

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

CARTOGRAPHIE CONCEPTUELLE DES PRÉJUGÉS RELATIFS AU POIDS
CHEZ LES JEUNES ADULTES

ESSAI DE 3^e CYCLE PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE DU

DOCTORAT CONTINUUM D'ÉTUDES EN PSYCHOLOGIE
(PROFIL INTERVENTION)

PAR
ALEXANDRA DESJARDINS

JUIN 2021

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

DOCTORAT CONTINUUM D'ÉTUDES EN PSYCHOLOGIE
(PROFIL INTERVENTION) (D.Ps.)

Direction de recherche :

Marie-Pierre Gagnon-Girouard, Ph.D.	directrice de recherche
-------------------------------------	-------------------------

Michael Cantinotti, Ph.D.	codirecteur de recherche
---------------------------	--------------------------

Jury d'évaluation :

Marie-Pierre Gagnon-Girouard, Ph.D.	directrice de recherche
-------------------------------------	-------------------------

Noémie Carbonneau, Ph.D.	évaluatrice interne
--------------------------	---------------------

Catherine Bégin, Ph.D.	évaluatrice externe
------------------------	---------------------

Sommaire

Les préjugés relatifs au poids constituent une problématique importante. En effet, ceux-ci sont de plus en plus véhiculés dans nos sociétés (Andreyeva, Puhl, & Brownell, 2008; Latner & Stunkard, 2003) et affectent de plus en plus de gens, dans toutes les sphères de leur vie (Diedrichs & Puhl, 2017; Puhl & Heuer, 2009), ayant des effets particulièrement dommageables sur les personnes qui les vivent (Sikorski, Luppá, Luck, & Riedel-Heller, 2015; Tomiyama, 2014; Vartanian & Smyth, 2013). Les questionnaires présentement disponibles afin d'évaluer les préjugés relatifs au poids présentent de nombreuses limites. Notamment, il existe une grande variabilité dans la définition des structures sous-jacentes du concept des préjugés relatifs au poids, amenant un manque d'uniformité dans la manière de mesurer le concept (Lacroix, Alberga, Russell-Mathew, McLaren, & von Ranson, 2017). Aussi, les questionnaires existants présentent les items aux participants, ne leur offrant pas la possibilité de rapporter leurs propres croyances, qui pourraient différer des items présentés dans le questionnaire (Nisbett & Wilson, 1977; Ruggs, King, Hebl, & Fitzsimmons, 2010), d'autant plus que les questionnaires existants ont été construits il y a de cela plusieurs décennies (Crandall, 1994; Robinson, Bacon, & O'Reilly, 1993), ce qui ne rend pas possible l'évaluation de préjugés plus contemporains. Ainsi, cette étude s'intéresse à la perception des préjugés relatifs au surpoids présents chez les jeunes adultes, directement à partir du point de vue des participants. Pour ce faire, le premier objectif visé par cette étude était d'observer et de catégoriser le contenu des préjugés perçus par les participants à l'aide de la méthode de la cartographie conceptuelle, qui consiste à amener les participants à générer eux-mêmes un concept directement à partir

de leur point de vue. Ensuite, devant les items générés et divisés en catégories par les participants, un deuxième objectif visait à observer et comparer l'endossement des participants aux items et aux dimensions formées à l'aide d'une échelle de Likert de *Totalement en désaccord* (1) à *Totalement en accord* (5). Pour ce faire, un devis transversal en deux phases a été utilisé. Un total de 34 participants a répondu à la première phase de l'étude et 32 à la deuxième. Un total de 54 préjugés relatifs au poids a été généré par les participants. Parmi ceux-ci, 48 ont été divisés en sept dimensions de préjugés générées à partir des analyses : (1) Mauvaises habitudes alimentaires; (2) Mauvaise santé et faible niveau d'activité physique; (3) Laisser-aller; (4) Dénier de leur condition; (5) Apparence physique repoussante; (6) Traits de personnalité négatifs; et (7) Capacités intellectuelles limitées. Les six items restants n'ont été regroupés dans aucune des dimensions. Pour ce qui est de l'endossement des catégories, la dimension Capacités intellectuelles limitées a été significativement moins endossée par les participants que toutes les autres dimensions, suivie de la dimension Traits de personnalité négatifs qui, à son tour, a été significativement moins endossée que toutes les dimensions suivantes. Les dimensions Laisser-aller, Dénier de leur condition et Apparence physique repoussante ont été endossées de manière semblable. Les dimensions Mauvaises habitudes alimentaires et Mauvaise santé et faible niveau d'activité physique ont été significativement plus endossées que toutes les autres dimensions, et ne se distinguaient pas entre elles. Aucune des dimensions n'a été endossée de manière affirmative en moyenne, c'est-à-dire qu'aucune ne présente une moyenne d'endossement au-dessus de 3 (correspondant à *ni en accord, ni en désaccord*). Globalement, les sept dimensions qui décrivent les préjugés

relatifs au surpoids générées dans le cadre de cette étude semblent globalement représenter de manière adéquate les préjugés relatifs au poids. Toutefois, d'autres études sont nécessaires afin d'assurer la fidélité et la validité des 54 items et des dimensions dans lesquelles ils sont divisés. L'endossement de différentes dimensions de préjugés pourrait aussi être évalué auprès d'un plus grand échantillon et de différents groupes de personnes. Ces études subséquentes pourraient viser la création d'un nouveau questionnaire servant à évaluer les préjugés relatifs au poids, dans toutes ses facettes et de manière plus exhaustive et moderne que le font les questionnaires existants, afin d'arriver à mieux orienter les efforts de réduction des préjugés.

Table des matières

Sommaire	iii
Liste des tableaux.....	ix
Liste des figures	x
Remerciements.....	xi
Introduction.....	1
Contexte théorique	6
Poids corporel, surpoids et obésité	7
Définitions et mesures	7
Prévalence.....	10
Préjugés relatifs au poids	11
Définitions générales	11
Préjugés	12
Stigmatisation	13
Discrimination	14
Préjugés relatifs au poids, quels sont-ils?	15
Étiologie des préjugés relatifs au poids	18
Consensus social ou normes sociales	18
Poids comme responsabilité individuelle	19
Principaux groupes d'individus touchés.....	21
Expression des préjugés relatifs au poids : conséquences sociales et individuelles.....	23
Conséquences sociales des préjugés.....	23

Conséquences individuelles des préjugés.....	26
Impacts psychologiques	27
Perturbations alimentaires	28
Impacts physiologiques	29
Poids corporel.....	30
Internalisation des préjugés	31
Comment évalue-t-on les préjugés relatifs au poids?	33
Questionnaires les plus utilisés.....	34
Antifat Attitude Questionnaire (AFA)	34
Fat Phobia Scale (FPS).....	37
Limites relatives aux questionnaires	39
Pertinence de la présente étude	41
Méthode	43
Devis de recherche.....	44
Participants	44
Caractéristiques des participants.....	45
Phase 1	46
Phase 2	46
Procédure	48
Mesures.....	49
Questionnaire sociodémographique	49
Question de focus	49

Liste formée des items générés par les participants	50
Endossement des items.....	50
Plan d'analyses statistiques.....	51
Phase 1	51
Phase 2	51
Résultats.....	55
Perception des préjugés relatifs au poids par les participants.....	56
Catégorisation des préjugés	59
Analyse à partir de la carte à six clusters.....	60
Endossement des items par les participants.....	62
Discussion.....	65
Comparaison des résultats aux questionnaires les plus utilisés	73
Comparaison avec l'AFA	73
Comparaison avec le FPS	75
Retour sur les questionnaires	77
Conclusion	82
Références.....	87
Appendice. Tableau 6. Endossement des dimensions de préjugés et endossement des items	102

Liste des tableaux

Tableau

1	AFA – Dimensions et items.....	36
2	Items du F scale – Version courte	39
3	Comparaison des caractéristiques sociodémographiques des échantillons	47
4	Liste finale des items générés par les participants.....	57
5	Indices de silhouette et nombre d'items par dimension pour la carte finale à 7 clusters	62
6	Endossement des dimensions de préjugés et endossement des items	103
7	Comparaison entre la présente étude et les questionnaires existants.....	79

Liste des figures

Figure

- 1 Carte conceptuelle finale à 48 items en sept clusters..... 61
- 2 Comparaison de l'endossement des dimensions – Tests de contrastes
intrasujets 64

Remerciements

Je tiens d'abord à remercier ma directrice de recherche Marie-Pierre Gagnon Girouard, professeure à l'Université du Québec à Trois-Rivières, pour son soutien constant dans un esprit d'ouverture et de bienveillance, et de m'avoir amené à repousser mes limites. Un étudiant ne peut espérer mieux comme soutien tout au long de son parcours doctoral.

Je remercie aussi les nombreuses personnes qui m'ont permis d'avancer à travers les différentes étapes de mon essai doctoral, notamment mon co-directeur de recherche, Michael Cantinotti, professeur à l'Université du Québec à Trois-Rivières.

Enfin, je remercie ma famille, notamment mes parents, mon frère, ma grand-mère et Charlot, pour leur amour, leur soutien et leur écoute tout au long de ces nombreuses années d'étude. Je remercie aussi mes amis, qui ont rendu ce parcours tellement plus agréable et enrichissant!

Introduction

Les préjugés relatifs au poids représentent un problème d'importance sociétale. Pourtant, comparativement à l'étude des préjugés et de la discrimination portant sur d'autres sphères (p. ex., préjugés raciaux, religieux, de genre, etc.), l'étude des préjugés portant sur le poids corporel est plutôt récente (Dánielsdóttir, O'Brien, & Ciao, 2010), datant environ des années 1960 (Maddox, Back, & Liederman, 1968; Richardson, Goodman, Hastorf, & Dornbusch, 1961; Staffieri, 1967). L'attention portée à ce sujet serait toutefois en augmentation depuis le début des années 2000, avec une reconnaissance grandissante des conséquences néfastes qu'ils peuvent avoir sur les personnes qui ont un poids plus élevé (Puhl & Heuer, 2009). Le mot *grossophobie*, défini comme étant l'« ensemble des attitudes et des comportements hostiles qui stigmatisent et discriminent les personnes grasses, en surpoids ou obèses », est d'ailleurs de plus en plus reconnu et utilisé dans les médias (Grossophobie.ca, 2021). De plus, très récemment, le sujet de l'obésité comme maladie chronique a été largement abordé dans les médias, à la suite de la publication d'un rapport dans le *Canadian Medical Association Journal* en août 2020 (Wharton et al., 2020). Ce rapport propose notamment aux professionnels de la santé de considérer l'obésité de manière plus globale, en tenant compte des facteurs génétiques, métaboliques, sociaux, environnementaux et psychologiques qui participent à cette condition, et à mettre de côté une vision simpliste qui met seulement en cause des facteurs individuels (p. ex., manger mieux et faire plus d'exercice physique). Ce rapport recommande aussi la « réduction des préjugés liés au poids dans la gestion de l'obésité,

les pratiques et les politiques relatives à cette dernière », et rapporte qu'ils nuisent aux services professionnels reçus par les personnes obèses (Wharton et al., 2020).

Ce type de recommandations est toutefois très récent et les préjugés relatifs au poids sont encore bien ancrés et véhiculés dans nos sociétés. En effet, au Québec, l'article 10 de la Charte des droits et libertés de la personne garantit le droit à l'égalité et protège les individus de la discrimination basée sur certaines caractéristiques personnelles comme la couleur de peau, l'orientation sexuelle, etc. Cependant, le poids ou l'apparence physique ne constitue pas l'une des catégories de cette charte. L'obésité est la seule caractéristique s'y trouvant, ayant été ajoutée en exemple à la catégorie « handicap ou moyen utilisé pour diminuer l'impact d'un handicap », qui inclut « les limitations physiques d'une personne (p. ex., être paraplégique, obèse ou avoir des troubles visuels ou auditifs) ».

Étant encore acceptés et véhiculés socialement, les préjugés relatifs au poids continuent de se répercuter gravement sur tous les aspects de la vie des personnes touchées (p. ex., relations interpersonnelles, milieu de travail, soins de santé, santé psychologique et physique, etc.) (Tomiya, 2014; Vartanian & Smyth, 2013). Les études dans ce domaine restent donc grandement nécessaires afin de mieux comprendre ses particularités et ce qui l'entoure. Afin de bien comprendre comment les préjugés relatifs au poids se déploient dans la société actuelle, il est particulièrement important que ceux-ci soient bien définis et évalués, ce qui semble lacunaire à plusieurs niveaux dans la littérature scientifique. En effet, les questionnaires les plus utilisés présentent de nombreuses limites

et failles psychométriques (Ruggs et al., 2010). De plus, la façon de définir les préjugés relatifs au poids est très variable à travers la littérature scientifique (Lee, Ata, & Brannick, 2014), c'est-à-dire que les dimensions et les items qui définissent ce concept varient grandement dans les différents questionnaires utilisés afin de l'évaluer. Cela amène ainsi un manque d'uniformité dans la manière de mesurer le concept (Lacroix et al., 2017; Ruggs et al., 2010). De plus, dans les questionnaires, les préjugés sont présentés aux participants, ne leur offrant pas la possibilité de rapporter leurs propres croyances, qui pourraient varier des préjugés qui y sont présentés (Nisbett & Wilson, 1977; Ruggs et al., 2010). D'ailleurs, les questionnaires les plus utilisés ont été construits il y a de cela plusieurs années, voire quelques décennies (Crandall, 1994; Robinson et al., 1993), ce qui rend possible que des préjugés plus actuels n'y soient pas inclus.

D'autre part, les questionnaires évaluent habituellement les préjugés explicites, soit les préjugés intentionnels et conscients (Wilson, Lindsey, & Schooler, 2000), dont l'endossement se retrouve grandement influencé par un biais de désirabilité sociale, soit la tendance à souhaiter se montrer sous un jour favorable en se conformant aux normes sociales véhiculées (Greenwald & Banaji, 1995; Schwartz, Vartanian, Nosek, & Brownell, 2006). Le domaine des préjugés relatifs au poids étant particulièrement sensible à la désirabilité sociale (Schwartz et al., 2006), il semble ainsi important de s'intéresser à la propension des individus à les endosser.

La présente étude vise donc en premier lieu à définir clairement et de manière exhaustive les préjugés relatifs au surpoids qui sont véhiculés actuellement chez les jeunes adultes, et ce, directement à partir du point de vue des individus. Pour ce faire, le contenu des préjugés perçus par les participants sera observé et catégorisé. En deuxième lieu, cette étude vise à comparer l'endossement des participants aux différents préjugés qui auront été générés, ainsi que plus globalement aux différentes dimensions de préjugés. Cela visera à évaluer la facilité à endosser les différents items et dimensions de préjugés. En effet, en accord avec la littérature portant sur l'influence du biais de désirabilité sociale sur l'endossement des préjugés relatifs au poids, les préjugés les plus endossés devraient être ceux étant les plus acceptés socialement, notamment ceux qui font porter la responsabilité du poids à l'individu (Dánielsdóttir et al., 2010; Puhl & Brownell, 2003; Puhl & Heuer, 2010).

Dans la prochaine section, les concepts entourant le poids corporel, le surpoids et l'obésité seront abordés en premier lieu, suivi du concept des préjugés relatifs au poids. Plus précisément, les différents termes associés au concept des préjugés relatifs au poids seront définis, les préjugés relatifs au poids fréquemment rencontrés dans la société seront présentés et l'étiologie de ces préjugés sera expliquée. Ensuite, les principaux groupes d'individus touchés par ces préjugés seront présentés, ainsi que leurs conséquences sociales et individuelles. Puis, les questionnaires les plus utilisés afin de les évaluer seront présentés, ainsi que leurs limites. Enfin, la pertinence du présent essai sera établie, menant à la présentation de l'étude.

Contexte théorique

Dans cette section seront présentés les concepts clés entourant l'étude des préjugés relatifs au poids.

Poids corporel, surpoids et obésité

Il existe plusieurs définitions et normes entourant le poids corporel. Les principales seront présentées dans cette section, suivies de la prévalence du phénomène.

Définitions et mesures

L'obésité est définie comme « une maladie chronique complexe dans laquelle la graisse corporelle anormale ou excessive (adiposité) nuit à la santé, augmente le risque de complications médicales à long terme et réduit la durée de vie » (Wharton et al., 2020, p. 1). Le terme obésité devrait donc être utilisé lorsque le poids corporel d'une personne représente un risque réel et direct pour sa santé. Toutefois, ce terme est souvent utilisé en se basant uniquement sur l'indice de masse corporelle (IMC) d'une personne ou même sur la perception subjective du poids d'une personne.

Le calcul de l'IMC est généralement utilisé afin de déterminer ce qui constitue un surplus de poids ou une obésité, autant dans la littérature scientifique que dans le réseau de la santé, puisqu'il est simple à utiliser. Il se calcule en divisant le poids en

kilogrammes (kg) d'un individu, par sa taille en mètre carré (m²). Un IMC de 18,5 à 24,9 kg/m² est défini comme étant un poids normal, de 25 à 29,9 kg/m² comme un surpoids et 30 kg/m² et plus comme de l'obésité (Organisation mondiale de la santé [OMS], 2020). Cette mesure ne tient toutefois pas compte de l'âge, du sexe, de la masse musculaire, ni de toute autre variable qui peut influencer le poids d'une personne, ni de l'influence du poids de la personne sur sa santé. L'OMS (2020, en ligne) mentionne ainsi que l'IMC :

est la mesure la plus utile du surpoids et de l'obésité dans une population car, chez l'adulte, l'échelle est la même quels que soient le sexe ou l'âge du sujet. Il donne toutefois une indication approximative, car il ne correspond pas forcément au même degré d'adiposité d'un individu à l'autre.

Dans le même sens, Obésité Canada (2020) soutient que des mesures complémentaires à l'IMC devraient être utilisées afin de diagnostiquer l'obésité. Ainsi, certains outils complémentaires ou alternatifs au calcul de l'IMC ont été créés afin d'évaluer et de diagnostiquer l'obésité. Par exemple, le *Edmonton Obesity Staging System* (EOSS) a été créé afin de classer la sévérité de l'obésité selon une évaluation clinique des risques de santé physique, psychologique et de la qualité de vie associés à la charge pondérale de la personne. Cet outil se veut une alternative au calcul de l'IMC, afin de mieux orienter les décisions cliniques basées sur l'obésité d'une personne (Sharma & Kushner, 2009). D'autres mesures existent aussi afin de définir les normes par rapport au poids, mais sont généralement moins utilisées. C'est le cas du calcul du tour de taille, du ratio taille/hanche ou du pourcentage de masse adipeuse (Pasco, Nicholson, Brennan, & Kotowicz, 2012; Shah & Braverman, 2012).

Bien que ces normes médicales soient encore à ce jour les plus répandues afin d'évaluer et d'aborder le poids corporel, celles-ci sont maintenant de plus en plus dénoncées par différents groupes et organisations (Cooper, 2010; Eller, 2014; Nutter et al., 2016). En effet, plusieurs considèrent ces mesures comme étant elles-mêmes stigmatisantes, véhiculant que le poids est contrôlable et directement lié à l'état de santé de la personne, sans nécessairement tenir en compte l'état de santé réelle de la personne, ni d'une compréhension plus globale du phénomène (Nutter et al., 2016). Des approches dites non-centrée sur le poids (« *nonweight-centric* »), ou centrée sur la santé (« *health-centric* »), ainsi que le mouvement Santé à tous les poids (traduction libre de *Health at every size* (HAES)) (Bacon & Aphramor, 2011, Penney & Kirk, 2015) prônent ainsi davantage la santé globale des individus, soit la santé émotionnelle, physique et spirituelle, et ce, peu importe leur poids corporel (Bacon & Aphramor, 2011; Colls & Evans, 2010). Plusieurs tenants de ces approches prônent d'ailleurs l'utilisation des mots *gros* et *grosses*, avec l'intention d'une reprise de pouvoir sur l'emploi de ces mots souvent associés à de la honte et à de la stigmatisation (Cooper, 2010).

Dans le cadre de la présente étude, les termes « personnes en surpoids » seront utilisés. L'utilisation de cette formulation visait à favoriser la génération des préjugés relatifs au poids par les participants, ce qui était recherché par l'étude. De plus, le terme « surpoids » a été utilisé, afin de respecter la terminologie médicale, habituellement utilisée dans les études scientifiques. Toutefois, avec du recul, bien que nous recherchions à générer les préjugés, nous reconnaissons que cette formulation puisse elle-même

véhiculer des préjugés relatifs au poids. Ainsi, une terminologie qui serait en accord avec la perspective non-centrée sur le poids ou le *Health at every size* (p. ex., la formulation « personnes grosses ») pourrait être privilégiée dans des études subséquentes afin de promouvoir davantage l'ouverture et le soutien à la réduction des préjugés relatifs au poids (American Psychological Association, 2010).

Prévalence

Actuellement, une grande proportion de la population mondiale serait considérée en surpoids ou obèse selon le calcul de l'IMC, et ce, chez tous les groupes d'âge. Par exemple, à travers le monde, 1,9 milliards d'adultes (39 %) étaient considérés en surpoids et plus de 650 millions d'adultes (13 %) étaient considérés obèses en 2016 (OMS, 2020). Pour ce qui est des enfants, 38 millions d'enfants de moins de 5 ans étaient considérés en surpoids ou obèses en 2019 (OMS, 2020). Cette prévalence augmenterait d'ailleurs d'année en année depuis plusieurs décennies, ayant presque triplé mondialement entre 1975 et 2016 (OMS, 2020). Au Canada, la prévalence de l'obésité aurait doublé entre 1981 et 2007-2009 (Agence de la santé publique du Canada, 2011). Cette prévalence serait d'autant plus élevée dans les sociétés occidentales, puisque la majorité des adultes y sont classifiés comme étant en surpoids ou obèses, sur la base de leur IMC. Par exemple, des données de 2016-2017 révèlent que 40 % des adultes canadiens présentaient un poids normal, 34 % présentaient un surpoids et 27 % présentaient une obésité. Au Québec, 27 % des adultes étaient classifiés obèses en 2017, ce qui correspond à la moyenne canadienne (Statistique Canada, 2016-2017).

Ces statistiques entourant le poids corporel peuvent être expliquées par plusieurs facteurs. Bien qu'il soit souvent véhiculé que le poids corporel et la masse adipeuse de chacun soient entièrement déterminés par la nourriture ingérée et l'exercice physique effectuée, il s'agit d'un phénomène beaucoup plus complexe. En effet, tel que décrit par Obésité Canada (2021, en ligne), l'obésité :

est une maladie complexe causée par une multitude de facteurs déclinés sous différentes combinaisons incluant l'environnement, les gènes, la santé émotionnelle, le manque de sommeil, les problèmes médicaux ou même un des effets secondaires de la prise de certains de nos médicaments.

Préjugés relatifs au poids

Le concept des préjugés relatifs au poids englobe différents aspects auxquels il s'avère important de s'intéresser afin de les considérer lorsque nous les évaluons. Ce sont à ces différents aspects que s'intéressera la prochaine section.

Définitions générales

Le terme « préjugé » met en lien les différents construits qui constituent la problématique des préjugés relatifs au poids, soit les composantes cognitives et affectives des croyances et attitudes liées au poids, ainsi que la construction sociale (la stigmatisation) et les comportements (la discrimination) qui en découlent, relativement aux personnes qui ont un poids plus élevé (Dánielsdóttir et al., 2010; Finkelstein, Frautschy DeMuth, & Sweeney, 2007; Lee et al., 2014).

Préjugés. Les préjugés réfèrent aux composantes affectives et attitudinales des pensées et croyances en lien avec des « caractéristiques personnelles, généralement des traits de personnalité, mais aussi des comportements, propres à un groupe de personnes » (Leyens, Yzerbyt, & Schadron, 1994, cité dans Bourhis & Leyens, 1999, p. 129). Les préjugés sont habituellement défavorables au groupe concerné, mais peuvent aussi lui être favorables (Bédard, Déziel, & Lamarche, 2006).

Dans la littérature scientifique, différents termes sont utilisés afin de décrire les croyances et attitudes défavorables à l'égard des personnes considérées en surpoids. L'utilisation des termes « préjugés relatifs au poids », ou « préjugés anti-gros » (de la traduction « *anti-fat prejudice* ») est parfois préférée par les auteurs, plutôt que « biais liés au poids », « stigmatisation liée au poids » ou « grossophobie » puisque le terme « préjugé » est plus cohérent avec la terminologie utilisée dans la littérature sur l'hostilité à l'égard d'autres groupes stigmatisés (Dánielsdóttir et al., 2010). De plus, l'expression « préjugés relatifs au poids » a l'avantage de référer au ressenti des gens face aux personnes considérées en surpoids ou obèses, c'est-à-dire qu'ils consistent en des croyances, habituellement négatives, teintées d'une valeur affective, à propos des gens qui présentent un surpoids ou qui sont obèses (p. ex., croire que les individus qui ont un poids plus élevé sont dégoûtants) (Dánielsdóttir et al., 2010). Pour ces raisons, le terme « préjugés relatifs au poids » sera privilégié dans la présente étude.

Dans la littérature, les préjugés relatifs au poids sont parfois conceptualisés sous deux formes : les préjugés explicites et les préjugés implicites. Un préjugé explicite est défini comme étant intentionnel et conscient (Wilson et al., 2000). Un préjugé implicite, pour sa part, peut affecter de manière inconsciente l'individu qui le véhicule, ou être véhiculé par un individu qui est réticent à le rapporter explicitement (Dovidio, Kawakami, & Gaertner, 2002; Greenwald & Banaji, 1995). Les gens peuvent ainsi explicitement nier véhiculer certains préjugés relatifs au poids, mais en présenter de manière implicite (Teachman, Gapinski, Brownell, Rawlins, & Jeyaram, 2003). Par exemple, une personne pourrait croire que les personnes ayant un poids plus élevé sont plus paresseuses que celles ayant un poids moins élevé, mais nier cette croyance lorsque cela lui est demandé. Cette distinction a un impact sur l'endossement des préjugés lorsqu'ils sont présentés aux individus, puisque les préjugés explicites ont davantage tendance à être endossés que les préjugés implicites. Cette tendance peut ainsi amener une sous-représentation de l'endossement des préjugés véhiculés de manière implicite.

Stigmatisation. Le fait de présenter des préjugés à l'égard d'un groupe d'individus peut mener à le dévaluer ou à le marginaliser, puisque les membres de ce groupe sont perçus comme étant différents des attentes respectant certaines normes sociales, à cause d'une ou de plusieurs de leurs caractéristiques considérées comme indésirables (Dovidio, Major, & Crocker, 2000). Ce phénomène se nomme la stigmatisation. La stigmatisation d'un groupe et de ses membres provient ainsi d'une construction sociale influencée par des facteurs culturels, historiques et situationnels qui dictent les standards que doivent

rencontrer les membres d'une société donnée (Dovidio et al., 2000). La stigmatisation liée au poids consiste donc en le fait de dévaluer et de marginaliser les personnes qui ont un poids plus élevé, en raison de leur poids corporel, en se basant sur des préjugés véhiculés à leur égard (Obésité Canada, 2020; Tomiyama, 2014). Ainsi, la stigmatisation en lien avec le poids corporel concerne les forces sociales et les institutions (p. ex., les médias) qui dépeignent les personnes considérées en surpoids ou obèses de manière négative au sein de la société, et rend plus difficile l'accès à certains biens (p. ex., qu'il soit plus difficile de trouver des vêtements adaptés à leur poids corporel), services (p. ex., des équipements médicaux qui ne sont pas adaptés) ou opportunités (p. ex., discrimination liée à l'emploi) aux personnes ayant un poids plus élevé, et ce, à cause de leur poids corporel (Lacroix et al., 2017).

Discrimination. La discrimination consiste en une action ou un comportement volontaire ou involontaire menant au traitement injuste d'une personne en raison de son appartenance à un groupe, sur la base des préjugés à son égard (Bédard et al., 2006). Plus précisément, la discrimination liée au poids consiste en des préjugés liés au poids, manifestés sous forme de comportement ou d'action injustes ou défavorables à l'égard des personnes considérées en surpoids ou obèses (Brewis, 2014). Celles-ci sont en effet discriminées dans différentes sphères de leur vie, tels que dans les soins de santé (Puhl & Heuer, 2009), le milieu de l'emploi (Puhl & Brownell, 2006; Puhl & Heuer, 2009), le milieu de l'éducation (Puhl & Brownell, 2001; Puhl & Heuer, 2009) et les relations interpersonnelles (Puhl & Heuer, 2009).

Préjugés relatifs au poids, quels sont-ils?

Depuis les années 1960, différentes études se sont intéressées à explorer les aspects descriptifs des préjugés relatifs au poids. Ces études suggéraient que les personnes qui présentent un surpoids étaient perçues, notamment, comme étant laides, négligées, paresseuses, sales (Staffieri, 1967), responsables de leur poids et généralement malheureuses par rapport à elles-mêmes (Maddox et al., 1968). Ensuite, des études des années 1980 suggéraient qu'elles étaient perçues comme ayant moins de succès, comme étant moins actives, intelligentes, travaillantes, populaires, athlétiques et attirantes (Harris, Harris, & Bochner, 1982) et comme étant d'un statut socioéconomique moindre (Sobal & Stunkard, 1989) que les personnes plus minces.

Des recherches plus récentes ont exploré le contenu de ces préjugés plus en détails et auprès de populations diverses. Dans la population générale, ces préjugés décrivent les individus présentant un surpoids comme étant plus paresseux et malheureux, et comme étant moins confiants, actifs, travaillants, populaires et en moins bonne santé que les personnes ayant un poids moins élevé (Grant, Mizzi, & Anglim, 2016; Greenleaf, Starks, Gomez, Chambliss, & Martin, 2004). Ils seraient aussi considérés comme ayant peu de volonté, comme étant personnellement responsables pour leur condition (Hilbert, Rief, & Braehler, 2008) et comme étant moins motivés, moins appréciés et moins intelligents que les individus ayant un poids moins élevé (Puhl & Heuer, 2009; Schwartz et al., 2006). De plus, les personnes considérées en surpoids ou obèses seraient vues comme étant moins

attirantes physiquement et présentant moins de potentiel amoureux, et ce, même après une perte de poids (Carels, Rossi, Solar, & Selensky, 2018; Latner, Ebner, & O'Brien, 2012).

Il existerait quelques préjugés positifs relatifs au poids, mais ceux-ci seraient très peu nombreux. Le plus fréquent consisterait en la croyance que les personnes considérées en surpoids seraient plus enjouées ou gaies (traduit de l'expression « *jolly fat* »). Ce préjugé positif proviendrait de l'hypothèse, maintenant largement démentie, que l'obésité réduirait les risques de présenter des symptômes dépressifs et anxieux (Crisp, Queenan, Sittampal, & Harris, 1980; Dearborn, Robbins, & Elias, 2018; Palinkas, Windgard, & Barrett-Connor, 1996). De plus, une étude a montré que les femmes ayant un poids plus élevé seraient considérées comme étant plus chaleureuses que celles ayant un poids moins élevé (Smith, Martinez, & Sabat, 2016). Toutefois, très peu d'autres préjugés positifs à l'égard des personnes ayant un poids plus élevé seraient retrouvés dans la littérature scientifique et dans la population générale.

Les études ont aussi montré que les préjugés relatifs au poids sont véhiculés dans les milieux de travail. Par exemple, plusieurs études ont montré que les personnes considérées en surpoids seraient perçues dans le contexte du travail comme manquant de discipline personnelle (Rothblum, Miller, & Garbutt, 1988), comme étant paresseuses (Polinko & Popovich, 2001) et comme présentant de mauvaises habitudes de travail. Elles seraient aussi perçues comme étant moins qualifiées (Klesges et al., 1990), comme ayant une moindre performance au travail (Finkelstein et al., 2007; Larwood, 1995; Polinko &

Popovich, 2001; Wade & DiMaria, 2003) et comme ayant une apparence moins professionnelle (Rothblum et al., 1988) que les personnes plus minces. Les personnes considérées en surpoids seraient aussi perçues comme ayant de moins bonnes capacités d'adaptation (Finkelstein et al., 2007), comme étant plus à risque de s'absenter du travail (Klesges et al., 1990), comme ayant moins de compétences relationnelles (Finkelstein et al., 2007) et comme étant moins en mesure de bien s'entendre avec leurs collègues et d'être acceptés par ces derniers (Bordieri, Drehmer, & Taylor, 1997; Klassen, Jasper, & Harris, 1993).

Ces préjugés seraient aussi véhiculés dans le contexte des soins de santé par les professionnels tels que les médecins (Bocquier et al., 2005), les infirmières (Tanneberger & Ciupitu-Plath, 2018), les nutritionnistes (Jung, Luck-Sikorski, Wiemers, & Riedel-Heller, 2015), les psychologues (Davis-Coelho, Waltz, & Davis-Coelho, 2000) et les physiothérapeutes (Setchell, Watson, Jones, Gard, & Briffa, 2014). Par exemple, des études ont montré que des médecins percevaient les patients considérés obèses comme étant embarrassants, peu attrayants physiquement, non-adhérents aux traitements, manquant de volonté, négligés, paresseux (Foster et al., 2003) et manquant de contrôle de soi (Glauser, Roepke, Stevenin, Dubois, & Ahn, 2015). De plus, plus le poids du patient serait élevé, et moins les médecins rapporteraient avoir du respect pour le patient (Huizinga, Cooper, Bleich, Clark, & Beach, 2009). Une autre étude a montré que des médecins avaient tendance à croire que les causes les plus importantes du surpoids étaient l'inactivité physique, le fait de trop manger et de manger trop de gras, sans tenir compte

de la pluralité des facteurs pouvant influencer le poids, considérant ainsi les personnes considérées en surpoids responsables pour leur poids (Foster et al., 2003). Des professionnels de la santé, dont les médecins, auraient aussi tendance à rapporter qu'ils trouvent plus difficile de traiter des patients qui ont un poids plus élevé (Kristeller & Hoerr, 1997; Sikorski et al., 2013). Ainsi, ceux-ci présenteraient globalement une préférence pour les patients qui ont un poids moins élevé (Sabin, Marini, & Nosek, 2012).

Étiologie des préjugés relatifs au poids

Les préjugés relatifs au poids sont ainsi largement véhiculés à travers toutes les sphères de la société et affectent énormément de gens. Plusieurs hypothèses sont élaborées dans la littérature afin d'expliquer leur présence et leur maintien dans nos sociétés, les deux principales étant : (1) le consensus social ou les normes sociales; et (2) l'attribution de la responsabilité du poids à l'individu (Dánielsdóttir et al., 2010; Lee et al., 2014).

Consensus social ou normes sociales. Dans les sociétés occidentales, certains standards déterminent ce qui est considéré comme un corps idéal. Par exemple, chez les femmes le fait d'être mince est valorisé, tandis que chez l'homme, c'est le fait d'être musclé qui l'est habituellement davantage (Donaghue & Clemitshaw, 2012; Leit, Pope, & Gray, 2001). Ces types de silhouettes seraient associés à certaines valeurs et qualités personnelles valorisées par la société, comme la discipline et la motivation personnelles (Dánielsdóttir et al., 2010) et comme étant un indicateur de succès et de désirabilité sociale (Hesse-Biber, Leavy, Quinn, & Zoino, 2006). Les corps gros, à l'opposé, sont donc

associés à des caractéristiques négatives. Les sociétés occidentales stigmatiseraient donc les personnes qui ont un poids plus élevé, car elles seraient perçues comme contrevenant à des idéologies prônées dans ces sociétés (Danielsdóttir et al., 2010). La perception d'un consensus au niveau sociétal quant aux préjugés relatifs au poids contribuerait à l'acceptation générale de ceux-ci par les membres de la société (Danielsdóttir et al., 2010; McClure, Puhl, & Heuer, 2011), via l'adhésion à ces idéaux concernant l'apparence corporelle et aux caractéristiques négatives associées au surpoids et à l'obésité (Klaczynski, Daniel, & Keller, 2009; Vartanian & Novak, 2011).

Poids comme responsabilité individuelle. Bien qu'il ait été largement démontré que l'obésité consiste en un phénomène complexe, où des facteurs génétiques, physiologiques, environnementaux, socioéconomiques et psychologiques jouent tous un rôle déterminant (Wharton et al., 2020), les sociétés occidentales véhiculeraient que le poids est contrôlable par l'individu lui-même, soit par les habitudes alimentaires et l'activité physique (Danielsdóttir et al., 2010; Puhl & Heuer, 2010). Cette croyance étant largement acceptée socialement, cela mènerait ainsi beaucoup d'individus à percevoir le surpoids et l'obésité comme découlant exclusivement de la responsabilité individuelle et donc à percevoir le surpoids comme une faute ou un échec personnel et comme étant le reflet de lacunes personnelles (Danielsdóttir et al., 2010; Puhl & Heuer, 2010).

Certaines idéologies largement répandues dans nos sociétés semblent sous-tendre cette tendance à attribuer le poids à des facteurs individuels (Danielsdóttir et al., 2010).

C'est le cas du principe de méritocratie, qui promeut la croyance que les individus sont les seuls responsables de ce qui les rend digne d'estime et de récompense; autrement dit, que chaque individu reçoit ce qu'il mérite (McCoy & Major, 2007). Ceux qui soutiennent ce principe croient qu'à travers le travail et le développement de compétences et d'aptitudes, indépendamment d'autres facteurs tels que les privilèges socioéconomiques dont un individu dispose, n'importe qui peut avoir du succès et atteindre ses buts, comme avoir un corps mince et athlétique (Fitz, Zucker, & Bay-Cheng, 2012). Adhérer à cette approche mène ainsi à rejeter ou à nier des obstacles ou facteurs externes pouvant prendre part à l'explication de certaines conditions ou positions sociales, notamment celles de groupes marginalisés (Townsend, Major, Sawyer, & Mendes, 2010), comme c'est le cas pour le poids corporel.

De plus, lorsqu'une condition est perçue comme incontrôlable, les individus touchés généreraient davantage de pitié et d'empathie à leur égard. Au contraire, les conditions perçues comme contrôlables généreraient davantage d'agressivité, de jugement négatif, d'aversion (Crandall, 1994; Weiner, 2001; Weiner, Perry, & Magnusson, 1988), ainsi que moins d'empathie envers les individus touchés (Fitz et al., 2012; McCoy & Major, 2007). La tendance à attribuer la responsabilité du poids à l'individu a ainsi été liée à des réactions négatives à l'égard des personnes considérées en surpoids, notamment du dégoût (Vartanian, Trewartha, & Vanman, 2016). Ainsi, les individus qui considèrent le poids comme découlant exclusivement de facteurs contrôlables auraient davantage tendance à blâmer les individus considérés en surpoids et donc à entretenir plus de préjugés à leur

endroit (Crandall & Martinez, 1996; Danielsdóttir et al., 2010; O'Brien, Puhl, Latner, Mir, & Hunter, 2010). Ainsi, les valeurs sociétales prônant la responsabilité individuelle au détriment d'une compréhension globale du phénomène pourraient mener les préjugés relatifs au poids à être davantage acceptés socialement et à être perpétués, même si largement démentis.

Principaux groupes d'individus touchés

Les personnes qui présentent un poids plus élevé seraient les plus touchées par les effets négatifs des préjugés relatifs au poids (Schvey, Puhl, & Brownell, 2011) et seraient plus à risque que les personnes plus minces de vivre de l'exclusion sociale et d'être discriminées (Puhl & Heuer, 2009). Considérant la prévalence des personnes considérées en surpoids et obèses selon l'IMC dans nos sociétés et son augmentation (OMS, 2020), c'est ainsi dire qu'une grande partie de la population en est affectée. Par exemple, une étude suggère que les gens considérés obèses selon le calcul de l'IMC sont de 40 à 50 % plus à risque de rapporter avoir fait face à de la discrimination majeure que ceux ayant un poids moins élevé (Carr & Friedman, 2005). De plus, les gens qui présentent un surpoids seraient de plus en plus touchés par les effets des préjugés relatifs au poids à travers les années, contrairement aux autres formes de discrimination qui restent stables (Diedrichs & Puhl, 2017). En effet, l'augmentation de la prévalence du surpoids et de l'obésité dans les dernières décennies aurait aussi été accompagnée d'une augmentation de la prévalence des préjugés relatifs au poids et de la discrimination envers les personnes considérées en surpoids ou obèses (Andreyeva et al., 2008; Latner & Stunkard, 2003; Puhl & Heuer,

2009). Par exemple, aux États-Unis, la prévalence de la discrimination en lien avec le poids aurait augmenté de 66 % entre 1995 et 2005, et ce, même en contrôlant l'augmentation de la prévalence de l'obésité (Andreyeva et al., 2008).

En plus d'affecter les personnes considérées en surpoids ou obèses, les préjugés relatifs au poids menacent aussi d'affecter toute personne qui y est exposée, peu importe son poids corporel (Pearl & Puhl, 2018; Schvey & White, 2015; Sutin & Terracciano, 2013), surtout les femmes (Johnson, Iida, & Tassinary, 2012). En effet, plusieurs recherches suggèrent que les femmes sont plus susceptibles que les hommes d'être discriminées et d'être évaluées plus négativement en fonction de leur poids (Ferguson, Kornblat, & Muldoon, 2009; Judge & Cable, 2011; Sattler, Deane, Tapsell, & Kelly, 2018). De plus, l'effet des préjugés relatifs au poids surviendrait à un poids plus bas pour les femmes que pour les hommes (Crawford & Campbell, 1999; Puhl, Andreyeva, & Brownell, 2008). Par exemple, une étude a montré que les hommes étaient significativement plus à risque de discrimination à partir d'un IMC de 35, alors que les femmes en faisaient l'expérience à partir d'un IMC de 27 (Puhl, Andreyeva et al., 2008). Cela pourrait être expliqué en partie par le fait que, dans la population générale, il existerait une tendance à surestimer le poids corporel, surtout pour le poids des femmes (Johnson et al., 2012). En effet, les gens auraient tendance à croire que le corps féminin moyen serait plus mince que ce qu'il est en réalité, pouvant mener les femmes à se considérer en surpoids à un IMC approximatif de 23,7, plutôt que la convention de 25 (Crawford & Campbell, 1999). Par exemple, dans une étude australienne menée auprès

de 676 femmes adultes, trois quarts d'entre-elles se considéraient en surpoids, alors qu'elles avaient un IMC inférieur à 25. Plusieurs considéraient d'ailleurs leur poids idéal comme correspondant à un IMC inférieur à 18,5, mettant en évidence la pression qu'elles peuvent ressentir à être mince et les modèles de beauté non-représentatifs de la réalité auxquels elles sont exposées (Crawford & Campbell, 1999). Ainsi, une femme qui présente un poids considéré normal selon l'IMC peut tout de même se percevoir ou être perçue comme étant *trop grosse*, ou craindre de se retrouver dans le groupe des gens considérés en surpoids, et ainsi vivre les conséquences de ces préjugés (Major, Hunger, Bunyan, & Miller, 2014; Pearl & Puhl, 2018; Schvey & White 2015).

Expression des préjugés relatifs au poids : conséquences sociales et individuelles

En plus d'affecter beaucoup de gens provenant de différents groupes, les préjugés relatifs au poids ont des conséquences très néfastes sur ceux qui y sont exposés. Ces conséquences seront ici présentées, sur le plan social et individuel.

Conséquences sociales des préjugés. Les préjugés relatifs au poids sont présents dans les relations interpersonnelles des individus ayant un poids plus élevé, et ce, tout au long de leur vie. En effet, ils seraient véhiculés à tous les âges, autant chez les enfants à partir de l'âge de 3 ans (Diedrichs & Puhl, 2017), chez les adolescents (Diedrichs & Puhl, 2017; Janssen, Craig, Boyce, & Pickett, 2004) que chez les adultes (Puhl et al., 2015). Ils seraient même véhiculés par la famille, les conjoints et les amis des personnes qui présentent un surpoids, ainsi que par les personnes elles-mêmes en surpoids (Puhl &

Brownell, 2006; Puhl, Moss-Racusin, Schwartz, & Brownell, 2008; Wang, Brownell, & Wadden, 2004). La présence des préjugés chez tous ces groupes de gens affecterait ainsi les relations personnelles des gens considérés en surpoids ou obèses de diverses façons. Par exemple, les enfants et les adolescents ayant un poids plus élevé auraient moins tendance à être sélectionnés comme amis (Musher-Eizenman, Holub, Miller, Goldstein, & Edwards-Leeper, 2004; Schaefer & Simpkins, 2014), en plus d'être davantage à risque d'être intimidés en lien avec leur poids (Puhl et al., 2015). L'intimidation liée au poids corporel serait d'ailleurs plus commune que celle liée à d'autres formes de préjugés (p. ex., liée à l'origine ethnique, l'orientation sexuelle, la religion) (Puhl et al., 2015). En fait, approximativement une femme sur trois et un homme sur quatre étant en surpoids rapporterait avoir été intimidé par ses pairs à l'école en lien avec son poids (Anti-Defamation League, 2014). De plus, une étude a montré que des étudiants collégiaux adultes avaient moins tendance à considérer des gens qui présentent un surpoids comme partenaires sexuels potentiels, en comparaison à des individus au poids normal ou présentant des handicaps (p. ex., individus en chaise roulante ou avec une histoire de problème de santé mentale) (Chen & Brown, 2005). C'est ainsi que, globalement, les relations interpersonnelles et amoureuses des personnes qui ont un poids plus élevé tendent à être teintées d'événements négatifs provenant de différentes sphères relationnelles (Puhl & Brownell, 2006) et à être moins nombreuses et moins satisfaisantes chez les femmes qui présentent un surpoids, en comparaison à celles qui ont un poids normal selon l'IMC (Sheets & Ajmere, 2005).

Les préjugés relatifs au poids ainsi que la discrimination qui en découle sont aussi présents dans le milieu de l'emploi. En fait, les candidats qui présentent un poids plus élevé seraient à risque d'être désavantagés à toutes les phases du processus d'emploi : lors de la sélection du personnel (p. ex., plus de risques de ne pas être embauchés) (Finkelstein et al., 2007; Klesges et al., 1990; Larwood, 1995; Paraponaris, Saliba, & Ventelou, 2005; Puhl & Heuer, 2009), au niveau du salaire (p. ex., être moins bien payés) (Baum & Ford, 2004; Judge & Cable, 2011; Vanhove & Gordon, 2014), des promotions (p. ex., avoir moins accès à des promotions) (Bordieri, Drehmer, & Taylor, 1997; Puhl & Heuer, 2009), des processus disciplinaires (p. ex., être désavantagés dans leurs évaluations) (Rudolph, Wells, Weller, & Baltes, 2009) et dans le cadre de la cessation d'un emploi (p. ex., davantage de risque d'être renvoyés) (Puhl & Heuer, 2009), et ce, en raison de leur poids corporel. De plus, les femmes rapporteraient vivre davantage de conséquences négatives de ces préjugés dans le domaine de l'emploi, en comparaison aux hommes (Tunceli, Li, & Williams, 2006; Vanhove & Gordon, 2014).

Les préjugés relatifs au poids, ainsi que la discrimination qui en découle, nuisent aussi à la qualité des soins de santé administrés aux personnes ayant un poids plus élevé (Forhan & Salas, 2013). Les professionnels de la santé auraient tendance à attribuer davantage de diagnostics liés au poids ou à prescrire des procédures médicales en lien avec le poids aux personnes qui ont un poids plus élevé, même si elles consultent pour une condition qui n'a pas de lien avec leur poids (p. ex., migraine) (Rathbone, Cruwys, Jetten, & Barlow, 2020). Des médecins généralistes auraient aussi tendance à mettre des objectifs de perte de poids

plus élevés que ce qui est recommandé dans la littérature aux personnes considérées obèses selon leur IMC (Bocquier et al., 2005). Les professionnels en santé mentale pourraient aussi avoir tendance à attribuer davantage de diagnostics de santé mentale aux patients qui ont un poids plus élevé (Hassel, Amici, Thurston, & Gorsuch, 2001).

Conséquences individuelles des préjugés. De nombreuses études ont examiné les liens entre le surpoids et l'obésité et diverses problématiques psychologiques et physiques, notamment des problèmes de santé physique (p. ex., augmentation des risques de développer du diabète de type II, des maladies cardiaques, de l'hypertension artérielle ou de l'arthrite) (Obésité Canada, 2020; Wang, McPherson, Marsh, Gortmaker, & Brown, 2011). Toutefois, l'association entre l'obésité et ces divers risques pour la santé ne serait pas uniquement expliquée par la charge pondérale, comme on le croyait par le passé. En effet, dans les dernières années, de plus en plus d'études tendent à montrer que les préjugés relatifs au poids contribuent aussi aux problèmes biopsychosociaux associés au surpoids et à l'obésité, ayant un effet médiateur entre le poids corporel et diverses problématiques associées (Papadopoulos & Brennan, 2015; Seacat & Mickelson, 2009). Les préjugés relatifs au poids sont d'ailleurs désormais conceptualisés comme étant des stressors chroniques pour les personnes qui présentent un surpoids et obèses (Sikorski et al., 2015) et seraient des médiateurs importants de la relation entre le poids corporel et les problèmes de santé associés (Daly, Sutin, & Robinson, 2019; Hunger & Major, 2015; Tomiyama, 2014, 2019).

Impacts psychologiques. Les préjugés relatifs au poids ont des répercussions néfastes sur la santé mentale des individus qui y sont exposés, augmentant globalement les risques de vivre de la détresse psychologique chez les personnes considérées en surpoids ou obèses (Papadopoulos & Brennan, 2015; Wu & Berry, 2018) et de présenter des symptômes de troubles de santé mentale (Hatzenbuehler, Keyes, & Hasin, 2009), et ce, indépendamment du poids corporel (Pearl & Puhl, 2018).

La stigmatisation et la discrimination perçues en lien avec le poids augmenteraient le risque de présenter des symptômes dépressifs (Ashmore, Friedman, Reichmann, & Musante, 2008; Hatzenbuehler et al., 2009; Savoy, Almeida, & Boxer, 2012; Wu & Berry, 2018). Plus précisément, plus une personne vit de la discrimination liée au poids de manière fréquente, plus elle présente de symptômes dépressifs (Friedman, Ashmore, & Applegate, 2008). D'ailleurs, l'expérience de discrimination et de stigmatisation en lien avec le poids serait médiatrice de la relation entre le poids ou l'IMC et les symptômes dépressifs (Hunger & Major, 2015; Levy & Pilver, 2012; Stevens, Herbozo, Morrell, Schaefer, & Thompson, 2017; Wu & Berry, 2018).

Le fait de vivre de la stigmatisation ou de la discrimination liée au poids serait aussi associée à un niveau d'anxiété plus élevé (Ashmore et al., 2008; Friedman et al., 2008; Hatzenbuehler et al., 2009; Savoy et al., 2012; Wu & Berry, 2018), ayant un effet médiateur sur l'association entre le poids corporel et l'anxiété chez les adultes (Levy & Pilver, 2012). La discrimination liée au poids serait aussi associée à davantage de stress

perçu (Papadopoulos & Brennan, 2015), et à des niveaux plus élevés d'isolement social (Ashmore et al., 2008), de phobie sociale et de trouble d'anxiété généralisée (Hatzenbuehler et al., 2009).

L'expérience de discrimination liée au poids serait aussi associée à davantage de diagnostics de troubles de dépendance. En effet, elle serait associée à davantage de consommation de nicotine, d'alcool et de drogues, et ce, indépendamment de l'IMC de l'individu (Hatzenbuehler et al., 2009).

L'expérience de stigmatisation en lien avec le poids aurait aussi des effets néfastes sur l'estime de soi des personnes ayant un poids plus élevé et serait associée à une image de soi plus négative (Puhl, Himmelstein, & Pearl, 2020). Ainsi, plus la fréquence de l'expérience de la stigmatisation liée au poids serait élevée et plus basse serait l'estime de soi de l'individu (Friedman et al., 2008; Wu & Berry, 2018). L'expérience de la stigmatisation liés au poids aurait d'ailleurs un effet médiateur sur la relation entre l'IMC et l'estime de soi chez les adultes (Hunger & Major, 2015; Papadopoulos & Brennan, 2015).

Perturbations alimentaires. L'expérience de stigmatisation et de discrimination liée au poids serait associée à des comportements alimentaires problématiques (p. ex., comportements alimentaires hyperphagiques, sauter des repas, etc.) (Almeida, Savoy, & Boxer, 2011; Ashmore et al., 2008; Sutin, Robinson, Daly, & Terracciano, 2016;

Vartanian & Porter, 2016), au fait de manger de manière émotionnelle (Farrow & Tarrant, 2009; Friedman et al., 2008; Wu & Berry, 2018) et aux diagnostics de trouble alimentaire (p. ex., hyperphagie boulimique, boulimie et anorexie mentale) (Papadopoulos & Brennan, 2015; Puhl & Suh, 2015; Vartanian & Porter, 2016). De plus, l'expérience de stigmatisation et de discrimination liée au poids serait associée à davantage d'insatisfactions corporelles (Farrow & Tarrant, 2009; Friedman et al., 2008; Puhl et al., 2020; Wu & Berry, 2018). D'ailleurs, l'expérience de stigmatisation liée au poids aurait un effet médiateur sur la relation entre l'IMC et l'insatisfaction corporelle (Stevens et al., 2017).

Impacts physiologiques. Les préjugés relatifs au poids auraient aussi des impacts négatifs sur la santé physique des individus ayant un poids plus élevé, via la stigmatisation et la discrimination qui en découlent (Papadopoulos & Brennan, 2015). En effet, les personnes vivant de la stigmatisation ou de la discrimination liée au poids présenteraient un taux d'adhérence à la médication plus faible (Papadopoulos & Brennan, 2015), auraient tendance à davantage éviter les soins de santé préventifs (p. ex., peur de recevoir des commentaires négatifs ou crainte associée au fait que l'équipement médical ne soit pas adapté à leur poids) (Ostbye, Taylor, Yancy, & Krause, 2005; Puhl & Brownell, 2001; Puhl & Heuer, 2009), à faire moins d'exercice physique et à davantage l'éviter (p. ex., par peur d'être jugés) (Papadopoulos & Brennan, 2015; Storch et al., 2007; Vartanian & Smyth, 2013), et ce, indépendamment de l'IMC (Jackson & Steptoe, 2017). De plus, la stigmatisation liée au poids s'est montrée liée à plusieurs indices ou états de santé qui

peuvent s'avérer néfastes pour la santé de l'individu, dont une augmentation des risques de diabète et du niveau de cortisol, et ce, indépendamment de l'IMC (Jackson & Steptoe, 2018; McCleary-Gaddy, Miller, Grover, Hodge, & Major, 2018; Wu & Berry, 2018). Par exemple, l'étude de Daly et al. (2019), menée auprès de 3609 adultes, a montré que la discrimination perçue en lien avec le poids chez des personnes considérées obèses expliquerait plus du quart de l'association entre l'obésité et la détérioration de la santé, mesurés par des indicateurs cliniques des fonctions métabolique, immunitaire et cardiovasculaire, et ce, sur une durée de quatre ans. Cette étude montre ainsi que les problèmes de santé rencontrés par les personnes obèses ne seraient pas seulement expliqués par leur poids corporel, mais aussi par la discrimination qu'ils perçoivent en lien avec leur poids.

Poids corporel. Les études montrent qu'il existerait une association positive entre le vécu de discrimination liée au poids et les risques d'obésité (Puhl et al., 2020; Sutin & Terracciano, 2013; Wu & Berry, 2018). En fait, le simple fait d'être exposé à du contenu stigmatisant à l'égard du poids (p. ex., via les médias) et le fait d'être exclu socialement, augmenteraient la tendance à manger davantage (Vartanian & Porter, 2016). De plus, la stigmatisation et la discrimination liées au poids mènerait les personnes touchées à avoir plus de difficulté à perdre du poids (Papadopoulos & Brennan, 2015), en plus de favoriser une prise de poids ultérieure et donc d'augmenter les risques de maintenir un poids plus élevé à plus long terme (Puhl et al., 2020; Sutin & Terracciano, 2013; Tomiyama, 2014; Wu & Berry, 2018). Cela serait dû, notamment, à la propension des personnes stigmatisées

à moins s'engager dans des comportements qui favorisent la perte de poids ou à adopter des comportements alimentaires problématiques (Papadopoulos & Brennan, 2015), notamment chez les femmes (Seacat, Dougal, & Roy, 2016; Vartanian, Pinkus, & Smyth, 2018).

Internalisation des préjugés. L'un des facteurs qui favoriserait les conséquences négatives de l'exposition aux préjugés relatifs au poids serait la tendance des personnes à internaliser ces préjugés et à les considérer vrais. L'internalisation des préjugés consiste en le fait de croire en des préjugés associés à son propre groupe (Bédard et al., 2006) et au fait de s'identifier aux caractéristiques attribuées au groupe stigmatisé, même si elles sont négatives, via le consensus social quant aux caractéristiques associées à ce groupe (Farrow & Tarrant, 2009). Lorsqu'une personne elle-même en surpoids ou obèse véhicule ou croit en des préjugés relatifs au poids et qu'elle les applique à elle-même, on peut ainsi dire qu'elle les a internalisés (Pearl & Puhl, 2018). Une personne qui présente un poids normal selon l'IMC peut aussi s'identifier au groupe des personnes qui présentent un surpoids, puisqu'une personne de poids normal peut surévaluer son poids corporel (Major et al., 2014; Pearl, White, & Grilo, 2014), et ainsi se dévaloriser en lien avec son poids ou son apparence corporelle et en vivre les conséquences négatives, via l'internalisation de ces préjugés (Pearl & Puhl, 2014; Schvey & White, 2015). Les préjugés internalisés peuvent être mesurés à l'aide de mesures autorapportées comme le *Weight Bias Internalization Scale* (Durso & Latner, 2008).

Sur le plan psychologique, la tendance à internaliser les préjugés relatifs au poids aurait un effet négatif sur l'estime de soi des personnes exposées, et ce, indépendamment du poids de la personne (Durso et al., 2012; Pearl & Puhl, 2018; Pearl et al., 2014; Sikorski et al., 2015). L'internalisation des préjugés relatifs au poids serait aussi associée à davantage de symptômes dépressifs (Durso et al., 2012; Pearl & Puhl, 2018; Wu & Berry, 2018), à des plus hauts niveaux d'anxiété et de diagnostic d'anxiété (p. ex., trouble d'anxiété généralisé) (Papadopoulos & Brennan, 2015; Pearl & Puhl, 2018). Ce serait aussi globalement associé à davantage de diagnostics en santé mentale chez les personnes considérées en surpoids ou obèses et à une moins bonne qualité de vie, et ce, peu importe le poids corporel (Papadopoulos & Brennan, 2015).

Les préjugés internalisés liés au poids seraient aussi médiateurs de la relation entre la discrimination liée au poids et les comportements alimentaires malsains ou problématiques (O'Brien et al., 2016; Vartanian & Porter, 2016), notamment les comportements alimentaires hyperphagiques (Burmeister & Carels, 2014; Durso, Latner, & Hayashi, 2012; Pearl et al., 2014, Wu & Berry, 2018). Ils seraient aussi associés à une moins bonne évaluation de son apparence physique (Carels et al., 2010). De plus, l'internalisation des préjugés relatifs au poids expliquerait en partie la relation entre le vécu de stigmatisation liée au poids et le fait de faire peu d'activité physique (Pearl, Puhl, & Dovidio, 2015; Vartanian & Novak, 2011).

Ainsi, les préjugés relatifs au poids peuvent avoir des conséquences très dommageables sur toutes les facettes de la vie des gens qui y sont exposés. En effet, l'exposition aux préjugés relatifs au poids, ainsi que la stigmatisation et la discrimination qui en découlent, agissent comme médiateur entre le poids corporel et différents symptômes présents chez les gens qui y sont exposés, notamment chez les personnes qui ont un poids plus élevé. Il semble donc particulièrement important que les recherches scientifiques continuent de se pencher sur la compréhension du phénomène que représente les préjugés relatifs au poids, afin d'être en mesure de l'évaluer rigoureusement. La prochaine section se penchera donc sur les outils les plus utilisés afin d'évaluer les préjugés relatifs au poids, ainsi que leurs limites.

Comment évalue-t-on les préjugés relatifs au poids?

Plusieurs méthodes sont utilisées afin d'évaluer les préjugés relatifs au poids. Les plus communes sont les sondages via des questionnaires, les questionnaires avec manipulations expérimentales, les expériences en laboratoire et les études sur le terrain (Ruggs et al., 2010). Les questionnaires comme méthode afin d'évaluer les préjugés explicites consiste en la plus utilisée dans les études scientifiques, puisqu'elle comporte plusieurs avantages. En effet, il s'agit d'une méthode simple à utiliser, dont la passation est rapide. De plus, le recrutement se fait habituellement plutôt facilement, en personne ou par Internet, ce qui permet de recruter beaucoup de participants de différents milieux et groupes démographiques (Ruggs et al., 2010). Étant la méthode la plus facile à utiliser dans des

contextes concrets, il s'agit donc de celle la plus susceptible de contribuer à limiter la diffusion des préjugés dans la vie réelle.

Questionnaires les plus utilisés. Les questionnaires les plus utilisés afin d'évaluer les préjugés explicites et présentant les meilleures qualités psychométriques, tel que décrit dans la revue de littérature de Lacroix et collègues (2017), seront présentés dans cette section. Dans cette revue de littérature, les qualités psychométriques de divers outils utilisés pour mesurer les préjugés liés au poids ont été évaluées. Huit dimensions étaient cotées (Consistance interne, fidélité test-retest, clarté théorique, validité de contenu, validité de construit, validité convergente, validité discriminante, sensibilité), donnant une cote sur 8 (Lacroix et al., 2017). Les questionnaires qui comportaient 6 critères et plus seront présentés. Ainsi, L'*Antifat Attitudes Questionnaire* (AFA; Crandall, 1994), qui remplit 7 critères sur 8, et le *Fat Phobia Scale* (FPS; Robinson et al., 1993) sous sa version longue, qui en remplit 6 sur 8, ont été sélectionnés. La version courte du FPS, nommée le *F scale*, sera aussi présentée, puisqu'elle est davantage utilisée que sa version longue, bien qu'elle ne remplisse que 5 critères sur 8 (Lacroix et al., 2017).

Antifat Attitude Questionnaire (AFA). L'*Antifat Attitudes Questionnaire* (AFA) (Crandall, 1994) est le questionnaire le plus utilisé dans la littérature afin d'évaluer les préjugés relatifs au poids et est souvent utilisé de manière combinée avec d'autres outils (Ruggs et al., 2010). Celui-ci comporte 13 items divisés en trois dimensions : (1) Aversion - envers les personnes présentant un surpoids (*dislike - those who are heavy*) ($\alpha = 0,84$);

(2) Peur - de prendre du poids (*fear of fat – of being heavy*) ($\alpha = 0,79$); et (3) Volonté - Croyance que le poids est contrôlable (*Willpower - belief that being heavy is a controllable condition*) ($\alpha = 0,66$) (voir Tableau 1). Chacun des 13 items est coté sur une échelle Likert en neuf points, allant de *Très fortement en désaccord* (1) à *Très fortement en accord* (9).

Les indices de fidélité et de validité de l'AFA suggèrent qu'il s'agit globalement d'une mesure fiable (Crandall, 1994; Lacroix et al., 2017). Certaines critiques ont tout de même été énoncées par rapport à cet outil. En effet, la façon par laquelle les items à la base de l'outil ont été sélectionnés n'est pas décrite par l'auteur (Crandall, 1994), et certains auteurs critiquent les décisions statistiques ayant mené à la sélection finale des items et des dimensions de l'outil (Morrison, Roddy, & Ryan, 2009). De plus, la consistance interne mesurée par l'alpha de Cronbach est considérée entre satisfaisante et bonne (Morrison et al., 2009), mais est plus faible pour la dimension Volonté (Ruggs et al., 2010).

Tableau 1

AFA – Dimensions et items

Dimensions	Items
Aversion	<ol style="list-style-type: none"> 1. Quelques-uns de mes amis sont en surplus de poids ou obèse. 2. J'ai tendance à penser que les personnes qui sont en surplus de poids sont un peu non fiables. 3. Même si quelques personnes avec un surplus de poids sont intelligentes, généralement je pense qu'ils ont tendance à ne pas l'être. 4. J'ai de la difficulté à prendre au sérieux les personnes avec un surplus de poids. 5. Les personnes grosses me font sentir inconfortable à un certain point. 6. Si j'étais un employeur, j'évitais peut-être d'engager des personnes avec un surplus de poids. 7. J'éprouve de l'aversion pour les personnes qui sont en surplus de poids ou obèse.
Peur	<ol style="list-style-type: none"> 8. Je me sens dégoûté par moi-même lorsque je prends du poids 9. Une des pires choses qui pourrait m'arriver serait si je prenais 10 kilos 10. Je m'inquiète de la possibilité de devenir gros.
Volonté	<ol style="list-style-type: none"> 11. Les personnes qui ont trop de poids pourraient en perdre du moins une partie en faisant un peu d'exercice. 12. Quelques personnes sont en surplus de poids parce qu'elles n'ont pas de volonté. 13. C'est la faute de ces personnes si elles sont en surplus de poids.

Pour sa part, la validité de construit a été établie comme étant bonne pour les dimensions Aversion et Volonté, mais pas pour la dimension Peur (Morrison et al., 2009; Ruggs et al., 2010), suggérant que cette dimension pourrait ne pas être appropriée afin

d'évaluer les préjugés relatifs au poids puisqu'elle représente plutôt une mesure de la préoccupation liée au poids. De plus, la dimension Aversion a été critiquée par plusieurs auteurs, qui considèrent que la formulation de certaines questions incluses dans cette dimension pourrait mener à des réponses biaisées (Morrison & O'Connor, 1999; Ruggs et al., 2010), comme l'item « *Quelques-uns de mes amis sont en surplus de poids ou obèse* ». En effet, le fait de ne pas avoir d'amis qui présente un surpoids n'indique pas nécessairement que la personne présente des préjugés relatifs au poids. De plus, selon Lacroix et ses collègues (2017), l'AFA ne présenterait pas une bonne fidélité test-retest.

Fat Phobia Scale (FPS). Le *Fat Phobia Scale* (FPS; Robinson et al., 1993) consiste en un questionnaire développé en 1984 à partir de réponses de participants qui devaient décrire comment les personnes grosses sont perçues, ainsi qu'à partir de l'expérience clinique de l'auteur principal de l'outil (Robinson et al., 1993). Ces descriptions ont servi à créer une version longue de l'outil, soit 50 items divisés en six dimensions décrivant des préjugés à l'endroit des personnes en surpoids ou obèses : (1) Indisciplinés, inactifs et peu attirants (*Undisciplined, Inactive, and Unappealing*) ($\alpha = 0,88$); (2) Grognons et peu amicaux (*Grouchy and Unfriendly*) ($\alpha = 0,83$); (3) Hygiène pauvre (*Poor Hygiene*) ($\alpha = 0,80$); (4) Passivité (*Passivity*) ($\alpha = 0,78$); (5) Problèmes psychologiques et émotionnels (*Emotional/Psychological Problems*) ($\alpha = 0,78$); et (6) Stupides et peu créatifs (*Stupid and Uncreative*) ($\alpha = 0,70$). La version complète présenterait globalement de bonnes qualités psychométriques, mais présenterait de faibles indices de fidélité test-retest, et de validité discriminante (Lacroix et al., 2017). Elle resterait toutefois peu utilisée

dans la littérature en raison de sa longueur, la version courte étant habituellement privilégiée (Bacon, Scheltema, & Robinson, 2001).

En effet, le FPS serait plus fréquemment utilisé sous sa version abrégée de 14 items, nommée le *F scale* (Bacon et al., 2001) (voir Tableau 2). Cette version consiste en 14 paires d'adjectifs qui proviennent de la version longue (p. ex., « *faible* » et « *fort* », « *actif* » et « *inactif* », etc.) pouvant décrire les personnes considérées en surpoids ou obèses, et ne sont pas divisés en dimensions. Chaque paire d'adjectifs est coté sur une échelle de 1 à 5, les participants devant indiquer où se situe leur croyance à l'égard des personnes en surpoids ou obèses par rapport à chaque paire d'adjectifs. Les qualités psychométriques de la version courte seraient moins bonnes que la version longue, présentant des indices faibles de fidélité test-retest, de validité de construit et de validité discriminante (Lacroix et al., 2017). Toutefois, globalement, le *F scale* présenterait une très bonne consistance interne (Bacon et al., 2001).

Tableau 2

Items du F scale – Version courte

Les items présentés ci-bas consistent en 14 paires d'adjectifs parfois utilisés afin de décrire les personnes obèses ou en surpoids. Pour chaque paire d'adjectifs, s'il-vous-plait placer un X sur la ligne la plus près de l'adjectif qui décrit selon vous le mieux vos sentiments et croyances (traduction libre).

Paresseux *	5 4 3 2 1	Travaillant
Sans volonté *	5 4 3 2 1	A de la volonté
Attirant	1 2 3 4 5	Peu attirant *
Bon contrôle de soi	1 2 3 4 5	Mauvais contrôle de soi *
Rapide	1 2 3 4 5	Lent *
A de l'endurance	1 2 3 4 5	N'a pas d'endurance *
Actif	1 2 3 4 5	Inactif *
Faible *	5 4 3 2 1	Fort
Complaisant envers soi-même *	5 4 3 2 1	Altruiste
N'aime pas la nourriture	1 2 3 4 5	Aime la nourriture *
Informe *	5 4 3 2 1	Bien fait
Ne mange pas assez	1 2 3 4 5	Mange trop *
Insécure *	5 4 3 2 1	Sécure
Faible estime de soi *	5 4 3 2 1	Haute estime de soi

Note. * Items qui consistent en un préjugé relatif au poids

Limites relatives aux questionnaires. Les questionnaires actuellement disponibles afin d'évaluer les préjugés relatifs au poids comportent plusieurs limites. Tout d'abord, plusieurs des questionnaires n'ont pas été évalués rigoureusement par rapport à leurs propriétés psychométriques, ce qui ne permet que d'avoir une approximation sur la

fiabilité de ces questionnaires, en plus des failles que plusieurs présentent dans leurs qualités psychométriques (Ruggs et al., 2010). L'évaluation de la validité de l'utilisation de certaines mesures pour des populations spécifiques serait aussi recommandée, puisque plusieurs mesures ont été utilisées auprès de populations auprès desquelles elles n'ont été ni créées, ni validées. Par exemple, des échelles ayant été conçues pour une utilisation dans la population générale ont fréquemment été utilisées auprès de populations de professionnels de la santé (Lacroix et al., 2017).

Ensuite, les préjugés relatifs au poids consistent en un construit complexe, comportant différentes dimensions. Toutefois, les dimensions, ou sous-échelles, identifiées à travers les questionnaires varient grandement d'un questionnaire à l'autre, tout comme le choix des items. Plusieurs auteurs suggèrent donc que le concept des préjugés relatifs au poids pourrait bénéficier de recherches additionnelles afin de clarifier les structures sous-jacentes au construit (Lacroix et al., 2017). De plus, puisque les questionnaires existants présentent des items prédéfinis aux participants, ils ne leur offrent pas la possibilité de rapporter leurs propres croyances, qui pourraient varier des items présentés (Nisbett & Wilson, 1977; Ruggs et al., 2010). Ainsi, des préjugés peu véhiculés lors de la création de ces questionnaires pourraient être véhiculés à ce jour, sans toutefois être évalués, puisqu'ils ne se retrouveraient pas dans ces questionnaires qui ont été créés il y a de cela plusieurs années (Crandall, 1994; Robinson et al., 1993).

D'autre part, la propension à endosser les préjugés relatifs au poids dans un questionnaire peut être affectée par un biais de désirabilité sociale lorsqu'ils sont présentés de manière explicite (Ruggs et al., 2010). Les préjugés explicites sont habituellement mesurés à l'aide de mesures autorapportées, tels que des questionnaires. C'est donc le type de préjugés qui est évalué de manière prédominante par l'AFA (Crandall, 1994), ainsi que par le FPS (Robinson et al., 1993) et le *F scale* (Bacon et al., 2001). Ainsi, les résultats de ce type de mesure peuvent être affectés par un biais de désirabilité sociale. Les préjugés les plus endossés explicitement seraient donc ceux qui sont les plus acceptés socialement, notamment ceux attribuant le surpoids et l'obésité exclusivement à des facteurs relevant de la responsabilité individuelle (Dánielsdóttir et al., 2010; Puhl & Heuer, 2010). À l'inverse, les préjugés moins véhiculés et acceptés socialement pourraient avoir tendance à être moins endossés explicitement, tout en étant possiblement implicitement entretenus par les individus (Teachman et al., 2003).

Pertinence de la présente étude

Considérant que (1) les préjugés relatifs au poids sont de plus en plus véhiculés dans nos sociétés (Andreyeva et al., 2008; Latner & Stunkard, 2003; Puhl & Heuer, 2009); (2) qu'ils affectent de plus en plus de gens, dans toutes les sphères de leur vie (Andreyeva et al., 2008; Diedrichs & Puhl, 2017; Puhl & Heuer, 2009); (3) qu'ils ont des effets destructeurs sur les personnes qui les vivent (Sikorski et al., 2015; Tomiyama, 2014; Vartanian & Smyth, 2013); (4) que les questionnaires présentement disponibles présentent de nombreuses limites et failles dans leur évaluation des préjugés relatifs au poids,

notamment qu'il existe une grande variabilité dans la définition des structures sous-jacentes au concept, amenant un manque d'uniformité dans la manière de mesurer le concept (Lacroix et al., 2017); (5) que dans les questionnaires existants, les items sont présentés aux participants, ne leur offrant pas la possibilité de rapporter leurs propres croyances, qui pourraient varier des items présentés dans le questionnaire (Nisbett & Wilson, 1977; Ruggs et al., 2010); et que (6) les questionnaires existants ont été construits il y a de cela plusieurs décennies (Crandall, 1994; Robinson et al., 1993), la présente étude s'est intéressée à définir les préjugés relatifs au poids présents chez les jeunes adultes, directement à partir du point de vue des participants.

Pour ce faire, le premier sous-objectif visé par cette étude était d'observer et de catégoriser le contenu des préjugés rapportés par les participants. Ensuite, en utilisant les items générés et divisés en catégories par les participants, un deuxième sous-objectif visait à observer et comparer l'endossement des participants aux items et aux dimensions formées. Cela visait à évaluer la facilité à endosser les différents items et dimensions de préjugés générés par les analyses. En effet, en accord avec les théories entourant le biais de désirabilité sociale, les préjugés les plus endossés devaient être ceux étant les plus acceptés socialement, notamment ceux qui font porter la responsabilité du poids à l'individu.

Méthode

Dans cette section seront présentés les aspects méthodologiques liés à la présente étude.

Devis de recherche

La présente étude repose sur un devis transversal en deux phases. Lors de la première phase, les participants ont généré des énoncés représentant leur perception des préjugés relatifs au poids véhiculés dans la société actuelle. Lors de la deuxième phase, les préjugés générés lors de la première phase étaient regroupés en catégories composées d'items semblables lors d'un tri libre effectué par un second échantillon de participants. Les participants évaluaient ensuite chacun des préjugés selon leur endossement personnel.

Participants

Afin d'être éligible à l'étude, les participants devaient rencontrer les critères d'inclusion suivants : (1) être un étudiant de premier cycle à l'Université du Québec à Trois-Rivières; (2) être âgé entre 18 et 25 ans; et (3) être capable de lire et d'écrire en français. L'étude ne comportait aucun critère d'exclusion. Les participants ont été recrutés de différentes façons : directement sur le campus de l'Université du Québec à Trois-Rivières (annonces affichées à divers endroits à l'UQTR, recrutement auprès des associations étudiantes et en classe), par une annonce sur le portail électronique des étudiants de l'UQTR et par des

annonces sur Facebook. Un total de 34 participants a répondu à la première phase de l'étude et 32 à la deuxième phase. Selon le type d'analyses effectuées, une quinzaine de participants était suffisante afin d'effectuer l'analyse des données de la première phase, puisque l'échantillon consistait en un groupe homogène (Kane & Trochim, 2007). Davantage de participants ont été recrutés afin de disposer d'une plus grande variété de réponses générées par les participants. Afin d'effectuer les analyses entourant le regroupement des items en clusters à la deuxième phase, une quinzaine de participants était suffisante, puisque l'échantillon consistait en un groupe homogène. Davantage de participants ont été recrutés afin que les dimensions formées soient les plus représentatives possible du point de vue de la population étudiée (Kane & Trochim, 2007). Les participants pouvaient participer à une seule des phases, ou aux deux. Toutefois, aucun des participants ayant participé à la première phase n'a participé à la deuxième. Un tirage d'une carte cadeau de 50\$ à la COOP étudiante de l'Université du Québec à Trois-Rivières a été effectué pour chacune des phases de l'étude. Cette étude a reçu l'approbation du Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières, émis le 22 novembre 2016. Les données ont été collectées entre le 15 janvier 2017 et le 16 janvier 2018.

Caractéristiques des participants

Les caractéristiques des échantillons recrutés pour chaque phase de l'étude seront ici présentées.

Phase 1

Les deux échantillons sont décrits dans le Tableau 3. À la suite d'un problème informatique avec le logiciel d'acquisition de données, certaines données sociodémographiques ont été manquantes (les n sont indiqués pour chaque variable dans le Tableau 3). Les participants étaient majoritairement des femmes, étaient dans le début de la vingtaine et se situaient dans la catégorie de poids considéré normal selon la mesure de l'IMC. La majorité des participants étaient blancs. Pour ce qui est de la préoccupation par rapport au poids, la majorité des participants rapportaient être un peu ou modérément préoccupés par leur poids.

Phase 2

Pour la phase 2, les participants étaient également majoritairement des femmes, dans le début de la vingtaine et se situaient dans la catégorie de poids considéré normal selon la mesure de l'IMC. La majorité des participants étaient blancs. Pour ce qui est de la préoccupation par rapport au poids, la majorité des participants rapportaient être modérément ou beaucoup préoccupés par leur poids. Les deux échantillons ont été comparés afin de vérifier s'ils présentaient des différences aux différentes variables sociodémographiques. Aucune différence significative n'est ressortie entre les deux échantillons, tel que rapporté dans le Tableau 3.

Tableau 3

Comparaison des caractéristiques sociodémographiques des échantillons

Variables sociodémographique	Phase 1 ($n = 34$)	Phase 2 ($n = 32$)	
Âge moyen	($n = 31$) 21,48 (1,63)	($n = 32$) 21,78 (1,39)	$t(61) = -0,781, p = 0,438$
IMC moyen	($n = 27$) 22,8 (3,41)	($n = 32$) 24,08 (3,4)	$t(57) = -1,443, p = 0,154$
Genre	($n = 34$)	($n = 32$)	
Femme	91 %	78 %	$\chi^2(1) = 2,184, p = 0,139$
Homme	9 %	22 %	
Statut civil	($n = 28$)	($n = 32$)	
en couple	50 %	66 %	$\chi^2(2) = 2,310, p = 0,315$
célibataire	46 %	34 %	
séparé ou divorcé	4 %	0 %	
Programme d'étude	($n = 31$)	($n = 32$)	
psychologie	45,2 %	53,1 %	$\chi^2(1) = 0,400, p = 0,527$
autres	54,8 %	46,9 %	
Origine ethnique	($n = 28$)	($n = 32$)	
Blanc	96,4 %	96,9 %	$\chi^2(2) = 2,018, p = 0,365$
Autres	3,6 %	3,1 %	
Revenu brut total	($n = 25$)	($n = 32$)	
< 9999 \$	40 %	46,9 %	$\chi^2(4) = 1,198, p = 0,878$
10 000 – 19 999 \$	48 %	40,6 %	
20 000 – 29 999 \$	8 %	6,3 %	
30 000 – 39 999 \$	4 %	3,1 %	
> 40 000 \$	0 %	3,1 %	

Procédure

La méthode utilisée dans le cadre de cette étude est la cartographie conceptuelle, qui consiste à amener les participants à générer eux-mêmes un concept directement à partir de leur point de vue subjectif. La cartographie conceptuelle permet donc de faire de la recherche inductive. Cette méthode est issue d'une tradition de méthodologie croisée basée sur l'analyse qualitative et quantitative des concepts générés par les participants eux-mêmes (Trochim, 1989).

L'étude consistait en deux phases. Un formulaire de consentement était lu et signé par les participants avant chacune des phases. La première phase s'est déroulée en ligne à l'aide du logiciel Ekogito et utilisé pour recueillir le matériel servant de base à la construction des cartes conceptuelles. La deuxième phase s'est déroulée en personne.

Lors de la première phase, les participants ont généré eux-mêmes des énoncés représentant leur perception des préjugés relatifs au poids véhiculés dans la société actuelle. Ces énoncés ont ensuite été triés, ce qui a généré 54 items de préjugés liés au surpoids. Lors de la deuxième phase, ces 54 préjugés ont été présentés aux participants et regroupés par ceux-ci en catégories composées d'items qui leur semblaient semblables. Puis, toujours à l'occasion de la deuxième phase, les participants ont évalué chacun des 54 items selon leur endossement personnel.

Mesures

Les mesures ayant été utilisées dans le cadre de la présente étude seront présentées dans cette section.

Questionnaire sociodémographique

Le questionnaire sociodémographique consistait en un questionnaire maison. Le même questionnaire a été utilisé pour les deux phases. Les informations demandées étaient les suivantes : âge, sexe, statut civil, origine ethnique, revenu personnel brut total, programme d'études. Les participants fournissaient aussi leur poids corporel et leur grandeur, afin de calculer leur indice de masse corporelle (IMC). La préoccupation des participants par rapport à leur poids était demandée, les participants répondant sur une échelle en cinq points allant de *Pas du tout préoccupé* (1) à *Excessivement préoccupé* (5).

Question de focus

La première phase de l'étude consistait à répondre à la question : « Cette étude s'intéresse à votre perception des préjugés relatifs au poids véhiculés dans la société. Toutes les idées sont bonnes. À votre avis, quels sont les préjugés relatifs au poids qui sont véhiculés dans la société actuelle? ». Les participants devaient générer eux-mêmes un minimum de quatre réponses et un maximum de dix réponses. Un minimum de quatre réponses a été établi, afin de favoriser la génération d'un plus grand nombre de réponses par participant. De plus, bien qu'une grande variété de réponses générées était souhaitée,

un maximum de réponses devait être établi en raison du fonctionnement du logiciel informatique utilisé.

Liste formée des items générés par les participants

Lors de la 2^e phase, les participants ont été invités à prendre connaissance des 54 items obtenus à partir des réponses des participants à la première phase. Puis, ils devaient former des catégories à partir de ces items. La consigne était : « Veuillez former des groupes avec les énoncés qui vous semblent les plus similaires et attribuez un nom à chacune des catégories que vous aurez formées ». Trois règles sur la formation des catégories étaient aussi indiquées : (1) chaque item devait appartenir à une seule catégorie; (2) une catégorie ne pouvait pas contenir un seul item; et (3) tous les items ne pouvaient pas se retrouver dans une seule et même catégorie. Les participants étaient aussi encouragés à placer le plus d'items possibles dans des catégories, mais pouvaient exclure ceux qui ne s'apparentaient, selon eux, à aucune catégorie.

Endossement des items

Toujours à l'occasion de la deuxième phase, l'endossement personnel des participants à chacun des items obtenus à partir des 54 préjugés énoncés à la première phase était évalué. Les participants répondaient ainsi sur une échelle de Likert de *Totalement en désaccord* (1) à *Totalement en accord* (5), à la question « Jusqu'à quel point pensez-vous que, en général, les personnes en surpoids... » suivie de chacun des items.

Plan d'analyses statistiques

Dans cette section seront présentées les analyses statistiques effectuées pour chacune des phases de l'étude.

Phase 1

L'ensemble des réponses données par les participants aux questions de focus lors de la première phase a d'abord été examiné pour sélectionner les items consistant en des préjugés liés au surpoids, à l'aide d'un accord interjuge entre les quatre membres de l'équipe de recherche. Puis, les doublons ont été combinés, les réponses comportant plus d'un item ont été séparées en items distincts, les items ont été simplifiés et leur structure grammaticale a été corrigée, tout en restant le plus près possible du contenu des items tels qu'écrits par les participants. De plus, seules les réponses des participants consistant en des préjugés liés au surpoids ou à l'obésité ont été conservées.

Phase 2

La création de la carte conceptuelle à partir des catégories formées par les participants lors de la deuxième phase repose sur deux procédures réalisées à l'aide de l'échelonnement multidimensionnel (ÉMD) et de l'analyse de cluster. L'objectif de l'ÉMD est de situer les points (les items) sur la carte conceptuelle les uns par rapport aux autres, tenant compte des points avec lesquels ils sont similaires (qui seront plus rapprochés) et des points avec lesquels ils diffèrent (qui seront plus éloignés). L'ÉMD repose sur une matrice de similarités qui tient compte du nombre de fois où les participants

ont regroupé ensemble deux items dans la même catégorie. Les items qui seront plus près les uns des autres sur la carte seront donc ceux qui ont été placés ensemble souvent par les participants et seront jugés comme ayant un sens similaire. L'analyse de cluster permet ensuite de déterminer combien de dimensions seront formées sur la carte conceptuelle à partir des catégories formées par l'ensemble des participants, ainsi que du contenu de chacun des clusters. Les items qui présentent un concept similaire selon les réponses des participants se retrouvent donc regroupés ensemble sur la carte. Ce regroupement d'items (clusters) vise à former une carte cohérente et lisible qui présente une synthèse du concept général des préjugés liés au surpoids en articulant le domaine conceptuel en différents sous-concepts et/ou dimensions.

Deux indices permettent de sélectionner la carte présentant le nombre de clusters qui est préférable afin de bien représenter le concept. Tout d'abord, l'indice de stress de Kruskal-I permet de voir à quel point la carte représente adéquatement la matrice de similarités initiale (Sturrock & Rocha, 2000). Il se situe entre 0 et 1 et varie dépendamment du nombre d'items et de dimensions utilisées pour la carte. Un indice de stress proche de 0 signifie que les coordonnées sont attribuées aux différents items sans perte d'information. Une proximité avec la valeur de 0 est donc recherchée. Deuxièmement, l'indice de silhouette détermine à quel point les items groupés ensemble vont bien ensemble et sont distincts des clusters voisins. Il s'agit d'un indice qui détermine si les items appartiennent bien au cluster auquel ils ont été assignés sur la carte (Kaufman & Rousseeuw, 2009; Rousseeuw, 1987). Cet indice varie entre -1 et 1 (Rousseeuw, 1987).

Plus il se retrouve près de 1 et plus la structure de la carte est forte, ce qui est recherché. Lorsque des phénomènes humains sont traités, des indices de silhouette se trouvant autour de 0,5 sont considérés comme étant adéquats (Kaufman & Rousseeuw, 1990). Un indice de silhouette négatif signifie que l'item auquel il est associé présente des difficultés à s'intégrer dans un cluster, ce qui peut contribuer à la décision de l'exclure. Lors de l'analyse des cartes conceptuelles, plusieurs cartes présentant chacune un nombre de clusters différents sont générées, afin de sélectionner la carte présentant les meilleurs indices de silhouette. Chaque carte qui présente un nombre de clusters différent comporte ses propres indices de silhouette; un par item, un par cluster et un par carte. Le nombre de clusters retenu pour la carte finale dépend donc des différents indices de silhouette de la carte.

Le nom de chacun des clusters est ensuite choisi en fonction des noms de catégories proposés par les participants qui ont formé les catégories les plus similaires aux dimensions qui sont ressorties sur la carte finale. Dans la présente étude, le choix final était déterminé en consultant les membres de l'équipe de recherche.

Suite à la formation des différents clusters, l'endossement des participants à chacun des clusters a été évalué et les différences d'endossement entre les clusters ont été vérifiées. Pour ce faire, une ANOVA à mesures répétées a été effectuée, puisque les mêmes participants ont répondu à l'endossement de tous les items. Des tests de contrastes

intrasujets ont été effectués a posteriori afin de déterminer où se situaient les différences d'endossement inter-clusters.

Résultats

Tout au long de cette section, les résultats de la présente étude seront présentés.

Perception des préjugés relatifs au poids par les participants

Lors de la première phase, les participants ont généré un total de 143 réponses à la question « À votre avis, quels sont les préjugés relatifs au poids qui sont véhiculés dans la société actuelle? », c'est-à-dire une moyenne de 4,21 réponses par participant. Lorsque les réponses contenant plusieurs items ont été séparées en items distincts, 238 items sont ressortis des 143 réponses des participants. Par exemple, la réponse « *Les personnes en surpoids sont perçues comme peu courageuses, se laissant aller et n'ayant pas de discipline concernant l'alimentation* » a été séparée en trois items distincts : « *Les personnes en surpoids sont perçues comme peu courageuses* », « *Les personnes en surpoids sont perçues comme se laissant aller* » et « *Les personnes en surpoids sont perçues comme n'ayant pas de discipline concernant l'alimentation* ». Des 238 items, 100 portaient sur le surpoids et/ou l'obésité (préjugés négatifs seulement), 50 sur la minceur (préjugés positifs et négatifs) et 88 sur d'autres thématiques, telles que la musculature et les troubles alimentaires (p. ex., « *Les gens athlétiques veulent attirer l'attention* », « *Les personnes anorexiques ne sont pas en santé* ») ou ne constituaient pas des préjugés. Seuls les 100 items portant sur le surpoids ont été explorés dans le cadre de cette étude. Les doublons présents à travers ces 100 items ont été intégrés, ce qui a généré une liste finale

de 54 items. Ce sont ces 54 items qui ont été présentés aux participants à la deuxième phase (voir Tableau 4).

Tableau 4

Liste finale des items générés par les participants

Numéro d'items	Items « <i>Les personnes en surpoids...</i> »
1	ont de l'argent à gaspiller
2	ne se rendent pas compte des risques qu'elles encourent
3	ne sont pas capables de prendre conscience de leur poids
4	se victimisent
5	mettent la faute de leurs problèmes sur les autres
6	ne peuvent pas être heureuses
7	ne sont pas capables de prendre conscience de leur problème de santé
8	adoptent un mauvais style de vie
9	sont moins gentilles que les autres
10	sont inutiles
11	sont un fardeau pour notre société
12	sont paresseuses
13	sont peu courageuses
14	semblent moins intelligentes que les autres
15	sont moins belles que les autres
16	sont laides
17	ont de la difficulté à trouver un(e) partenaire amoureux(se)
18	ne peuvent pas être aimées
19	n'ont pas une bonne hygiène
20	sont négligentes envers elles-mêmes

Tableau 4 (suite)

Liste finale des items générés par les participants

Numéro d'items	Items « <i>Les personnes en surpoids...</i> »
21	ne prennent pas soin d'elles
22	ne correspondent pas aux standards de beauté actuels
23	n'ont pas de volonté
24	sont incapables de se maîtriser
25	sont lâches
26	sont en surpoids par leur faute
27	ne veulent pas se prendre en main
28	préfèrent la loi du moindre effort
29	ne font pas d'efforts pour perdre du poids
30	ne sont pas en forme
31	ne sont pas assez vaillantes pour faire du sport
32	ne sont pas en santé
33	ne sont pas attirantes
34	sont égoïstes
35	ne pensent qu'à elles
36	ne font pas d'efforts pour les autres
37	ont une réflexion moins rapide que les autres
38	ont une façon de penser plus arriérée que les autres
39	ne sont pas « sexy »
40	sont dégoûtantes
41	sont sales
42	se laissent aller
43	ne font pas de sport
44	mangent trop

Tableau 4 (suite)

Liste finale des items générés par les participants

Numéro d'items	Items « <i>Les personnes en surpoids...</i> »
45	ne veulent pas faire d'exercice physique
46	ne font pas d'activité physique
47	ne mangent pas « santé »
48	mangent sans arrêt
49	ne font pas attention à leur santé
50	n'ont pas de volonté concernant l'alimentation
51	font passer leurs intérêts avant ceux des autres
52	sont gourmandes
53	mangent principalement de la malbouffe (nourriture rapide)
54	n'ont pas de discipline concernant l'alimentation

Catégorisation des préjugés

À la suite de la catégorisation des 54 items par les participants lors de la deuxième phase, l'échelonnement multidimensionnel et l'analyse de clusters a été réalisée. Lors de cette analyse, l'indice de stress était similaire pour les cartes à six et sept clusters (indice de 0,01), tout comme l'indice de silhouette (indice des deux cartes : 0,36) et était meilleur que ceux des cartes avec un plus petit nombre de clusters. L'indice de silhouette pour la carte à huit clusters était marginalement supérieur (0,38) et le nombre d'items présentant un indice de silhouette négatif (devant donc être retirés) était plus élevé pour cette carte que pour les cartes à six et sept clusters. En effet, sept items (items 1, 12, 13, 17, 18, 25 et 41) devaient être retirés de la carte à huit clusters, plutôt que six pour les cartes à six et

sept clusters (items 1, 6, 17, 18, 19, 41). Les indices de silhouette étaient nécessairement supérieurs pour les cartes comportant un nombre de clusters supérieur à huit, puisque plus le nombre de clusters augmente, plus les items groupés ensemble ont un sens similaire (se retrouvent proches les uns des autres sur la carte). Ces cartes n'ont pas été analysées, puisqu'un trop grand nombre de clusters fait perdre son sens au concept étudié.

Les analyses ont donc été faites à partir des cartes à six et à sept clusters. Les deux analyses ont donné les mêmes résultats. Dans un souci de parcimonie, seules les analyses faites à partir de la carte à six clusters sont présentées.

Analyse à partir de la carte à six clusters

Lors de l'analyse de la carte à six clusters, quatre items présentaient des indices de silhouette négatifs (items 17-18-19-41). Ils ont donc été retirés. Les analyses ont ainsi été refaites sans les quatre items. Les meilleurs indices de silhouette pour les cartes à 50 items étaient de 0,43 pour la carte à six clusters et 0,45 pour la carte à sept clusters. La carte à sept clusters a donc été sélectionnée cette fois-ci. Toutefois, dans cette carte, deux items présentaient encore un indice de silhouette négatif (items 1 et 6). Ils ont donc été retirés. Les analyses ont donc été refaites pour la carte à 48 items. L'indice de silhouette global pour la carte à sept clusters était encore préférable aux autres cartes, avec un indice de 0,48 (voir Figure 1). Cette carte a donc été sélectionnée. Les indices de silhouettes pour chacun des sept clusters sont présentés dans le Tableau 5. L'indice de stress final pour cette carte à sept clusters est de 0,01, ce qui est inférieur au seuil de stress acceptable pour

une carte à 48 items (0,362) (Sturrock & Rocha, 2000). Cela démontre ainsi que la carte a pu représenter facilement l'ensemble des classifications faites par les répondants, ou qu'elle a subi peu de stress.

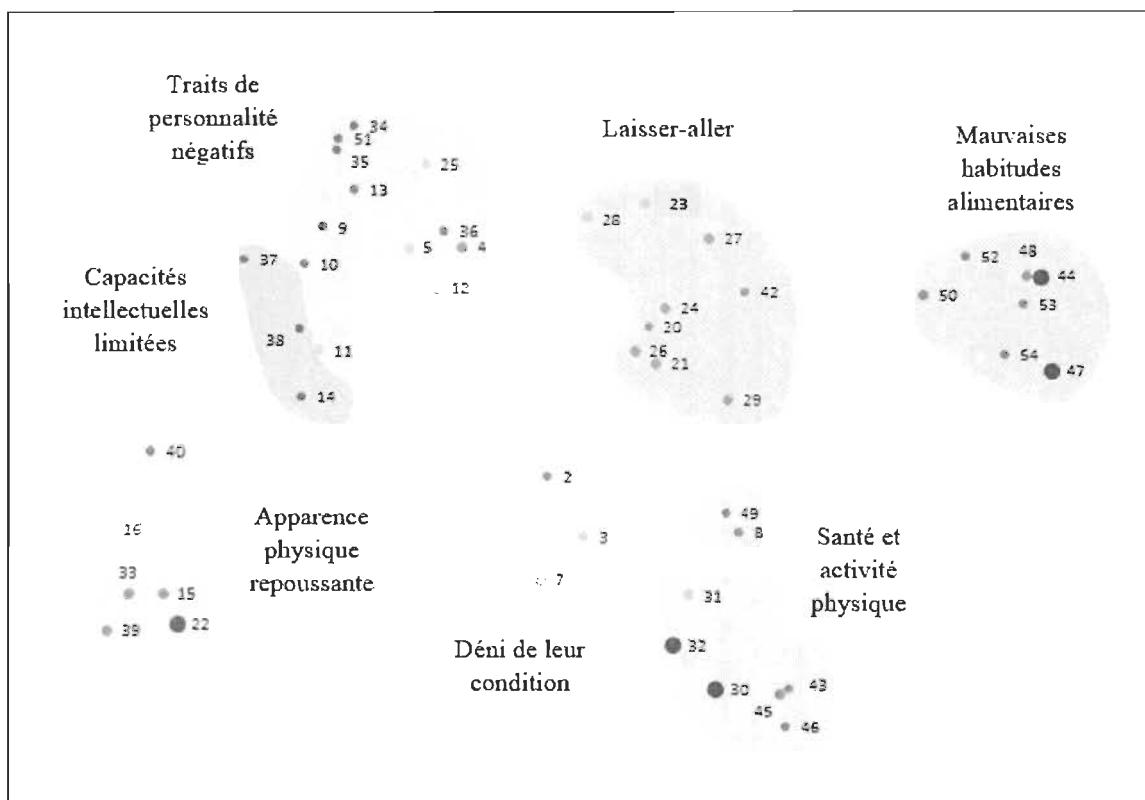


Figure 1. Carte conceptuelle finale à 48 items en sept clusters.

Tableau 5

Indices de silhouette et nombre d'items par dimension pour la carte finale à 7 clusters

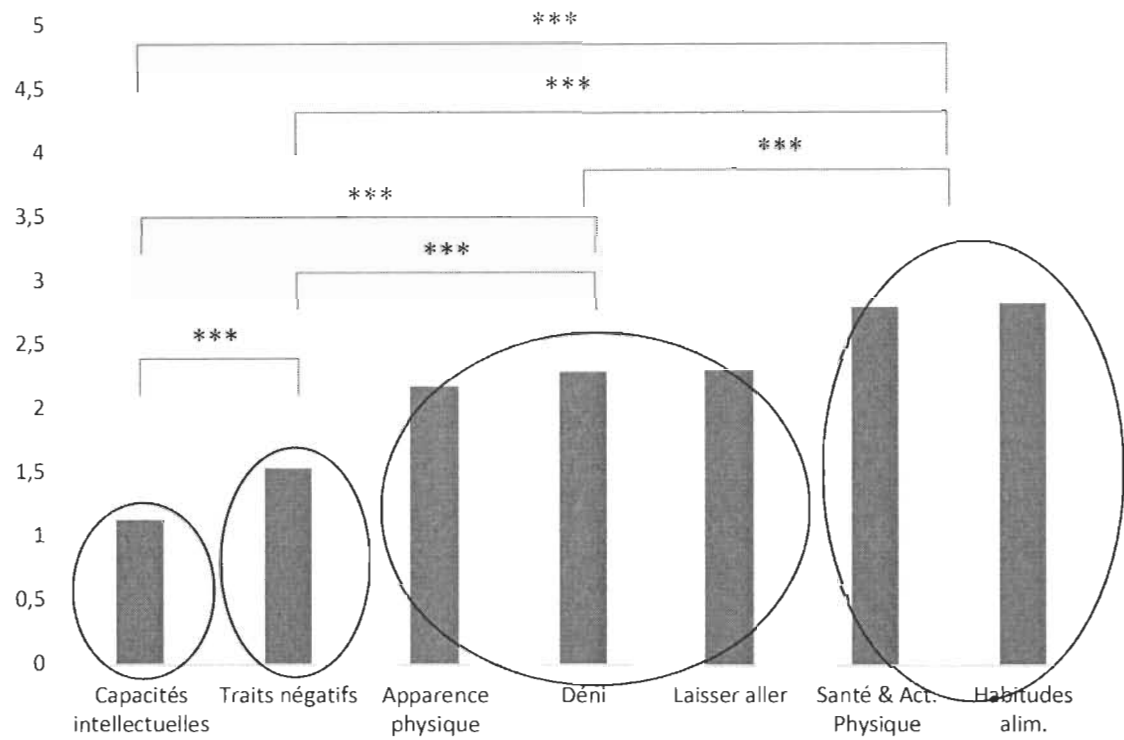
Dimensions de préjugés	Indice de silhouette	Nombre d'items par dimension
Mauvaise habitudes alimentaires	0,77	7
Mauvaise santé et faible niveau d'activité physique	0,44	8
Laisser-aller	0,38	9
Déni de leur condition	0,51	3
Apparence physique repoussante	0,65	6
Traits de personnalité négatifs	0,25	12
Capacités intellectuelles limitées	0,69	3

Les sept dimensions finales ont été nommées : (1) Mauvaises habitudes alimentaires; (2) Mauvaise santé et faible niveau d'activité physique; (3) Laisser-aller; (4) Déni de leur condition; (5) Apparence physique repoussante; (6) Traits de personnalité négatifs; et (7) Capacités intellectuelles limitées (voir Tableau 5).

Endossement des items par les participants

L'endossement des dimensions et des items est présenté dans le Tableau 6 en Appendice et les différences d'endossement des différentes dimensions aux tests de contraste intrasujets sont présentées dans la Figure 2. Une ANOVA comparant l'endossement des participants selon la dimension de préjugés ayant démontré des différences significatives, $F(6, 47) = 11,98$, $p < 0,001$, les tests de contrastes intrasujets ont été effectués (voir Figure 2). La dimension Capacités intellectuelles limitées a été

significativement moins endossée par les participants que toutes les autres dimensions ($p < 0,000$), suivie de la dimension Traits de personnalité négatifs qui, à son tour, a été significativement moins endossée que toutes les dimensions suivantes ($p < 0,000$). Les dimensions Laisser-aller, Dénier de leur condition et Apparence physique repoussante ont été endossées de manière semblable ($p < 0,375$ à $0,950$). Les dimensions Mauvaises habitudes alimentaires et Mauvaise santé et faible niveau d'activité physique ont été significativement plus endossées que toutes les autres dimensions ($p < 0,000$), et ne se distinguaient pas entre elles ($p < 0,706$). Pour ce qui est de l'endossement des dimensions, en moyenne, aucune des sept dimensions n'a été endossée de manière affirmative, c'est-à-dire qu'aucune ne présente une moyenne d'endossement au-dessus de 3 (correspondant à *Ni en accord, ni en désaccord*).



Note. *** $p < 0,001$.

Figure 2. Comparaison de l'endossement des dimensions – Tests de contrastes intrasujets.

Discussion

La présente étude visait à explorer la perception des préjugés liés au surpoids présents dans la population générale, directement à partir du point de vue des individus. Deux sous-objectifs étaient visés, soit : (1) observer et catégoriser le contenu des préjugés perçus par les participants; et (2) comparer l'endossement des participants aux différentes dimensions de préjugés.

Tout d'abord, il est intéressant de noter que les préjugés relatifs au surpoids ayant été générés par les participants étaient tous négatifs, contrairement aux préjugés qui ont été générés en lien avec la minceur, qui étaient positifs et négatifs. Cela semble concordant avec la littérature, où très peu de préjugés positifs sont énoncés à propos des individus qui ont un poids plus élevé (Dearborn et al., 2018). Il semblerait toutefois pertinent d'observer si des résultats similaires seraient obtenus en évaluant la présence de préjugés relatifs au surpoids pour certaines populations spécifiques. Par exemple, une étude future pourrait amener les participants à générer des préjugés au sujet des femmes qui sont considérées en surpoids, et aux hommes qui sont considérés surpoids.

Suite à la génération des préjugés et de leur catégorisation par les participants, sept dimensions finales sont issues des analyses : (1) Mauvaises habitudes alimentaires; (2) Mauvaise santé et faible niveau d'activité physique; (3) Laisser-aller; (4) Dénier de leur

condition; (5) Apparence physique repoussante; (6) Traits de personnalité négatifs; et (7) Capacités intellectuelles limitées. Au-delà de ces sept dimensions générées, certaines tendances générales semblent se dégager de la carte conceptuelle présentée. Une inspection visuelle de la carte permet de noter qu'à droite de celle-ci se retrouvent les dimensions de préjugés qui sont associées à des éléments modifiables et à la responsabilité du surpoids (dimensions : Laisser-aller, Mauvaise santé et faible niveau d'activité physique et Mauvaises habitudes alimentaires). Pour ce qui est du côté gauche de la carte, il semble s'y retrouver des éléments considérés comme stables, propres à l'individu (dimensions : Apparence physique repoussante, Capacités intellectuelles limitées et Traits de personnalité négatifs). Au centre de la carte se retrouve la dimension Déné de leur condition, qui peut s'apparenter dans une certaine mesure à des éléments stables et/ou modifiables (voir Figure 1).

Il semble intéressant de noter que les réponses des participants en lien avec la santé et l'activité physique aient été regroupées ensemble dans une seule et même dimension, dimension toutefois distincte des items relatifs aux habitudes alimentaires. Il aurait en effet été possible de penser que les items de ces deux dimensions en aient constitué un seul. Il serait possible que les participants aient considéré, en moyenne, que l'activité physique est un plus grand déterminant de la santé que l'alimentation. Toutefois, cette hypothèse pourra être évaluée dans des études ultérieures.

Pour ce qui est de la cohérence des dimensions, cinq des sept dimensions présentaient des indices de silhouette adéquats à bons. Les dimensions Traits de personnalité négatifs et Laisser-aller présentaient un indice plus faible. La dimension Traits de personnalité négatifs présente l'indice le plus faible. Cela peut être expliqué par le fait que cette dimension comportait davantage d'items (12 au total), ce qui entraîne une moins grande homogénéité des items qui s'y retrouvent, abaissant ainsi l'indice de silhouette. De plus, deux items inclus dans cette dimension comportaient des indices de silhouette très bas, ce qui a abaissé l'indice de silhouette global de la dimension. Ces items sont « *Les personnes en surpoids sont moins gentilles que les autres* » et « *Les personnes en surpoids sont un fardeau pour notre société* ». Le premier item a possiblement été moins souvent classé avec les autres items de sa dimension en raison de sa formulation, qui diffère de la formulation des autres items qui s'y trouvent. En effet, cet item implique la comparaison d'un trait de personnalité aux « autres », plutôt que de simplement énoncer un trait de personnalité comme le font les autres items (p. ex., « *sont paresseuses* »). Le deuxième item a possiblement été moins souvent classé avec les autres items de sa dimension puisqu'il ne représente pas tout à fait un trait de personnalité. La dimension Laisser-aller est celle qui présente le second indice de silhouette le plus faible. Cet indice peut aussi être expliqué par le fait que la dimension comporte un grand nombre d'items (9 items), et qu'il comporte l'item « *Les personnes en surpoids sont incapables de se maîtriser* », dont l'indice de silhouette est très bas, abaissant l'indice global de sa dimension. Cela signifie donc que cet item a été moins souvent groupé avec les autres items de sa dimension par les participants, possiblement parce que son contenu s'apparentait moins à celui des autres

items avec lesquels il a été placé. En effet, cet item consiste en un préjugé qui ne relève pas de la responsabilité de l'individu (« ...sont incapables... »), contrairement aux autres items qui consistent davantage en des préjugés relevant d'un choix individuel (p. ex., « ne veulent pas se prendre en main »). Les items ayant abaissé l'indice de silhouette global de leur dimension ont été maintenus dans leur dimension respective puisque leur indice de silhouette, bien que très faible, était positif, indiquant qu'ils appartenaient bien à cette dimension.

Pour ce qui est de l'endossement des dimensions, en moyenne, aucune des sept dimensions n'a été endossée de manière affirmative, c'est-à-dire qu'aucune ne présente une moyenne d'endossement au-dessus de 3 (correspondant à *Ni en accord, ni en désaccord*). Ces résultats démontrent un endossement moyen relativement faible des différentes dimensions de préjugés par les participants. Cela pourrait s'expliquer par la formulation de la question qui était posée aux participants, qui visait à vérifier l'endossement explicite aux préjugés relatifs au surpoids. En effet, la question posée aux participants étant : « Jusqu'à quel point pensez-vous que, en général, les personnes en surpoids... » suivie de chacun des préjugés, elle visait à évaluer les préjugés intentionnels et conscients des participants (Wilson et al., 2000). Les réponses des participants peuvent ainsi avoir été affectées par un biais de désirabilité sociale, c'est-à-dire qu'ils ont pu avoir tendance à moins endosser certains préjugés qu'ils considéraient peu acceptés socialement (Ruggs et al., 2010).

Bien qu'en moyenne aucune des sept dimensions n'ait été endossée de manière affirmative, les dimensions de préjugés qui ont davantage été associées à des éléments modifiables et à la responsabilité du surpoids, soit les dimensions Mauvaise santé et faible niveau d'activité physique et Mauvaises habitudes alimentaires, ont été davantage endossées par les participants que les autres dimensions. De plus, cinq items ont été endossés de façon affirmative, c'est-à-dire qu'en moyenne, les participants expriment être plutôt en accord avec ces préjugés. Deux de ces items proviennent de la dimension Mauvaises habitudes alimentaires (« *Les personnes en surpoids mangent trop* » et « *Les personnes en surpoids ne mangent pas santé* ») et deux proviennent de la dimension Mauvaise santé et faible niveau d'activité physique (« *Les personnes en surpoids ne sont pas en forme* » et « *Les personnes en surpoids ne sont pas en santé* »). Ces résultats sont concordants avec la littérature sur les préjugés corporels, qui mentionne que les préjugés relatifs au poids qui sont les plus acceptés socialement sont ceux qui attribuent la responsabilité du surpoids à l'individu, c'est-à-dire que le poids serait perçu comme étant modifiable à travers les habitudes alimentaires et l'activité physique, considérés comme les causes principales du surpoids (Danielsdóttir et al., 2010; Puhl & Heuer, 2009). Étant davantage acceptés socialement, ces dimensions de préjugés pourraient ainsi avoir été moins affectées par un biais de désirabilité sociale, et ainsi avoir été davantage endossées.

Ensuite, l'item le plus endossé de tous est « *Les personnes en surpoids ne correspondent pas aux standards de beauté actuels* », de la dimension Apparence physique repoussante. Ce préjugé pourrait avoir été plus aisé à endosser par les

participants, puisque possiblement considéré comme un constat par certains, plutôt que comme un préjugé. Cela pourrait être en lien avec la plus faible représentation des personnes qui ont un poids plus élevé dans les normes de beauté actuelles.

Pour leur part, les dimensions associées à des éléments considérés comme stables ou propres à l'individu ont été les moins endossées par les participants, soit les dimensions Apparence physique repoussante, Capacités intellectuelles limitées et Traits de personnalité négatifs. Il est possible que ces préjugés soient moins présents dans la population générale. Il est toutefois intéressant de noter que ces dernières dimensions avaient été générées par les participants eux-mêmes lors de la première phase de l'étude. Cela pourrait être expliqué par la formulation des questions aux deux phases de l'étude. En effet, lors de la première phase, la question était formulée de manière à ce que les participants répondent par rapport à la perception de la société des préjugés relatifs au poids, et non directement la leur, ce qui visait à réduire le biais de désirabilité sociale qui aurait pu freiner les participants à énoncer certains préjugés (« À votre avis, quels sont les préjugés relatifs au poids qui sont véhiculés dans la société actuelle? »). Toutefois, la question posée à la deuxième phase de l'étude, par sa formulation, visait à évaluer les préjugés explicites des participants (« Jusqu'à quel point pensez-vous que, en général, les personnes en surpoids... »), menant possiblement à un plus grand biais de désirabilité sociale. En accord avec la littérature, les dimensions de préjugés portant sur des facteurs non-modifiables pourraient avoir été moins endossées puisque moins acceptées socialement (Dánielsdóttir et al., 2010; Puhl & Heuer, 2010). Elles pourraient donc avoir

été davantage affectées par un biais de désirabilité sociale, amenant les individus à les dissimuler. Ainsi, bien que ces dimensions aient été faiblement endossées explicitement, il est possible de penser qu'elles puissent tout de même représenter des préjugés véhiculés socialement, endossés davantage implicitement, puisqu'elles ont elles-mêmes été générées par les participants lors de la première phase de l'étude. Aucune mesure ne permet toutefois de confirmer cette hypothèse dans le cadre de cette étude. Il pourrait ainsi être envisagé d'intégrer une échelle de désirabilité sociale dans de futures recherches qui viseraient à évaluer l'endossement explicite aux préjugés.

Ensuite, les sept dimensions formées par les participants ne comportent que 48 des 54 items générés par ces derniers. En effet, pour des raisons statistiques, six items ont été retirés de la solution finale et n'ont donc été inclus dans aucune des sept dimensions. Ces items représentent toutefois des aspects importants des préjugés relatifs au poids et méritent ainsi d'être discutés. Ces items sont : (1) « *Les personnes en surpoids ont de l'argent à gaspiller* »; (6) « *Les personnes en surpoids ne peuvent pas être heureuses* »; (17) « *Les personnes en surpoids ont de la difficulté à trouver un(e) partenaire amoureux(se)* »; (18) « *Les personnes en surpoids ne peuvent pas être aimées* »; (19) « *Les personnes en surpoids n'ont pas une bonne hygiène* »; et (41) « *Les personnes en surpoids sont sales* ». Certains thèmes semblent ressortir de ces items, bien qu'ils n'aient pas été regroupés ensemble de manière statistiquement significative par les participants : les relations amoureuses ou intimes (17 et 18) et l'hygiène corporelle (19 et 41). Pour sa part, l'item 1 « *Les personnes en surpoids ont de l'argent à gaspiller* »,

pourrait ne pas avoir été regroupé vu le manque de clarté de l'énoncé, ce qui pourrait éventuellement justifier son retrait. Pour sa part, l'item 6 « *Les personnes en surpoids ne peuvent pas être heureuses* » semble pertinent à maintenir, bien qu'il n'arrive à s'insérer dans aucune dimension. En moyenne, aucun de ces items n'a été endossé de manière affirmative.

Comparaison des résultats aux questionnaires les plus utilisés

Les résultats de la présente étude proposent sept dimensions afin de représenter les préjugés relatifs au poids. Ces résultats seront comparés au contenu des questionnaires les plus utilisés dans la littérature scientifique et possédant les meilleures qualités psychométriques, afin d'établir comment les présents résultats pourraient pallier certaines limites inhérentes à ces outils. Ils seront comparés à l'*Antifat Attitudes Questionnaire* (AFA; Crandall, 1994) et au *Fat Phobia Scale* (FPS/*F scale*) (Robinson et al., 1993).

Comparaison avec l'AFA

D'abord, la dimension Volonté de l'AFA semble évaluer les préjugés liés aux facteurs qui sont considérés comme étant contrôlables, ce qui correspond aux dimensions Laisser-aller, Mauvaise santé et faible niveau d'activité physique et Mauvaises habitudes alimentaires de la présente étude. Par exemple, l'item « *C'est la faute de ces personnes si elles sont en surplus de poids* », contenu dans la dimension Volonté de l'AFA, pourrait correspondre à l'item « *Les personnes en surpoids sont en surpoids par leur faute* », présent dans la dimension Laisser-aller de la présente étude. C'est aussi le cas pour l'item

« *Les personnes qui ont trop de poids pourraient en perdre du moins une partie en faisant un peu d'exercice* » de l'AFA, qui inclut l'aspect de l'activité physique, concordant à la dimension Mauvaise santé et faible niveau d'activité physique de la présente étude. Cependant, l'AFA ne contient que quelques items s'apparentant aux dimensions Laisser-aller (2 items) et Mauvaise santé et faible niveau d'activité physique (1 item), alors que dans la présente étude, elles constituent des dimensions de préjugés en soi. De plus, le seul item abordant l'activité physique dans l'AFA ne semble pas tout à fait évaluer l'existence de préjugés quant à l'activité physique chez les personnes en surpoids, mais semble plutôt évaluer la croyance que le poids est contrôlable par l'individu. Pour ce qui est de la dimension Mauvaises habitudes alimentaires retrouvée dans la présente étude, celle-ci n'est représentée par aucun item de l'AFA, bien qu'il s'agisse d'un préjugé très répandu dans la société, qui attribue la responsabilité du poids à l'individu (Dánielsdóttir et al., 2010; Puhl & Heuer, 2010). Ainsi, plusieurs préjugés qui attribuent la responsabilité du surpoids à l'individu ne semblent pas représentés dans l'AFA, bien qu'ils soient habituellement les plus acceptés socialement. Ce type de préjugés est donc généralement moins affecté par un biais de désirabilité sociale, ce qui les rend plus aisés à endosser, comme ce fut le cas dans la présente étude.

Ensuite, les dimensions Traits de personnalité négatifs, Capacités intellectuelles limitées et Apparence physique repoussante semblent représentées de façon indifférenciée dans la dimension Aversion de l'AFA, qui contient sept items. Par exemple, on y retrouve l'item « *J'ai tendance à penser que les personnes qui sont en surplus de poids sont un peu*

non fiables », qui pourrait correspondre à la dimension Traits de personnalité négatifs, l’item « *Même si quelques personnes avec un surplus de poids sont intelligentes, généralement je pense qu’ils ont tendance à ne pas l’être* », qui pourrait correspondre à la dimension Capacités intellectuelles limitée et l’item « *J’éprouve de l’aversion pour les personnes qui sont en surplus de poids ou obèse* », qui pourrait correspondre à la dimension Apparence physique repoussante. Ainsi, bien que la dimension Aversion de l’AFA semble intégrer les trois dimensions de la présente étude qui consistent en des facteurs stables, propres à l’individu, les items contenus dans cette dimension de l’AFA les représentent de manière indifférenciée et non-exhaustive.

Pour ce qui est de la dimension Peur de l’AFA, aucune dimension ou item ne semble la représenter dans la présente étude. Cette dimension de l’AFA semble en fait évaluer la préoccupation par rapport au poids, par la formulation de ses items (p. ex., « *Je me sens dégoûté par moi-même lorsque je prends du poids* », ce qui a plutôt été évalué dans le questionnaire sociodémographique dans le cadre de la présente étude.

Pour ce qui est de la dimension Dénî de leur condition et des items supplémentaires de la présente étude, aucun item de l’AFA n’y correspond.

Comparaison avec le FPS

Tout d’abord, bien que les dimensions de la version longue du FPS correspondent très peu aux dimensions retrouvées dans la présente étude, il semble que la majorité des sept

dimensions de la présente étude soient représentées dans les deux versions de cet outil (FPS et *F scale*). En effet, les items présents dans ces questionnaires ressemblent globalement à ceux présent dans la présente étude, mais divisés différemment. Par exemple, la dimension Mauvaises habitudes alimentaires de la présente étude est représentée par les items « *Aime la nourriture* » et « *Mange trop* » du *F scale*, la dimension Mauvaise santé et faible niveau d'activité physique est représentée par les items « *N'a pas d'endurance* », « *Est lent* » et « *Est inactif* », Laisser-aller est représentée par les items « *Sans volonté* » et « *A un mauvais contrôle de soi* », Apparence physique repoussante est représentée par les items « *Est peu attirant* » et « *Est informe* », et Traits de personnalité négatifs par les items « *Est paresseux* », « *Est complaisant envers soi-même* », « *Est insécure* », « *Est faible* » et « *A une faible estime de soi* ». Pour leur part, les dimensions Dénier de leur condition et Capacités intellectuelles limitées et les items supplémentaires de la présente étude ne semblent représentées par aucun item du *F scale*. La dimension Capacités intellectuelles limitées semble toutefois représentée dans la version longue, notamment par les items « *Est stupide* » et « *N'est pas créatif* ». Les items supplémentaires concernant l'hygiène (« *N'ont pas une bonne hygiène* » et « *Sont sales* ») étaient aussi représentés dans la version longue de l'outil (FPS), mais pas dans la version courte (*F scale*). En effet, la dimension Hygiène pauvre consistait en une dimension en soi dans la version longue (FPS), qui contient par exemple les items « *Est sale* » et « *Sent mauvais* ».

Les items qui se retrouvent dans la version courte du FPS (*F scale*) qui ne se retrouvent pas dans les items de la présente étude sont : « *N'a pas d'endurance* », « *Est insécure* », « *Est lent* », « *Est informe* » et « *A une faible estime de soi* ». Ceux-ci pourraient s'insérer dans les dimensions de la présente étude, mais les caractéristiques en soi n'ont pas été énoncées par les participants de la présente étude. Il pourrait toutefois être intéressant, en validant les dimensions retrouvées dans la présente étude dans des études ultérieures, de vérifier si ces items se retrouvent dans les réponses d'autres échantillons de participants.

Il semble donc que, bien que les dimensions du FPS soient différentes des dimensions retrouvées dans la présente étude, les items retrouvés dans cet outil sous ses deux versions soutiennent bien les dimensions retrouvées dans la présente étude. Les ressemblances entre les items retrouvés dans le FPS et le *F scale* et la présente étude pourraient être expliquées, entre autres, par la façon dont les items ont été générés. En effet, dans les deux cas, les items ont été générés directement à partir du point de vue des participants. Ainsi, bien que le FPS ait été créé en 1984, il semble que ses résultats soient encore d'actualité, présentant plusieurs similarités avec les résultats de la présente étude.

Retour sur les questionnaires

Il semble que les résultats retrouvés dans la présente étude présentent plusieurs similarités avec l'AFA et le FPS/*F scale*. En effet, il semble que la majorité des dimensions retrouvées dans la présente étude soient représentées dans ces questionnaires,

soutenant que les dimensions retrouvées dans la présente étude puissent bien représenter le concept des préjugés relatifs au poids (voir Tableau 7). La seule dimension n'ayant été représentée dans aucun de ces questionnaires consiste en la dimension Dénier de leur condition. Il semble difficile de déterminer si cette dimension représente réellement des préjugés répandus dans la société, ou si elle représente plutôt le point de vue de certains individus seulement, par l'échantillon de participants ayant généré les items dans la présente étude. Il serait aussi possible que cette dimension représente des préjugés plus récents, qui n'étaient pas ou peu véhiculés lorsque les questionnaires présentés plus tôt ont été construits. En effet, dans les dernières années, plusieurs campagnes d'informations portant sur les dangers de l'obésité et les bienfaits de saines habitudes de vie ont été mises sur pied, laissant présager qu'un aspect de déni de ces informations soit lié au fait de présenter un surpoids ou une obésité. D'autres études semblent donc nécessaires afin de vérifier la validité de cette dimension.

Ensuite, plusieurs différences sont présentes quant à la façon de séparer les items en dimensions entre les questionnaires les plus utilisés et les résultats de la présente étude. En effet, bien que les items qui se retrouvent dans le *FPS/F scale* représentent bien les dimensions retrouvées dans la présente étude, ceux-ci ont été divisés de manière bien différente dans le FPS, en comparaison à la présente étude. Il existe aussi une grande disparité entre les résultats de la présente étude et l'AFA quant au nombre de dimensions et au contenu de celles-ci, ce qui nous amène à questionner si l'AFA représente bien l'ensemble des dimensions des préjugés qui se retrouvent dans la population. Ainsi, il

semble nécessaire que des études subséquentes soient faites afin de valider les dimensions qui représentent le mieux et de manière exhaustive le concept des préjugés relatifs au surpoids présents dans la population.

Tableau 7

Comparaison entre la présente étude et les questionnaires existants

Dimensions retrouvées dans la présente étude	AFA	FPS version longue	FPS version courte (<i>F scale</i>)
Mauvaises habitudes alimentaires		X	X
Mauvaise santé et faible niveau d'activité physique		X	X
Laisser-aller	X	X	X
Déni de leur condition			
Apparence physique repoussante	X	X	X
Traits de personnalité négatifs	X	X	X
Capacités intellectuelles limitées	X	X	
Items supplémentaires (hygiène)		X	

Globalement, les questionnaires les plus utilisées dans la littérature sont ceux comportant un plus petit nombre d'items. C'est d'ailleurs ce qui a justifié la transformation du FPS en un outil plus court, le *F scale* (Bacon et al., 2001). En effet, un questionnaire qui contient un plus petit nombre de questions comporte plusieurs avantages, dont le temps de passation qui est plus court, ce qui s'avère particulièrement avantageux dans des études qui nécessitent l'utilisation de plusieurs questionnaires. Toutefois, cela comporte aussi certains désavantages, notamment le risque de représenter de manière partielle ou inexacte

le concept à l'étude, en risquant d'omettre certaines dimensions centrales au concept, comme ça semble être le cas dans l'AFA et le *F scale*. Ainsi, le faible nombre d'items présents dans le *F scale* et dans l'AFA, ainsi que la non-représentation de toutes les dimensions qui constituent le concept des préjugés relatifs au poids nous amène à questionner si ces questionnaires largement utilisés représentent de manière globale et exhaustive ce concept. En plus de comporter l'avantage de mieux décrire le concept, l'inclusion de plusieurs items afin de représenter chacune des dimensions de préjugés pourrait permettre de favoriser une représentation plus juste de leur endossement. En effet, les items d'une même dimension peuvent être affectés différemment les uns des autres par le biais de désirabilité sociale, dépendamment par exemple de leur formulation et de leur contenu. L'utilisation de peu d'items afin de représenter chacune des dimensions de préjugés comporte donc le risque de favoriser un endossement plus faible, si les items sélectionnés sont peu acceptés socialement.

Les résultats de la présente étude pourront éventuellement constituer la base d'un nouveau questionnaire permettant d'évaluer les préjugés relatifs au poids. En effet, les résultats obtenus dans la présente étude semblent être bien soutenus par les éléments présents dans les autres questionnaires les plus utilisés et présentant les meilleures qualités psychométriques, tout en permettant l'intégration des dimensions à l'intérieur d'un seul et même questionnaire qui représente chaque catégorie de manière plus exhaustive. Afin de favoriser son utilisation dans des études ultérieures, il semblerait pertinent de considérer la création d'un outil comportant légèrement moins d'items, afin que son temps

d'administration soit plus court. Toutefois, il semblerait très important que chacune des dimensions de préjugés relatifs au surpoids soient représentées par plusieurs items, afin de permettre une représentation globale de chaque dimension, en plus de favoriser un endossement plus représentatif de la réalité. Cependant, avant de considérer la transformation des résultats de la présente étude en questionnaires, d'autres études s'avèrent nécessaires afin de valider les préjugés et les dimensions qui ont été générés dans la présente étude, afin de confirmer qu'ils représentent de manière exacte et exhaustive le concept des préjugés relatifs au surpoids dans la population générale.

Conclusion

Cette étude visait à explorer la perception des préjugés liés au surpoids chez les jeunes adultes directement à partir du point de vue des individus. Certains éléments centraux en sont ressortis. Tout d'abord, les sept dimensions qui décrivent les préjugés relatifs au surpoids générées dans le cadre de cette étude semblent globalement représenter de manière adéquate les préjugés qui sont évalués dans les questionnaires existants les plus utilisés et présentant les meilleures qualités psychométriques. De plus, en accord avec la littérature sur le biais de désirabilité sociale, les dimensions de préjugés perçus comme étant plus acceptés socialement, notamment ceux perçus comme découlant de la responsabilité individuelle quant au poids corporel, ont été davantage endossés que les autres dimensions.

En plus de ces éléments similaires aux résultats retrouvés dans les précédentes études portant sur les préjugés relatifs au poids, il semble que par plusieurs de ses aspects, cette étude comble certaines de leurs lacunes. En effet, la méthode utilisée, soit la conception d'une carte conceptuelle, permet la participation des individus à toutes les phases de l'étude. Cela a permis la construction d'un modèle qui représente le concept des préjugés relatifs au poids directement à partir du point de vue des individus. Le fait d'impliquer les individus dans la conception du modèle comporte l'avantage de se rapprocher le plus possible du point de vue des individus concernés. Cette méthode comporte aussi l'avantage de créer un modèle qui représente le plus exhaustivement

possible le concept, par le grand nombre d'items générés par les participants, et par le fait que les items générés ont tous été retenus dans les analyses.

De plus, la majorité des questionnaires les plus utilisés afin d'évaluer les préjugés relatifs au poids ont été construits il y a de cela plusieurs années, voire décennies (Crandall, 1994; Robinson et al., 1993). Les perceptions des gens par rapport aux individus considérés en surpoids peuvent évoluer à travers les années, par exemple via les représentations sociétales des gens ayant un poids plus élevé et les normes de beauté. Il semble donc important que les questionnaires utilisés représentent les préjugés actuels, afin de les évaluer de manière juste, dans toutes leurs facettes.

Cette étude comporte aussi certaines limites. Tout d'abord, plusieurs données sociodémographiques sont manquantes à la première phase de l'étude, dû à des problèmes informatiques du logiciel utilisé par les participants. Le nombre de participants recruté à la première phase était de 34, mais dépendamment des variables sociodémographiques évaluées, le nombre de réponses disponibles varient entre 25 et 34 (voir Tableau 3). Cela peut ainsi avoir biaisé la comparaison des deux échantillons. Ensuite, l'échantillon recruté était petit, soit de 34 participants à la phase 1 et 32 à la phase 2. Bien que ce nombre de participants soit suffisant afin de créer une carte conceptuelle valide, qui représente adéquatement le concept, ce nombre de participants est insuffisant afin de bien évaluer l'endossement des items. De plus, ce petit nombre de participants ne permet pas de représenter adéquatement les différences de réponses selon les caractéristiques de

l'échantillon, par exemple de comparer les réponses des hommes et des femmes. De plus, l'échantillon recruté n'était pas représentatif de la population générale, ce qui ne permet donc pas de généraliser les résultats à l'ensemble de la population. En effet, il ne consistait qu'en des jeunes adultes (18 à 25 ans), étudiants universitaires de premier cycle, ayant un IMC moyen se trouvant dans la normale. De plus, lors de la deuxième phase, la majorité des participants rapportaient être modérément ou beaucoup préoccupés par leur poids, ce qui a pu affecter l'endossement des préjugés par les participants. Aussi, l'échantillon consistait en une majorité de femmes blanches, ce qui ne représente que le point de vue d'un groupe restreint de la population.

Ensuite, comme les deux phases n'ont pas été réalisées sous le même format (en ligne pour la première phase et en personne pour la deuxième phase), il est possible que le biais de désirabilité sociale ait été plus fort pour la deuxième phase, où les participants devaient eux-mêmes endosser les préjugés de manière explicite alors qu'ils répondaient au questionnaire en personne. Plusieurs préjugés sont ainsi ressortis lors de la première phase de l'étude, mais très peu d'entre eux ont été endossés lors de la deuxième phase, laissant croire qu'ils puissent être présents à un niveau implicite, bien que peu endossés explicitement.

D'autres études sont nécessaires afin d'assurer la fidélité et la validité des 54 items et des dimensions dans lesquelles ils sont divisés. Par exemple, des études pourraient être faites auprès d'autres populations, afin d'éventuellement permettre la construction d'un

questionnaire plus exhaustif, plus représentatif des préjugés actuellement présents dans la société, afin que le point de vue d'une plus grande partie de la population soit représenté. L'endossement aux différentes dimensions de préjugés pourrait aussi être évalué auprès d'un plus grand échantillon et de différents groupes de personnes. Cela pourrait permettre de cibler les dimensions de préjugés les plus endossés chez différentes populations. Ces études subséquentes pourraient viser la création d'un nouveau questionnaire servant à évaluer les préjugés relatifs au poids, dans toutes ses facettes et de manière plus exhaustive et moderne que le font les questionnaires existants. Ainsi, cette étude et celles qui la suivront pourront améliorer la compréhension que nous avons des préjugés relatifs au surpoids, afin d'éventuellement mieux orienter les efforts de réduction des préjugés relatifs au surpoids chez différentes populations.

Références

- Agence de la santé publique du Canada. (2011). [en ligne]. Repéré le 22 mai 2020 de <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/migration/phac-aspc/hp-ps/hl-mvs/oic-oac/assets/pdf/oic-oac-eng.pdf>
- Almeida, L., Savoy, S., & Boxer, P. (2011). The role of weight stigmatization in cumulative risk for binge eating. *Journal of Clinical Psychology*, 67(3), 278-292.
- American Psychological Association. (2010). *Publication Manual of the American Psychological Association*. Washington, DC: Auteur.
- 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.
- Anti-Defamation League. (2014). *What is weight bias* [en ligne]. Repéré à <https://www.adl.org/sites/default/files/documents/assets/pdf/education-outreach/what-is-weight-bias.pdf>
- 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.
- Bacon, J. G., Scheltema, K. E., & Robinson, B. E. (2001). Fat phobia scale revisited: The short form. *International Journal of Obesity*, 25(2), 252-257.
- Bacon, L., & Aphramor, L. (2011). Weight science: Evaluating the evidence for a paradigm shift. *Nutrition Journal*, 10(1), 9-10.
- Baum, C. L., & Ford, W. F. (2004). The wage effects of obesity: A longitudinal study. *Health Economics*, 13(9), 885-899.
- Bédard, L., Déziel, J., & Lamarche, L. (2006). *Introduction à la psychologie sociale* (2^e éd.). Saint-Laurent, QC : ERPI.
- Bocquier, A., Verger, P., Basdevant, A., Andreotti, G., Baretge, J., Villani, P., & Paraponaris, A. (2005). Overweight and obesity: Knowledge, attitudes, and practices of general practitioners in France. *Obesity Research*, 13(4), 787-795.

- Bordieri, J. E., Drehmer, D. E., & Taylor, D. W. (1997). Work life for employees with disabilities: Recommendations for promotion. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 40(3), 181-191.
- Bourhis, R. L., & Leyens, J. P. (1999). *Stéréotypes, discrimination et relations intergroupes* (Vol. 204). Bruxelles, Belgique: Éditions Mardaga.
- Brewer, M. B., & Kramer, R. M. (1985). The psychology of intergroup attitudes and behavior. *Annual Review of Psychology*, 36(1), 219-243.
- Brewis, A. A. (2014). Stigma and the perpetuation of obesity. *Social Science & Medicine*, 118, 152-158.
- Burmeister, J. M., & Carels, R. A. (2014). Television use and binge eating in adults seeking weight loss treatment. *Eating Behaviors*, 15(1), 83-86.
- Carels, R. A., Rossi, J., Solar, C., & Selensky, J. C. (2018). Changes in perceived mate value and weight bias associated with former obesity status. *Stigma and Health*, 3(4), 338-347.
- Carels, R. A., Wott, C. B., Young, K. M., Gumble, A., Koball, A., & Oehlhof, M. W. (2010). Implicit, explicit, and internalized weight bias and psychosocial maladjustment among treatment-seeking adults. *Eating Behaviors*, 11(3), 180-185.
- Carr, D., & Friedman, M. A. (2005). Is obesity stigmatizing? Body weight, perceived discrimination, and psychological well-being in the United States. *Journal of Health and Social Behavior*, 46(3), 244-259.
- Chen, E. Y., & Brown, M. (2005). Obesity stigma in sexual relationships. *Obesity Research*, 13(8), 1393-1397.
- Colls, R., & Evans, B. (2010). Challenging assumptions: Re-thinking 'the obesity problem'. *Geography*, 95(2), 99-105.
- Cooper, C. (2010). Fat studies: Mapping the field. *Sociology Compass*, 4(12), 1020-1034.
- Crandall, C. S. (1994). Prejudice against fat people: Ideology and self-interest. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66(5), 882-894.
- Crandall, C. S., & Martinez, R. (1996). Culture, ideology, and anti-fat attitudes. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 22(11), 1165-1176.
- Crawford, D., & Campbell, K. (1999). Lay definitions of ideal weight and overweight. *International Journal of Obesity*, 23(7), 738-745.

- Crisp, A. H., Queenan, M., Sittampaln, Y., & Harris, G. (1980). 'Jolly fat' revisited. *Journal of Psychosomatic Research*, 24(5), 233-241.
- Daly, M., Sutin, A. R., & Robinson, E. (2019). Perceived weight discrimination mediates the prospective association between obesity and physiological dysregulation: Evidence from a population-based cohort. *Psychological Science*, 30(7), 1030-1039.
- Danielsdóttir, S., O'Brien, K. S., & Ciao, A. (2010). Anti-fat prejudice reduction: A review of published studies. *Obesity Facts*, 3(1), 47-58.
- Davis-Coelho, K., Waltz, J., & Davis-Coelho, B. (2000). Awareness and prevention of bias against fat clients in psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 31(6), 682-684.
- Dearborn, P. J., Robbins, M. A., & Elias, M. F. (2018). Challenging the "jolly fat" hypothesis among older adults: High body mass index predicts increases in depressive symptoms over a 5-year period. *Journal of Health Psychology*, 23(1), 48-58.
- Diedrichs, P. C., & Puhl, R. (2017). Weight bias: Prejudice and discrimination toward overweight and obese people. Dans C. Sibley & F. Barlow (Éds), *The Cambridge handbook of the psychology of prejudice* (Cambridge Handbooks in Psychology, pp. 392-412). Cambridge: Cambridge University Press.
- Donaghue, N., & Clemitshaw, A. (2012, November). 'I'm totally smart and a feminist... and yet I want to be a waif': Exploring ambivalence towards the thin ideal within the fat acceptance movement. *Women's Studies International Forum*, 35(6), 415-425.
- Dovidio, J. F., Kawakami, K., & Gaertner, S. L. (2002). Implicit and explicit prejudice and interracial interaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(1), 62-68.
- Dovidio, J. F., Major, B., & Crocker, J. (2000). Stigma: Introduction and overview. Dans T. F. Heatherton, R. E. Kleck, M. R. Hebl, & J. G. Hull (Éds), *The social psychology of stigma* (pp. 1-28). New York, NY: Guilford Press.
- Durso, L. E., & Latner, J. D. (2008). Understanding self-directed stigma: Development of the weight bias internalization scale. *Obesity*, 16(S2), S80-S86.
- Durso, L. E., Latner, J. D., & Hayashi, K. (2012). Perceived discrimination is associated with binge eating in a community sample of non-overweight, overweight, and obese adults. *Obesity Facts*, 5(6), 869-880.

- Durso, L. E., Latner, J. D., White, M. A., Masheb, R. M., Blomquist, K. K., Morgan, P. T., & Grilo, C. M. (2012). Internalized weight bias in obese patients with binge eating disorder: Associations with eating disturbances and psychological functioning. *International Journal of Eating Disorders, 45*(3), 423-427.
- Eller, G. M. (2014). On fat oppression. *Kennedy Institute of Ethics Journal, 24*(3), 219-245.
- Farrow, C. V., & Tarrant, M. (2009). Weight-based discrimination, body dissatisfaction and emotional eating: The role of perceived social consensus. *Psychology and Health, 24*(9), 1021-1034.
- Ferguson, C., Kornblat, S., & Muldoon, A. (2009). Not all are created equal: Differences in obesity attitudes between men and women. *Women's Health Issues, 19*(5), 289-291.
- Finkelstein, L. M., Frautschy Demuth, R. L., & Sweeney, D. L. (2007). Bias against overweight job applicants: Further explorations of when and why. *Human Resource Management, 46*(2), 203-222.
- Fitz, C. C., Zucker, A. N., & Bay-Cheng, L. Y. (2012). Not all nonlabelers are created equal: Distinguishing between quasi-feminists and neoliberals. *Psychology of Women Quarterly, 36*(3), 274-285.
- Forhan, M., & Salas, X. R. (2013). Inequities in healthcare: A review of bias and discrimination in obesity treatment. *Canadian Journal of Diabetes, 37*(3), 205-209.
- Foster, G. D., Wadden, T. A., Makris, A. P., Davidson, D., Sanderson, R. S., Allison, D. B., & Kessler, A. (2003). Primary care physicians' attitudes about obesity and its treatment. *Obesity Research, 11*(10), 1168-1177.
- 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, 16*(S2), S69-S74.
- Glauser, T. A., Roepke, N., Stevenin, B., Dubois, A. M., & Ahn, S. M. (2015). Physician knowledge about and perceptions of obesity management. *Obesity Research & Clinical Practice, 9*(6), 573-583.
- Grant, S. L., Mizzi, T., & Anglim, J. (2016). 'Fat, four-eyed and female' 30 years later: A replication of Harris, Harris, and Bochner's (1982) early study of obesity stereotypes. *Australian Journal of Psychology, 68*(4), 290-300.

- Greenleaf, C., Starks, M., Gomez, L., Chambliss, H., & Martin, S. (2004). Weight-related words associated with figure silhouettes. *Body Image, 1*(4), 373-384.
- Greenwald, A. G., & Banaji, M. R. (1995). Implicit social cognition: Attitudes, self-esteem, and stereotypes. *Psychological Review, 102*(1), 4-27.
- Grossophobie.ca. (2021). *C'est quoi, la grossophobie?* [en ligne]. Repéré à <https://grossophobie.ca/cest-quoi-la-grossophobie/>
- Harris, M. B., Harris, R. J., & Bochner, S. (1982). Fat, four-eyed, and female: Stereotypes of obesity, glasses, and gender 1. *Journal of Applied Social Psychology, 12*(6), 503-516.
- Hassel, T. D., Amici, C. J., Thurston, N. S., & Gorsuch, R. L. (2001). Client weight as a barrier to non-biased clinical judgment. *Journal of Psychology and Christianity, 20*(2), 145-161.
- 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*(11), 2033-2039.
- Hesse-Biber, S., Leavy, P., Quinn, C. E., & Zoino, J. (2006, March). The mass marketing of disordered eating and eating disorders: The social psychology of women, thinness and culture. *Women's Studies International Forum, 29*(2), 208-224.
- Hilbert, A., Rief, W., & Braehler, E. (2008). Stigmatizing attitudes toward obesity in a representative population-based sample. *Obesity, 16*(7), 1529-1534.
- Huizinga, M. M., Cooper, L. A., Bleich, S. N., Clark, J. M., & Beach, M. C. (2009). Physician respect for patients with obesity. *Journal of General Internal Medicine, 24*(11), 1236-1239.
- Hunger, J. M., & Major, B. (2015). Weight stigma mediates the association between BMI and self-reported health. *Health Psychology, 34*(2), 172-175.
- Jackson, S. E., & Steptoe, A. (2017). Association between perceived weight discrimination and physical activity: A population-based study among English middle-aged and older adults. *BMJ Open, 7*(3). Article e014592.
- Jackson, S. E., & Steptoe, A. (2018). Obesity, perceived weight discrimination, and hair cortisol: A population-based study. *Psychoneuroendocrinology, 98*, 67-73.

- Janssen, I., Craig, W. M., Boyce, W. F., & Pickett, W. (2004). Associations between overweight and obesity with bullying behaviors in school-aged children. *Pediatrics*, 113(5), 1187-1194.
- Johnson, K. L., Iida, M., & Tassinari, L. G. (2012). Person (mis) perception: Functionally biased sex categorization of bodies. *Proceedings of the Royal Society B: Biological Sciences*, 279(1749), 4982-4989.
- Judge, T. A., & Cable, D. M. (2011). When it comes to pay, do the thin win? The effect of weight on pay for men and women. *Journal of Applied Psychology*, 96(1), 95-112.
- Jung, F. U., Luck-Sikorski, C., Wiemers, N., & Riedel-Heller, S. G. (2015). Dietitians and nutritionists: Stigma in the context of obesity. A systematic review. *PloS One*, 10(10). Article e0140276.
- Kane, M., & Trochim, W. M. (2007). *Concept mapping for planning and evaluation*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Kaufman, L., & Rousseeuw, P. J. (1990). *Finding groups in data: An introduction to cluster analysis*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons Inc.
- Kaufman, L., & Rousseeuw, P. J. (2009). *Finding groups in data: An introduction to cluster analysis* (Vol. 344). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Klaczynski, P., Daniel, D. B., & Keller, P. S. (2009). Appearance idealization, body esteem, causal attributions, and ethnic variations in the development of obesity stereotypes. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 30(4), 537-551.
- Klassen, M. L., Jasper, C. R., & Harris, R. J. (1993). The role of physical appearance in managerial decisions. *Journal of Business and Psychology*, 8(2), 181-198.
- Klesges, R. C., Klem, M. L., Hanson, C. L., Eck, L. H., Ernst, J., O'Laughlin, D., ... Rife, R. (1990). The effects of applicant's health status and qualifications on simulated hiring decisions. *International Journal of Obesity*, 14(6), 527-535.
- Kristeller, J. L., & Hoerr, R. A. (1997). Physician attitudes toward managing obesity: Differences among six specialty groups. *Preventive Medicine*, 26(4), 542-549.
- Lacroix, E., Alberga, A., Russell-Mathew, S., McLaren, L., & von Ranson, K. (2017). Weight bias: A systematic review of characteristics and psychometric properties of self-report questionnaires. *Obesity Facts*, 10(3), 223-237.

- Larwood, L. (1995). Attributional effects of equal employment opportunity: Theory development at the intersection of EEO policy and management practice. *Group & Organization Management*, 20(4), 391-408.
- Latner, J. D., Ebner, D. S., & O'Brien, K. S. (2012). Residual obesity stigma: An experimental investigation of bias against obese and lean targets differing in weight-loss history. *Obesity*, 20(10), 2035-2038.
- Latner, J. D., & Stunkard, A. J. (2003). Getting worse: The stigmatization of obese children. *Obesity Research*, 11(3), 452-456.
- Lee, M., Ata, R. N., & Brannick, M. T. (2014). Malleability of weight-biased attitudes and beliefs: A meta-analysis of weight bias reduction interventions. *Body Image*, 11(3), 251-259.
- Leit, R. A., Pope Jr, H. G., & Gray, J. J. (2001). Cultural expectations of muscularity in men: The evolution of Playgirl centerfolds. *International Journal of Eating Disorders*, 29(1), 90-93.
- Levy, B. R., & Pilver, C. E. (2012). Residual stigma: Psychological distress among the formerly overweight. *Social Science & Medicine*, 75(2), 297-299.
- Maddox, G. L., Back, K. W., & Liederman, V. R. (1968). Overweight as social deviance and disability. *Journal of Health and Social Behavior*, 9(4), 287-298.
- Major, B., Hunger, J. M., Bunyan, D. P., & Miller, C. T. (2014). The ironic effects of weight stigma. *Journal of Experimental Social Psychology*, 51, 74-80.
- McCleary-Gaddy, A. T., Miller, C. T., Grover, K. W., Hodge, J. J., & Major, B. (2018). Weight stigma and hypothalamic-pituitary-adrenocortical axis reactivity in individuals who are overweight. *Annals of Behavioral Medicine*, 53(4), 392-398.
- McClure, K. J., Puhl, R. M., & Heuer, C. A. (2011). Obesity in the news: do photographic images of obese persons influence anti-fat attitudes?. *Journal of Health Communication*, 16(4), 359-371.
- McCoy, S. K., & Major, B. (2007). Priming meritocracy and the psychological justification of inequality. *Journal of Experimental Social Psychology*, 43(3), 341-351.
- Morrison, T. G., & O'Connor, W. E. (1999). Psychometric properties of a scale measuring negative attitudes toward overweight individuals. *The Journal of Social Psychology*, 139(4), 436-445.

- Morrison, T. G., Roddy, S., & Ryan, T. A. (2009). Methods for measuring attitudes about obese people. Dans D. Allison & M. Baskin (Éds), *Handbook of assessment methods for obesity and eating behaviors* (pp. 79-113). Thousands Oaks, CA: Sage.
- Musher-Eizenman, D. R., 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.
- Nisbett, R. E., & Wilson, T. D. (1977). Telling more than we can know: Verbal reports on mental processes. *Psychological Review*, 84(3), 231-259.
- Nutter, S., Russell-Mayhew, S., Alberga, A. S., Arthur, N., Kassan, A., Lund, D. E., ... Williams, E. (2016). Positioning of weight bias: Moving towards social justice. *Journal of Obesity*, 2016. Article 3753650.
- Obésité Canada. (2020). *L'obésité au Canada* [en ligne]. Repéré à <https://obesitycanada.ca/fr/lobesite-au-canada/>
- Obésité Canada. (2021). *Quelles sont les causes de l'obésité?* [en ligne]. Repéré à <https://obesitycanada.ca/fr/quest-ce-que-lobesite/>
- 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.
- O'Brien, K. S., Puhl, R. M., Latner, J. D., Mir, A. S., & Hunter, J. A. (2010). Reducing anti-fat prejudice in preservice health students: A randomized trial. *Obesity*, 18(11), 2138-2144.
- Organisation mondiale de la santé. (OMS, 2020). *Obésité et surpoids* [en ligne]. Repéré le 20 août 2020 de <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight#:~:text=L'IMC%20est%20la%20mesure,un%20individu%20%C3%A0%20l'autre>
- Østbye, T., Taylor Jr, D. H., Yancy Jr, W. S., & Krause, K. M. (2005). Associations between obesity and receipt of screening mammography, Papanicolaou tests, and influenza vaccination: results from the Health and Retirement Study (HRS) and the Asset and Health Dynamics Among the Oldest Old (AHEAD) Study. *American Journal of Public Health*, 95(9), 1623-1630.
- Palinkas, L. A., Wingard, D. L., & Barrett-Connor, E. (1996). Depressive symptoms in overweight and obese older adults: A test of the "jolly fat" hypothesis. *Journal of Psychosomatic Research*, 40(1), 59-66.

- Papadopoulos, S., & Brennan, L. (2015). Correlates of weight stigma in adults with overweight and obesity: A systematic literature review. *Obesity*, 23(9), 1743-1760.
- Paraponaris, A., Saliba, B., & Ventelou, B. (2005). Obesity, weight status and employability: Empirical evidence from a French national survey. *Economics & Human Biology*, 3(2), 241-258.
- Pasco, J. A., Nicholson, G. C., Brennan, S. L., & Kotowicz, M. A. (2012). Prevalence of obesity and the relationship between the body mass index and body fat: Cross-sectional, population-based data. *PloS One*, 7(1). Article e29580.
- Pearl, R. L., & Puhl, R. M. (2014). Measuring internalized weight attitudes across body weight categories: Validation of the modified weight bias internalization scale. *Body Image*, 11(1), 89-92.
- Pearl, R. L., & Puhl, R. M. (2018). Weight bias internalization and health: A systematic review. *Obesity Reviews*, 19(8), 1141-1163.
- Pearl, R. L., Puhl, R. M., & Dovidio, J. F. (2015). Differential effects of weight bias experiences and internalization on exercise among women with overweight and obesity. *Journal of Health Psychology*, 20(12), 1626-1632.
- Pearl, R. L., White, M. A., & Grilo, C. M. (2014). Weight bias internalization, depression, and self-reported health among overweight binge eating disorder patients. *Obesity*, 22(5), E142-E148.
- Penney, T. L., & Kirk, S. F. (2015). The health at every size paradigm and obesity: Missing empirical evidence may help push the reframing obesity debate forward. *American Journal of Public Health*, 105(5), e38-e42.
- Polinko, N. K., & Popovich, P. M. (2001). Evil thoughts but angelic actions: Responses to overweight job applicants. *Journal of Applied Social Psychology*, 31(5), 905-924.
- Puhl, R. M., Andreyeva, T., & Brownell, K. D. (2008). Perceptions of weight discrimination: Prevalence and comparison to race and gender discrimination in America. *International Journal of Obesity*, 32(6), 992-1000.
- Puhl, R. M., & Brownell, K. D. (2001). Bias, discrimination, and obesity. *Obesity Research*, 9(12), 788-805.
- Puhl, R. M., & Brownell, K. D. (2003). Ways of coping with obesity stigma: Review and conceptual analysis. *Eating Behaviors*, 4(1), 53-78.

- 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.
- Puhl, R. M., & Heuer, C. A. (2009). The stigma of obesity: a review and update. *Obesity, 17*(5), 941-964.
- Puhl, R. M., & Heuer, C. A. (2010). Obesity stigma: Important considerations for public health. *American Journal of Public Health, 100*(6), 1019-1028.
- Puhl, R. M., Himmelstein, M. S., & Pearl, R. L. (2020). Weight stigma as a psychosocial contributor to obesity. *American Psychologist, 75*(2), 274-289.
- Puhl, R. M., Latner, J. D., O'Brien, K., Luedicke, J., Danielsdóttir, S., & Forhan, M. (2015). A multinational examination of weight bias: Predictors of anti-fat attitudes across four countries. *International Journal of Obesity, 39*(7), 1166-1173.
- Puhl, R. M., Moss-Racusin, C. A., Schwartz, M. B., & Brownell, K. D. (2008). Weight stigmatization and bias reduction: Perspectives of overweight and obese adults. *Health Education Research, 23*(2), 347-358.
- Puhl, R., & Suh, Y. (2015). Stigma and eating and weight disorders. *Current Psychiatry Reports, 17*(3), 1-10.
- Rathbone, J. A., Cruwys, T., Jetten, J., & Barlow, F. K. (2020). When stigma is the norm: How weight and social norms influence the healthcare we receive. *Journal of Applied Social Psychology*. doi: 10.1111/jasp.12689
- Richardson, S. A., Goodman, N., Hastorf, A. H., & Dornbusch, S. M. (1961). Cultural uniformity in reaction to physical disabilities. *American Sociological Review, 26*, 241-247.
- Robinson, B. B. E., Bacon, J. G., & O'Reilly, J. (1993). Fat phobia: Measuring, understanding, and changing anti-fat attitudes. *International Journal of Eating Disorders, 14*(4), 467-480.
- Rothblum, E. D., Miller, C. T., & Garbutt, B. (1988). Stereotypes of obese female job applicants. *International Journal of Eating Disorders, 7*(2), 277-283.
- Rousseeuw, P. J. (1987). Silhouettes: A graphical aid to the interpretation and validation of cluster analysis. *Journal of Computational and Applied Mathematics, 20*, 53-65.
- Rudolph, C. W., Wells, C. L., Weller, M. D., & Baltes, B. B. (2009). A meta-analysis of empirical studies of weight-based bias in the workplace. *Journal of Vocational Behavior, 74*(1), 1-10.

- Ruggs, E. N., King, E. B., Hebl, M., & Fitzsimmons, M. (2010). Assessment of weight stigma. *Obesity Facts*, 3(1), 60-69.
- Sabin, J. A., Marini, M., & Nosek, B. A. (2012). Implicit and explicit anti-fat bias among a large sample of medical doctors by BMI, race/ethnicity and gender. *PloS One*, 7(11). Article e48448.
- Sattler, K. M., Deane, F. P., Tapsell, L., & Kelly, P. J. (2018). Gender differences in the relationship of weight-based stigmatisation with motivation to exercise and physical activity in overweight individuals. *Health Psychology Open*, 5(1). Article 2055102918759691.
- Savoy, S., Almeida, L., & Boxer, P. (2012). The relation of weight stigmatization to psychological adjustment 1. *Journal of Applied Social Psychology*, 42(9), 2285-2308.
- Schaefer, D. R., & Simpkins, S. D. (2014). Using social network analysis to clarify the role of obesity in selection of adolescent friends. *American Journal of Public Health*, 104(7), 1223-1229.
- Schvey, N. A., Puhl, R. M., & Brownell, K. D. (2011). The impact of weight stigma on caloric consumption. *Obesity*, 19(10), 1957-1962.
- Schvey, N. A., & White, M. A. (2015). The internalization of weight bias is associated with severe eating pathology among lean individuals. *Eating Behaviors*, 17, 1-5.
- Schwartz, M. B., Vartanian, L. R., Nosek, B. A., & Brownell, K. D. (2006). The influence of one's own body weight on implicit and explicit anti-fat bias. *Obesity*, 14(3), 440-447.
- Seacat, J. D., Dougal, S. C., & Roy, D. (2016). A daily diary assessment of female weight stigmatization. *Journal of Health Psychology*, 21(2), 228-240.
- 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.
- Setchell, J., Watson, B., Jones, L., Gard, M., & Briffa, K. (2014). Physiotherapists demonstrate weight stigma: A cross-sectional survey of Australian physiotherapists. *Journal of Physiotherapy*, 60(3), 157-162.
- Shah, N. R., & Braverman, E. R. (2012). Measuring adiposity in patients: The utility of body mass index (BMI), percent body fat, and leptin. *PloS One*, 7(4). Article e33308.
- Sharma, A. M., & Kushner, R. F. (2009). A proposed clinical staging system for obesity. *International Journal of Obesity*, 33(3), 289-295.

- Sheets, V., & Ajmere, K. (2005). Are romantic partners a source of college students' weight concern?. *Eating Behaviors*, 6(1), 1-9.
- Sikorski, C., Lupp, M., Glaesmer, H., Brähler, E., König, H. H., & Riedel-Heller, S. G. (2013). Attitudes of health care professionals towards female obese patients. *Obesity Facts*, 6(6), 512-522.
- Sikorski, C., Lupp, M., Luck, T., & Riedel-Heller, S. G. (2015). Weight stigma “gets under the skin”—evidence for an adapted psychological mediation framework—a systematic review. *Obesity*, 23(2), 266-276.
- Smith, N. A., Martinez, L. R., & Sabat, I. E. (2016). Weight and gender in service jobs: The importance of warmth in predicting customer satisfaction. *Cornell Hospitality Quarterly*, 57(3), 314-328.
- Sobal, J., & Stunkard, A. J. (1989). Socioeconomic status and obesity: A review of the literature. *Psychological Bulletin*, 105(2), 260-275.
- Staffieri, J. R. (1967). A study of social stereotype of body image in children. *Journal of Personality and Social Psychology*, 7(1, Pt. 1), 101-104.
- Statistique Canada. (2016-2017). *Canadian Health Measures Survey*. Ottawa, ON: Auteur.
- Stevens, S. D., Herbozo, S., Morrell, H. E., Schaefer, L. M., & Thompson, J. K. (2017). Adult and childhood weight influence body image and depression through weight stigmatization. *Journal of Health Psychology*, 22(8), 1084-1093.
- Storch, E. A., Milsom, V. A., DeBraganza, N., Lewin, A. B., Geffken, G. R., & Silverstein, J. H. (2007). Peer victimization, psychosocial adjustment, and physical activity in overweight and at-risk-for-overweight youth. *Journal of Pediatric Psychology*, 32(1), 80-89.
- Sturrock, K., & Rocha, J. (2000). A multidimensional scaling stress evaluation table. *Field Methods*, 12(1), 49-60.
- Sutin, A. R., Robinson, E., Daly, M., & Terracciano, A. (2016). Weight discrimination and unhealthy eating-related behaviors. *Appetite*, 102, 83-89.
- Sutin, A. R., & Terracciano, A. (2013). Perceived weight discrimination and obesity. *PloS One*, 8(7). Article e70048.

- Tanneberger, A., & Ciupitu-Plath, C. (2018). Nurses' weight bias in caring for obese patients: Do weight controllability beliefs influence the provision of care to obese patients?. *Clinical Nursing Research*, 27(4), 414-432.
- Teachman, B. A., Gapinski, K. D., Brownell, K. D., Rawlins, M., & Jeyaram, S. (2003). Demonstrations of implicit anti-fat bias: The impact of providing causal information and evoking empathy. *Health Psychology*, 22(1), 68-78.
- Tomiyama, A. J. (2014). Weight stigma is stressful. A review of evidence for the Cyclic Obesity/Weight-Based Stigma model. *Appetite*, 82, 8-15.
- Tomiyama, A. J. (2019). Stress and obesity. *Annual Review of Psychology*, 70, 703-718.
- Townsend, S. S., Major, B., Sawyer, P. J., & Mendes, W. B. (2010). Can the absence of prejudice be more threatening than its presence? It depends on one's worldview. *Journal of Personality and Social Psychology*, 99(6), 933-947.
- Trochim, W. M. (1989). An introduction to concept mapping for planning and evaluation. *Evaluation and Program Planning*, 12(1), 1-16.
- Tunceli, K., Li, K., & Williams, L. K. (2006). Long-term effects of obesity on employment and work limitations among US adults, 1986 to 1999. *Obesity*, 14(9), 1637-1646.
- Vanhove, A., & Gordon, R. A. (2014). Weight discrimination in the workplace: A meta-analytic examination of the relationship between weight and work-related outcomes. *Journal of Applied Social Psychology*, 44(1), 12-22.
- Vartanian, L. R., & Novak, S. A. (2011). Internalized societal attitudes moderate the impact of weight stigma on avoidance of exercise. *Obesity*, 19(4), 757-762.
- Vartanian, L. R., Pinkus, R. T., & Smyth, J. M. (2018). Experiences of weight stigma in everyday life: Implications for health motivation. *Stigma and Health*, 3(2), 85-92.
- Vartanian, L. R., & Porter, A. M. (2016). Weight stigma and eating behavior: A review of the literature. *Appetite*, 102, 3-14.
- Vartanian, L. R., & Smyth, J. M. (2013). Primum non nocere: Obesity stigma and public health. *Journal of Bioethical Inquiry*, 10(1), 49-57.
- Vartanian, L. R., Trewartha, T., & Vanman, E. J. (2016). Disgust predicts prejudice and discrimination toward individuals with obesity. *Journal of Applied Social Psychology*, 46(6), 369-375.

- Wade, T. J., & DiMaria, C. (2003). Weight halo effects: Individual differences in perceived life success as a function of women's race and weight. *Sex Roles, 48*(9-10), 461-465.
- Wang, S. S., Brownell, K. D., & Wadden, T. A. (2004). The influence of the stigma of obesity on overweight individuals. *International Journal of Obesity, 28*(10), 1333-1337.
- Wang, Y. C., McPherson, K., Marsh, T., Gortmaker, S. L., & Brown, M. (2011). Health and economic burden of the projected obesity trends in the USA and the UK. *The Lancet, 378*(9793), 815-825.
- Weiner, B. (2001). Intrapersonal and interpersonal theories of motivation from an attribution perspective. Dans F. Salili, C. Y. Chiu, & Y. Y. Hong (Éds), *Student motivation. Plenum series on human exceptionality* (pp. 17-30). Boston, MA: Springer.
- Weiner, B., Perry, R. P., & Magnusson, J. (1988). An attributional analysis of reactions to stigmas. *Journal of Personality and Social Psychology, 55*(5), 738-748.
- Wharton, S., Lau, D. C., Vallis, M., Sharma, A. M., Biertho, L., Campbell-Scherer, D., ... & Boyling, E. (2020). Obesity in adults: A clinical practice guideline. *CMAJ, 192*(31), E875-E891.
- Wilson, T. D., Lindsey, S., & Schooler, T. Y. (2000). A model of dual attitudes. *Psychological Review, 107*(1), 101-126.
- Wu, Y. K., & Berry, D. C. (2018). Impact of weight stigma on physiological and psychological health outcomes for overweight and obese adults: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing, 74*(5), 1030-1042.

Appendice

Tableau 6. Endossement des dimensions de préjugés et endossement des items

Tableau 6

Endossement des dimensions de préjugés et endossement des items

Nom de la dimension	Endossement de la dimension Moyenne (Écart type)	Item « <i>Les personnes en surpoids...</i> »	Endossement des items Moyenne (Écart type)
Mauvaises habitudes alimentaires	2,82 (0,23)	44- mangent trop	3,06 (0,98)
		47- ne mangent pas « santé »	3,03 (1,09)
		48- mangent sans arrêt	2,50 (0,95)
		50- n'ont pas de volonté concernant l'alimentation	2,50 (0,92)
		52- sont gourmandes	2,88 (1,10)
		53- mangent principalement de la malbouffe (nourriture rapide)	2,84 (1,05)
		54- n'ont pas de discipline concernant l'alimentation	2,94 (0,95)
Mauvaise santé et faible niveau d'activité physique	2,79 (0,46)	8- adoptent un mauvais style de vie	2,88 (0,91)
		30- ne sont pas en forme	3,31 (1,18)
		31- ne sont pas assez vaillantes pour faire du sport	1,94 (0,88)
		32- ne sont pas en santé	3,34 (1,07)
		43- ne font pas de sport	2,69 (1,06)
		45- ne veulent pas faire d'exercice physique	2,41 (0,95)
		46- ne font pas d'activité physique	2,84 (1,05)
		49- ne font pas attention à leur santé	2,88 (1,07)

Tableau 6 (suite)

Endossement des dimensions de préjugés et endossement des items

Nom de la dimension	Endossement de la dimension Moyenne (Écart type)	Item « <i>Les personnes en surpoids...</i> »	Endossement des items Moyenne (Écart type)
Laisser-aller	2,3 (0,35)	20- sont négligentes envers elles-mêmes	2,88 (1,10)
		21- ne prennent pas soin d'elles	2,13 (0,94)
		23- n'ont pas de volonté	1,88 (0,79)
		24- sont incapables de se maîtriser	2,31 (0,93)
		26- sont en surpoids par leur faute	2,31 (0,97)
		27- ne veulent pas se prendre en main	2,09 (0,78)
		28- préfèrent la loi du moindre effort	1,97 (0,74)
		29- ne font pas d'efforts pour perdre du poids	2,28 (0,77)
		42- se laissent aller	2,84 (1,14)
Déni de leur condition	2,29 (0,53)	2- ne se rendent pas compte des risques qu'elles encourent	2,88 (1,13)
		3- ne sont pas capables de prendre conscience de leur poids	1,84 (0,99)
		7- ne sont pas capables de prendre conscience de leur problème de santé	2,16 (0,99)
Apparence physique repoussante	2,17 (0,76)	15- sont moins belles que les autres	2,06 (0,98)
		16- sont laides	1,66 (0,90)
		22- ne correspondent pas aux standards de beauté actuels	3,53 (1,34)
		33- ne sont pas attirantes	2,19 (1,18)

Tableau 6 (suite)

Endossement des dimensions de préjugés et endossement des items

Nom de la dimension	Endossement de la dimension Moyenne (Écart type)	Item « Les personnes en surpoids... »	Endossement des items Moyenne (Écart type)
Apparence physique repoussante (suite)		39- ne sont pas « sexy »	2,28 (1,17)
		40- sont dégoûtantes	1,31 (0,74)
Traits de personnalité négatifs	1,53 (0,42)	4- se victimisent	2,38 (1,04)
		5- mettent la faute de leurs problèmes sur les autres	2,00 (0,80)
		9- sont moins gentilles que les autres	1,13 (0,34)
		10- sont inutiles	1,13 (0,34)
		11- sont un fardeau pour notre société	1,63 (0,83)
		12- sont paresseuses	2,13 (0,91)
		13- sont peu courageuses	1,44 (0,62)
		25- sont lâches	1,53 (0,72)
		34- sont égoïstes	1,13 (0,34)
		35- ne pensent qu'à elles	1,34 (0,65)
		36- ne font pas d'efforts pour les autres	1,28 (0,58)
		51- font passer leurs intérêts avant ceux des autres	1,25 (0,51)
Capacités intellectuelles limitées	1,13 (0,06)	14- semblent moins intelligentes que les autres	1,13 (0,34)
		37- ont une réflexion moins rapide que les autres	1,06 (0,25)
		38- ont une façon de penser plus arriérée que les autres	1,19 (0,54)

Tableau 6 (suite)

Endossement des dimensions de préjugés et endossement des items

Nom de la dimension	Endossement de la dimension Moyenne (Écart type)	Item « <i>Les personnes en surpoids...</i> »	Endossement des items Moyenne (Écart type)
Items retirés	1,65	1- ont de l'argent à gaspiller	1,56 (0,88)
		6- ne peuvent pas être heureuses	1,31 (0,59)
		17- ont de la difficulté à trouver un(e) partenaire amoureux(se)	2,88 (1,13)
		18- ne peuvent pas être aimées	1,06 (0,25)
		19- n'ont pas une bonne hygiène	1,88 (1,07)
		41- sont sales	1,22 (0,55)