Plus d'une fois dans votre vie</i>	<i>De multiples fois</i>

30. Je rappelle à ces personnes que je suis un être humain.

0 1 2 3

Jamais Une fois dans votre vie Plus d'une fois dans votre vie De multiples fois

31. Je tente de les mettre mal à l'aise avec une phrase du genre " Vous avez un problème à me fixer comme ça ? "

0 1 2 3

Jamais Une fois dans votre vie Plus d'une fois dans votre vie De multiples fois

32. J'arrête de fréquenter les gens qui me rabaissent à cause de ma corpulence.

0 1 2 3

Jamais Une fois dans votre vie Plus d'une fois dans votre vie De multiples fois

33. J'insulte les gens ou je leur fais un doigt d'honneur.

0 1 2 3

Jamais Une fois dans votre vie Plus d'une fois dans votre vie De multiples fois

34. J'en parle à un psychologue ou un psychothérapeute.

0 1 2 3

Jamais Une fois dans votre vie Plus d'une fois dans votre vie De multiples fois

35. Je dis aux gens que ce n'est pas bien de me faire des remarques sur ma corpulence.

0 1 2 3

Jamais Une fois dans votre vie Plus d'une fois dans votre vie De multiples fois

36. Je réprimande l'autre personne.

0 1 2 3

Jamais Une fois dans votre vie Plus d'une fois dans votre vie De multiples fois

37. Je pense que la situation prouve que je ne suis vraiment pas séduisant(e).

0 1 2 3

Jamais Une fois dans votre vie Plus d'une fois dans votre vie De multiples fois

38. Je pense qu'aucune personne n'a le droit de me juger.

0	1	2	3
<i>Jamais</i>	<i>Une fois dans votre vie</i>	<i>Plus d'une fois dans votre vie</i>	<i>De multiples fois</i>

39. Je pense que jamais personne ne m'aimera à cause de mon poids.

0	1	2	3
<i>Jamais</i>	<i>Une fois dans votre vie</i>	<i>Plus d'une fois dans votre vie</i>	<i>De multiples fois</i>

40. Je pense que les autres gens ne sont vraiment pas sûrs d'eux pour avoir besoin de m'insulter.

0	1	2	3
<i>Jamais</i>	<i>Une fois dans votre vie</i>	<i>Plus d'une fois dans votre vie</i>	<i>De multiples fois</i>

41. Je me dis que c'est de ma faute si je suis gros(se).

0	1	2	3
<i>Jamais</i>	<i>Une fois dans votre vie</i>	<i>Plus d'une fois dans votre vie</i>	<i>De multiples fois</i>

42. Je me dis "C'est ce que je suis à l'intérieur qui compte".

0	1	2	3
<i>Jamais</i>	<i>Une fois dans votre vie</i>	<i>Plus d'une fois dans votre vie</i>	<i>De multiples fois</i>

43. Je m'offre de nouveaux habits qui me vont bien.

0	1	2	3
<i>Jamais</i>	<i>Une fois dans votre vie</i>	<i>Plus d'une fois dans votre vie</i>	<i>De multiples fois</i>

44. J'essaie de sympathiser avec les gens qui se moquent de moi.

0	1	2	3
<i>Jamais</i>	<i>Une fois dans votre vie</i>	<i>Plus d'une fois dans votre vie</i>	<i>De multiples fois</i>

45. J'essaie de penser à de bons moments qui me sont arrivés.

0	1	2	3
<i>Jamais</i>	<i>Une fois dans votre vie</i>	<i>Plus d'une fois dans votre vie</i>	<i>De multiples fois</i>

46. Je travaille à la maison ou hors de la vue du public afin d'éviter les gens qui pourraient me critiquer.

0	1	2	3
<i>Jamais</i>	<i>Une fois dans votre vie</i>	<i>Plus d'une fois dans votre vie</i>	<i>De multiples fois</i>

47. Je crie sur les gens qui essayent de m'humilier.

0	1	2	3
<i>Jamais</i>	<i>Une fois dans votre vie</i>	<i>Plus d'une fois dans votre vie</i>	<i>De multiples fois</i>

48. Si mon/ma conjoint(e) est en train de me critiquer, je lui demande "Alors, pourquoi tu ne me quittes pas ?".

0	1	2	3
<i>Jamais</i>	<i>Une fois dans votre vie</i>	<i>Plus d'une fois dans votre vie</i>	<i>De multiples fois</i>

49. Si des gens ne m'aiment pas à cause de ma corpulence, j'estime que ce sont eux qui y perdent, pas moi.

0	1	2	3
<i>Jamais</i>	<i>Une fois dans votre vie</i>	<i>Plus d'une fois dans votre vie</i>	<i>De multiples fois</i>

50. Si quelqu'un a un problème avec ma corpulence, je vois cela comme leur problème, pas le mien.

0	1	2	3
<i>Jamais</i>	<i>Une fois dans votre vie</i>	<i>Plus d'une fois dans votre vie</i>	<i>De multiples fois</i>

51. Si quelqu'un me regarde fixement, je le regarde fixement en retour.

0	1	2	3
<i>Jamais</i>	<i>Une fois dans votre vie</i>	<i>Plus d'une fois dans votre vie</i>	<i>De multiples fois</i>

52. Si quelqu'un essaie de me faire sentir inférieur(e), je me rappelle à moi-même que je ne mérite pas ça.

0	1	2	3
<i>Jamais</i>	<i>Une fois dans votre vie</i>	<i>Plus d'une fois dans votre vie</i>	<i>De multiples fois</i>

53. Je choque volontairement les gens en faisant des choses que les grosses personnes ne sont pas supposées faire.

0	1	2	3
<i>Jamais</i>	<i>Une fois dans votre vie</i>	<i>Plus d'une fois dans votre vie</i>	<i>De multiples fois</i>

54. Quand je me sens blessé(e) ou déprimé(e), je me dis que ça ne durera pas éternellement.

0	1	2	3
<i>Jamais</i>	<i>Une fois dans votre vie</i>	<i>Plus d'une fois dans votre vie</i>	<i>De multiples fois</i>

- Les questions de vérification :

Selon vous, dans quelle mesure les restrictions alimentaires sont-elles efficaces pour perdre du poids ? (Entourez le chiffre correspondant à votre opinion)

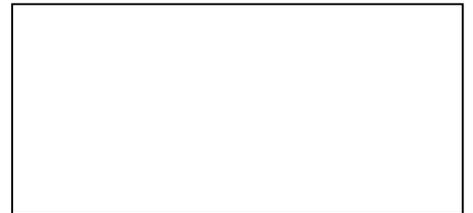
Pas du tout 1 2 3 4 5 6 7 8 *Extrêmement*

Selon vous, dans quelle mesure est-il efficace de pratiquer des activités physiques pour perdre du poids ? (Entourez le chiffre correspondant à votre opinion)

Pas du tout 1 2 3 4 5 6 7 8 *Extrêmement*

Annexe L : Les différentes échelles du livret complété par le patient dès son admission au service nutrition du CHU Gabriel Montpied.

- Page de présentation :



QUESTIONNAIRES

NOM :
PRENOM :

DATE :



Ces questionnaires ont pour but de nous aider et de vous aider à comprendre votre comportement alimentaire, votre moral, votre niveau d'activité physique, votre qualité de vie ainsi que votre risque de présenter un syndrome d'apnée du sommeil. Nous vous remercions de prendre le temps de les remplir et de nous les remettre en fin de séjour.

L'ensemble de l'équipe est à disposition pour toute question complémentaire.

- Dutch Eating Behaviour Questionnaire (DEBQ) :

QUESTIONNAIRE DEBQ

Dans les pages suivantes, il y a un certain nombre de questions qui concernent vos habitudes alimentaires. Lisez attentivement chaque question et entourez la réponse que vous considérez comme la meilleure. Vous ne devez donner qu'une seule réponse par question. Votre première impression est souvent la meilleure, ne vous attardez donc pas trop longtemps sur chaque question.

1//. Quand vous êtes irrité(e), avez-vous envie de manger ?

Jamais rarement parfois souvent très souvent je ne suis jamais irrité(e)

2. Si vous trouvez un plat savoureux, en mangez-vous plus que d'habitude ?

Jamais rarement parfois souvent très souvent

3//. Avez-vous envie de manger lorsque vous n'avez rien à faire ?

Jamais rarement parfois souvent très souvent j'ai toujours quelque chose à faire

4. Quand vous avez pris un peu de poids, mangez-vous moins que d'habitude ?

Jamais rarement parfois souvent très souvent je ne prends jamais de poids

5//. Avez-vous envie de manger lorsque vous êtes déprimé(e) ou découragé(e) ?

Jamais rarement parfois souvent très souvent je ne suis jamais déprimé(e) ou découragé(e)

6. Si un plat vous paraît appétissant par son odeur ou son aspect, en mangez-vous plus que d'habitude ?

Jamais rarement parfois souvent très souvent

7. Vous arrive t-il de refuser de la nourriture ou des boissons que l'on vous offre parce que vous voulez faire attention à votre poids ?

Jamais rarement parfois souvent très souvent

8//. Avez-vous envie de manger lorsque vous vous sentez seul(e) ?

Jamais rarement parfois souvent très souvent je ne me sens jamais seul(e)

9. Quand vous voyez ou vous sentez quelque chose d'appétissant, l'envie vous prend-elle de manger ?

Jamais rarement parfois souvent très souvent

10//. Quand vous vous sentez abandonné(e), avez-vous envie de manger ?

Jamais rarement parfois souvent très souvent je ne me sens jamais abandonné(e)

11. Aux repas, essayez-vous de manger moins que ce que vous auriez envie de manger ?

Jamais rarement parfois souvent très souvent

12. Si vous disposez de quelque chose d'appétissant, le mangez-vous immédiatement ?

Jamais rarement parfois souvent très souvent

13//. Quand vous êtes fâché(e), avez-vous envie de manger ?

Jamais rarement parfois souvent très souvent je ne me sens jamais fâché(e)

14. Surveillez-vous exactement ce que vous mangez ?

Jamais rarement parfois souvent très souvent

15. Lorsque vous passez devant une boulangerie, l'envie vous prend-elle d'acheter quelque chose d'appétissant ?

Jamais rarement parfois souvent très souvent

16//. Lorsque quelque chose de désagréable vous attend, avez-vous envie de manger ?

Jamais rarement parfois souvent très souvent

17. Mangez-vous volontairement des nourritures peu caloriques ?

Jamais rarement parfois souvent très souvent

18. Lorsque vous voyez d'autres personnes manger, l'envie vous prend-elle de manger également ?

Jamais rarement parfois souvent très souvent

19. Quand vous avez trop mangé, mangez-vous moins le lendemain que d'habitude ?

Jamais rarement parfois souvent très souvent je ne mange jamais trop

20//. Avez-vous envie de manger lorsque vous êtes inquiet(e), soucieux (se) ou tendu(e) ?

Jamais rarement parfois souvent très souvent je ne suis jamais inquiet(e) soucieux(se) ou tendu(e)

21*. Pouvez-vous résister à des nourritures délicieuses ?

Jamais rarement parfois souvent très souvent

22. Mangez-vous volontairement un peu moins pour ne pas grossir ?

Jamais rarement parfois souvent très souvent

23//. Quand quelque chose vous contrarie ou ne se déroule pas comme vous le souhaitez, avez-vous envie de manger ?

Jamais rarement parfois souvent très souvent

24. Si vous passez devant un snack-bar ou un café, avez-vous envie d'entrer prendre quelque chose de bon ?

Jamais rarement parfois souvent très souvent

25//. Lorsque vous êtes énervé(e), avez-vous envie de manger ?

Jamais rarement parfois souvent très souvent je ne suis jamais énervé(e)

26. Essayez-vous de ne pas manger entre les repas parce que vous surveillez votre poids ?

Jamais rarement parfois souvent très souvent

27. Mangez-vous plus que d'habitude en voyant d'autres gens manger ?

Jamais rarement parfois souvent très souvent

28//. Avez-vous envie de manger quand vous vous ennuyez ou quand vous ne tenez pas en place ?

Jamais rarement parfois souvent très souvent je ne m'ennuie jamais ou je suis toujours calme

29. Pendant la soirée, essayez-vous de ne pas manger parce que vous surveillez votre poids ?

Jamais rarement parfois souvent très souvent

30//. Quand vous êtes anxieux (se), avez-vous envie de manger ?

Jamais rarement parfois souvent très souvent je ne suis jamais anxieux (se)

31. Lorsque vous mangez, tenez-vous compte de votre poids ?

Jamais rarement parfois souvent très souvent

32//. Lorsque vous êtes déçu(e), avez-vous envie de manger ?

Jamais rarement parfois souvent très souvent je ne suis jamais déçu(e)

33. Quand vous préparez un repas, avez-vous tendance à manger quelque chose ?

Jamais rarement parfois souvent très souvent

SCORE DE RESTRICTION (item) =

NEGATIF  POSITIF ≥ 30/50



SCORE D'EMOTIVITE (item//) =

 NEGATIF 

POSITIF ≥ 39/65

SCORE D'EXTERNALITE (item dont * inversé) =

 NEGATIF 

POSITIF ≥ 30/50

Nb pour coter : jamais=1, rarement=2, parfois=3, souvent=4, très souvent=5, autre=0

Sauf question n°21 * inversée : jamais=5, rarement=4, parfois=3, souvent=2, très souvent=1

- Beck Depression Inventory (BDI-II) :

QUESTIONNAIRE DE BECK BDI II

Ce questionnaire comporte 21 groupes d'énoncés. Veuillez lire avec soin chacun de ces groupes puis, dans chaque groupe, choisissez l'énoncé qui décrit le mieux comment vous vous êtes senti(e) au cours des deux dernières semaines, incluant aujourd'hui. Encerclez alors le chiffre placé devant l'énoncé que vous avez choisi. Si, dans un groupe d'énoncés, vous en trouvez plusieurs qui semblent décrire également bien ce que vous ressentez, choisissez celui qui a le chiffre le plus élevé et encerclez ce chiffre. Assurez-vous bien de ne choisir qu'un seul énoncé dans chaque groupe.

Tristesse

- 0 Je ne me sens pas triste.
- 1 Je me sens très souvent triste.
- 2 Je suis tout le temps triste.
- 3 Je suis si triste ou malheureuse, que ce n'est pas supportable.

Pessimisme

- 0 Je ne suis pas découragé(e) face à mon avenir.
- 1 Je me sens plus découragé(e) qu'avant face à mon avenir.
- 2 Je ne m'attends pas à ce que les choses s'arrangent pour moi.
- 3 J'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qu'il ne peut qu'empirer.

Echecs dans le passé

- 0 Je n'ai pas le sentiment d'avoir échoué dans la vie, d'être un(e) raté(e).
- 1 J'ai échoué plus souvent que je n'aurais dû.
- 2 Quand je pense à mon passé, je constate un grand nombre d'échecs.
- 3 J'ai le sentiment d'avoir complètement raté ma vie.

Perte de plaisir

- 0 J'éprouve autant de plaisir qu'avant aux choses qui me plaisent.
- 1 Je n'éprouve pas autant de plaisir aux choses qu'avant.
- 2 J'éprouve très peu de plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.
- 3 Je n'éprouve aucun plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.

Sentiments de culpabilité

- 0 Je ne me sens pas particulièrement coupable.
- 1 Je me sens coupable pour bien des choses que j'ai faites ou que j'aurais dû faire.
- 2 Je me sens coupable la plupart du temps.
- 3 Je me sens tout le temps coupable.

Sentiment d'être punie.

- 0 Je n'ai pas le sentiment d'être puni(e).
- 1 Je sens que je pourrais être puni(e).
- 2 Je m'attends à être puni(e).
- 3 J'ai le sentiment d'être puni(e).

Sentiments négatifs envers soi-même

- 0 Mes sentiments envers moi-même n'ont pas changé.
- 1 J'ai perdu confiance en moi.
- 2 Je suis déçu(e) par moi-même.
- 3 Je ne m'aime pas du tout.

Attitude critique envers soi

- 0 Je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que d'habitude.
- 1 Je suis plus critique envers moi-même que je ne l'étais.
- 2 Je me reproche tous mes défauts.
- 3 Je me reproche tous les malheurs qui arrivent.

Pensées ou désirs de suicide

- 0 Je ne pense pas du tout à me suicider.
- 1 Il m'arrive de penser à me suicider, mais je ne le ferais pas.
- 2 J'aimerais me suicider.
- 3 Je me suiciderais si l'occasion se présentait.

Pleurs

- 0 Je ne pleure pas plus qu'avant.
- 1 Je pleure plus qu'avant.
- 2 Je pleure pour la moindre petite chose.
- 3 Je voudrais pleurer mais je n'en suis pas capable.

Agitation

- 0 Je ne suis pas plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.
- 1 Je me sens plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.
- 2 Je suis agité(e) ou tendu(e) que j'ai du mal à rester tranquille.
- 3 Je suis si agité(e) ou tendu(e) que je dois continuellement bouger ou faire quelque chose.

Perte d'intérêt

- 0 Je n'ai pas perdu d'intérêt pour les gens ou pour les activités.
- 1 Je m'intéresse moins qu'avant aux gens et aux choses.
- 2 Je ne m'intéresse presque plus aux gens et aux choses.
- 3 J'ai du mal à m'intéresser à quoi que ce soit.

Indécision

- 0 Je prends des décisions toujours aussi bien qu'avant.
- 1 Il m'est plus difficile que d'habitude de prendre des décisions.
- 2 J'ai beaucoup plus de mal qu'avant à prendre des décisions.
- 3 J'ai du mal à prendre n'importe quelle décision.

Dévalorisation

- 0 Je pense être quelqu'un de valable.
- 1 Je ne crois pas avoir autant de valeur ni être aussi utile qu'avant.
- 2 Je me sens moins valable que les autres.
- 3 Je sens que je ne vauds absolument rien.

Perte d'énergie

- 0 J'ai toujours autant d'énergie qu'avant.
- 1 J'ai moins d'énergie qu'avant.
- 2 Je n'ai pas assez d'énergie pour pouvoir faire grand-chose.
- 3 J'ai trop peu d'énergie pour faire quoi que ce soit.

Modification dans les habitudes de sommeil

- 0 Mes habitudes de sommeil n'ont pas changé.
- 1a Je dors plus que d'habitude.
- 1b Je dors un peu moins que d'habitude.
- 2a Je dors beaucoup plus que d'habitude.
- 2b Je dors beaucoup moins que d'habitude.
- 3a Je dors presque toute la journée.
- 3b Je me réveille une ou deux heures plus tôt et je suis incapable de me rendormir.

Irritabilité

- 0 Je ne suis pas plus irritable que d'habitude.
- 1 Je suis plus irritable que d'habitude.
- 2 Je suis beaucoup plus irritable que d'habitude.
- 3 Je suis constamment irritable.

Modification de l'appétit

- 0 Mon appétit n'a pas changé.
- 1a J'ai un peu moins d'appétit que d'habitude.
- 1b J'ai un peu plus d'appétit que d'habitude.
- 2a J'ai beaucoup moins d'appétit que d'habitude.
- 2b J'ai beaucoup plus d'appétit que d'habitude.
- 3a Je n'ai pas d'appétit du tout.
- 3b J'ai constamment envie de manger.

Difficulté à se concentrer

- 0 Je parviens à me concentrer toujours aussi bien qu'avant.
- 1 Je ne parviens pas à me concentrer aussi bien que d'habitude.
- 2 J'ai du mal à me concentrer sur quoi que ce soit.
- 3 Je me trouve incapable de me concentrer sur quoi que ce soit.

Fatigue

- 0 Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude.
- 1 Je me fatigue plus facilement que d'habitude.
- 2 Je suis trop fatigué(e) pour faire un grand nombre de choses que je faisais avant.
- 3 Je trop fatigué(e) pour faire la plupart des choses que je faisais avant.

Perte d'intérêt pour le sexe

- 0 Je n'ai pas noté de changement récent dans mon intérêt pour le sexe.
- 1 Le sexe m'intéresse moins qu'avant.
- 2 Le sexe m'intéresse beaucoup moins maintenant.
- 3 J'ai perdu tout intérêt pour le sexe.

SCORE DE DEPRESSION = 🍏 LEGERE (12-19) 🍏 MODEREE (20-27)
🍏 SEVERE (28-

- Test actif-inactif de Ricci et Gagnon :

QUESTIONNAIRE DE RICCI ET GAGNON

Pour chaque question, cochez la case vous correspondant le mieux (une seule réponse par question).

(A) COMPORTEMENTS SEDENTAIRES	1	2	3	4	5	SCORES
Combien de temps passez-vous en position assise par jour (loisirs, télé, ordinateur, travail...)?	Plus de 5 h ☐	4 à 5 h ☐	3 à 4 h ☐	2 à 3 h ☐	Moins de 2 h ☐	
TOTAL (A)						
(B) ACTIVITES PHYSIQUES DE LOISIR (DONT SPORTS)	1	2	3	4	5	SCORES
Pratiquez-vous régulièrement une ou des activités physiques ?	Non ☐				Oui ☐	
A quelle fréquence pratiquez-vous l'ensemble de ces activités ?	1 à 2 fois par mois ☐	1 fois par semaine ☐	2 fois par semaine ☐	3 fois par semaine ☐	4 fois par semaine ☐	
Combien de minutes consacrez-vous en moyenne à chaque séance d'activité physique?	Moins de 15 min ☐	16 à 30 min ☐	31 à 45 min ☐	46 à 60 min ☐	Plus de 60 min ☐	
Habituellement, comment percevez-vous votre effort ? Le chiffre 1 représente un effort très facile, et le 5 un effort difficile.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	
TOTAL (B)						
(C) ACTIVITES PHYSIQUES QUOTIDIENNES	1	2	3	4	5	SCORES
Quelle intensité d'activité physique votre travail requiert-il ?	Légère ☐	Modérée ☐	Moyenne ☐	Intense ☐	Très intense ☐	
En dehors de votre travail régulier, combien d'heures consacrez-vous par semaine aux travaux légers : bricolage, jardinage, ménage... ?	Moins de 2 h ☐	3 à 4 h ☐	5 à 6 h ☐	7 à 9 h ☐	Plus de 10 h ☐	
Combien de minutes par jour consacrez-vous à la marche ?	Moins de 15 min ☐	16 à 30 min ☐	31 à 45 min ☐	46 à 60 min ☐	Plus de 60 min ☐	
Combien d'étages, en moyenne, montez-vous à pied chaque jour ?	Moins de 2 ☐	3 à 5 ☐	6 à 10 ☐	11 à 15 ☐	Plus de 16 ☐	
TOTAL (C)						
TOTAL (A)+(B)+(C)						

<p style="font-size: 1.2em; margin: 0;">SCORE D'ACTIVITE PHYSIQUE =</p> <p style="margin: 0;">(<18) ☐ ACTIF (18-35) ☐ TRES ACTIF (>35) ☐ INACTIF</p>

...sont ceux qui peuvent perturber les retombées de votre problème de poids, tels que les douleurs articulaires, les problèmes de sommeil, les problèmes de digestion, etc. Ces informations nous permettront de mieux savoir comment vous vous sentez dans votre vie de tous les jours. Veuillez répondre à toutes les questions en entourant la réponse choisie (une seule réponse par ligne). Si vous ne savez pas très bien comment répondre, choisissez la réponse la plus proche de votre situation.

- Echelle Qualité de Vie Obésité Diététique (EQVOD) :

QUESTIONNAIRE EQVOD

Comment répondre ?

Impact physique A cause de mon poids...	0	1	2	3	4
J'ai du mal à respirer au moindre effort.	<i>Tout le temps</i>	<i>Souvent</i>	<i>Parfois</i>	<i>Rarement</i>	<i>Jamais</i>
J'ai les chevilles et les jambes gonflées en fin de journée.	<i>Tout le temps</i>	<i>Souvent</i>	<i>Parfois</i>	<i>Rarement</i>	<i>Jamais</i>
J'ai mal dans la poitrine quand je fais un effort.	<i>Tout le temps</i>	<i>Souvent</i>	<i>Parfois</i>	<i>Rarement</i>	<i>Jamais</i>
J'ai des problèmes d'articulations raides ou douloureuses.	<i>Tout le temps</i>	<i>Souvent</i>	<i>Parfois</i>	<i>Rarement</i>	<i>Jamais</i>
J'ai du mal à mener à bien ou à faire face à mes responsabilités.	<i>Tout le temps</i>	<i>Souvent</i>	<i>Parfois</i>	<i>Rarement</i>	<i>Jamais</i>
Ma forme physique est mauvaise.	<i>Tout le temps</i>	<i>Souvent</i>	<i>Parfois</i>	<i>Rarement</i>	<i>Jamais</i>
J'ai mal au dos.	<i>Tout le temps</i>	<i>Souvent</i>	<i>Parfois</i>	<i>Rarement</i>	<i>Jamais</i>
J'ai du mal à m'habiller ou à me déshabiller.	<i>Tout le temps</i>	<i>Souvent</i>	<i>Parfois</i>	<i>Rarement</i>	<i>Jamais</i>
J'ai du mal à lacer mes chaussures.	<i>Tout le temps</i>	<i>Souvent</i>	<i>Parfois</i>	<i>Rarement</i>	<i>Jamais</i>
J'ai du mal à prendre les escaliers.	<i>Tout le temps</i>	<i>Souvent</i>	<i>Parfois</i>	<i>Rarement</i>	<i>Jamais</i>
Je suis moins efficace que je pourrais l'être.	<i>Tout le temps</i>	<i>Souvent</i>	<i>Parfois</i>	<i>Rarement</i>	<i>Jamais</i>
TOTAL IMPACT PHYSIQUE					

Impact psycho-social A cause de mon poids...	0	1	2	3	4
Je m'isole ou me renferme sur moi-même.	<i>Tout le temps</i>	<i>Souvent</i>	<i>Parfois</i>	<i>Rarement</i>	<i>Jamais</i>
J'ai peur de me présenter à des entretiens pour un emploi.	<i>Tout le temps</i>	<i>Souvent</i>	<i>Parfois</i>	<i>Rarement</i>	<i>Jamais</i>
Je trouve difficile de m'amuser.	<i>Tout le temps</i>	<i>Souvent</i>	<i>Parfois</i>	<i>Rarement</i>	<i>Jamais</i>
Je me sens déprimé(e), mon moral n'est pas bon.	<i>Tout le temps</i>	<i>Souvent</i>	<i>Parfois</i>	<i>Rarement</i>	<i>Jamais</i>
Je manque de volonté.	<i>Tout le temps</i>	<i>Souvent</i>	<i>Parfois</i>	<i>Rarement</i>	<i>Jamais</i>
Les gens me considèrent comme quelqu'un de « bien gentil » mais de pas très futé.	<i>Tout le temps</i>	<i>Souvent</i>	<i>Parfois</i>	<i>Rarement</i>	<i>Jamais</i>
J'ai honte de mon poids.	<i>Tout le temps</i>	<i>Souvent</i>	<i>Parfois</i>	<i>Rarement</i>	<i>Jamais</i>
Je me sens inférieur(e) aux autres.	<i>Tout le temps</i>	<i>Souvent</i>	<i>Parfois</i>	<i>Rarement</i>	<i>Jamais</i>
Je me sens coupable lorsque les gens me voient manger.	<i>Tout le temps</i>	<i>Souvent</i>	<i>Parfois</i>	<i>Rarement</i>	<i>Jamais</i>
Je ne veux pas que l'on me voie nu(e).	<i>Tout le temps</i>	<i>Souvent</i>	<i>Parfois</i>	<i>Rarement</i>	<i>Jamais</i>
J'ai du mal à trouver des vêtements qui m'ailent.	<i>Tout le temps</i>	<i>Souvent</i>	<i>Parfois</i>	<i>Rarement</i>	<i>Jamais</i>
TOTAL IMPACT PSYCHO-SOCIAL					

Impact sur la vie sexuelle (à remplir si vous le souhaitez) A cause de mon poids...	0	1	2	3	4
J'éprouve peu ou même aucun désir sexuel.	<i>Tout le temps</i>	<i>Souvent</i>	<i>Parfois</i>	<i>Rarement</i>	<i>Jamais</i>
J'ai des difficultés physiques dans les rapports sexuels.	<i>Tout le temps</i>	<i>Souvent</i>	<i>Parfois</i>	<i>Rarement</i>	<i>Jamais</i>
J'évite les relations sexuelles chaque fois que c'est possible.	<i>Tout le temps</i>	<i>Souvent</i>	<i>Parfois</i>	<i>Rarement</i>	<i>Jamais</i>
Les activités sexuelles ne me procurent aucun plaisir.	<i>Tout le temps</i>	<i>Souvent</i>	<i>Parfois</i>	<i>Rarement</i>	<i>Jamais</i>
TOTAL IMPACT SUR LA VIE SEXUELLE					

Bien-être alimentaire A cause de mon poids...	0	1	2	3	4
J'aime manger.	<i>Tout le temps</i>	<i>Souvent</i>	<i>Parfois</i>	<i>Rarement</i>	<i>Jamais</i>
Après avoir mangé, j'éprouve un sentiment de satisfaction.	<i>Tout le temps</i>	<i>Souvent</i>	<i>Parfois</i>	<i>Rarement</i>	<i>Jamais</i>
La nourriture m'apporte bien-être et plaisir.	<i>Tout le temps</i>	<i>Souvent</i>	<i>Parfois</i>	<i>Rarement</i>	<i>Jamais</i>
Je me réjouis à l'idée de manger.	<i>Tout le temps</i>	<i>Souvent</i>	<i>Parfois</i>	<i>Rarement</i>	<i>Jamais</i>
J'aime penser à la nourriture.	<i>Tout le temps</i>	<i>Souvent</i>	<i>Parfois</i>	<i>Rarement</i>	<i>Jamais</i>
TOTAL BIEN-ETRE ALIMENTAIRE					

Vécu du régime / Diététique A cause de mon poids...	0	1	2	3	4
Régime signifie pour moi privation et frustration.	<i>Tout le temps</i>	<i>Souvent</i>	<i>Parfois</i>	<i>Rarement</i>	<i>Jamais</i>
Les régimes m'empêchent de manger ce que je veux lors des repas en famille et/ou avec des amis.	<i>Tout le temps</i>	<i>Souvent</i>	<i>Parfois</i>	<i>Rarement</i>	<i>Jamais</i>
Les régimes me fatiguent et me donnent mauvaise mine.	<i>Tout le temps</i>	<i>Souvent</i>	<i>Parfois</i>	<i>Rarement</i>	<i>Jamais</i>
Je me sens coupable chaque fois que je mange des aliments déconseillés.	<i>Tout le temps</i>	<i>Souvent</i>	<i>Parfois</i>	<i>Rarement</i>	<i>Jamais</i>
Les régimes me rendent agressif(ve).	<i>Tout le temps</i>	<i>Souvent</i>	<i>Parfois</i>	<i>Rarement</i>	<i>Jamais</i>
TOTAL VECU DU REGIME					

SCORES ECHELLE DE QUALITE DE VIE OBESITE DIETETIQUE

Les scores varient de 0% à 100%. Un score élevé indique une bonne qualité de vie perçue en relation avec l'obésité. Sauf pour la dimension bien-être alimentaire : le résultat optimal est autour de 50% (0 à 25% : trop d'attrance pour l'alimentation, 75% à 100% : trop de dégoût pour l'alimentation).

QUALITE DE VIE PHYSIQUE = $x \ 100 / 44 = \%$ (optimal 100%)

QUALITE DE VIE PSYCHO-SOCIALE = $x \ 100 / 44 = \%$ (optimal 100%)

QUALITE DE VIE SEXUELLE = $x \ 100 / 16 = \%$ (optimal 100%)

BIEN-ETRE ALIMENTAIRE = $x \ 100 / 20 = \%$ (optimal 25% à 75%)

VECU DU REGIME / DIETETIQUE = $x \ 100 / 20 = \%$ (optimal 100%)

▪ Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) :

Désaccord		Ni accord/ni désaccord	Accord	
Complet 1	relatif 2	3	relatif 4	complet 5
1.	Souvent, je ne vois pas très clair dans mes sentiments.			1 2 3 4 5
2.	J'ai du mal à trouver les mots qui correspondent bien à mes sentiments.			1 2 3 4 5
3.	J'éprouve des sensations physiques que les médecins eux-mêmes ne comprennent pas.			1 2 3 4 5
4.	J'arrive facilement à décrire mes sentiments.			1 2 3 4 5
5.	Je préfère analyser les problèmes plutôt que de me contenter de les décrire.			1 2 3 4 5
6.	Quand je suis bouleversé(e), je ne sais pas si je suis triste, effrayé(e) ou en colère.			1 2 3 4 5
7.	Je suis souvent intrigué(e) par des sensations au niveau de mon corps.			1 2 3 4 5
8.	Je préfère simplement laisser les choses se produire plutôt que de comprendre pourquoi elles ont pris ce tour.			1 2 3 4 5
9.	J'ai des sentiments que je ne suis guère capable d'identifier.			1 2 3 4 5
10.	Être conscient(e) de ses émotions est essentiel.			1 2 3 4 5
11.	Je trouve difficile de décrire mes sentiments sur les gens.			1 2 3 4 5
12.	On me dit de décrire davantage ce que je ressens.			1 2 3 4 5
13.	Je ne sais pas ce qui se passe à l'intérieur de moi.			1 2 3 4 5
14.	Bien souvent, je ne sais pas pourquoi je suis en colère.			1 2 3 4 5
15.	Je préfère parler aux gens de leurs activités quotidiennes plutôt que de leurs sentiments.			1 2 3 4 5
16.	Je préfère regarder des émissions de variétés plutôt que des dramatiques.			1 2 3 4 5
17.	Il m'est difficile de révéler mes sentiments intimes même à mes amis très proches.			1 2 3 4 5
18.	Je peux me sentir proche de quelqu'un pendant les moments de silence.			1 2 3 4 5
19.	Je trouve utile d'analyser mes sentiments pour résoudre mes problèmes personnels.			1 2 3 4 5
20.	Rechercher le sens caché des films ou des pièces de théâtre perturbe le plaisir qu'ils procurent.			1 2 3 4 5

- Echelle d'Urgence, Préméditation, Persévérance et Sensation (UPPS) :

UPPS

Code : _____

Vous trouverez ci-dessous un certain nombre d'énoncés décrivant des manières de se comporter ou de penser. Pour chaque affirmation, veuillez indiquer à quel degré vous êtes d'accord ou non avec l'énoncé. Si vous êtes **Tout à fait d'accord** avec l'affirmation encerclez le chiffre **1**, si vous êtes **Plutôt d'accord** encerclez le chiffre **2**, si vous êtes **Plutôt en désaccord** encerclez le chiffre **3**, et si vous êtes **Tout à fait en désaccord** encerclez le chiffre **4**. Assurez-vous que vous avez indiqué votre accord ou désaccord pour chaque énoncé ci-dessous. Il y a encore d'autres énoncés sur la page suivante.

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	Tout à fait en désaccord
1. J'ai une attitude réservée et prudente dans la vie.	1	2	3	4
2. J'ai des difficultés à contrôler mes impulsions.	1	2	3	4
3. Je recherche généralement des expériences et sensations nouvelles et excitantes.	1	2	3	4
4. Je préfère généralement mener les choses jusqu'au bout.	1	2	3	4
5. Ma manière de penser est d'habitude réfléchi et méticuleuse.	1	2	3	4
6. J'ai des difficultés à résister à mes envies (pour la nourriture, les cigarettes, etc.).	1	2	3	4
7. J'essayerais tout.	1	2	3	4
8. J'ai tendance à abandonner facilement.	1	2	3	4
9. Je ne suis pas de ces gens qui parlent sans réfléchir.	1	2	3	4
10. Je m'implique souvent dans des situations dont j'aimerais pouvoir me sortir par la suite.	1	2	3	4
11. J'aime les sports et les jeux dans lesquels on doit choisir son prochain mouvement très rapidement.	1	2	3	4
12. Je n'aime vraiment pas les tâches inachevées.	1	2	3	4
13. Je préfère m'interrompre et réfléchir avant d'agir.	1	2	3	4
14. Quand je ne me sens pas bien, je fais souvent des choses que je regrette ensuite, afin de me sentir mieux tout de suite.	1	2	3	4
15. Ça me plairait de faire du ski nautique.	1	2	3	4
16. Une fois que je commence quelque chose je déteste m'interrompre.	1	2	3	4
17. Je n'aime pas commencer un projet avant de savoir exactement comment procéder.	1	2	3	4
18. Parfois quand je ne me sens pas bien, je ne parviens pas à arrêter ce que je suis en train de faire même si cela me fait me sentir plus mal.	1	2	3	4
19. J'éprouve du plaisir à prendre des risques.	1	2	3	4
20. Je me concentre facilement.	1	2	3	4
21. J'aimerais faire du saut en parachute.	1	2	3	4
22. J'achève ce que je commence.	1	2	3	4

23. J'ai tendance à valoriser et à suivre une approche rationnelle et « sensée » des choses.	1	2	3	4
24. Quand je suis contrarié(e), j'agis souvent sans réfléchir.	1	2	3	4
25. Je me réjouis des expériences et sensations nouvelles même si elles sont un peu effrayantes et non-conformistes.	1	2	3	4
26. Je m'organise de façon à ce que les choses soient faites à temps.	1	2	3	4
27. D'habitude je me décide après un raisonnement bien mûri.	1	2	3	4
28. Quand je me sens rejeté(e), je dis souvent des choses que je regrette ensuite.	1	2	3	4
29. J'aimerais apprendre à conduire un avion.	1	2	3	4
30. Je suis une personne productive qui termine toujours son travail.	1	2	3	4
31. Je suis une personne prudente.	1	2	3	4
32. C'est difficile pour moi de me retenir d'agir selon mes sentiments.	1	2	3	4
33. J'aime parfois faire des choses qui sont un petit peu effrayantes.	1	2	3	4
34. Une fois que je commence un projet, je le termine presque toujours.	1	2	3	4
35. Avant de m'impliquer dans une nouvelle situation, je préfère savoir ce que je dois en attendre.	1	2	3	4
36. J'aggrave souvent les choses parce que j'agis sans réfléchir quand je suis contrarié(e).	1	2	3	4
37. J'aimerais la sensation de skier très vite sur des pentes raides.	1	2	3	4
38. Il y a tant de petites tâches qui doivent être faites que parfois je les ignore simplement toutes.	1	2	3	4
39. D'habitude je réfléchis soigneusement avant de faire quoi que ce soit.	1	2	3	4
40. Avant de me décider, je considère tous les avantages et inconvénients.	1	2	3	4
41. Quand la discussion s'échauffe, je dis souvent des choses que je regrette ensuite.	1	2	3	4
42. J'aimerais aller faire de la plongée sous-marine.	1	2	3	4
43. Je suis toujours capable de maîtriser mes émotions.	1	2	3	4
44. J'aimerais conduire vite.	1	2	3	4
45. Parfois je fais des choses sur un coup de tête que je regrette par la suite.	1	2	3	4

- Auto-questionnaire de mesure d'état de santé, Rand SF36 :

QUESTIONNAIRE GENERALISTE SF36 (QUALITE DE VIE)

1.- En général, diriez-vous que votre santé est : (cocher ce que vous ressentez)

Excellente __ Très bonne __ Bonne __ Satisfaisante __ Mauvaise __

2.- Par comparaison avec il y a un an, que diriez-vous sur votre santé aujourd'hui ?

Bien meilleure qu'il y a un an __ Un peu meilleure qu'il y a un an __
 A peu près comme il y a un an __ Un peu moins bonne qu'il y a un an __
 Pire qu'il y a un an __

3.- vous pourriez vous livrer aux activités suivantes le même jour. Est-ce que votre état de santé vous impose des limites dans ces activités ? Si oui, dans quelle mesure ? (entourez la flèche).

a. Activités intenses : courir, soulever des objets lourds, faire du sport.

_____ ↓ _____ ↓ _____ ↓
 Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

b. Activités modérées : déplacer une table, passer l'aspirateur.

_____ ↓ _____ ↓ _____ ↓
 Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

c. Soulever et transporter les achats d'alimentation.

_____ ↓ _____ ↓ _____ ↓
 Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

d. Monter plusieurs étages à la suite.

_____ ↓ _____ ↓ _____ ↓
 Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

e. Monter un seul étage.

_____ ↓ _____ ↓ _____ ↓
 Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

f. Vous agenouiller, vous accroupir ou vous pencher très bas.

_____ ↓ _____ ↓ _____ ↓
 Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

g. Marcher plus d'un kilomètre et demi.

_____ ↓ _____ ↓ _____ ↓
 Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

h. Marcher plus de 500 mètres

_____ ↓ _____ ↓ _____ ↓
 Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

i. Marcher seulement 100 mètres.

_____ ↓ _____ ↓ _____ ↓
 Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

j. Prendre un bain, une douche ou vous habiller.

_____ ↓ _____ ↓ _____ ↓
 Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

4.- Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous eu l'une des difficultés suivantes au travail ou lors des activités courantes, du fait de votre santé ? (réponse : oui ou non à chaque ligne)

	oui	non
Limiter le temps passé au travail, ou à d'autres activités ?		
Faire moins de choses que vous ne l'espérez ?		
Trouver des limites au type de travail ou d'activités possibles ?		
Arriver à tout faire, mais au prix d'un effort		

5.- Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous eu des difficultés suivantes au travail ou lors des activités courantes parce que vous étiez déprimé ou anxieux ? (réponse : oui ou non à chaque ligne).

	oui	non
Limiter le temps passé au travail, ou à d'autres activités ?		
Faire moins de choses que vous n'espérez ?		
Ces activités n'ont pas été accomplies aussi soigneusement que d'habitude ?		

6.- Au cours des 4 dernières semaines, dans quelle mesure est-ce que votre état physique ou mental ont perturbé vos relations avec la famille, les amis, les voisins ou d'autres groupes ?

Pas du tout très peu assez fortement énormément

7.- Avez-vous enduré des souffrances physiques au cours des 4 dernières semaines ?

Pas du tout très peu assez fortement énormément

8.- Au cours des 4 dernières semaines la douleur a-t-elle gêné votre travail ou vos activités usuelles ?

Pas du tout un peu modérément assez fortement énormément

9.- Ces 9 questions concernent ce qui s'est passé au cours de ces dernières 4 semaines. Pour chaque question, donnez la réponse qui se rapproche le plus de ce que vous avez ressenti. Comment vous sentiez-vous au cours de ces 4 semaines :

a. vous sentiez-vous très enthousiaste ?

Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

b. étiez-vous très nerveux ?

Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

c. étiez-vous si triste que rien ne pouvait vous égayer ?

Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

d. vous sentiez-vous au calme, en paix ?

Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

e. aviez-vous beaucoup d'énergie ?

_____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓
Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

f. étiez-vous triste et maussade ?

_____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓
Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

g. aviez-vous l'impression d'être épuisé(e) ?

_____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓
Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

h. étiez-vous quelqu'un d'heureux ?

_____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓
Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

i. vous êtes-vous senti fatigué(e) ?

_____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓
Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

10.- Au cours des 4 dernières semaines, votre état physique ou mental a-t-il gêné vos activités sociales comme des visites aux amis, à la famille, etc ?

_____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓
Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

11.- Ces affirmations sont-elles vraies ou fausses dans votre cas ?

a. il me semble que je tombe malade plus facilement que d'autres.

_____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓
Tout à fait vrai assez vrai ne sais pas plutôt faux faux

b. ma santé est aussi bonne que celle des gens que je connais.

_____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓
Tout à fait vrai assez vrai ne sais pas plutôt faux faux

c. je m'attends à ce que mon état de santé s'aggrave.

_____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓
Tout à fait vrai assez vrai ne sais pas plutôt faux faux

d. mon état de santé est excellent.

_____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓
Tout à fait vrai assez vrai ne sais pas plutôt faux faux

Annexe M : Tableau de cotation de l'échelle SF-36.

Mode de calcul des scores :

Numéro de la question	Réponse donnée	Note obtenue (sur 100)	Numéro de la question	Réponse donnée	Note obtenue (sur 100)
1, 2, 6, 8, 11b et 11d	1	100 points	9b, 9c, 9f, 9g et 9i	1	0 point
	2	75 points		2	20 points
	3	50 points		3	40 points
	4	25 points		4	60 points
	5	0 point		5	80 points
3a, 3b, 3c, 3d, 3e, 3f, 3g, 3gh, 3i et 3j	1	0 point		6	100 points
4a, 4b, 4c, 4d, 5a, 5b et 5c	2	50 points	10, 11a et 11c	1	0 point
	3	100 points		2	25 points
7, 9a, 9d, 9e et 9h	1	0 point		3	50 points
	2	100 points		4	75 points
7, 9a, 9d, 9e et 9h	1	100 points		5	100 points
	2	80 points			
	3	60 points			
	4	40 points			
	5	20 points			
	6	0 point			

Dimension	Calcul du score	Dimension	Calcul du score
PF = Fonctionnement physique	Somme des notes obtenues aux items 3a, 3b, 3c, 3d, 3e, 3f, 3g, 3h, 3i et 3j divisée par 10	VT = Vitalité	Somme des notes obtenues aux items 9a, 9e, 9g et 9i divisée par 4
RP = Limitation physique	Somme des notes obtenues aux items 4a, 4b, 4c et 4d divisée par 4	SF = Fonctionnement social	Somme des notes obtenues aux items 6 et 10 divisée par 2
BP = Douleur physique	Somme des notes obtenues aux items 7 et 8 divisée par 2	RE = Limitation émotionnelle	Somme des notes obtenues aux items 5a, 5b et 5c divisée par 3
GH = Santé générale	Somme des notes obtenues aux items 1, 2, 11a, 11b, 11c et 11d divisée par 6	MH = Santé mentale	Somme des notes obtenues aux items 9b, 9c, 9d, 9f et 9h divisée par 5
Score physique	Somme des scores obtenus aux 4 dimensions ci-dessus divisée par 4	Score Mental	Somme des scores obtenus aux 4 dimensions ci-dessus divisée par 4

Annexe N : Tableau des corrélations des différentes échelles de l'étude 2 avec l'IMC des participants.

		IMC		
		<i>r</i>	<i>p</i>	n
SSI**		.268	.010	92
Sources	Médecins	.176	.101	88
	Membres de la famille	.074	.490	89
	Camarades de classe	.162	.127	90
	Vendeurs dans les magasins	.001	.992	88
	Mère	.036	.742	88
	Amis	-.033	.763	88
	Conjoint	.062	.568	88
	Serveurs dans les restaurant*	.232	.029	89
	Infirmiers	-.007	.949	92
	Membres groupes/ associations	.088	.419	87
	Père	.076	.481	89
	Employé/responsable	.175	.104	88
	Sœur	.092	.433	75
	Diététicien, nutritionniste	.068	.521	90
	Frère	.107	.356	76
	Enseignants, professeurs	.039	.719	88
	Symbole de l'autorité	.056	.599	89
	Professionnels de la santé mentale*	.229	.034	86
	Fils	.039	.740	76
	Fille	.018	.863	92
CRI		.088	.411	89
	Vérification restriction alimentaire	.133	.213	89
	Vérification activités physiques	-.064	.549	89
	DEBQ restriction alimentaire	.222	.056	75
	DEBQ alimentation émotionnelle	-.062	.593	77
	DEBQ alimentation extérieure	-.066	.568	78
	BDI	-.068	.577	69
	Test actif/inactif	-.194	.256	36
	EQVOD bien-être physique	-.107	.386	68
	EQVOD bien-être psycho-social	.124	.340	61
	EQVOD bien-être sexuel	-.037	.763	68
	EQVOD bien-être alimentaire*	.289	.011	77
	EQVOD bien-être diététique	.160	.165	77
	TAS-20	-.125	.311	68
	UPPS urgence	-.143	.232	72
	UPPS préméditation	-.179	.129	73
	UPPS persévérance	-.119	.129	73
	UPPS recherche de sensation *	.239	.050	68
	SF-36 santé physique**	-.328	.005	71
	SF-36 santé mentale	.177	.145	69

*Significativité à $p \leq .05$, ** Significativité à $p \leq .01$

SSI	CRI	Discours intérieur positif	Problème pour autrui	Amour de soi	Pleurer	Etre visible	Discours interne négatif	Réponses positives	Evitement	Réponses négatives	Thérapie
Supports négatifs de la part des autres	r n				.453** 86		.483** 85	.305** 81	.443** 78	.350** 83	
Commentaires désobligeants de la part d'enfants	r n	.262* 82	.330** 84		.283** 88	.216* 84	.403** 87	.282** 82	.392** 78	.399** 84	.225* 88
Barrières physiques et obstacles	r n				.308** 88		.331** 87	.245* 82	.468** 78	.227* 84	.217* 88
Commentaires inappropriés de la part des docteurs	r n				.225* 89		.220* 88		.302** 79		.282** 89
Commentaires désagréables de la famille	r n		.235* 81		.307* 85		.416** 84	.264* 79	.540** 76	.362** 82	.276* 85
Commentaires désobligeants de la part des autres	r n	.250* 79	.290** 80		.517** 82		.520** 83	.425** 78	.719** 75	.400** 81	.314** 83
Avoir les proches embarrassés par votre poids	r n			-.265* 86	.324** 87		.410** 86		.507** 78		.241* 87
Etre évité, exclu, ignoré	r n				.236* 88		.394** 87	.347** 83	.407** 79	.271* 85	
Etre regardé fixement	r n		.275* 82			.215* 83	.337** 86	.513** 81	.595** 77	.437** 83	
Discrimination au travail	r n				.282** 85		.263* 85	.225* 82	.517** 77	.216* 83	
Etre attaqué physiquement	r n						.214* 88	.287** 83			.211* 89

*Significativité à $p \leq .05$, ** Significativité à $p \leq .01$.

Sources potentielles		CRI	Discours intérieur positif	Problème pour autrui	Amour de soi	Pleurer	Etre visible	Discours interne négatif	Réponses positives	Evitement	Réponses négatives	Thérapie
Médecins	r n					.306** 85		.217* 84		.354** 76	.254* 82	.274* 85
Membres de la famille	r n					.385** 86		.334** 85		.517** 77	.270* 82	
Camarades de classe	r n		.245* 87			.377** 87		.470** 86	.292** 81	.340** 77	.332** 83	
Vendeur(euse)s dans les magasins	r n					.314** 85		.324** 84	.291** 79	.450** 76	.255* 82	
Mère	r n					.263* 85		.275* 84		.314** 75		
Ami(e)s	r n					.240* 85		.353** 84	.236* 79	.522** 75	.259* 81	.235* 85
Collègue de travail	r n		.227* 79	.284** 81				.375** 84	.263* 80	.453** 76	.303** 82	
Conjoint(e)	r n							.216* 85		.391** 77	.361** 83	
Serveur(se)s dans les restaurants	r n								.226* 80	.235* 76		.250* 86
Infirmier(e)s	r n									.225* 79		
Membres de groupes ou associations dont vous faites partie	r n									.234* 77		

*Significativité à $p \leq .05$, ** Significativité à $p \leq .01$.

Sources potentielles		CRI	Discours intérieur positif	Problème pour autrui	Amour de soi	Pleurer	Etre visible	Discours interne négatif	Réponses positives	Evitement	Réponses négatives	Thérapie
Père	r n			.279** 86	.245* 87					.241* 77		
Employés, responsables	r n							.252* 84		.443** 77		.302** 85
Sœur	r n							.238* 73		.256* 66		.285* 73
Diététicien(ne)s, nutritionnistes	r n									.356** 77		
Frère	r n		.288* 69							.371** 65	.271* 70	
Enseignant(e)s, professeur(e)s	r n				.303** 85			.295** 85	.268* 80	.400** 76	.460** 82	.287** 85
Symbole de l'autorité	r n										.228* 84	
Professionnels de la santé mentale	r n											.298** 84
Fils	r n											
Filles	r n											

*Significativité à $p \leq .05$, ** Significativité à $p \leq .01$.

		DEBQ			BDI-II	EQVOD					TAS20	UPPS				SF-36	
		Res.	Emo	Ext		Phys	Ψ-soc.	Sexuel	Ali.	Diét.		Urg.	Prém.	Persév	R sensa	Phys	ment.
DEBQ Res	r _n	1															
DEBQ Emo	r _n		1	.538** 75	.331** 68		-.465** 60		-.437** 72	.276* 66	.428** 69						
DEBQ Ext.	r _n		.538** 75	1				-.385** 74	-.337** 74					.315** 74			
BDI-II	r _n		.331** 68		1	-.418** 58	-.752** 53	-.575** 57	-.363** 64	.706** 57	.472** 61			.352** 64	-.509** 60		
EQVOD Phys	r _n				-.418** 58	1	.644** 56	.597** 58	.379** 68	-.309* 59					.669** 61	.377** 59	
EQVOD Ψ-soc	r _n		-.465** 60		-.752** 53	.644** 56	1	.673** 56	.595** 60	-.563** 54	-.517** 57			-.330** 60	.454** 56	.376** 52	
EQVOD Sexuel	r _n				-.575** 57	.597** 58	.673** 56	1	.296* 66	-.443** 60					.571** 61	.378** 59	
EQVOD Ali.	r _n			-.385** 74					.378** 75								
EQVOD Diét	r _n		-.437** 72	-.337** 74	-.363** 64	.379** 68	.595** 60	.296* 66	.378** 75		1			-.252* 71	.266* 68	.329** 66	
TAS20	r _n		.276* 66		.706** 57	-.309* 59	-.563** 54	-.443** 60		1		.434** 61		.310* 63	-.314* 64	.317** 61	

*Significativité à $p \leq .05$, ** Significativité à $p \leq .01$.

Pour le test in/actif, toutes les corrélations à $p > .05$, ns.

Q : Tableau des corrélations entre les différentes échelles proposées au service du CHU Gabriel

		DEBQ			BDI-II	EQVOD					TAS20	UPPS				SF-36	
		Res.	Emo	Ext		Phys	Ψ-soc.	Sexuel	Ali.	Diét.		Urg.	Prém.	Persév	R.sensa	Phys	Ment.
UPPS Urg.	r n		.428** 69		.472** 61		-.517** 57			-.320** 68	.434** 61	1	.389** 68	.457** 70	.250* 66		-.460** 62
UPPS Prém	r n	-.383** 67										.389** 68	1	.605** 70			
UPPS Persév.	r n	-.330** 70	.306** 73	.315** 74	.352** 64		-.330** 60			-.252* 71	.310* 63	.457** 70	.605** 70	1			-.252* 66
UPPS R.sensa	r n											.250* 66			1		
SF36 phys	r n				-.509** 60	.669** 61	.454** 56	.571** 61		.266* 68	-.314* 64					1	.602** 64
SF36ment	r n		-.379** 66		-.821** 58	.437** 59	.706** 52	.418** 59		.329** 66	-.507** 61	-.460** 62		-.252* 66		.602** 64	1

*Significativité à $p \leq .05$, ** Significativité à $p \leq .01$.

Pour le test in/actif, toutes les corrélations à $p > .05$, *ns*.

SSI	Echelles CHU	DEBQ Res	DEBQ Ali émo	BDI	Test In/actif	EQVOD Phys.	EQVOD Ψsocial	EQVOD Sexuel	EQVOD Ali.	EQVOD Diét.	TAS 20	UPPS Urg	UPPS Rsensa	SF36 Phys	SSI
Total SSI	r n			.339** 70			-.329** 62			-.242* 75	.262* 69	.328** 73		-.295* 72	.55** 70
Suppositions négatives de la part des autres	r n		.288* 76	.296* 68			-.309* 61					.308** 72			.55** 68
Commentaires désobligeants de la part d'enfants	r n				-.442* 36										
Barrières physiques et obstacles	r n													-.306** 71	-.288* 69
Commentaires inappropriés de la part des docteurs	r n	.346* 76					-.273* 62	-.385** 68						-.353** 72	-.316** 70
Commentaires désagréables de la famille	r n			.270* 67		-.253* 67	-.353** 61					.270* 71			-.270* 67
Commentaires désobligeants de la part des autres	r n			.363** 65			-.276* 60				.255* 65	.314** 71		-.288* 67	-.335** 67
Avoir des proches embarrassés	r n			.580** 69		-.332** 68	-.365** 61	-.367** 68			.410** 68	.458** 72	.255* 75	-.356** 72	-.386** 69
Etre évité, exclu, ignoré	r n														
Etre regardé fixement	r n										.338* 69				
Discrimination au travail	r n	.231* 73		.250* 66					.290* 75						
Etre attaqué physiquement	r n											.266* 73			

*Significativité à $p \leq .05$, ** Significativité à $p \leq .01$

Pour la DEBQ alimentation extérieure, l'UPPS préméditation et UPPS persévérance, toutes les corrélations avec le SSI à $p > .05$, ns.

Tableau des corrélations entre le SSI et les différentes échelles proposées au sein du CHU Gabriel Montpied.

CRI		Echelles CHU	DEBQ Ali. émo	DEBQ Ali. ext	BDI	EQVOD Physique	EQVOD Ψsocial	EQVOD Sexuel	EQVOD Alim.	EQVOD Diét.	TAS-20	UPPS urgence	UPPS recherche sensations	SF36 Phys	Différentes échelles proposées au sein du
Total CRI	r n		.243* 76									.326** 70	.246* 66		
Discours intérieur positif	r n														
Problème pour autrui	r n							.294* 61	.240* 74						
Amour de soi	r n				-.440** 65	.320** 64		.293* 61						.366** 68	
Pleurer	r n	.269* 74			.443** 66		-.470** 60			-.268* 74		.375** 69			-.414** 66
Etre visible	r n								-.270* 72				.272* 63		
Discours interne négatif	r n	.309** 72	.257* 73		.367** 64		-.485** 58			-.248* 73		.423** 69		-.314* 67	-.393** 65
Réponses positives	r n														
Evitement	r n				.398** 61		-.306* 55				.261* 59			-.418** 60	-.288** 58
Réponses négatives	r n														
Thérapie	r n											.343** 69			

Annexes : Tableau des corrélations entre le CRI et les différentes échelles proposées au sein du ce nutrition du CHU Gabriel Montpied.

*Significativité à $p \leq .05$, ** Significativité à $p \leq .01$.

Pour le test in/actif, la DEBQ restriction alimentaire, l'UPPS préméditation et l'UPPS persévérance, toutes les corrélations avec le CRI à $p > .05$, *ns*.

Annexe T : Commentaires des participants (n=57) lors de la passation des questionnaires sur la stigmatisation relative au poids.

P0 (*Cette patiente n'a pas rempli les questionnaires de stigmatisation relative au poids, mais c'est une patiente que j'ai accompagnée dans ses divers entretiens médicaux lors de son admission en hôpital de jour*)

L'examen médical :

Durant cet entretien, nous avons appris que la patiente souffrait de problèmes cardiaques, d'asthme, de problèmes aux genoux, de troubles du sommeil. De plus, elle a indiqué avoir déjà connu un épisode dépressif, il y a 10 ans suite à une mésentente avec son chef au travail. Lorsqu'elle se déshabille la patiente rapporte un « mal-être », qu'elle n'« aime pas sa culotte de cheval », qu'elle aimerait bien « se faire opérer ». Nous avons également appris que sa mère avait eu recours au « by pass » et qu'elle-même avait déjà tenté un régime mais qu'elle avait « tout repris ».

Lors de l'examen l'interne donne des explications sur ce qu'elle réalise mais ne le fait pas toujours de manière spontanée, par conséquent la patiente est obligée, à certains moments, de lui demander des précisions sur ce qu'elle examine et pourquoi.

Au moment de l'évaluation du niveau d'anxiété et de tristesse sur une échelle de type Likert en 11 points allant de 0: pas du tout à 10: extrêmement, la patiente a évalué son anxiété à 6/10 et sa tristesse à 0/10, cependant pour la tristesse la question a été formulée de manière dirigée par l'interne.

Dialogues marquants :

- Durant l'examen dentaire :
Interne : - « rien ne vous gêne »
Patiente : - « Ah non non tout passe bien moi ! »
- Patiente explique qu'elle est complexée par rapport à son corps.
Interne insiste sur le fait que ce n'est que la consultation médicale.
- Lorsque l'interne demande à la patiente la profession qu'elle exerce, cette dernière répond « femme de ménage », puis ajoute « c'est actif ça, je suis quelqu'un qui bouge quand même »

Consultation avec le diététicien :

De manière générale, ce dernier lui a posé des questions concernant la survenue de son surpoids, ses activités physiques, les potentiels recours à des régimes, le poids qu'elle désire atteindre, pourquoi elle souhaite cette perte de poids, la position de son entourage par rapport à son surpoids. Puis, il l'a plus précisément interrogé sur ses habitudes alimentaires. Pour ce faire, il a repris avec la patiente le semainier (description des repas pris pendant 5 jours non

consécutifs) qu'elle avait à remplir avant de venir et à regarder les proportions qu'elle se sert habituellement grâce au manuel des portions alimentaires SU-VI-MAX.

Lors de cet entretien, nous avons appris que la patiente était déjà en surpoids pendant sa petite enfance et son adolescence. A l'âge de 28 ans, elle est allée consulter un nutritionniste avec lequel elle a travaillé sur la réassociation alimentaire et où elle pratiquait la pesée alimentaire. Elle a suivi ce régime pendant 1 an et a perdu 20 kilogrammes. Suite à cette perte de poids, elle a vécu deux longues histoires avec des hommes alcooliques et violents. Durant ces relations difficiles, elle a repris du poids et a également tenté de faire des régimes par elle-même. Actuellement, la patiente vit seule et a repris du poids suite à son licenciement.

Du côté de son entourage, la patiente affirme que ses parents lui font des « réflexions pas tendres » vis à vis de son poids. Sa mère, par exemple, lui tient des propos comme « tu as vu comme tu es faite ». La patiente ne comprend pas la position de sa mère qui a elle-même été en surpoids, elle ajoute « pourtant ma mère a eu un by pass ».

Au niveau de son alimentation, la patiente indique sauter le petit-déjeuner. En revanche concernant le déjeuner et le dîner, le diététicien constate grâce au manuel des portions alimentaires que la patiente consomme des quantités importantes lors de ces repas. Par ennui, la patiente confie grignoter en soirée (i.e fromage devant la télévision) au moins 5 jours par semaine. Elle affirme ne ressentir aucune culpabilité avant, pendant ou après avoir eu recours au grignotage. Elle indique également consommer 1l de coca zéro par jour.

Entretien avec la psychologue :

La psychologue a expliqué à la patiente le but de cette journée et de ces diverses consultations car la patiente a osé dire lors de cet entretien qu'elle ne comprenait pas tout le déroulement et l'intérêt de cette journée.

Ensuite, la patiente s'est confiée sur le mal-être qu'elle ressent par rapport à son poids. Notamment, le fait de ne pas pouvoir s'habiller comme elle le souhaite, de ne pas pouvoir s'acheter de beaux habits dans les magasins. Elle a également évoqué sa relation avec ses parents, parents à qui elle rend visite tous les jours à leur domicile. Elle a plus précisément parlé de sa relation avec sa mère qui est pesante pour elle car, en plus de sa visite quotidienne, sa mère l'appelle tous les jours. De plus, à chaque fois que sa mère la voit, elle lui formule des remarques désobligeantes à son égard du genre « elle on sait pourquoi elle est grosse ». La patiente a également parlé de ses conjoints les larmes aux yeux.

Atelier Nutrition :

Lors de cet atelier, un diététicien du service nutrition présente à tous les patients reçus lors de la journée ce qu'est la pyramide alimentaire. A savoir, il explique que pour vivre nous avons en priorité besoin des boissons, suivies des produits céréaliers, puis des fruits et légumes, ensuite des produits laitiers, suivis de la viande/poisson/œuf et enfin des matières grasses.

Suite à certaines questions des patients, il affirme qu'il faut « manger trois repas par jour » mais que sauter un repas n'est pas grave si cela est occasionnel. Par contre, il insiste sur le fait d'anticiper les repas et que faire varier les repas n'est pas forcément nécessaire. Ensuite, il leur présente à quoi pourrait ressembler un petit-déjeuner, un déjeuner et un dîner d'une même journée. Il précise qu'aucune quantité n'est indiquée car ce qui les dicte ce sont

nos sensations alimentaires et non des manuels. Pour finir il leur présente donc le schéma de nos différentes sensations alimentaires (dans l'ordre) : faim, [repas], rassasiement et satiété.

Consultation avec l'infirmière :

Pendant cet entretien, l'infirmière a fait un bilan de la journée à la patiente puis a axé ses questions sur le corps de la patiente et la vision qu'elle en a. A l'heure actuelle, la patiente affirme que son corps représente, pour elle, quelque chose de lourd et de vraiment gênant pour se mouvoir dans l'espace. La patiente confesse également que les gens ne portent pas un regard bienveillant sur elle, au contraire lorsqu'ils la regardent, la plupart du temps, c'est pour se moquer d'elle. Néanmoins, elle confie que maintenant elle « s'en fout », qu'elle a fait un énorme travail sur elle. Elle explique qu'avant elle pleurait mais maintenant elle répond aux gens qu'elle ne l'a pas voulu, que ce n'est pas toujours qu'une question de nourriture.

- Suite à cette entrevue, la patiente disposait d'un temps de pause où elle pouvait compléter les questionnaires fournis par le service nutrition (le BDI, le DEBQ, etc.). En parallèle, tout le staff médical se réunissait pour discuter des 3 patients qu'ils ont reçus au cours de la journée, pour échanger les différentes informations qu'ils ont obtenues et décider de ce qui pouvait leur être proposé. -

Bilan final :

Lors de ce bilan, la patiente est accueillie par un médecin et par l'interne qui a effectué son examen médical. Ces derniers lui remettent une fiche résumant les observations de chaque praticien l'ayant reçue au cours de la journée, les motivations de la patiente, les résultats de la prise de sang et les prescriptions médicales. Sur cette fiche figure également les coordonnées de tous les professionnels de la santé que la patiente a pu rencontrer afin qu'une fois chez elle, elle puisse les contacter si elle a choisi de continuer un suivi avec eux ou l'un d'eux.

Dialogues marquants :

- La patiente ajoute lors de ce bilan qu'elle « ne veut pas aller consulter le pneumologue car elle pense qu'il va dire qu'il pourra soigner son asthme que lorsqu'elle aura perdu du poids »

P2

Intervention de l'infirmière durant l'entretien pour prendre la tension de la patiente. En parlant du brassard, l'infirmière dit à la patiente « je vais le mettre à l'avant bras, parce qu'il est trop petit ».

P3

Quand je lui explique que mon questionnaire porte sur la stigmatisation vis à vis de son poids et de son ressenti par rapport à cela, le patient ajoute « 73 ans de ressenti ».

Question sur l'enfance : le patient choisit une classification intermédiaire car quand il était petit « il était gringalet »

Pour la question « Est-ce que des inconnus vous donnent des conseils sur la façon de vous habiller ? », il répond : « Plus mon épouse, les inconnus n'osent pas trop faire des remarques ».

Le patient me raconte une anecdote avec le correspondant canadien de sa fille qui lui a fait la remarque suivante : « C'est la première fois que je vois quelqu'un avec une bedaine comme ça ». Le patient rigole, affirme qu'il ne l'avait pas mal pris, même à l'époque et ajoute « Enfin je n'avais pas encore une bedaine comme ça à l'époque (en pointant son ventre), c'est venu petit à petit ».

Pour le questionnaire, le patient indique « si je devais jeter des questions il y en aurait peu ». Le patient indique également avoir eu « des difficultés avec l'échelle car il n'y a pas de point milieu ». Il a aussi eu des difficultés car « le questionnaire met beaucoup d'accent sur la psychologie alors que moi j'ai fait beaucoup de travail sur moi et maintenant j'arrive à laisser couler les choses ». Il ajoute : « Autrement on ne vivrait pas ».

Le patient indique avoir des problèmes pour s'habiller : « Pour m'habiller, je suis obligé d'aller jusqu'à Billon chez une dame qui fait toutes les tailles, mais du coup pas de soldes. ».

Le patient précise qu'à cause de son poids, il a dû changer de voiture.

Le patient explique sa prise de poids par :

- l'habitude de vie : « avec mon travail je mangeais vite et sûrement trop »
- Antécédents familiaux : parents (mais personne à son niveau (de corpulence))
- Médicaments : « un médecin m'a dit que les médicaments que je prenais n'aidaient pas à la perte de poids et que même l'insuline pouvait sûrement me faire prendre du poids.»

Le patient aborde également quelque soucis de santé: fibromyagie (ne peut pas marcher plus de 100 m), hypertension, apnée du sommeil, diabète.

Concernant le sport, le patient dit qu'il faisait de l'aquagym mais il ne sait pas s'il va continuer.

Le patients évoque également certains soucis personnels : une fille de 50 ans qui a fait de l'asthme petite, ensuite en fin d'adolescence elle a été diagnostiquée « bipolaire », récemment elle a subi une opération/éventration, et là les médecins viennent de lui déceler une nouvelle hernie. Le patient ajoute qu'elle a déjà fait une tentative de suicide et qu'elle a des rapports conflictuels avec sa mère.

P4

Intervention de la grand-mère de la patiente lors de l'entretien. Grand-mère très attentionnée envers sa petite fille, vraiment dans le soin. « Un psychologue c'est très utile même à tout âge, la preuve moi je me suis mise à aller en voir un à mon âge » (Grand-mère).

P7

La patiente affirme avoir été plus discriminée par rapport à sa taille (très grande) que par rapport à son poids.

P8

Quand elle parle des remarques que les gens ont pu lui faire, elle affirme que « la plupart du temps les remarques partent d'un bon sentiment mais sont blessantes ». Elle cite l'exemple de sa grand-mère.

P9

Concernant la discrimination au travail, le patient affirme qu'« on peut la soupçonner mais pas vraiment l'identifier ».

Il ajoute que ça été dur pour lui de faire la partie B du questionnaire car il n'a pas l'impression (« ou alors c'est moi qui ne veut pas le voir ») d'être stigmatisé.

P11

Pour les questions sur l'enfance, la patiente indique ne plus se rappeler.

P12

La patiente indique que cela a été dur de remplir le questionnaire car elle n'a pas vécu de stigmatisations, pas d'agressions physiques ni verbales relatives à son poids.

En revanche, la patiente me confie une agression physique récente (sans relation avec son poids) qui l'a traumatisée.

P13

Le patient indique que ses collègues le surnomment « Mon gros », « mais ce n'est pas méchant ».

Concernant les rendez-vous galants le patient évoque sa jeunesse : « Avec les filles, j'étais toujours la "bonne copine" mais ce n'est jamais vous qu'elles voulaient c'était l'autre »

Le patient parle d'une plus grande diversité dans le monde.

Le patient parle d'handicap quand il mentionne l'obésité.

P16

La patiente affirme avoir « des difficultés à trouver des habits adaptés à sa taille. Ou alors oui mais c'est haut de gamme ». Du coup, elle dit s'habiller « sur internet car ils font des grandes tailles et dans les marchés ».

Concernant la stigmatisation relative au poids, elle dit ne pas avoir ressenti beaucoup de stigmatisation et que de toute manière elle gère car elle a un fort caractère.

La patiente évoque un médecin de contrôle MSA qui a été odieux avec elle.

P19

La patiente dit que « le questionnaire est très réaliste ».

Elle précise également: « le jugement des autres m'importe et je n'aime pas ».

Concernant la question sur une supposée mauvaise alimentation de la part des personnes en surpoids, la patiente affirme : « Il faut que les gens vivent la situation pour s'en rendre compte, ils s'imaginent qu'on passe notre temps à manger alors qu'on ne mange pas plus qu'eux.».

P20

La patiente explique sa prise de poids : « C'est de ma faute si je suis en surpoids, parce que j'ai mal mangé.»

Concernant la stigmatisation relative au poids : « Je pense que si on assume son poids, on est moins stigmatisé », « C'est mon cas.»

P22

La patiente pense que c'est sa faute si elle est en surpoids. Elle indique avoir « beaucoup de mal avec le jugement des autres ». La patiente explique que suite à des remarques d'autres personnes, elle « n'ose pas rétorquer ». Pour faire face à des situations stigmatisantes la patiente explique « je me dis que j'ai le droit de vivre quand même »

N.B : personne très fragile.

P25

Le patient explique : « j'ai pris du poids sur le tard, avant je ne faisais que 85 kg ».

Le patient confie qu'il a déjà fait un AVC.

Pour les questions sur la discrimination au travail, « je n'ai pas perdu mon emploi car j'étais à mon compte ».

P26

Le patient n'a pas complété la seconde partie du questionnaire (sur les stratégies de coping) car « je n'ai pas eu de moqueries ».

Le patient dit : « Je sors, tout ça ». (en montrant son ventre, dans le sens je ne me cache pas, j'assume)

P28

La patiente affirme avoir beaucoup de soutien de la part de ses enfants.

Elle a entrepris le yoga cette année.

Pour les questions de discrimination à l'embauche/au travail, la patiente dit : « on me demandait d'aller chercher les caisses lourdes car gros est associé à fort, mais on a la même force que vous » et m'explique comment elle a été reçue par un recruteur à un entretien d'embauche : (*recruteur* :) « Vous ne rentrez pas dans le cadre ? » (*patiente* :) « Quel cadre ? » (*recruteur* :) « Celui de la porte ».

Par rapport à la nourriture et le regard des autres :

« Les gens lorsqu'ils voient une personne mince manger une glace, ils se disent elle a l'air bonne sa glace, si cette même personne était grosse, ils se diraient elle ne devrait pas. » La patiente se dit être totalement à l'encontre des stéréotypes que les gens ont sur les personnes en surpoids car elle a toujours mangé sans sel et sans matières grasses ajoutées.

La patiente parle de « prise de poids émotionnelle », « pendant une période, je ne buvais que du thé et j'ai quand même pris du poids. »

La patiente me dit que les gens disent qu'« un tas d'os ce n'est bon que pour les chiens... » Elle ajoute : « maigre c'est pas bien, gros c'est pas bien et les poids moyens on trouvera quelque chose ».

La patiente m'explique « Je vais une fois par mois au Macdo' avec mes petits, si je ne prends pas une salade mais un hamburger, je suis critiquée. » (ici, par les personnes présentes dans le fast-food)

Par rapport au matériel inadapté : la patiente rapporte un fauteuil chez le dentiste où elle a cru « repartir avec la chaise aux fesses ».

Par rapport aux relations amoureuses : Elle ne sort qu'avec des métisses et du coup des gens lui ont déjà dit « ça va tu dois encaisser ! » « Comment tu vas faire quand tu auras maigri ? »

Par rapport aux vendeurs dans les magasins : La patiente m'explique qu'un jour une vendeuse lui a dit : « Houla pas la peine d'aller aussi loin dans notre magasin, on ne fait pas votre taille ».

Par rapport au monde médical : En parlant du CHU de Clermont-ferrand, « Les psychologues et les diétitien(ne)s d'ici aident beaucoup, donnent envie de prouver que l'on est capable ».

Par contre, elle explique qu'elle a déjà eu à faire à une nutritionniste qui lui a dit « voyez pour être bien foutue, il faut être comme ça » (en enfilant la veste de la petite fille de la patiente, n'ayant pas plus de 10 ans).

- Au niveau des stratégies pour faire face à la stigmatisation :

Par rapport à l'évitement de certains lieux : la patiente rapporte être allée une fois à la piscine avec sa fille quand elle avait 3 ans, les gens ont ricané à son passage au moins 5 min. Elle n'est plus jamais retournée à la piscine, alors qu'elle aimait cela plus jeune elle faisait de la

natation synchronisée. Quand elle va à la mer, elle se camoufle car elle a peur de se faire photographiée, genre phénomène de foire.

Concernant le fait de se regarder dans le miroir : « Je me regarde sans me regarder » « Et puis ça dépend des parties... Visage OUI, Poitrine OUI, le reste NON ».

Habits : la patiente indique garder les habits qui lui sont devenus trop petits avec l'idée qu'elle va les remettre (= motivation)

Concernant la stratégie de répondre négativement : « Je ne deviendrais pas aussi bête qu'eux. »

P31

La patiente indique ne pas avoir de problème avec son poids et son corps.

Elle ajoute qu'elle est « ici (dans le service nutrition), car j'ai des problèmes de santé ».

« Dans les repas de famille, je suis toujours la plus corpulente mais je n'ai pas de regards, de remarques désobligeantes ».

« La dernière partie ne me concerne pas »

P33

Le patient m'explique que sa petite-fille lui a déjà fait la réflexion « Papi est-ce que tu as des bébés dans ton ventre ? », mais il ne l'a pas mal pris.

Le patient indique « je n'ai pas eu de problème dans le travail car c'est moi qui m'occupait du recrutement mais j'ai remarqué que les hôtesse d'accueil recrutées dans mon milieu de travail correspondent aux critères de beauté de notre société : des canons. »

Pour la question « Je me débarrasse de vêtements pour lesquels je suis devenu(e) trop large. », le patient commente en disant : « Au contraire j'ai tendance à les garder, des fois que je pourrais re-renter dedans. » (= espoir).

P35

La patiente indique ne pas être concernée par le surpoids pendant l'enfance.

P36

Q24 du CRI « Je refuse de restreindre mes activités juste parce que mon physique pourrait ne pas convenir ou parce que je pourrais attirer l'attention. » la patiente dit « ce n'est pas un refus de restreindre mes activités mais je n'ai jamais fait d'activités. ».

P37

La patiente affirme que cela ne lui est pas arrivé d'être stigmatisée, seulement une fois dans un magasin une vendeuse lui a dit : « on ne fait pas votre taille ».

P38

Concernant l'item sur se regarder dans un miroir, la patiente affirme « il y a regarder et regarder ». Elle dit ne pas s'aimer.

Lors de la complétion des questionnaires, la fille de la patiente était présente, cette dernière a indiqué, qu'à l'école, les autres enfants la stigmatisaient car sa mère est en surpoids.

P39

Q2 du SSI « Un docteur qui considère que vos problèmes physiques sont dus à votre poids alors que cela n'a rien à voir. », le patient affirme : « c'est normal non ? ».

Q5 du SSI « Un(e) époux(se)/ compagnon(gne) qui vous dit que vous seriez plus attirant(e) si vous perdiez du poids. », le patient ajoute « que ce n'est pas dit comme un reproche » et qu'il est « d'accord avec sa compagne ».

Concernant les questions sur les remarques grossières à son égard, le patient commente : « Mincir pour moi, pas pour les autres. Ce que les autres pensent, je m'en tamponne. »

Q21 du SSI « **Avoir des groupes de gens qui vous montrent du doigt et rigolent de vous en public.** », le patient affirme « pas que je sache, en tout cas pas devant moi. », puis il précise que « pour l'embauche c'est pareil. » (=discrimination au travail).

Q33 du SSI « **Dans le supermarché, avoir des gens qui critiquent ou font des commentaires à propos de vos choix alimentaires.** », le patient dit « je pense qu'ils n'osent pas ».

▪ Au niveau des stratégies pour faire face à la stigmatisation :

- Agir poliment, le patient précise « ça dépend du contexte »
- le fait de se regarder dans le miroir, le patient commente « ça m'arrive, mais cela ne me traumatise pas »
- Se sentir mal dans sa peau, le patient ajoute « Cela ne m'arrive pas souvent »
- Si les gens ne m'aiment pas à cause de ma corpulence, j'estime que c'est eux qui y perdent pas moi, le patient affirme « Je me dis seulement que s'ils s'arrêtent à cela, je n'ai vraiment pas de temps à perdre avec eux et mon surpoids est une bonne façon de leur dire que je les emmerde. ».

P40

Pour la Q18 du SSI « **Ne pas arriver à obtenir un rendez-vous galant à cause de votre corpulence.** », le patient a rajouté à l'échelle allant de 0 (= jamais) à 3 (de multiples fois), un 4 : « tout le temps ».

Concernant l'item sur la discrimination à l'embauche, le patient dit « peut-être ? »

Concernant les commentaires de la part de ses enfants, la patient explique qu'il « a une petite fille mais elle est trop jeune pour parler ».

▪ Au niveau des stratégies pour faire face à la stigmatisation :

Q18 du CRI « **Je mets un point d'honneur à ne pas cacher ma corpulence.** » le patient a rajouté à l'échelle allant de 0 (= jamais) à 3 (de multiples fois), un 4 : « Je ne peux plus ».

Q20 du CRI « **Je dis poliment aux gens quand ils me blessent.** », le patient a rayé « poliment » et l'a remplacé par « vulgairement ».

Q25 du CRI « **Je considère les gens qui ont des problèmes avec le surpoids comme mesquins et puérils.** », le patient a rajouté à l'échelle allant de 0 (= jamais) à 3 (de multiples fois), un 4 : « Non des cons ».

Quand je lui parle des manières de réagir à la stigmatisation, il me dit « c'est simple, j'insulte ».

P42

Quand je lui parle de stigmatisation, elle me répond qu'elle n'est pas vraiment concernée car elle n'a jamais été mince, elle a toujours été une fille bien en chair, enfin normal, mais son poids n'est arrivé que sur le tard.

Questions du SSI sur les médecins : la patiente indique qu'elle ne voit pratiquement jamais le médecin (à part un membre de sa famille) car elle est jamais malade. Seul le médecin du travail lui a dit de faire attention à sa prise de poids mais comme c'est une grande sportive, ils ne se sont pas trop inquiétés, elle rajoute « peut-être à tort vu mon état ».

Questions du SSI sur les réflexions des parents : « Ils n'oseraient pas ».

La seule fois où elle a eu une réflexion, c'était lorsqu'elle était avec sa sœur dans un magasin à la recherche d'un pantalon (son premier elle ne met jamais de pantalon). Elle indique qu'elle était déjà un peu forte suite à 3 grossesses consécutives mais pas énorme, elle rentrait dans une taille 42. Du coup, sa sœur mince avait trouver plein de petits affaires mais elle la taille la plus grande du magasin en pantalon ne lui convenait pas, et du coup la vendeuse lui a dit « Bah oui quand on rentre dans du 42, on va s'habiller chez les grosses », elle n'a pas eu le temps de répondre, sa sœur a mis toutes les affaires qu'elle voulait s'acheter dans les bras de la vendeuse et lui a dit « bah les maigres aussi vont s'habiller ailleurs ».

→ insiste sur le fait qu'elle ne trouve pas d'habits à sa taille, que les affaires qu'elle aime sont en petite taille et, qu'en grande taille, les habits qu'elle trouve, elle ne voudrait pas s'habiller avec, elle ressemblerait à un épouvantail surtout comme elle est petite.

La patiente raconte une anecdote sur une amie à elle : son amie, forte depuis longtemps, entre dans une pharmacie avec son petit garçon et à l'intérieur croise une autre femme avec son petit garçon, lequel dit à sa mère « regarde sa maman elle est grosse », sur quoi le petit garçon de son amie dit à sa mère « t'as vu sa maman elle est vieille. »

La patiente raconte une anecdote concernant sa jeunesse : Elle a connu tout un groupe de filles quand elle était jeune qui invitaient toujours à leur soirée une fille un peu ronde. « Pour paraître plus belle a côté je suppose ».

Concernant les sources potentielles de stigmatisation :

Camarades de classe : la patiente commente « ils auraient pris une claque ».

Collègues : elle ajoute « ils n'essayent pas ».

Frère : la patiente n'a pas de frère mais suppose « c'est plus possible qu'ils fassent une remarque négative pour embêter leur sœur ».

Lors de la passation, la patiente indique que son père est décédé lorsqu'elle avait 12 ans, qu'elle est juriste et qu'elle a une fille qui est infirmière.

La patiente explique également être venue en consultation car son poids la gêne pour le sport et qu'elle sait que cela peut provoquer des maladies (arthrose, etc.).

▪ Au niveau des stratégies pour faire face à la stigmatisation :

La patiente indique que si on lui fait une réflexion, elle répond grossièrement.

Question sur le fait d'éviter de se regarder dans un miroir : la patiente affirme « effectivement, ça ne me plaît pas bien mais pas jusqu'à l'évitement. »

Question sur le fait de se débarrasser des vêtements devenus trop petits : « Oui mais parce que je ne garde jamais rien, il n'y en a pas plein le grenier. »

Q32 du CRI « **J'arrête de fréquenter les gens qui me rabaissent à cause de ma corpulence.** », la patiente indique « ça ne m'est jamais arrivé mais je le ferais si j'étais dans la situation ».

Q44 du CRI « **J'essaie de sympathiser avec les gens qui se moquent de moi.** », la patiente ajoute « ça ne m'est jamais arrivé mais je ne prendrais pas cette peine ».

Q54 du CRI « **Quand je me sens blessé(e) ou déprimé(e), je me dis que ça ne durera pas éternellement.** », la patiente dit « Non applicable, je ne suis jamais déprimée. ».

→ La patiente rigole souvent, quasiment après chacune des remarques formulées.

P43

Concernant les commentaires de la part d'enfants : « Oui, on va considérer les miens alors même si sans méchanceté aucune, mais comme ce n'est pas un sujet tabou à la maison. »

Concernant la stigmatisation relative au poids en générale « Je ne me sens pas vraiment concernée, le poids est important pour moi mais quand je vois les questions je pense que pour

certaines femmes, c'est plus dur. Moi j'ai beaucoup de jamais, enfin dans un sens tant mieux pour moi !! ».

La patiente me demande donc si elle doit compléter la seconde partie du questionnaire.

Concernant la seconde question de vérification : la patiente affirme « Tout est lié, oui le sport c'est efficace, mais pas tout seul. »

P44

La patiente indique faire de la marche comme activité physique.

Elle explique que c'est « dur dans le questionnaire de faire la distinction entre ce qui relève du mal être mental général et du mal être mental lié au poids ».

La patiente explique qu'elle n'a « pas vraiment l'impression que les autres se sont moquer par rapport à son poids », mais qu'elle « ne se sent pas bien avec son physique », elle se met « des barrières », par exemple, elle dit : « la piscine ce n'est pas la peine ».

Elle explique aussi que si elle fait des trucs pas bien, elle se dit « bien fait si je prends du poids... enfin non, mais qu'elle l'a cherché ».

Concernant des remarques désobligeantes :

La patiente rapporte qu'une fois sa mère lui a fait une réflexion pas gentille mais plus pour la faire réagir, et un inconnu lui a déjà demandé si elle était enceinte.

La patiente confesse qu'elle ne s'aime pas en règle général, mais qu'après chaque régime et perte de poids, elle est contente d'elle.

Elle a parlé une fois à un psychologue pour la pause d'un anneau gastrique.

Chaque fois qu'elle fait le yoyo, elle se rachète des nouveaux habits.

P47

Concernant les commentaires désagréables : « Il est gros papi » de la part de son petit-fils « mais pas de méchancetés derrière, comme ses collègues qui l'appellent « pupuce ».

Questions sur les médecins, le patient indique « Si mon médecin m'avait dit cela, il ne me revoyait plus ».

Concernant la discrimination au travail : Le patient indique ne pas avoir été discriminé au travail car l'entreprise dans laquelle il travaillait avait un % de personnes obèses et personnes en situation de handicap.

Concernant les questions sur la compagne : le patient commente « 45 ans avec la même femme, si elle m'avait fait une réflexion par rapport à mon corps, je l'aurais virée ou je serais parti ».

Le patient dit assumer totalement sa corpulence. Il pense que les gens n'osent pas lui faire des réflexions car il est imposant.

Le patient indique qu'il n'était pas obèse pendant l'enfance. Il fait de la marche, 3-4 km, chaque matin ou s'occupe du jardin (e.g., tondeuse). Il indique être à la retraite, qu'il est motard. Il a 5 sœurs et un frère décédé. Il précise également qu'il a une fille médecin, spécialisée dans le diabète.

Concernant le matériel inadapté ; le patient explique qu'il a dû rajouter 6-7 cm à toutes les ceintures de sécurité de ses voitures, « Des plus grandes ceintures de sécurité et des volants réglables, cela devrait être obligatoire dans tous les véhicules ».

Les sièges de restaurants, il fait toujours très attention, et il ajoute avoir des difficultés à passer dans les tourniquets dans des lieux comme le métro.

Il pense que les gens, en général, croient que le surpoids est dû à une mauvaise alimentation.

Il explique que quand ses amis remarquent sa perte de poids, ils lui disent « Tu nous fais l'asperge », ce à quoi il répond « Non, je joue le cornichon ».

Pour question impliquant une responsabilité dans la prise de poids, le patient répond « Non, enfin c'est vrai qu'il y a bien l'alimentation mais maintenant c'est reconnu comme une maladie donc quoi répondre OUI/NON ? »

Concernant les stratégies face à la stigmatisation : le patient explique qu'avant il « aurait été désagréable avec les gens, mais, maintenant, il a appris à laisser couler ».

Il précise ne « pas avoir beaucoup de pensées négatives », et qu'il n'a « jamais vu de psy, à part là, pour sa prise en charge ».

P49

« Vous n'êtes pas pour la paix des ménages dans votre questionnaire vous ! »

Le patient se révolte du terme médical d'« obésité morbide », il me dit « aller voir la définition de morbide dans le dictionnaire c'est vraiment pas positif ! ».

P51

Q8 du SSI : « Être foudroyé(e) du regard ou interpellé(e) par des passagers du bus parce que vous prenez "trop" de place. », pour la patiente, « la question ne prend pas en compte la manière indirecte de vous montrer que vous prenez de la place, par exemple des regards insistants sur le siège. ».

Q33 du SSI : « Dans le supermarché, avoir des gens qui critiquent ou font des commentaires à propos de vos choix alimentaires. », la patiente affirme « idem pour les supermarchés, les gens vont vous regarder avec insistance et regarder avec insistance votre panier mais ne viendront pas vous le dire en face, les gens ne sont pas assez courageux pour ça. »

Q49 du SSI « Quand vous mangez en public, vous entendre dire "tu/vous ne devrais/devriez vraiment pas manger cela". La patiente confirme « En effet, « manger en public » c'est difficile, pour les regards. »

Concernant des améliorations pour le questionnaire, la patiente explique qu'elle aurait d'abord posé les questions sur la discrimination à l'embauche, avant celle de la discrimination au travail.

P54

Le patient indique n'avoir jamais eu de réflexions directes de la part d'enfants, mais il passait par le biais de son fils. Les camarades de son fils faisaient des réflexions à ce dernier concernant la corpulence de son papa.

P55

Q12 du SSI « Être harcelé(e) sexuellement (se faire interpellé, siffler, etc.) à cause de votre poids. », la patiente commente « On ne se fait pas harceler sexuellement quand on a du poids, c'est quand on n'en a pas que l'on se fait harceler. »

P56

La patiente indique ne pas avoir de « rapports poussés avec sa famille » donc s'ils ne la côtoient pas, elle ne sait pas si c'est parce qu'ils ont honte de sa corpulence ou si c'est pour d'autres raisons.

Q42 du SSI « Avoir les autres gens qui ont de faibles attentes à votre sujet à cause de votre poids. », la patiente affirme « Ah oui, ça tout le temps ! », « C'est sur que le poids doit bien jouer là-dedans.

« Il y a plein de trucs où j'ai mis jamais car je n'y fais pas attention »

Concernant les remarques des vendeurs : la patiente explique « Les vendeurs des magasins sont plus habiles que cela, ils ne vont pas vous dire que vous êtes trop gros mais on n'habille que jusqu'au 44 (rire de la patiente)»

Concernant la première question de vérification (sur l'efficacité des restrictions alimentaires) : la patiente commente « Vous seriez venue lundi matin, je ne vous aurais pas répondu pareil mais avec ce que nous venons d'entendre aujourd'hui, on parle plus de rééducation alimentaire que de restriction alimentaire, là, avec les ateliers que nous venons d'avoir »

Concernant la seconde question de vérification (sur l'efficacité des activités sportives) « Le sport oui extrêmement, mais malheureusement je n'en fais pas. »

P57

« J'ai mis beaucoup de jamais, car ce n'est pas vraiment un problème pour moi. »

P58

La patiente indique ne pas avoir répondu aux questions sur ses enfants car elle n'en a pas.

Elle précise « La ligne de la mère c'est pareil, je vais la laisser sans réponse », « Pareil pour la ligne du père (rire de la patiente) »

Q8 du SSI « **Je me sépare/divorce des compagnons qui me critiquent sur mon poids** », la patiente répond « C'est automatique chez moi, mais cela m'est arrivée qu'une fois dans ma vie ! ».

Q33 du CRI « **J'insulte les gens, ou je leur fais un doigt d'honneur.** », face à une dame stigmatisante, la patiente explique « Je lui ai fait une remarque du style, moi je suis peut-être grosse mais ça peut changer, alors que vous, vous êtes conne, et ça ce n'est pas près de changer ».

Concernant la première question de vérification (sur l'efficacité des restrictions alimentaires) : « La question sur la restriction alimentaire me pose problème, car au début, je dirais que oui c'est extrêmement efficace puisqu'on perd énormément, et vite, mais après on reprend tout donc ce n'est plus du tout bien. Donc au final je dirais que ce n'est pas du tout bien. ». La patiente dit à une autre patiente du CHU qui affirme que la restriction alimentaire c'est bien « Ah non ! Mais on ne doit pas avoir la même définition derrière le mot restriction alimentaire, moi c'est vraiment quelque chose de drastique, manger très très peu voire ne plus manger du tout ».

P60

La patiente se plaint d'un questionnaire « pas super bien fait », « pas adapté. »

P61

La patiente indique qu'« en plus des questions sur les vêtements, vous devriez aussi poser pour les chaussures ».

La patiente dit être motivée à se faire opérer pour avoir une meilleure image à ses yeux et aux yeux des autres, même si ça elle a mis du temps pour l'admettre ».

La patiente explique « Quand on voit une personne manger une glace, si elle est mince on ne va rien dire, par contre si elle est grosse on va critiquer ».

Elle dit avoir « mis beaucoup de temps à remplir car c'est toute une vie à raconter. »

Elle explique que lorsqu'ils vont au restaurant avec son conjoint « on réserve pour 4 même si nous ne sommes que 2 ».

Elle rapporte l'anecdote d'une amie à elle avec un patient Alzheimer qui ne tenait pas de discours cohérent et lui a dit « Si tu n'étais pas aussi grosse tu passerais entre la chaise et le bureau. »

Elle rapporte également une anecdote la concernant, où une année elle a été prise en photo par des inconnus avec sa fille, quand elles étaient sur la plage.

P61bis

Réaction d'un autre patient n'ayant pas rempli le questionnaire à la patiente 61 :

Pour les chaussures, il indique qu'avant il faisait du 47, et que depuis qu'il a perdu 50 kg, il fait du 45.5.

Le patient indique avoir eu des problèmes avec les places dans les avions air France, du coup il a voyagé avec air Gabon.

Pour lui, il ne pourrait pas remplir le questionnaire car il se moque du regard des autres. Du coup, il affirme que ça motivation pour l'opération c'est pour être en bonne santé et ne pas mourir jeune, mais pas pour se faire mieux accepter.

Il dit que c'est peut-être plus dur pour les femmes car lui est un homme et les gens n'osent pas lui dire qu'il est gros, souvent on lui dit qu'il est baraqué, ou qu'il ne fait pas son poids (le patient commente « l'hypocrisie des gens »).

Pour l'histoire avec la glace (« Quand on voit une personne manger une glace, si elle est mince on ne va rien dire, par contre si elle est grosse on va critiquer »), il dit que si on lui faisait une réflexion, il serait du genre à en reprendre une seconde devant eux.

P62 :

La patiente indique ne pas avoir subi de discrimination au travail mais lors de l'embauche.

Elle indique avoir toujours réussi à entrer dans les places de voiture, ciné, etc. mais par contre elle était inconfortable.

Elle dit du questionnaire qu'il est complet et qu'il remue beaucoup de choses.

P63 :

Q2 du SSI « **Avoir un médecin qui considère que vos problèmes de santé sont dûs à votre poids** », la patiente affirme « j'aurais dû les écouter. »

Q3 du SSI « **Avoir un parent ou un proche qui insiste pour que vous perdiez du poids** », la patiente ajoute « Au niveau de l'échelle il y aurait dû y avoir +5 (l'échelle s'arrêtant à 3) »

Q4 du SSI « **Avoir un compagnon qui vous traite de tous les noms** », la patiente répond que « Non, son compagnon est vraiment bienveillant et la soutien réellement même s'il ne parle pas. »

Q7 du SSI sur les remarques pendant l'enfance, la patiente précise ne pas être concernée car pas car son surpoids n'a pas débuté à l'enfance mais il y a seulement deux ans. Elle indique une « prise de poids récente, rapide et conséquente ». Pareil pour les questions sur le travail, la patiente indique ne pas être concernée car sa prise de poids a commencé lorsqu'elle était en retraite.

Q8 du SSI sur les interpellations dans les bus, la patiente commente « Non, je ne prends pas les bus de toute façon ! »

Q16 du SSI « **Un médecin qui vous dit que votre poids est un problème de santé, même quand vous êtes en bonne santé.** » La patiente raconte « J'y allais pour mes jambes et il me parlait de mon poids, qu'il fallait que je maigrisse... Du coup, je n'avais plus envie d'y aller ! Mais bon c'est pour ça que j'en suis là aujourd'hui (en HDS au SN) ».

Q27 du SSI « **Avoir des amis, des connaissances qui ne vous encourage pas ou ne remarque pas votre perte de poids.** », la patiente dit « Moi à l'inverse, j'avais une collègue qui me disait que je perdais du poids alors que j'augmentais, mais autrement c'est arrivé beaucoup de fois ».

Q29 du SSI lien surpoids et problèmes émotionnels, la patiente affirme « Non, ils ne lient pas ça et il faut dire que je n'en parle pas. »

Q30 du SSI « **Avoir des inconnus qui vous conseillent des régimes** », la patiente affirme « Ah oui beaucoup, mais bon, les conseillers ne sont pas les payeurs »

Q35 du SSI « **Ne pas être en mesure de trouver des vêtements à votre taille.** » la patiente dit « Ah oui, pareil, là il devrait y avoir +5 » (en parlant de l'échelle s'arrêtant à 3).

Q36 du SSI concernant le matériel médical inadapté, la patiente rapporte qu'elle a eu une fois « Une atèle pour jambe pas assez large et trop longue ».

Q38 du SSI concernant les sièges dans les avions, elle précise « Je ne prends pas l'avion ».

Q45 du SSI « **Avoir des gens qui affirment que vous ne trouverez jamais de conjoint à cause de votre poids** », la patiente commente « Non parce que je l'ai trouvé avant ma prise de poids ».

Q49 du SSI « **Quand vous mangez en public, vous entendre dire "tu/vous ne devrais/devriez vraiment pas manger cela"** », la patiente affirme « Par ma fille, elle me supprimerait tout, je sais que c'est pour mon bien mais à force c'est agaçant », « A table, elle me sert toujours les parts les plus petites ».

- Au niveau des stratégies pour faire face à la stigmatisation :

Q3 du CRI concernant l'évitement du miroir : la participante s'exclame « Ah OUI !!! »

Q12 du CRI « **Je déprime et m'isole** », la patiente affirme « Et oui, malheureusement »

Q18 du CRI « **Je m'aime, même quand il semble que d'autres personnes ne m'aiment pas.** », la patiente répond « Non, je ne m'aime plus ».

Q41 du CRI « **Je me dis que c'est de ma faute si je suis gros(se).** », la patiente affirme « Oui, mais il y a aussi le contexte : stress, idées noires, maladie. »

Q42 du CRI « **Je me dis "C'est ce que je suis à l'intérieur qui compte".** », la patiente précise « Oui, mais ça ne fait pas tout non plus. »

La patiente affirme « ma sœur est comme moi, mes parents aussi, je pense qu'il y a une question de génétique quand même. »

Sinon la participante associe sa perte de poids au décès de sa mère ainsi qu'aux problèmes avec sa sœur suite à cela (e.g., problèmes de succession).

P65

Q15 du SSI : « **Être la seule personne corpulente ou la personne la plus corpulente lors d'une réunion de famille.** », la patiente répond que « Oui, mais pas forcément stigmatisant ».

Q16 du SSI : « **Un médecin qui vous dit que votre poids est un problème de santé, même quand vous êtes en bonne santé.** », la patiente commente « C'est plutôt l'inverse, c'est quand il y a eu des problèmes physiques que la question du poids a été pointée (ex: diabète) ».

Au niveau du tableau des « sources potentielles de stigmatisation relative au poids » la patiente a rajouté la catégorie « Moi », elle l'explique par le fait qu'elle-même se fait des reproches, des remarques.

Jeune, la patiente indique qu'elle n'était pas ronde, ado un peu mais dans la norme. A cette époque c'était plutôt elle qui complexait. Maintenant qu'elle est vraiment en surpoids, elle n'a pas trop vécu de situations stigmatisantes. Les seules, ce sont plus avec des personnes qui travaillent dans l'esthétique, par exemple sa collègue et sa chef mais « ce ne sont pas des personnes intéressantes donc je ne m'en préoccupe pas ».

Pour la Q12 du CRI « **Je déprime et je m'isole.** », elle indique que « c'est par phase ».

P66

Pour la Q16 du SSI : « **Un médecin qui vous dit que votre poids est un problème de santé, même quand vous êtes en bonne santé.** », la patiente commente « Ce n'est pas compliqué pour les médecins tous les problèmes de santé viennent du surpoids. »

« Je suis embêtée pour répondre à la question sur les restrictions alimentaires, moi j'ai tellement fait de régimes yoyo où tu perds et tu reprends tout après... Mais j'ai tout le temps faim, si je ne mange pas, si je saute un repas, je suis mal, je tomberais dans les pommes. »

P68

« C'est quand même redondant comme question, il y a du doublon. »
« J'ai l'impression que vos questions ne me correspondent pas. »

P69

La patiente me dit « je reconnais bien le profil américain dans les questions. »
A propos de la question 32 du SSI «**Avoir vos enfants qui se moquent de vous ou vous insultent à cause de votre poids.** », la patiente dit « elle est cruelle, non (?), moi mes enfants me disent tous les jours que je suis belle, ils ne voulaient pas que je vienne (en parlant du SN) ».
« Ce que les autres pensent je m'en fiche, ce qui m'importe ce sont mon mari et mes filles »
« Avant j'étais très sensible aux regards des autres mais je me suis blindée. »

P71

« Je n'ai jamais vraiment vécu de stigmatisation. » « Dans ma famille, oui ; mais à l'extérieur, non. »

P72

« Je ne me sens pas vraiment concernée par les situations. »

P73

« Les questions sont bien faites. »

P75

« Je n'étais pas grosse pendant l'enfance. »
Lors du remplissage du CRI : la patiente explique « Oui les gens nous regardent, dès lors que nous sommes forts, les gens nous regardent. Mais moi je suis plutôt timide, du coup si on me fait une remarque, je ne répondrais pas. J'aurais tendance à vouloir être à l'autre bout de la pièce. Il y en a qui réponde, moi à part dire « bah oui je suis comme ça, je ne vois pas ce que je pourrais répondre d'autre ».

P77

« Les moqueries, cela ne m'est arrivé vraiment qu'une seule fois. »

P78

Lors du remplissage du SSI, sur la stigmatisation de la part de membres de la famille, la patiente commente : « Ma mère ce n'est pas vraiment de la discrimination mais souvent des remarques du style « tu devrais faire attention ». »

P83

La patiente affirme « Pour les questions dans l'enfance c'est un peu compliqué de répondre car on n'a pas forcément le poids que l'on a maintenant. Je n'étais pas comme ça avant tous les médicaments que j'ai pris. »
Concernant la Q8 du SSI : « **Être foudroyé(e) du regard ou interpellé(e) par des passagers du bus parce que vous prenez "trop" de place.** », la patiente dit « « foudroyé du regard », c'est violent mais regardée avec insistance, oui. »
Concernant les questions sur le conjoint et les enfants, elle commente : « Conjoint, je n'en ai pas donc ça va sauter. Enfants idem. »

P84

Concernant le questionnaire SSI, la patiente commente « On ne m'a jamais fait de réflexions par rapport à mon poids mais on le sent. »

Concernant, les remarques désobligeantes, la patiente affirme « Pas vraiment, à part dans ma famille mais ce n'est pas méchant. Il y a juste eu une fois mais c'était plutôt dirigé vers ma fille qui est plus forte que moi. Du coup, elle lui est tombée dessus. »

La patiente explique, « Ce n'est pas des réflexions directes, c'est plus subtile mais on le sent : « ah c'est comme ça que tu t'habilles ? « Tu trouves toujours ta taille ? ». »

P88

Le patient commente « C'est vraiment pour les gros ce questionnaire, moi je suis gros depuis 10 ans même pas ».

Concernant des améliorations pour le questionnaire, le patient conseille « Il aurait fallu mettre dans les réponses une case « peut-être ». »

Il ajoute « Ces questions-là sont pour des personnes (bruitage bouche + geste représentant la largeur). »

P89

Concernant le SSI, la patiente annonce « J'ai eu de la chance car je n'ai pas souvent été stigmatisée », « J'utilise beaucoup l'humour et la dérision, du coup ça déstabilise, désarçonne les gens »

En remplissant le SSI, la patiente commente « Heureusement qu'ils ne volent pas les cons, autrement je vous le dis le ciel serait noir. »

Concernant les réflexions de la part d'enfants, elle non, mais elle pense que son fils a eu, de la part de ses camarades d'école des réflexions, comme quoi sa mère était grosse. Elle raconte qu'« un jour il leur a dit « Ma maman, elle n'est pas grosse, elle est comme Obélix, elle est enrobée ». »

Concernant les remarques de la part de docteurs, elle rapporte qu'un jour elle a eu une réflexion d'un médecin, de son cardiologue. Ce dernier, lui a dit « Avez-vous vu des gros dans les camps de concentration ? »

Un peu plus loin dans la complétion du SSI, elle ajoute : « Je ne suis pas une bonne cliente pour vous, peut-être que c'est arrivé dans mon dos... Surement d'ailleurs pour les collègues mais pas en face. »

Concernant la Q28 du SSI : « **Avoir des gens qui supposent que si vous êtes en surpoids c'est parce que vous mangez trop ou que vous vous empiffrez.** », la patiente affirme « Bien sûr c'est un classique, enfin, moi c'est vrai, il ne faut pas cracher dans la soupe. »

Concernant la Q29 du SSI : « **Avoir des gens qui supposent que vous êtes en surpoids parce que vous avez des problèmes émotionnels.** », elle commente « Oh oui ! Mais les gens ne sont pas assez intelligents pour penser que cela est lié », elle explique ensuite qu'elle a une mère décédée lorsqu'elle avait 7 ans.

Concernant les questions sur le sport, la patiente ajoute « Je ne fais pas de sport, il faudrait. »

Concernant les questions sur les vêtements et la ceinture dans les transports non adaptés, la patiente affirme « ça c'est vrai, c'est galère ! »

- Pour le CRI :

Q29 : « **Je me rappelle que je n'ai rien fait de mal, que ce n'est pas de ma faute si j'ai cette corpulence.** », la patiente commente : « Je n'ai rien fait de mal, ça c'est sur, mais on m'a fait du mal, cela peut peut-être expliquer mes problèmes de poids. »

Q51 : « **Si quelqu'un me regarde fixement, je le regarde fixement en retour.** », la patiente explique « Je ne vais pas lui dire « qu'est-ce que vous avez à me regarder fixement ? », avec une amie

nous ne faisons pas vraiment cela mais ça revient au même, c'est plus subtil, c'est une histoire sans paroles, on fait genre « elle est où la tâche ? » (La patiente mime le fait de regarder son tee-shirt pour y détecter une tâche). »

P92

Concernant les commentaires de la part d'enfants, le patient affirme « En général les gamins le font dans le dos ce genre de réflexions donc on n'entend jamais. »

Concernant les questions sur les conseils pour s'habiller, le patient indique « Oui, moi, c'est ma femme, elle est coutière donc elle sait ce qui va et ne va pas. »

Concernant les réflexions des proches, le patient explique qu'un collègue l'appelait « ma grosse loutre, mais moi je m'en foutais (le patient rigole) »

Concernant les questions sur l'évitement, le patient explique « j'évite les fêtes de village car les gens sont cons.

Pour la question sur l'efficacité des activités physiques dans la perte de poids, le patient dit « j'anticipe car je n'ai repris la natation que depuis une semaine. »

Par rapport aux questionnaires, il affirme que « c'est difficile de répondre à certaines questions en utilisant une échelle. »

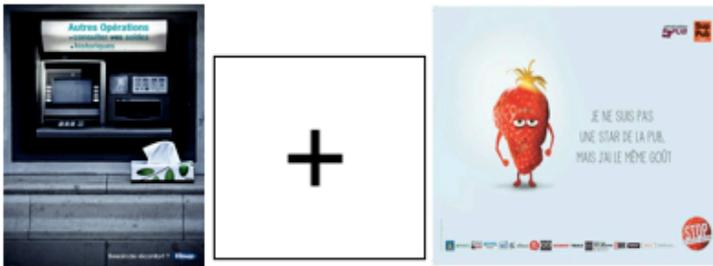
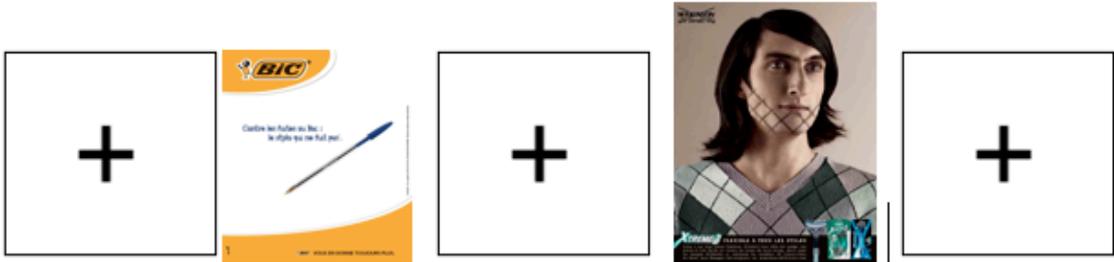
P94

La patiente rapporte avoir été « vexée par un nutritionniste, du coup je n'y est plus retournée. »

De manière générale, elle indique « Je ne me sens pas discriminée, en tout cas je ne le sens pas. »

Concernant les lieux évités, elle mentionne « la piscine ».

Annexe U : Affiches publicitaires présentées aux participants en fonction de leur condition expérimentale (menace vs. contrôle vs. réduction de la menace).



Annexe V : Ordre de présentation des affiches publicitaires par condition expérimentale (menace vs. contrôle vs. réduction de la menace).

Les images présentées ci-dessus, ont été tirées au sort quant à leur ordre d'apparition dans le diaporama. Voici les résultats de ce tirage au sort (en gras et italique les images cibles) :

Neutre	Menace	Positif
<i>Sam</i>	Nescafé	Fraise moche
Kleenex	<i>Haribo</i>	Dentifrice
<i>Lessive</i>	18 ans	<i>Dim</i>
Bic	Dentifrice	Rasoir
Dentifrice	Bic	Kleenex
Rasoir	<i>Homme sandwich</i>	<i>H&M</i>
Nescafé	Rasoir	Nescafé
18 ans	Kleenex	<i>Dove</i>
<i>Livre</i>	Fraise moche	Bic
Fraise moche	<i>Cornet de glace</i>	18 ans

Annexe W : Questionnaires de rappel des publicités en fonction de la condition expérimentale.

▪ **Condition menace**

Questionnaire sur les publicités et campagnes de prévention

a) D'après le slogan présent sur l'une des campagnes de prévention présentées, « Avant 18 ans, au lieu de chercher l'ivresse vaut mieux... » ? (Cochez la case correspondant à votre réponse).

- Faire du sport
- Tomber amoureux
- Aller à l'école

b) L'une des publicités vendait les mérites d'un fruit moche, quel était ce fruit ?

_____.

c) Dans la publicité kleenex, la boîte de mouchoir représentée était posée près d'une machine, laquelle ? (Cochez la case correspondant à votre réponse).

- Un distributeur automatique
- Un distributeur de boissons
- Une machine à sous

d) Sur cette image, qu'est-ce que l'homme tient dans sa main ?

_____ (veuillez indiquer votre réponse).



e) Parmi les publicités et campagnes proposées, quelle partie du corps humain a été détournée afin de représenter un cornet de glace à la fraise ?

_____ (veuillez indiquer votre réponse).

▪ **Condition neutre**

Questionnaire sur les publicités et campagnes de prévention

a) D'après le slogan présent sur l'une des campagnes de prévention présentées, « Avant 18 ans, au lieu de chercher l'ivresse vaut mieux... » ? (Cochez la case correspondant à votre réponse).

- Faire du sport
- Tomber amoureux
- Aller à l'école

b) L'une des publicités vendait les mérites d'un fruit moche, quel était ce fruit ?

_____.

c) Dans la publicité kleenex, la boîte de mouchoir représentée était posée près d'une machine, laquelle ? (Cochez la case correspondant à votre réponse).

- Un distributeur automatique
- Un distributeur de boissons
- Une machine à sous

d) Quel habit était présent dans la publicité pour la lessive « Supercroix » ?

_____ (veuillez indiquer votre réponse).

e) Pouvez-vous compléter le slogan de cette campagne ?

« Une amende de retard à la biblio, c'est presque une _____ (veuillez indiquez votre réponse) ».



▪ **Condition réduction de la menace**

Questionnaire sur les publicités et campagnes de prévention

a) D'après le slogan présent sur l'une des campagnes de prévention présentées, « Avant 18 ans, au lieu de chercher l'ivresse vaut mieux... » ? *(Cochez la case correspondant à votre réponse).*

- Faire du sport
- Tomber amoureux
- Aller à l'école

b) L'une des publicités vendait les mérites d'un fruit moche, quel était ce fruit ?

_____.

c) Dans la publicité kleenex, la boîte de mouchoir représentée était posée près d'une machine, laquelle ? *(Cochez la case correspondant à votre réponse).*

- Un distributeur automatique
- Un distributeur de boissons
- Une machine à sous



d) Quelle est la marque de vêtement de cette publicité ?

_____ *(veuillez indiquer votre réponse).*

e) Une publicité pour le gel douche « Dove » vous a été présentée, 11 femmes y figuraient, comment étaient-elles vêtues ?

_____ *(veuillez indiquer votre réponse).*

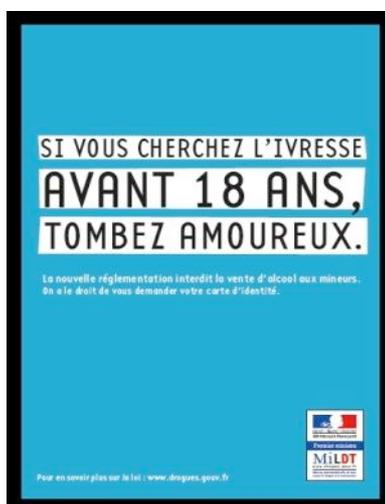
Annexe X : Les deux pré-tests utilisés pour le choix des publicités et leurs résultats.

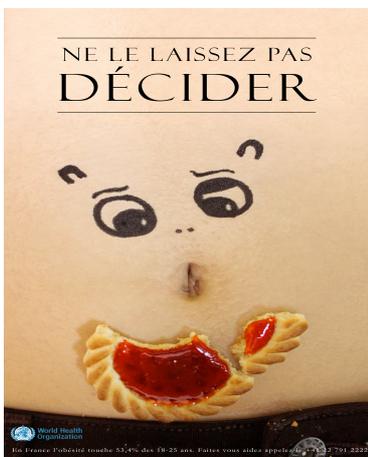
▪ Pré-test 1 sur les publicités

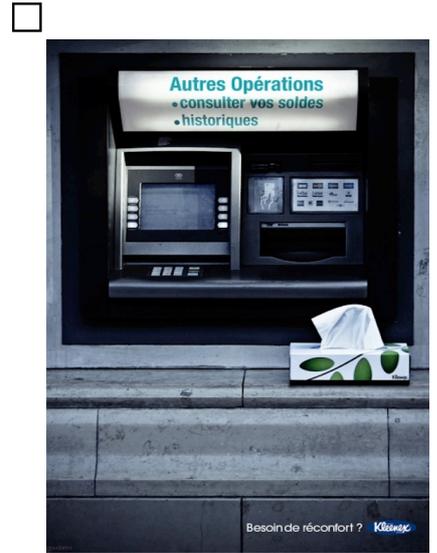
Questionnaire sur les publicités et campagnes de prévention.

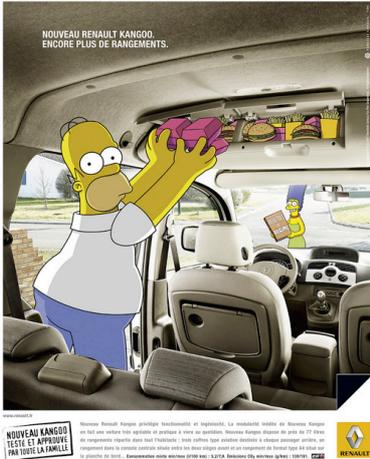
Première question : Veuillez, s'il vous plaît, regarder *attentivement* chacune des images ci-dessous et cocher celles qui vous semblent refléter la croyance selon laquelle **les personnes en surpoids/obèses mangent trop et mangent gras :**

Deuxième question avec les publicités identiques : Veuillez, s'il vous plaît, regarder de nouveau *attentivement* chacune des publicités, en cochant cette fois-ci celles qui, selon vous, **reflètent une image positive des personnes en surpoids voire obèses :**











Veillez, s'il vous plaît, indiquer:

Votre âge: _____.

Votre sexe: _____.

Votre taille: _____.

Votre poids: _____.

Merci pour votre participation !

- **Résultats pré-test 1 sur les publicités** : Analyse de fréquence suivie d'un test de khi deux pour chaque catégorie de publicités.

Images présélectionnées comme représentant le stéréotype :

	Consignes données au participant		Khi deux Ddl=1	P
	Cocher stéréo	Cocher positif		
Haribo (n°3)	35	5	52,5	.001
Lustucru (n°4)	26	15	7,12	.010
Prévention santé (n°9)	16	5	8,23	.005
Ne le laissez pas décider (n°11)	11	2	7,65	.010
Panzani (n°15)	18	7	7,52	.010
Mangez sain (n°17)	34	2	58,56	.001
Mikado (n°21)	7	2	3,18	.10
Homer. S (n°22)	13	7	2,52	.20
Cornet de glace (n°24)	33	1	58,56	.001
Superman (n°25)	23	4	21,76	.001
Dim gâteau (n°28)	17	23	2,1	.20
Basic instinct (n°29)	28	5	30,32	.001
Barbie (n°34)	22	2	25,36	.001

Nous avons retenu les publicités avec les *p* les plus significatifs (ici en gras).

Images présélectionnées comme véhiculant une image positive des individus en surpoids :

	Consignes donnée au participant		Khi deux Ddl= 1	P
	Cocher positif	Cocher stéréo		
Dim danse (n°8)	20	6	12	.001
Lunette (n°13)	23	5	19,29	.001
H&M (n°20)	28	12	14,93	.001
Dove (n°34)	29	6	30,23	.001

Nous avons retenu les quatre images les *p* étant significatifs

Images présélectionnées comme étant neutres :

	Pas coché	Pas coché	Khi deux (ddl= 1)	P
Nescafé (n°1)	35	34	1.01	.40
PQ (n°2)	35	29	6.56	.025
18 ans (n°5)	35	35	<.001	.99
Rasoir (n°6)	35	35	<.001	.99
Le petit marseillais (n°7)	35	31	4.24	.05
Petit Lu (n°10)	29	32	1.15	.30
Orange moche(n°12)	32	34	1.06	.40
Sam (n°14)	34	35	1.01	.40
Kleenex (n°16)	34	35	1.01	.40
WWF (n°18)	35	29	6.56	.025
Fraise (n°19)	35	35	<.001	.99
Bic (n°23)	35	35	<.001	.99
Lessive (n°26)	34	35	1.01	.40
Livre (n°27)	35	35	<.001	.99
Cigarette (n°30)	35	32	3.13	.10
Dentifrice (n°31)	35	35	<.001	.99
Yoplait (n°33)	34	28	5.08	.025

Nous avons sélectionné les images avec les p les moins significatifs, celles qui correspondaient le moins aux messages présentés (ici en gras).

▪ Pré-test 2 sur les publicités

Questionnaire sur les publicités et campagnes de prévention.

Veillez, s'il vous plaît, regarder attentivement chacune des images ci-dessous:

Selon vous, quel est le message véhiculé par l'ensemble de ces images ?

Pour vous, laquelle de ces images illustre le *plus* ce message ?

_____ (= indiquer le numéro de l'image).

Pour vous, laquelle de ces images illustre le *moins* ce message ?

_____ (= indiquer le numéro de l'image)

Veillez faire un classement de l'image qui, pour vous, véhicule le moins cette idée à l'image qui la véhicule le plus : *Pour ce faire utilisez les chiffres associés à chacune des images.*

Le - _____ Le +

Veillez, s'il vous plaît, regarder de nouveau attentivement chacune de ces images :

Les mêmes images que précédemment ont à nouveau été présentées sur une nouvelle feuille.

Pour vous, ces images reflètent-elles une image positive des personnes en surpoids ?
(entourez le chiffre de l'échelle qui indique le mieux votre opinion, sachant que 1= pas du tout et 7= tout à fait)

Pas du tout 1 2 3 4 5 6 7 *Tout à fait*

Veillez faire un classement de l'image qui, pour vous, véhicule le moins cette idée à l'image qui la véhicule le plus :

Pour ce faire utilisez les chiffres associés à chacune des images.

Le - _____ Le +

Veillez, s'il vous plaît, indiquer :

Votre sexe : _____.

Votre âge : _____.

Votre taille : _____.

Votre poids : _____.

Merci pour votre participation.

▪ Résultats pré test 2 publicités :

Pour les publicités « menaçantes » :

Analyse descriptive

	Moy_Ens	SD_Ens
Img1	5,74	0,47
Img2	5,31	0,45
Img3	5,43	0,39
Img4	3,06	0,26
Img5	7,29	0,89
Img6	4,20	0,28
Img7	7,06	0,68
Img8	4,49	0,32
Img9	6,11	0,86
Img10	6,23	0,64

Nombre de participant ayant trouvé le message véhiculé par les affiches :

Message complet N= 21

Message partiel N=14

Les images suivantes (en gras) ont été conservées par la suite.

	Img1	Img2	Img3	Img4	Img5	Img6	Img7	Img8	Img9	Img10
Img1		.67	.66	4.5	-9.06*	12.11*	-24.40**	4.59	-.39	-.63
Img2	.67		-.71	11.51*	-3.05	1.6	-2.31	1.56	-5.79	-.7
Img3	.66	-.71		118.5**	-3.9	2.41	-2.78	2.71	-19.57**	-.64
Img4	4.5	11.51*	118.5**		-9.22*	-2.38	-7.04*	-4.42	-55.6**	-2.57
Img5	-9.06*	-3.05	-3.9	-9.22*		123.4**	2.1	20.78*	2.3	1.37
Img6	12.11*	1.6	2.41	-2.38	123.4**		-33.59**	-1.75	-3.52	-2.7
Img7	-24.40**	-2.31	-2.78	-7.04*	2.1	-33.59**		10.51*	1.53	1.26
Img8	4.59	1.56	2.71	-4.42	20.78**	-1.75	10.51**		-4.26	-1.91
Img9	-.39	-5.79	-19.57**	-55.6**	2.3	-3.52	1.53	-4.26		-.09
Img10	-.63	-.7	-.64	-2.57	1.37	-2.7	1.26	-1.91	-.09	

T-test échantillon apparié = différence de moyennes entre les images.

NB : * p tendanciel (entre .05 et .10) + ** p significatif ($\leq .05$)

Pour les publicités « positive » :

Analyse descriptive

	Moy_Ens	SD_Ens
Img1	2,20	0,18
Img2	2,66	0,45
Img3	3,06	0,71
Img4	2,09	0,11

Nombre de participant ayant trouvé le message véhiculé par les affiches :

Message complet N= 16

Message partiel N=11

Aucun message N=8

Les images suivantes (en gras) ont été conservées par la suite.

T-test échantillon apparié = différence de moyennes entre les images.

	Img1	Img2	Img3	Img4
Img1		-15.67**	-3	2.33
Img2	-15.67**		-1	6.78*
Img3	-3	-1		4.68
Img4	2.33	6.78*	4.68	

NB : * p tendanciel (entre .05 et .10) + ** p significatif ($\leq .05$)

ation contient 17 catégories :

ruits : 22 fruits

égumes : 29 légumes

oucherie : 12 viandes

oissonnerie : 11 poissons

rèmerie : 6 produits

oulangerie : 19 produits de boulangerie

etit Déj. : 22 produits du petit déjeuner

raiteur : 8 plats de traiteur

urgelé : 61 produits surgelés

- Boissons : 53 boissons sans alcool

- Bières : 15 bières

- Alcools/Vins : 24 boissons alcoolisées

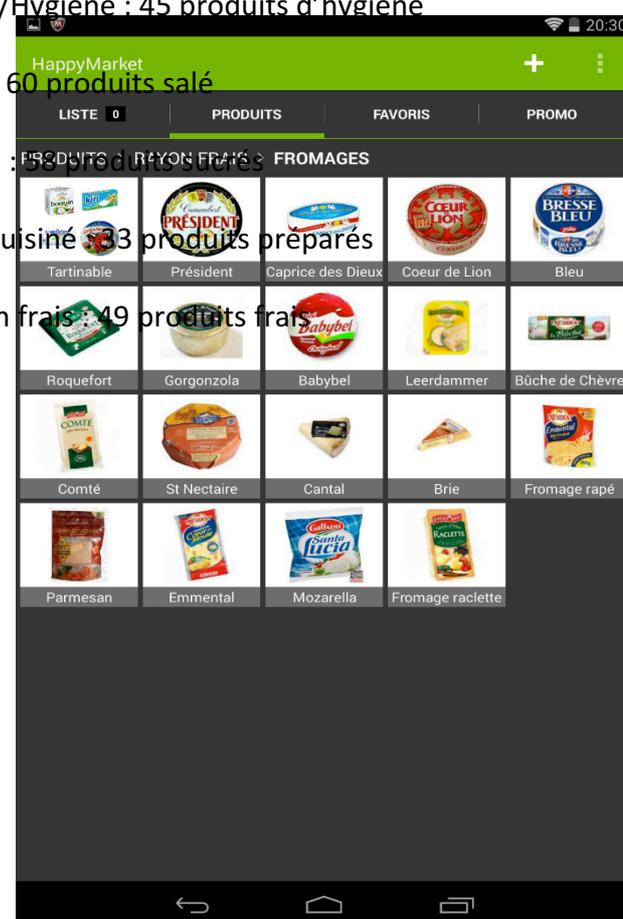
- Soins/Hygiène : 45 produits d'hygiène

- Salé : 60 produits salé

- Sucré : 58 produits sucrés

- Plat cuisiné : 33 produits préparés

- Rayon frais : 49 produits frais



Au total, **527** produits étaient disponibles toutes catégories confondues.

Annexe Z : Questionnaire de satisfaction et consommation (i.e., post-questionnaire).



QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION ET CONSOMMATION

Une série de questions, auxquelles nous vous demandons de répondre **DANS L'ORDRE**, va maintenant vous être posée.

Il n'y a pas de **BONNES** ou de **MAUVAISES REPONSES**, par conséquent, veuillez, s'il vous plaît, répondre aux questions le plus **SINCEREMENT** et **SPONTANEMENT** possible.

Ce questionnaire est strictement **ANONYME**.

Les réponses aux questions feront l'objet d'un traitement statistique collectif.
Aucun traitement individuel des informations ne sera effectué.
Aucune information nominative ne sera divulguée.

MERCI de votre collaboration.

Veillez tourner la page, SVP →

1. Pensez-vous que l'application d'achats en ligne qui vient de vous être proposée est attrayante ?

- Tout à fait Moyennement Pas du tout

2. Selon vous, cette application est-elle facile à manipuler et maîtriser ?

- Tout à fait Moyennement Pas du tout

3. Tous les produits dont vous aviez envie étaient-ils proposés par l'application ?

- OUI NON

Si NON, veuillez, s'il vous plaît, indiquer le produit ou les différents produits qui vous ont manqués:

4. Avez-vous une ou plusieurs allergies alimentaires ?

- OUI NON

Si OUI, veuillez, s'il vous plaît, préciser laquelle ou lesquelles:

5. Y-a-t-il un aliment ou des aliments que vous détestez et donc que vous ne consommez jamais ?

- OUI NON

Si OUI, veuillez, s'il vous plaît, indiquer lequel ou lesquels:

6. Souffrez-vous d'une ou plusieurs pathologies (ex: Hépatite, Cholestérol, etc) ?

OUI NON

Si OUI, veuillez, s'il vous plaît, préciser laquelle ou lesquelles:

7. Avez-vous déjà subi une chirurgie bariatrique ?

OUI NON

Si OUI, veuillez, s'il vous plaît, préciser laquelle ou lesquelles:

8. Actuellement, avez-vous des restrictions alimentaires particulières ? (ex: végétarien, sans sel, pour perdre du poids, etc.) ?

OUI NON

Si OUI, veuillez, s'il vous plaît, préciser laquelle ou lesquels:

9. Pourriez-vous nous indiquer :

- Votre sexe ?
- Votre âge ?
- Votre taille ?
- Votre poids ?

Dans les questions suivantes, différents items vont vous être présentés. Veuillez indiquer, s'il vous plaît, votre degré d'accord avec chacun des items en entourant le chiffre correspondant sur une échelle allant de 1 : « Pas du tout d'accord » à 8 : « Tout à fait d'accord ».

1. Lorsque j'ai réalisé la tâche de simulation de courses en ligne j'étais stressé(e).

Pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 8 Tout à fait d'accord

2. Si j'avais à réaliser cette tâche de simulation de course à nouveau :

- j'essayerais de moins sélectionner de produits alimentaires.

Pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 8 Tout à fait d'accord

- j'essayerais de moins sélectionner de produits alimentaires considérés comme mauvais pour la santé.

Pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 8 Tout à fait d'accord

- j'essayerais de moins sélectionner de produits alimentaires considérés comme faisant grossir.

Pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 8 Tout à fait d'accord

3. Je pense que, l'expérimentateur s'attendait à ce que je sélectionne davantage de produits alimentaires que de produits non alimentaires.

Pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 8 Tout à fait d'accord

4. Je pense que, l'expérimentateur s'attendait à ce que je sélectionne davantage de produits alimentaires gras que de produits alimentaires sains.

Pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 8 Tout à fait d'accord

5. Lors de la tâche de simulation de courses, j'ai peut-être moins sélectionné de produits alimentaires que la moyenne.

Pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 8 Tout à fait d'accord

6. Lors de la tâche de simulation de courses, j'ai peut-être plus sélectionné de produits alimentaires sains que la moyenne.

Pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 8 Tout à fait d'accord

7. Pensez-vous avoir deviné le but de l'étude?

OUI

NON

Si oui, selon vous, quel est ce but ?

8. A quel moment de l'étude pensez-vous l'avoir repéré ?

Merci pour votre participation !

Annexe AA : Avis favorable du CPP Sud Est 6 pour l'étude avec l'application Plan Courses.

Comité de
Protection des
Personnes
Sud-Est 6

Clermont Fd, le 25 mars 2015

Monsieur M. DESERT
Laboratoire de Psychologie
Sociale et Cognitive
Université Blaise Pascal

Nos Réf. : 2015 / CE 43

Monsieur,

Vous nous avez sollicités à propos d'un projet intitulé :

« L'effet de la menace du stéréotype sur le comportement alimentaire de personnes en surpoids voire obèses ».

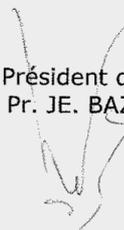
Vous nous avez précisé que cette étude consisterait pour les participants à visionner des images mêlant affiches publicitaires et campagnes de prévention puis, secondairement, à remplir un questionnaire à propos de celles-ci.

Cette étude ne comportant que des contraintes minimales ne pose pas de problème éthique particulier et ne relève pas du domaine d'application de la réglementation régissant les recherches biomédicales, au sens de l'Article L.1121-1-1 et l'Article R.1121-3.

Nous attirons néanmoins votre attention sur le fait que, dans ce contexte, du fait de l'enregistrement des différentes données et informations, il vous appartient de vous renseigner sur les obligations liées aux déclarations auprès de la CNIL.

Veillez agréer, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.

Le Président du CPP
Pr. JE. BAZIN



Annexe BB : Pré-test sur les aliments proposés dans l'application et ses résultats.

Le pré-test a été effectué en ligne grâce à docs.google.com. Les 414 aliments testés ont été divisés en 7 questionnaires : les six premiers contenaient 59 aliments à juger ; le dernier en contenait 60. Chaque questionnaire était décliné en 5 versions avec un ordre de présentation des aliments différent, généré aléatoirement grâce au site www.dcode.fr/tri-liste. Voici un exemple de présentation d'un des items présentés :

Pour vous, l'éclair au chocolat...



Est-ce un aliment mauvais pour la santé ?*

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

Pas du tout Tout à fait

Est-ce un aliment qui fait grossir ?*

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

Pas du tout Tout à fait

Résultats pré-test aliments

Après avoir fait les moyennes de chaque aliment sur les deux dimensions, l'aliment a été classé dans une catégorie. L'échelle allant de 0 à 9 (point milieu 4,5) donc avons défini les catégories suivantes :

	Moyenne Malsain	Moyenne Grossir
Aliment malsain et faisant grossir	$\geq 4,5$	$\geq 4,5$
Aliment sain et ne faisant pas grossir	$< 4,5$	$< 4,5$
Aliment seulement malsain	$\geq 4,5$	$< 4,5$
Aliment faisant seulement grossir	$< 4,5$	$\geq 4,5$

Corrélations

		Moyenne SANTE	Moyenne GROSSIR	Moyenne Les 2	SantésouspoidsPM	SantéOWOB	GrossirsouspoidsPM	GrossirOWOB
Moyenne SANTE	Corrélation de Pearson	1	.931**	.979**	.997**	.970**	.933**	.748**
	Sig. (bilatérale)		.000	.000	.000	.000	.000	.000
	N	414	414	414	414	414	414	412
Moyenne GROSSIR	Corrélation de Pearson	.931**	1	.986**	.924**	.914**	.998**	.810**
	Sig. (bilatérale)	.000		.000	.000	.000	.000	.000
	N	414	414	414	414	414	414	412
Moyenne Les 2	Corrélation de Pearson	.979**	.986**	1	.974**	.956**	.985**	.796**
	Sig. (bilatérale)	.000	.000		.000	.000	.000	.000
	N	414	414	414	414	414	414	412
SantésouspoidsPM	Corrélation de Pearson	.997**	.924**	.974**	1	.949**	.929**	.737**
	Sig. (bilatérale)	.000	.000	.000		.000	.000	.000
	N	414	414	414	414	414	414	412
SantéOWOB	Corrélation de Pearson	.970**	.914**	.956**	.949**	1	.909**	.751**
	Sig. (bilatérale)	.000	.000	.000	.000		.000	.000
	N	414	414	414	414	414	414	412
GrossirsouspoidsPM	Corrélation de Pearson	.933**	.998**	.985**	.929**	.909**	1	.803**
	Sig. (bilatérale)	.000	.000	.000	.000	.000		.000
	N	414	414	414	414	414	414	412
GrossirOWOB	Corrélation de Pearson	.748**	.810**	.796**	.737**	.751**	.803**	1
	Sig. (bilatérale)	.000	.000	.000	.000	.000	.000	
	N	412	412	412	412	412	412	412

** La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

Nous avons alors réparti les 414 aliments dans ce tableau :

Aliment malsain et faisant grossir	Aliment seulement mauvais pour la santé	Aliment faisant seulement grossir	Aliment sain et ne faisant pas grossir
Boulette de viandes S choucroute en boîte manchon de poulet S saucisse lentille bte Macédoine paëlla en boîte mortadelle pommes duchesses couscous en boîte knacki Quenelle en boîte pizza végétarienne bacon crêpes farcies surg Gnocchi prépa piémontaise prépa neste sauce bolo	pot de sel bâtonnet poisson surg	Vol au vent trait Tartes aux pommes parmesan boursin roquefort pot de confiture Choco cuisine Bûche de chèvre kiri président Comté paquet de ravioles moussaka cantal pain de mie sachet from râpé boudoirs madeleines	Eau plate Salade Haricot Pomme tomate orange courgette poireau épinard kiwi carotte céleri l'ail radis pastèque clémentine fenouil Ananas

3 châtons aux fruits prince choco BN choco danette vanille		boudin purée surg Lasagne trait quiche poireaux	Chou tisane nectarine Framboise
Aliment malsain et faisant grossir	Aliment seulement mauvais pour la santé	Aliment faisant seulement grossir	Aliment sain et ne faisant pas grossir
Pims fraises gratin dauphinois pistaches quiche lorraine Quiche provençale ketchup Croque monsieur pizza margharita glace vanille brownie Tartelettes fraise ravioli en boite chocapic icetea chorizo sous vide vache qui rit croissant au jambon quiche from prépa pizza végétarienne S tablette choco au lait spaghbolosurg sandwich baguette muffins sachet pain choco lardons Profiteroles surg bûche glacée schweppes pizza 4 fromages éclair café Croquettes crevettes oasis sandwich triangle crêpe prépa choco lait/noisette Châtonchoco Religieuse		bleu Leerdammer salade niçoise pâte sablée barre choco light brie gorgonzola hachi trait tarte aux fraises tartes aux framboises Saint-nectaire coeur de lion Brioche Apérivrais merguez caprices des dieux Balisto jambon cru Babybel choco en poudre paquet riz au lait craquinettes huile de colza Saucisse huile de tournesol sablés sirop de fruit flans caramélisés speculos cancoillotte danettechoco Pommes dauphine Cassoulet en boite crème saint-agur pâté en croute trait quatre quarts sucre en poudre pain au choco	endive Abricot mandarine poivron artichaut oignon Potiron Betterave Pamplemousse poire concombre asperge aubergine Fraise prune pêche melon raisins galette de riz mangue cerises citron thé champignons cabillaud sole salade en sachet Poivre Haricots surg Haricots en boîte coquillage Jus de légume choux fleur surg yaourts natures poulet soja haricot rouge

Smarties granola mousse choco croquette surg BN fraise sachet de croissant Sauce béchamel Pâté sous vide macaronis surg croquettes fromages sachet prépa gateaux		Crème fraîche pain au lait croissant moelleux choco chausson apéricube Beurre salé chouquette margarine brioches tranchées	courgette surg noix de coco Poireaux surg Maïs gambas dinde huître petit pois banane Moule Pois carotte surg
Aliment malsain et faisant grossir	Aliment seulement mauvais pour la santé	Aliment faisant seulement grossir	Aliment sain et ne faisant pas grossir
feuilleté de jambon S pizza chèvre millefeuille gratin dauphinois bte wrap profiterole paris-brest bavarois surg TUC Knackiball Pancakes sauce tartare pizza bolognaise kinder Saucisson en sachet cordon bleu prépa glace choco cookies glace cornet bière sucettes coca light Sauce béarnaise fruits pastilles Glace esquimaux feuilleté fromsurg pizza jambon-fro coca zéro pizza champignon rillettes		Glace fraise pain aux raisins Beurre Tablette choco pralinées sucres en morceaux fromage raclette croissant au beurre éclair choco	choux bruxellesurg saint-jacques badoit carottes surg poissons surg pot cornichons fruits des bois surg Riz pôlée lapin framboises S huile d'olive œuf thon en boite biscotte pois carotte en boite maïs en boite compotes tomates en boîte pain farine saumon Agneau pâtes veau Mouton épinards surg fraises surg homard surg semoule

<p>lasagnes surg nuggets surg sauce carbo tartiflette surg Crèpewhaouchoco pasta box gaufres choco salami pizza mozzarella Apéro surg Maltesers whaou fourré choco twix pizza reine bounty glacé sauce 4 fromages Kit kat Canada dry</p>			<p>PDT Sachet de levure yaourt 0% bœuf avocat café soupe en brique actimel lait cracotte jambon blanc Jus de fruit salade composée pois chiches en boîte maïzena Crevette surgelée Poires en boîte gambas surg</p>
Aliment malsain et faisant grossir	Aliment seulement mauvais pour la santé	Aliment faisant seulement grossir	Aliment sain et ne faisant pas grossir
<p>chips light 7up pizza 4 fromages boisson énergisante Gini orangina Chips nature éclair surg Mars Lion frites surg Chips paprika nuggets bounty paquet de haribo Tablette choco blanc paquet de hot-dog pizza chorizo snickers glacés donuts M&M's Curly mayo huile de friture</p>			<p>ananas en boîte coulis de tomate blanc de poulet sardine en boîte sushi brochette de viandes anchois en boîte tablette choco noir porc Special K coulis fruits rouges saumon fumé barre céréé et fruits Chicorée pâtes fraîches prépa fromage blanc maquereau en boîte Salade de fruit surimi pastille vichy miel carottes râpées canard emmental</p>

Sauce américaine			fruit sec
Hamburger surg			sachet d'olives
fraise tagada			moutarde
sprite			pâte feuilletée
mars glacés			yaourt aux fruits
hamburger boeuf			glaces à l'eau
Pringles			petits beurres
chips poulet			mozzarella
Hamburger poulet			barres céré fruits light
krema			perle de lait
Bonbon cola			salade de betterave
coca-cola			abricot en boite
snickers			tomates farcies trait
fanta			saint-jacques
cacahuète			taboulé
chips bolo			purée
carambar			calamar surg
boite haribo mix			steack haché surg
Red bull			Saint-morêt
schtroumphs			céléripépa en salade
alcool			Gâteaux aux fruits light
chips barbecue			
Nutella			

Annexe CC : Contexte expérimental de l'Étude 4 en photographies.

- Tâche de goût



- Prises des mensurations (poids et taille) :



Annexe DD : Test de goût utilisé dans l'Étude 4.



Université Blaise Pascal
UFR de Psychologie
34, avenue Carnot
63037 Clermont-Ferrand



LAPSCO
CNRS UMR 6024
34, avenue Carnot
63037 Clermont-Ferrand

Tâche de goût

Il n'y a pas de **BONNES** ou de **MAUVAISES REPONSES**, par conséquent, veuillez, s'il vous plaît, répondre aux questions le plus **SINCEREMENT** et **SPONTANEMENT** possible.

Ce test d'évaluation sensorielle est strictement **ANONYME**.

MERCI de votre collaboration.

Veuillez tourner la page, SVP →

Évaluation Sensorielle

- Aliment A -

Veillez, s'il vous plaît, évaluer **l'aliment A** sur chacun des items suivants: son apparence, son goût/parfum, sa texture/consistance, son arôme/odeur et son impression globale. Pour ce faire, vous placerez une croix dans la case correspondant à votre avis. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.

		Apparence	Goût/ Parfum	Texture/ consistance	Arôme/odeur	Impression globale
J'aime	Extrêmement					
Beaucoup						
Moyennement						
Légèrement						
Neutre (ni aime ni déteste)						
Je déteste	Légèrement					
Moyennement						
Beaucoup						
Extrêmement						

Suite →

Évaluation sensorielle

- Aliment B -

Veillez, s'il vous plaît, évaluer **l'aliment B** sur chacun des items suivants: son apparence, son goût/parfum, sa texture/consistance, son arôme/odeur et son impression globale. Pour ce faire, vous placerez une croix dans la case correspondant à votre avis. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.

		Apparence	Goût/ Parfum	Texture/ consistance	Arôme/odeur	Impression globale
J'aime	Extrêmement					
Beaucoup						
Moyennement						
Légèrement						
Neutre (ni aime ni déteste)						
Je déteste	Légèrement					
Moyennement						
Beaucoup						
Extrêmement						

Suite →

Évaluation sensorielle

- Aliment C -

Veillez, s'il vous plaît, évaluer **l'aliment C** sur chacun des items suivants: son apparence, son goût/parfum, sa texture/consistance, son arôme/odeur et son impression globale. Pour ce faire, vous placerez une croix dans la case correspondant à votre avis. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.

		Apparence	Goût/ Parfum	Texture/ consistance	Arôme/odeur	Impression globale
J'aime	Extrêmement					
Beaucoup						
Moyennement						
Légèrement						
Neutre (ni aime ni déteste)						
Je déteste	Légèrement					
Moyennement						
Beaucoup						
Extrêmement						

Suite →

Évaluation Sensorielle

- Aliments A, B et C -

Quel aliment avez-vous préféré entre l'aliment A, l'aliment B et l'aliment C ?

Veillez, s'il vous plaît, indiquer sur les lignes votre classement des 3 aliments.

Sachant que: **1** = l'aliment que vous avez le plus aimé

et

3 = l'aliment que vous avez le moins aimé.

Votre Classement:

1. _____
2. _____
3. _____

f)

Ce questionnaire est fini !

Veillez, s'il vous plaît, indiquer à l'expérimentateur que vous avez terminé de faire votre évaluation.

MERCI.

Annexe EE : Post-questionnaire 1 de l'Étude 4.



Université Blaise Pascal
UFR de Psychologie
34, avenue Carnot
63037 Clermont-Ferrand



LAPSCO
CNRS UMR 6024
34, avenue Carnot
63037 Clermont-Ferrand

Post-questionnaire 1

Une série de questions, auxquelles nous vous demandons de répondre **DANS L'ORDRE**, va maintenant vous être posée.

Il n'y a pas de **BONNES** ou de **MAUVAISES REPONSES**, par conséquent, veuillez, s'il vous plaît, répondre aux questions le plus **SINCEREMENT** et **SPONTANEMENT** possible.

Ce questionnaire est strictement **ANONYME**.
Les réponses aux questions feront l'objet d'un traitement statistique collectif.

Aucun traitement individuel des informations ne sera effectué.
Aucune information nominative ne sera divulguée.

MERCI de votre collaboration.

Veuillez tourner la page, SVP →

Dans les questions suivantes, différents items vont vous être présentés. Veuillez indiquer, s'il vous plaît, votre degré d'accord avec chacun des items en entourant le chiffre correspondant sur une échelle allant de 1 : « Pas du tout d'accord » à 8 : « Tout à fait d'accord ».

1. J'ai éprouvé du plaisir et de la satisfaction en réalisant cette tâche d'évaluation des aliments.

Pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 8 Tout à fait d'accord

2. Lorsque j'ai réalisé la tâche d'évaluation des aliments j'étais stressé(e).

Pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 8 Tout à fait d'accord

3. Si j'avais à réaliser cette tâche de goût à nouveau, j'essayerais de moins manger de confiseries.

Pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 8 Tout à fait d'accord

4. D'après mon poids, l'expérimentateur s'attendait à ce que je mange plus de confiseries durant le test de goût.

Pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 8 Tout à fait d'accord

5. Je crains que l'expérimentateur juge, dans l'ensemble, les personnes ayant un poids similaire au mien en fonction de la quantité de confiseries que j'ai mangé pendant la tâche de goût.

Pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 8 Tout à fait d'accord

6. Lors de la tâche de goût, les personnes qui pèsent moins que moi ont peut-être moins mangé.

Pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 8 Tout à fait d'accord

7. Si je n'ai pas contrôlé la quantité de confiseries mangées lors de la tâche de goût, l'expérimentateur va penser que les personnes ayant un poids similaire au mien, dans l'ensemble, mangent plus.

Pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 8 Tout à fait d'accord

Merci pour votre participation !

Annexe FF : Post-questionnaire 2 de l'Étude 4.



Université Blaise Pascal
UFR de Psychologie
34, avenue Carnot
63037 Clermont-Ferrand



LAPSCO
CNRS UMR 6024
34, avenue Carnot
63037 Clermont-Ferrand

Post-questionnaire 2

Une série de questions, auxquelles nous vous demandons de répondre **DANS L'ORDRE**, va maintenant vous être posée.

Il n'y a pas de **BONNES** ou de **MAUVAISES REPONSES**, par conséquent, veuillez, s'il vous plaît, répondre aux questions le plus **SINCEREMENT** et **SPONTANEMENT** possible.

Ce questionnaire est strictement **ANONYME**.
Les réponses aux questions feront l'objet d'un traitement statistique collectif.

Aucun traitement individuel des informations ne sera effectué.
Aucune information nominative ne sera divulguée.

MERCI de votre collaboration.

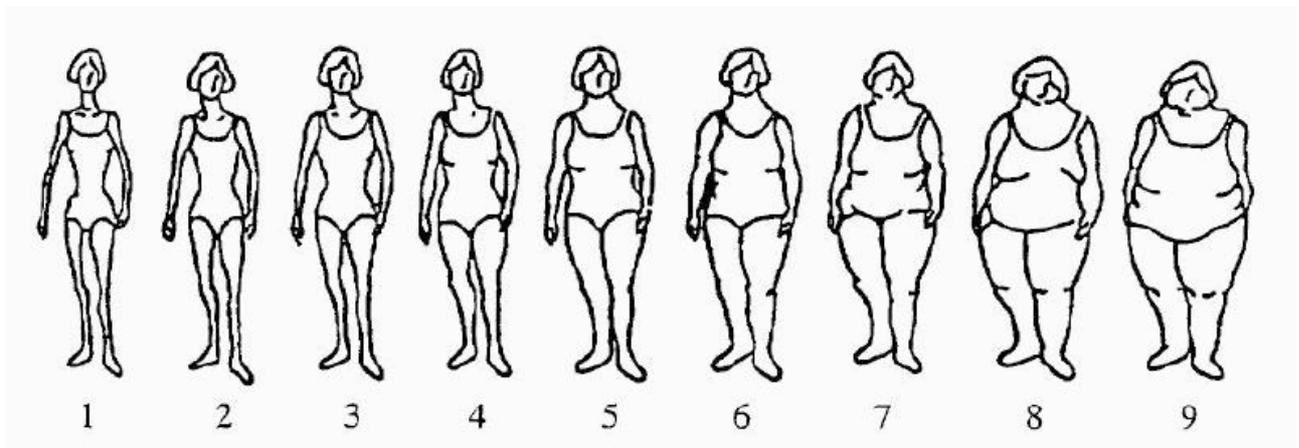
Veillez tourner la page, SVP →

I. D'après l'échelle (ci-dessous), veuillez, s'il vous plaît, indiquer le chiffre de la silhouette (1 à 9):

- A laquelle vous ***pensez*** ressembler: _____ .

- Qui reflète comment vous vous ***sentez la plupart du temps***: _____ .

- A laquelle vous ***aimeriez*** ressembler: _____ .



- En ce qui concerne ma silhouette, je me trouve:

Trop maigre 1 2 3 4 5 6 7 8 *Trop grosse*

Suite →

II. Dans les questions suivantes, différents items vont vous être présentés. Veuillez indiquer, s'il vous plaît, votre degré d'accord avec chacun des items en entourant le chiffre correspondant sur une échelle allant de 1 : « Pas du tout d'accord » à 8 : « Tout à fait d'accord ».

1. Les gens, en général, s'accordent à dire que les individus en surpoids voire obèses mangent beaucoup.

Pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 8 Tout à fait d'accord

2. En général, les individus pensent que les personnes en surpoids/obèses n'ont pas de contrôle face à la nourriture.

Pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 8 Tout à fait d'accord

3. Personnellement, je pense que les individus en surpoids voire obèses mangent en quantité raisonnable.

Pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 8 Tout à fait d'accord

4. Je pense me contrôler face à la nourriture.

Pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 8 Tout à fait d'accord

5. Pour se définir, le poids importe peu.

Pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 8 Tout à fait d'accord

6. Je suis heureux(se) d'appartenir à la catégorie de poids à laquelle j'appartiens.

Pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 8 Tout à fait d'accord

7. Je me sens proches des personnes qui ont un poids similaire au mien.

Pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 8 Tout à fait d'accord

8. Pour moi, mon poids est quelque chose d'important.

Pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 8 Tout à fait d'accord

Suite →

9. Pour moi, avoir du contrôle sur ma prise alimentaire est important.

Pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 8 Tout à fait d'accord

10. Dans la vie, je me préoccupe de mon alimentation.

Pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 8 Tout à fait d'accord

11. Je pense qu'il est bon de bien savoir se comporter face à la nourriture.

Pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 8 Tout à fait d'accord

12. Pensez-vous avoir deviné le but de l'étude ?(veuillez entourer votre réponse, SVP)

- Oui
- Non

Si oui, selon vous, quel est ce but ?

A quel moment de l'étude pensez-vous l'avoir repéré ?

13. Dans quelle mesure aviez-vous faim en venant à l'expérience ?

Pas du tout 1 2 3 4 5 6 7 8 Extrêmement

14. Avez-vous des commentaires à ajouter concernant cette étude?

Merci pour votre participation !

Comité de
Protection des
Personnes
Sud-Est 6

Clermont Fd, le 25 mars 2014

Monsieur M. DESERT
Laboratoire de Psychologie
Sociale et Cognitive
Université Blaise Pascal

Nos Réf. : 2014 / CE16

Monsieur,

Vous nous avez sollicités à propos d'un projet intitulé :

« L'effet de la menace du stéréotype sur le comportement alimentaire de personnes en surpoids voire obèses ».

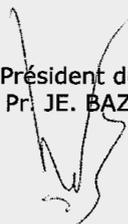
Vous nous avez précisé que cette recherche consisterait pour les participants à tester et évaluer des confiseries, puis à répondre à des questionnaires destinés à vérifier leur perception de la tâche effectuée.

Cette étude ne comportant que des contraintes minimales ne pose pas de problème éthique particulier et ne relève pas du domaine d'application de la réglementation régissant les recherches biomédicales, au sens de l'Article L.1121-1-1 et l'Article R.1121-3.

Nous attirons néanmoins votre attention sur le fait que, dans ce contexte, du fait de l'enregistrement des différentes données et informations, il vous appartient de vous renseigner sur les obligations liées aux déclarations auprès de la CNIL.

Veuillez agréer, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.

Le Président du CPP
Pr. JE. BAZIN



1. mousse verte dans l'arbre manquante

2. antenne de TV manquante

3. jus d'orange pas rempli
4. un gâteau manquant

5. la tranche de dessous du sandwich manquée
6. il manque une dose de ketchup sous le poulet

7. le chien n'a pas decoupe le journal



- Solutions :



1. Il manque une fleur rose sur le tableau
 2. Le sucre d'orge est devenu tout rouge
 3. Il manque le dernier barreau de l'échelle
- Condition non menace du stéréotype

4. Il manque la poignée de la luge
5. Il manque une part de gâteau sur la table
6. Il manque le nœud bleu sur le cadeau
7. Il manque un cadeau jaune sur les trois



- Solutions :



Annexe II : Échelle des émotions et test de goût utilisés pour l'Étude 5.



Université Blaise Pascal
UFR de Psychologie
34, avenue Carnot
63037 Clermont-Ferrand



LAPSCO
CNRS UMR 6024
34, avenue Carnot
63037 Clermont-Ferrand

Tâche de goût

Il n'y a pas de **BONNES** ou de **MAUVAISES REPONSES**, par conséquent, veuillez, s'il vous plaît, répondre aux questions le plus **SINCEREMENT** et **SPONTANEMENT** possible.

Ce test d'évaluation sensorielle est strictement **ANONYME**.

MERCI de votre collaboration.

Veuillez tourner la page, SVP →

Évaluation Sensorielle
- Premier Aliment -

En cochant la case correspondant, veuillez indiquer si le premier aliment que vous avez goûté est l'aliment:

A B C

Veuillez, s'il vous plaît, évaluer **cet aliment** sur chacun des items suivants: son apparence, son goût/parfum, sa texture/consistance, son arôme/odeur et son impression globale. Pour ce faire, vous placerez une croix dans la case correspondant à votre avis. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.

		Apparence	Goût/Parfum	Texture/consistance	Arôme/odeur	Impression globale
J'aime	Extrêmement					
	Beaucoup					
	Moyennement					
	Légèrement					
Neutre (ni aime ni déteste)						
Je déteste	Légèrement					
	Moyennement					
	Beaucoup					
	Extrêmement					

Une fois le tableau ci-dessus rempli, veuillez s'il vous plaît indiquer (à l'aide d'un trait vertical sur la ligne horizontale), à cet instant, à quel point ressentez-vous chacune des émotions suivantes ?

La joie : *Pas du tout* _____ *Très fortement*

La tristesse: *Pas du tout* _____ *Très fortement*

La colère : *Pas du tout* _____ *Très fortement*

La honte : *Pas du tout* _____ *Très fortement*

Le dégoût : *Pas du tout* _____ *Très fortement*

Évaluation sensorielle

- Deuxième Aliment -

En cochant la case correspondant, veuillez indiquer si le premier aliment que vous avez goûté est l'aliment:

A B C

Veuillez, s'il vous plaît, évaluer **cet aliment** sur chacun des items suivants: son apparence, son goût/parfum, sa texture/consistance, son arôme/odeur et son impression globale. Pour ce faire, vous placerez une croix dans la case correspondant à votre avis. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.

		Apparence	Goût/Parfum	Texture/consistance	Arôme/odeur	Impression globale
J'aime	Extrêmement					
	Beaucoup					
	Moyennement					
	Légèrement					
Neutre (ni aime ni déteste)						
Je déteste	Légèrement					
	Moyennement					
	Beaucoup					
	Extrêmement					

Une fois le tableau ci-dessus rempli, veuillez s'il vous plaît indiquer (à l'aide d'un trait vertical sur la ligne horizontale), à cet instant, à quel point ressentez-vous chacune des émotions suivantes ?

La joie : Pas du tout _____ Très fortement

La tristesse: Pas du tout _____ Très fortement

La colère : Pas du tout _____ Très fortement

La honte : Pas du tout _____ Très fortement

Le dégoût : Pas du tout _____ Très fortement

Évaluation sensorielle

- Troisième Aliment -

En cochant la case correspondant, veuillez indiquer si le premier aliment que vous avez goûté est l'aliment:

A B C

Veuillez, s'il vous plaît, évaluer **cet aliment** sur chacun des items suivants: son apparence, son goût/parfum, sa texture/consistance, son arôme/odeur et son impression globale. Pour ce faire, vous placerez une croix dans la case correspondant à votre avis. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.

		Apparence	Goût/Parfum	Texture/consistance	Arôme/odeur	Impression globale
J'aime	Extrêmement					
	Beaucoup					
	Moyennement					
	Légèrement					
Neutre (ni aime ni déteste)						
Je déteste	Légèrement					
	Moyennement					
	Beaucoup					
	Extrêmement					

Une fois le tableau ci-dessus rempli, veuillez s'il vous plaît indiquer (à l'aide d'un trait vertical sur la ligne horizontale), à cet instant, à quel point ressentez-vous chacune des émotions suivantes ?

La joie : Pas du tout _____ Très fortement

La tristesse: Pas du tout _____ Très fortement

La colère : Pas du tout _____ Très fortement

La honte : Pas du tout _____ Très fortement

Le dégoût : Pas du tout _____ Très fortement

Ce questionnaire est fini !

Veillez, s'il vous plaît, indiquer à l'expérimentateur que vous avez terminé de faire votre évaluation.

Évaluation Sensorielle

MERCI.

- Aliments A, B et C -

Quel aliment avez-vous préféré entre l'aliment A, l'aliment B et l'aliment C ?

Veillez, s'il vous plaît, indiquer sur les lignes votre classement des 3 aliments.

Sachant que: **1** = l'aliment que vous avez le plus aimé

et

3 = l'aliment que vous avez le moins aimé.

Votre Classement:

1. _____
2. _____
3. _____

Annexe II : Post-questionnaire de l'Étude 5.

Université Blaise Pascal
UFR de Psychologie
34, avenue Carnot
63037 Clermont-Ferrand



LAPSCO
CNRS UMR 6024
34, avenue Carnot
63037 Clermont-Ferrand



POST-QUESTIONNAIRE

Une série de questions, auxquelles nous vous demandons de répondre **DANS L'ORDRE**, va maintenant vous être posée.

Il n'y a pas de **BONNES** ou de **MAUVAISES REPONSES**, par conséquent, veuillez, s'il vous plaît, répondre aux questions le plus **SINCEREMENT** et **SPONTANEMENT** possible.

Ce questionnaire est strictement **ANONYME**.
Les réponses aux questions feront l'objet d'un traitement statistique collectif.

Aucun traitement individuel des informations ne sera effectué.
Aucune information nominative ne sera divulguée.

MERCI de votre collaboration.

Veillez tourner la page, SVP →

S'il vous plaît, veuillez indiquer :

Dans quelle mesure aviez-vous faim en venant à l'expérience ?

Pas du tout 1 2 3 4 5 6 7 8 Extrêmement

Approximativement, à quand remontait votre dernière consommation d'aliments avant de venir à l'expérience ?

Moins de 1h Entre 1h et 2h Plus de 2h

Actuellement, avez-vous des restrictions alimentaires particulières ? (ex: végétarien, sans sel, pour perdre du poids, etc.) ?

OUI NON

Si OUI, veuillez, s'il vous plaît, préciser laquelle ou lesquels:

Dans les questions suivantes, différents items vont vous être présentés. Veuillez indiquer, s'il vous plaît, votre degré d'accord avec chacun des items en entourant le chiffre correspondant sur une échelle allant de 1 : « Pas du tout d'accord » à 8 : « Tout à fait d'accord ».

1. J'ai éprouvé du plaisir et de la satisfaction en réalisant cette tâche d'évaluation des aliments.

Pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 8 Tout à fait d'accord

2. Lorsque j'ai réalisé la tâche d'évaluation des aliments j'étais stressé(e).

Pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 8 Tout à fait d'accord

3. Si j'avais à réaliser cette tâche de goût à nouveau, j'essayerais de moins manger.

Pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 8 Tout à fait d'accord

4. D'après mon poids, l'expérimentateur s'attendait à ce que je mange plus de yaourts durant le test de goût.

Pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 8 Tout à fait d'accord

5. D'après mon poids, l'expérimentateur s'attendait à ce que je mange plus de yaourt au chocolat que de yaourt aux fruits ou de yaourt nature durant le test de goût.

Pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 8 Tout à fait d'accord

6. Je crains que l'expérimentateur juge, dans l'ensemble, les personnes ayant un poids similaire au mien en fonction de la quantité de yaourt que j'ai mangé pendant la tâche de goût.

Pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 8 Tout à fait d'accord

7. Je crains que l'expérimentateur juge, dans l'ensemble, les personnes ayant un poids similaire au mien en fonction du type de yaourt que j'ai le plus mangé pendant la tâche de goût.

Pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 8 Tout à fait d'accord

8. Lors de la tâche de goût, les personnes qui pèsent moins que moi ont peut-être moins mangé.

Pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 8 Tout à fait d'accord

9. Lors de la tâche de goût, les personnes qui pèsent moins que moi ont peut-être mangé moins de yaourt au chocolat que je ne l'ai fait.

Pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 8 Tout à fait d'accord

10. Lors de la tâche de goût, les personnes qui pèsent moins que moi ont peut-être mangé moins de yaourt aux fruits que je ne l'ai fait.

Pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 8 Tout à fait d'accord

11. Si je n'ai pas contrôlé la quantité de yaourt mangé lors de la tâche de goût, l'expérimentateur va penser que les personnes ayant un poids similaire au mien, dans l'ensemble, mangent plus.

Pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 8 Tout à fait d'accord

12. Pensez-vous avoir deviné le but de l'étude ? (veuillez entourer votre réponse, SVP)

- Oui
- Non

Si oui, selon vous, quel est ce but ?

A quel moment de l'étude pensez-vous l'avoir repéré ?

13. Avez-vous des commentaires à ajouter concernant cette étude?

Merci pour votre participation !

Annexe KK : Discours et questionnaire de recrutement utilisés dans l'Étude 6.

« Bonjour, je me présente je m'appelle *****, vous allez bien ? »

Je suis étudiant(e) en Master de SHS et dans le cadre de mes études j'aurais besoin de vous deux petites minutes, êtes-vous d'accord ? Avec mes camarades, nous réalisons une enquête pour comprendre l'impact du stress sur la santé. Pour cela nous aurions besoin que vous répondiez de façon totalement anonyme à quelques questions, cela ne prendra pas plus de 5 minutes. Avant, vous devez savoir qu'en fonction des résultats que nous obtiendrons pour cette première enquête, vous serez peut-être recontacté(e) pour participer à une seconde partie d'étude qui se déroulera dans nos locaux : Université Blaise Pascal. A l'issue de cette seconde participation vous sera remis un bon d'achat d'une valeur de 10 euros. Avez-vous des questions ? Etes-vous d'accord ?

(si consentement) Nous pouvons donc commencer, voici le questionnaire dont je vous parlais, je vais vous demander de le remplir...»

1) Veuillez, s'il vous plaît, indiquer votre :

Sexe : _____

Age : _____

Poids : _____

Taille : _____

2) Habituellement, fréquentez-vous plutôt un milieu urbain ou rural ?

Urbain

Rural

3) Diriez-vous que vous êtes sensible aux changements de température ?

OUI

NON

4) Au cours de ces dix dernières années avez-vous développé une ou plusieurs allergies (alimentaire, pollen, poussière, moustiques, etc) ?

OUI

NON

Si oui, veuillez préciser la ou laquelle(s) :

5) Vous définiriez-vous comme une personne stressée?

OUI

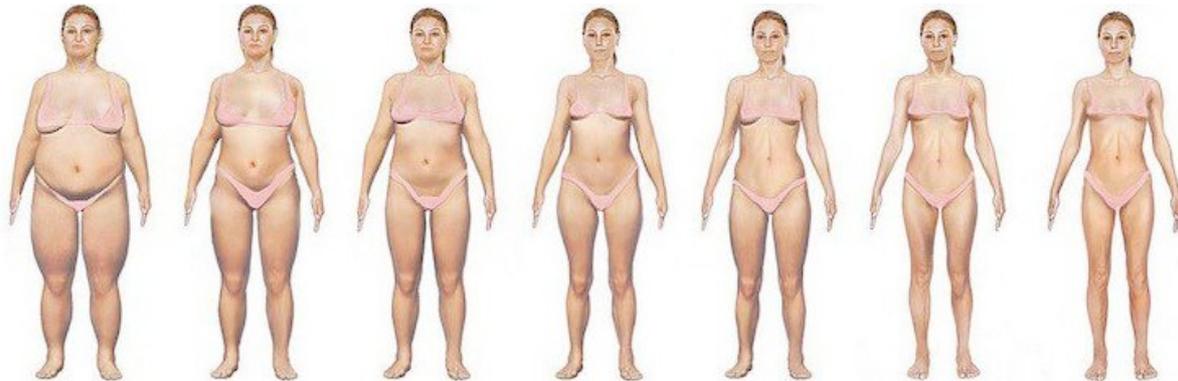
NON

6) Durant ces deux derniers mois, combien de fois avez-vous consulté un médecin généraliste ?

- 0 fois 1 à 2 fois 3 à 4 fois + de 4 fois

7) D'après l'échelle (**ci-dessous**), veuillez, s'il vous plaît, indiquer le chiffre de la silhouette (**1 à 7**):

- A laquelle vous ***pensez*** ressembler: _____ .
- Qui reflète comment vous vous ***sentez la plupart du temps***: _____ .
- A laquelle vous ***aimeriez*** ressembler: _____ .



1 2 3 4 5 6 7



1 2 3 4 5 6 7

Afin de pouvoir être recontacté(e) pour la seconde partie de notre étude, veuillez s'il vous plaît, indiquer votre :

N° de téléphone: _____

Mail : _____

Annexe LL : Analyses statistiques menées auprès de l'échelle des silhouettes non standardisée.

En se référant à l'échelle de silhouettes correspondant à leur genre, les hommes et les femmes participant à notre étude devaient indiquer le numéro de la silhouette à laquelle ils pensent ressembler, celui de la silhouette qui reflète comment ils se sentent la plupart du temps et celui de la silhouette à laquelle ils aimeraient ressembler. A savoir, l'échelle était composée de 7 silhouettes masculines/féminines allant de la plus corpulente (=1) à la plus mince (=7), (cf. Annexe M1).

Comparée à l'échelle que nous avons utilisée dans l'Étude 4 (Stunkard *et al.*, 1983) où les silhouettes représentées sont dessinées, nous désirions ici une échelle évoquant des corps plus réels. Ainsi, nous avons sélectionné une échelle apparaissant sur un site de perte de poids: https://www.freedieting.com/tools/body_fat_calculator.htm. Sur ces échelles (masculine et féminine) la silhouette 1 représente une personne en situation d'obésité (IMC>30), les silhouettes 2 et 3 une personne en surpoids (IMC 25-30), les silhouettes 4, 5 et 6 une personne de poids moyen (IMC 18.5-24.9) et la silhouette 7 une personne en sous-poids (IMC < 18.5).

Cependant, cette mesure n'ayant pas été validée et standardisée, nous avons choisi de réaliser un pré-test. A l'aide d'un questionnaire en ligne, nous avons donc demandé à des personnes d'associer à chacune des 14 silhouettes présentées (7 féminines et 7 masculines) la catégorie de poids qui, selon eux, leur correspond: soit sous-poids, poids moyen, surpoids ou obésité. L'analyse de fréquence réalisée sur les réponses des 320 personnes ayant participé à ce pré-test montre que, pour l'échelle des femmes, les catégories de poids attribuées aux silhouettes par les participants correspondent bien aux catégories de poids de l'échelle. En effet, pour chacune des silhouettes féminines la bonne catégorie de poids est perçue par la majorité des participants (cf tableau 1). En revanche, pour l'échelle des hommes l'analyse de fréquence indique que la correspondance entre catégorie de poids perçue et catégorie de poids réel n'est pas toujours présente. Effectivement, pour l'échelle masculine, nous pouvons constater que la silhouette 7 supposée représenter une personne en sous-poids est considérée par la plupart des participants comme étant de poids moyen. Seuls 20% des participants lui confèrent la bonne catégorie de poids :

<i>Silhouettes féminines :</i>			
Obésité	Surpoids	Poids Moyen	Sous-poids
- Silhouette 1 88.8%	- Silhouette 2 69.4% - Silhouette 3 72.8%	- Silhouette 4 81.3% - Silhouette 5 94.4% - Silhouette 6 73.4%	- Silhouette 7 65.6%
<i>Silhouettes masculines :</i>			
Obésité	Surpoids	Poids Moyen	Sous-poids
- Silhouette 1 69.4%	- Silhouette 2 75.9% - Silhouette 3 73.8%	- Silhouette 4 92.2% - Silhouette 5 91.9% - Silhouette 6 88.1% - Silhouette 7 76.9%	

Les χ^2 de conformité effectués sur les silhouettes de l'échelle féminine obtiennent tous une significativité p inférieure à 0,001. Les différences de fréquences entre les catégories de poids proposées étant très significatives, nous pouvons rejeter l'hypothèse nulle d'équivalence de ces catégories pour chacune des figures présentées. Ainsi, nous pouvons conclure que globalement les participants préfèrent la catégorie « obésité » pour la silhouette 1 ($\chi^2=447.7$, $ddl=2$), la catégorie « surpoids » pour les silhouettes 2 ($\chi^2=376.2$, $ddl=3$) et 3 ($\chi^2=552$, $ddl=3$), la catégorie « poids moyen » pour les silhouettes 4 ($\chi^2=125$, $ddl=1$), 5 ($\chi^2=537.2$, $ddl=2$) et 6 ($\chi^2=262.4$, $ddl=2$), et la catégorie « sous-poids » pour la silhouette 7 ($\chi^2=204.8$, $ddl=2$).

L'ensemble des χ^2 de conformité effectués sur les silhouettes de l'échelle masculine présentent également tous une significativité p inférieure à 0,001. Pour chacune des silhouettes, l'hypothèse nulle d'une équivalence des catégories de poids est là encore rejetée. Par conséquent, nous pouvons affirmer que dans l'ensemble les participants interrogés préfèrent la catégorie « obésité » pour la silhouette 1 ($\chi^2=226.7$, $ddl=2$), la catégorie « surpoids » pour les silhouettes 2 ($\chi^2=453.8$, $ddl=3$) et 3 ($\chi^2=450$, $ddl=3$), la catégorie « poids moyen » pour les silhouettes 4 ($\chi^2=499.4$, $ddl=2$), 5 ($\chi^2=224.5$, $ddl=1$) 6 ($\chi^2=437.7$, $ddl=2$), et la 7 ($\chi^2=286.7$, $ddl=2$).

Annexe MM : Texte stéréotypique proposé à la moitié des participants dans l'Étude 6.

Le Monde science&médecine

La sédentarité, notre nouveau fléau !

LE MONDE SCIENCE ET MEDECINE | 24.04.2012 à 18h55 | Par [Sandrine Cabu](#)

Lyon, décembre 2012, Samantha a le trac. Pour la première fois depuis trente ans, elle s'apprête à revoir Olivier, son amour de lycée. En l'attendant, elle ferme les yeux pour mieux se souvenir des muscles fins qui la rendaient si fière. Mais lorsqu'elle les ouvre à nouveau, les belles tablettes d'Olivier ont laissé place à la brioche...



Entre 1980 et 2008, la proportion d'obèses dans le monde a doublé, passant de 6% à 12% de la population mondiale, cette augmentation s'explique, entre autres, par une baisse du prix des produits gras et sucrés et un mode de vie plus sédentaire. Selon l'OMS, chaque année dans le monde la sédentarité fait deux millions de victimes ! Deux millions de morts par maladies cardiovasculaires, diabète ou obésité. Simplement, en fait, par manque d'activité physique... La sédentarité est bel



et bien devenue un véritable fléau des temps modernes. Cinq cents millions de personnes sur la Terre sont à présent obèses, et ce nombre va continuer à augmenter. En effet, la proportion d'obèses qui a tendance à se stabiliser dans certains pays industrialisés (Les E-U et les pays européens, etc.), augmente à présent de 2 à 5 fois plus vite dans les pays émergents (Mexique, Brésil, et Chine). Et toute cette graisse coûte chère, car les grosses personnes



tombent plus souvent malades que les autres. Aux États-Unis, l'obésité coûte 148 milliards de dollars chaque année en dépenses de santé. Autre exemple : entre 1990 et 2000, les kilos supplémentaires des américains ont augmenté la facture de kérosène des compagnies aériennes de 250 millions de dollars. Pour régler le problème de l'obésité, l'une des solutions consiste à taxer le sucre ou le gras de la même façon que l'on taxe les cigarettes. Le Danemark a ainsi été le premier pays à imposer une taxe générale sur la graisse et la France a suivi cette année avec une taxe sur les boissons sucrées. Personne ne sait encore si ces méthodes seront efficaces, mais si rien ne change, le monde comptera plus d'un milliard d'obèses en 2030...



D'ici là, Olivier aura trouvé d'autres façons de se faire aimer !



Annexe NN : Texte neutre proposé à la moitié des participants dans l'Étude 6.

M Planète

4 questions sur le gaspillage alimentaire

Le Monde.fr | 10.12.2015 à 14h25 • Mis à jour le 13.12.2015 à 12h49 | Par Laetitia Van Eeckhout (/journaliste/laetitiavan-eeckhout/)



La proposition de loi de lutte contre le gaspillage, présentée par le député de la Mayenne Guillaume Garot (PS), a obtenu l'aval de l'ensemble de la gauche, de l'UDI et des Républicains. Elle devrait être présentée au Sénat début 2016, en vue d'une adoption définitive. Explication, en quatre questions, de ce phénomène qui a un coût économique et environnemental élevé.

▪ Que contient la proposition de loi ?

Le texte reprend des dispositions destinées à empêcher les grandes surfaces de jeter de la nourriture et de rendre leurs invendus impropres à la consommation. De plus, il instaure une hiérarchie des actions à mettre en place par chaque acteur de la chaîne alimentaire pour éviter de jeter de la nourriture : prévention du gaspillage, puis don ou transformation pour la consommation humaine, valorisation pour l'alimentation animale ensuite, et enfin compost pour l'agriculture ou valorisation énergétique.

Il est désormais interdit aux grandes et moyennes surfaces de plus de 400 m² de rendre impropre à la consommation et/ou jeter de la nourriture invendue encore consommable, sous peine d'une amende de 3 750 euros.

Les industriels de l'agroalimentaire peuvent quant à eux désormais faire don des produits de marque de distributeurs refusés. Chaque année, quelque 4 000 tonnes de produits laitiers sous marque de distributeur (ou « marque maison »), soit plus de 30 millions de pots de yaourt, sont ainsi détruites.

La lutte contre le gaspillage alimentaire fera en outre désormais partie de l'éducation à l'alimentation durant le parcours scolaire. Et les entreprises pourront inscrire leurs actions de lutte contre le gaspillage dans leur rapport Responsabilité sociale et environnementale (RSE).

- **Quelle est l'ampleur du gaspillage alimentaire dans le monde et en France ?**

L'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) estime qu'un tiers de la part comestible des aliments destinés à la consommation humaine est perdu ou gaspillé dans le monde. En France, entre 90 et 140 kg de nourriture par habitant sont perdus chaque année sur l'ensemble de la chaîne, de la production à la consommation, soit une perte évaluée entre 12 et 20 milliards d'euros par an.

- **Qui gaspille le plus ?**

Le gaspillage alimentaire à l'échelle mondiale a lieu, selon la FAO, pour 54 % durant les phases de production, de manutention et de stockage. Et pour 46 % aux stades de la transformation, de la distribution et de la consommation. Dans les pays en développement, les pertes ont lieu essentiellement au cours de la production, du transport et du stockage, faute d'outils et d'infrastructures suffisantes et adéquates. En revanche, dans les pays riches, le gâchis se fait majoritairement à la consommation. En 2010, en Europe, les foyers étaient à l'origine de 42 % des déchets alimentaires.

- **Quel est l'impact environnemental du gaspillage ?**

Selon une évaluation de la FAO de 2013, le gaspillage alimentaire est responsable du rejet de 3,3 gigatonnes de gaz à effet de serre par an. C'est l'équivalent du 3ème plus grand émetteur mondial de gaz à effet de serre, après la Chine et les Etats-Unis. La nourriture produite et non consommée occupe 1,4 milliard d'hectares de terres (près de 30 % des terres agricoles mondiales) et engloutit chaque année 250 km³ d'eau, soit le débit annuel du fleuve Volga en Russie ou trois fois le lac Léman.

Annexe OO : Questionnaire de rappel de l'Étude 6, suivant le texte lu par les participants.

- Texte menaçant :

Questions de compréhension sur l'article

1. Dans quelle ville se passe la scène d'introduction ?
 Paris Clermont Lyon
2. Qui est Olivier pour Samantha ?
 Son frère Son amour de jeunesse Un ami d'enfance
3. Le taux d'obésité a triplé depuis les années 1980.
 Vrai Faux
4. Actuellement, environ combien de personnes sont obèses dans le monde ?
 150 000 000 350 000 000 500 000 000
5. Les personnes qui sont « grosses » tombent presque jamais malade ?
 Vrai Faux
6. Citez une solution proposée dans l'article pour régler le problème de l'obésité.
 Taxer les cigarettes Taxer les aliments gras Taxer les boissons sucrées
7. Quel Pays a été le premier à imposer une taxe générale sur la graisse ?
 Allemagne Danemark France
8. Quelle est la prévision de l'article sur le nombre d'obèses en 2030 ?
 - de 500 000 000 500 000 000 + 1 000 000 000

- Texte neutre :

1. De quel département Guillaume Garot (PS) est-il le député ?

- Mayenne Vendée Maine et Loire

2. Selon la proposition de loi présentée, les distributeurs qui rendront leurs invendus alimentaires encore consommables impropres à la consommation encourront une amende d'un montant de ?

- 750 € 1750 € 3750 €

3. Chaque année, environ combien de pots de yaourt sont détruits pour retard horaire ou mauvais étiquetage?

- 15 millions 30 millions 50 millions

4. D'après la proposition de loi présentée, la lutte contre le gaspillage alimentaire fera partie du programme éduquant à l'alimentation dans les écoles ?

- Vrai Faux

5. En France, la nourriture gaspillée chaque année s'évalue entre ?

- 20 et 70 kg 60 et 110 kg 90 et 140 kg

6. Dans les pays riches (e.g., Etats-Unis), le gaspillage se fait essentiellement au cours de quel stade de la chaîne alimentaire ?

- Lors de la transformation Lors de la distribution Lors de la consommation

7. En Europe, en 2010, qui était à l'origine de 42% des déchets alimentaires ?

- Les restaurants Les foyers Les commerces

8. La nourriture produite mais non consommée absorbe chaque année environ autant d'eau que le débit annuel du fleuve Volga en Russie ?

- Vrai Faux

Annexe PP : Tâche de complétion utilisée dans l'Étude 6.

Voici la version 1, dans la version 2 et 3, les mots étaient les mêmes mais l'ordre différait.

Ci-dessous se trouve une liste de mots incomplets (= une ou deux lettres manquantes), nous vous demandons de bien vouloir compléter les items dans l'ordre indiqué (de 1 à 42). Le but est de combler les tirets par des lettres de telle sorte à ce que cela forme un mot de la langue française. Répondez le plus spontanément possible. Merci.

1. POR_

2. V_TE

3. CRE_E

4. SAL_R

5. RE_NE

6. CO_TE

7. B_URRER

8. _OEUR

9. _ORT

10. P_SSIBLE

11. P_ _ _ OGRAPHIE

12. AI_E

13. _ALEINE

14. FOUR_I

15. EGA_ER

16. ROU_E

17. _LACE

18. REP_S

19. SOLI_AIRE

20. _AIN

21. APP_RT

33. _AISON

22. MI_

34. M _ _ IMUM

23. _ _ REALE

35. _OULU

24. COLL_ _ ION

36. _URIEUX

25. M_SSE

37. _DIEUX

26. _ALIN

38. CHAR_UE

27. _AC

39. HUM_UR

28. _ATEAU

40. DOD_

29. _ATION

41. _ALAIS

30. _ _ ANDE

42. _OULE

31. SAN_

32. _IETE

Annexe QQ: Exemples de mots retenus ou non pour la tâche de complétion en fonction de leur fréquence d'utilisation dans la langue française.

		Freqlemfilm	Freqlemlivre	Freqfilm	Freqlivre
Mots retenus	<i>Si Freq* mot neutre > Freq mot cible</i>				
	Gâteau (C)	55.19	32.16	42.33	13.92
	Bateau (N)	124.82	82.36	106.55	61.22
	<i>Si Freq mot neutre = Freq mot cible</i>				
	Charnue (C)	0.76	6.15	0.35	2.23
	Charrue (N)	1.54	4.32	1.5	3.38
Mots non retenus	<i>Si Freq mot neutre < Freq mot cible</i>				
	Nourriture (C)	44.86	31.01	44.59	25.74
	Pourriture (N)	4.36	6.89	3.93	6.55

*Freq = Fréquence.

POST-QUESTIONNAIRE

Une série de questions, auxquelles nous vous demandons de répondre **DANS L'ORDRE**, va maintenant vous être posée.

Il n'y a pas de **BONNES** ou de **MAUVAISES REPONSES**. Par conséquent, veuillez, s'il vous plaît, répondre aux questions le plus **SINCEREMENT** et **SPONTANEMENT** possible.

Ce questionnaire est strictement **ANONYME**.

Les réponses aux questions feront l'objet d'un traitement statistique collectif.

Aucun traitement individuel des informations ne sera effectué.

Aucune information nominative ne sera divulguée.

MERCI de votre collaboration.

Veillez tourner la page, SVP →

Veillez, s'il vous plaît, indiquer (*en plaçant un trait vertical sur la ligne horizontale*) à quel point, en ce moment vous ressentez chacune des émotions suivantes :

Le stress : *Pas du tout* _____ *Très*
fortement

La joie : *Pas du tout* _____ *Très*
fortement

La honte : *Pas du tout* _____ *Très*
fortement

Le dégoût : *Pas du tout* _____ *Très*
fortement

S'il vous plaît, veuillez indiquer :

Dans quelle mesure aviez-vous faim en venant à l'expérience ?

Pas du tout 1 2 3 4 5 6 7 8 Extrêmement

Approximativement, à quand remontait votre dernière consommation d'aliments avant de venir à l'expérience ?

Moins de 1h Entre 1h et 2h Plus de 2h

Actuellement, avez-vous des restrictions alimentaires particulières ? (ex: végétarien, sans sel, pour perdre du poids, etc.) ?

OUI NON

Si OUI, veuillez, s'il vous plaît, préciser laquelle ou lesquels:

Dans les questions suivantes, différents items vont vous être présentés. Veuillez indiquer, s'il vous plaît, votre degré d'accord avec chacun des items en entourant le chiffre correspondant, sur une échelle allant de 1 : « Pas du tout d'accord » à 8 : « Tout à fait d'accord ».

1. J'ai éprouvé du plaisir et de la satisfaction en réalisant le questionnaire de compréhension de texte.

Pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 8 Tout à fait d'accord

2. Lorsque j'ai réalisé la tâche de compréhension de texte, j'étais stressé(e).

Pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 8 Tout à fait d'accord

3. Lorsque j'étais dans la salle d'attente, j'étais stressé(e).

Pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 8 Tout à fait d'accord

4. J'ai éprouvé du plaisir et de la satisfaction d'attendre dans une salle où des confiseries étaient à ma disposition.

Pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 8 Tout à fait d'accord

5. D'après mon poids, l'expérimentateur s'attendait à ce que je prenne beaucoup de confiseries dans la salle d'attente.

Pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 8 Tout à fait d'accord

6. D'après mon poids, l'expérimentateur s'attendait à ce que je mange plus de Célébrations que de Crema lorsque j'étais dans la salle d'attente.

Pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 8 Tout à fait d'accord

7. Lorsqu'elles étaient dans la salle d'attente, les personnes qui pèsent moins que moi ont peut-être moins mangé que je ne l'ai fait.

Pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 8 Tout à fait d'accord

8. Lorsqu'elles étaient dans la salle d'attente, les personnes qui pèsent moins que moi ont peut-être mangé moins de Célébrations que je ne l'ai fait.

Pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 8 Tout à fait d'accord

9. Pensez-vous avoir deviné le but de l'étude ?(veuillez entourer votre réponse, SVP)

g)Oui

h)Non

Si oui, selon vous, quel est ce but ?

A quel moment de l'étude pensez-vous l'avoir repéré ?

10. Avez-vous des commentaires à ajouter concernant cette étude?

Merci pour votre participation !

Comité de
Protection des
Personnes
Sud-Est 6

Clermont Fd, le 08 juillet 2016

Mme Magali GINET
LAPSCO
Université Blaise Pascal
34 Avenue Carnot
63037 CLERMONT FERRAND

Nos Réf. : 2016 / CE 35

Madame,

Vous nous avez sollicités à propos d'un projet intitulé :

« L'effet d'une menace explicite du stéréotype sur le comportement alimentaire de personnes en surpoids, voire obèse (L'impact des stéréotypes sur la santé) ».

Vous nous avez précisé que l'objectif de cette étude était de vérifier si la lecture d'un texte neutre versus la lecture d'un texte stéréotypique à l'égard des personnes obèses et leur comportement alimentaire peut impacter la prise alimentaire des participants.

Cette étude, prospective et observationnelle, ne soulève donc pas de problème éthique particulier et ne relève pas du domaine d'application de la réglementation régissant les recherches biomédicales, au sens de l'Article L.1121-1-1 et l'Article R.1121-3.

Nous attirons néanmoins votre attention sur le fait que, dans ce contexte, du fait de l'enregistrement des différentes données et informations, il vous appartient de vous renseigner sur les obligations liées aux déclarations auprès de la CNIL.

Veillez agréer, Madame, l'expression de nos salutations distinguées.

Le Vice-Président du CPP
Pr. J.E. BAZIN



Annexe TT : Pré-tests du texte menaçant et du texte neutre.

- Texte menaçant :

Les participants lisaient le texte menaçant puis ils répondaient aux questions suivantes :

1. **D'après vous, ce texte met-il un stéréotype en évidence ? Si oui, lequel ?**

2. **Selon vous, dans quelle mesure se texte renvoie-t-il au stéréotype associant les personnes en surpoids et les personnes obèses à une alimentation trop conséquente et grasse ?**

Pas du tout 1 2 3 4 5 6 7 8 *Tout à fait*

3. **Dans quelle mesure, la lecture de ce texte vous a-t-elle donné faim ?**

Pas du tout 1 2 3 4 5 6 7 8 *Tout à fait*

- Texte neutre :

Les participants lisaient le texte neutre puis ils répondaient aux questions suivantes :

1. **D'après vous, ce texte met-il un stéréotype en évidence ? Si oui, lequel ?**

2. **Selon vous, dans quelle mesure se texte renvoie-t-il au stéréotype associant les personnes en surpoids et les personnes obèses à une alimentation trop conséquente et grasse ?**

Pas du tout 1 2 3 4 5 6 7 8 *Tout à fait*

3. **Dans quelle mesure, la lecture de ce texte vous a-t-elle donné faim ?**

Pas du tout 1 2 3 4 5 6 7 8 *Tout à fait*