

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

ÊTRE UNE PERSONNE GROSSE : L'IDENTIFICATION AU GROUPE ET SES
IMPLICATIONS SUR LES COMPORTEMENTS ALIMENTAIRES ET LA
SATISFACTION CORPORELLE

ESSAI DE 3^e CYCLE PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE DU

DOCTORAT CONTINUUM D'ÉTUDES EN PSYCHOLOGIE
(PROFIL INTERVENTION)

PAR
MARJORIE DUCHESNE-BEAUCHAMP

AOÛT 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

Jury d'évaluation :

Marie-Pierre Gagnon-Girouard, Ph. D.

directrice de recherche

Benoît Brisson, Ph. D.

évaluateur interne

Marilou Côté, Ph. D.

évaluatrice externe

Sommaire

Les personnes grosses sont exposées à de la stigmatisation dans divers domaines (Puhl & Brownell, 2006). Les impacts de cette stigmatisation se font sentir sur la santé physique et mentale des personnes grosses, notamment sur les comportements alimentaires. (Hunger, 2017; Major, Hunger, Bunyan, & Miller, 2014) et la satisfaction corporelle (Lee, Taniguchi, Modica, & Park, 2013; Lydecker et al., 2016; Previte & Gurrieri, 2015; Webb, Vinoski, Warren-Findlow, Burrell, & Putz, 2017). Selon le *Rejection Identification Model* (Branscombe, Schmitt, & Harvey, 1999), s'identifier fortement aux autres membres d'un groupe stigmatisé permet aux individus de contrer l'impact de la stigmatisation et de maintenir une estime positive d'eux-mêmes. Le présent projet de recherche vise à explorer l'identification au groupe des personnes grosses, sur la base de ce modèle. Le premier objectif est d'étudier les termes employés par les personnes grosses afin d'identifier leur groupe d'appartenance. Le second objectif de cette étude est d'explorer les relations entre l'identification au groupe des personnes grosses, l'estime de soi, la satisfaction corporelle et l'alimentation. Le troisième et dernier objectif de cette recherche est de voir si l'identification au groupe peut prédire significativement les comportements alimentaires et la satisfaction corporelle en contrôlant pour l'effet de l'estime de soi. L'échantillon de cette étude est composé de cinquante participants ($N = 50$) ayant entre 20 et 64 ans (âge moyen = 36,0 ans, $ÉT = 12,81$) et présentant un indice de masse corporelle de trente et plus. L'IMC des participants se situe entre 30 et 66,20 kg/m^2 (IMC moyen = 37,84 kg/m^2 , $ÉT = 7,11 \text{ kg/m}^2$). Les résultats soulèvent que le fait de

s'identifier de manière cognitive au groupe des personnes grosses prédit une alimentation moins intuitive et moins de satisfaction corporelle liée au poids. L'identification affective au groupe est un prédicteur positif de la satisfaction corporelle liée au poids, suggérant que plus une personne s'identifie affectivement au groupe des personnes grosses, plus elle rapporte une bonne satisfaction quant à son poids. Il est possible de conclure que l'identification au groupe chez les personnes grosses s'exprime différemment que chez d'autres groupes stigmatisés. L'internalisation des stigmas liés au poids peut venir bloquer une identification affective au groupe chez les personnes grosses.

Table des matières

Sommaire	iii
Liste des tableaux	vii
Remerciements	viii
Introduction	1
Contexte théorique	7
Définitions et prévalence de l'obésité	8
Causes de l'obésité	10
Stéréotypes et préjugés	11
Perceptions négatives liées au poids	14
Discrimination liée au poids	16
Impacts de la discrimination	20
Stigmatisation des personnes grasses	22
État de la science sur les stigmas envers les personnes grasses	23
Impacts de la stigmatisation envers les personnes grasses	28
Identité sociale et stigmatisation	33
Rejection Identification Model	36
Objectifs et hypothèses de l'étude	39
Méthode	42
Procédure	43
Participants	43
Critères de sélections et d'exclusion	44

Caractéristiques de l'échantillon.....	44
Instruments de mesure	45
Questionnaire sociodémographique.....	45
Mesure d'identification au groupe.....	46
Mesure d'estime de soi.....	48
Mesure d'estime corporelle.....	49
Mesure d'alimentation intuitive.....	49
Mesure des compulsions alimentaires	50
Plan d'analyses statistiques.....	51
Résultats	52
Choix du terme pour décrire le groupe d'appartenance.....	53
Associations de l'identification au groupe avec les variables.....	53
Valeur prédictive de l'identification au groupe	55
Discussion	60
Conclusion	72
Références.....	79
Appendice A. Questionnaire sociodémographique	91
Appendice B. Questionnaire d'identification au groupe des personnes grasses	95
Appendice C. Échelle d'estime de soi de Rosenberg	97
Appendice D. Questionnaire de satisfaction corporelle.....	99
Appendice E. Questionnaire d'alimentation intuitive.....	101
Appendice F. Questionnaire de compulsions alimentaires.....	104

Liste des tableaux

Tableau

1	Corrélations entre les variables.....	54
2	Analyse de régression hiérarchique prédisant la satisfaction face à son apparence à partir de l'estime de soi et l'identification au groupe	56
3	Analyse de régression hiérarchique prédisant la satisfaction face à son poids à partir de l'estime de soi et l'identification au groupe	57
4	Analyse de régression hiérarchique prédisant l'alimentation intuitive à partir de l'estime de soi, la satisfaction corporelle et l'identification au groupe.....	58
5	Analyse de régression hiérarchique prédisant les comportements de compulsions alimentaires à partir de l'estime de soi, la satisfaction corporelle et l'identification au groupe.....	59

Remerciements

L'aboutissement de cet essai doctoral signe aussi la fin d'un parcours de plus de cinq ans au doctorat en psychologie. À travers ces années, plusieurs personnes ont su me soutenir chacun à leur façon et m'ont permis d'en arriver là où je suis. Je tiens à prendre les prochaines lignes pour remercier certaines d'entre elles spécifiquement.

Tout d'abord, je souhaite témoigner ma reconnaissance à ma directrice de recherche, Marie-Pierre Gagnon-Girouard, Ph. D., professeure au département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Sa présence, son soutien et son authenticité m'ont permis de mener à bien cet essai doctoral, mais aussi de me découvrir et m'assumer en tant que future psychologue.

Je souhaite aussi remercier mes parents pour leur présence et leurs encouragements tout au long de ces années. Vous m'avez permis de garder le cap à plus d'une reprise. Je vous dois beaucoup.

Tout au long de ce cheminement scolaire, j'ai pu rencontrer des personnes merveilleuses et développer des amitiés avec certaines d'entre elles. Marilou, Andrée-Anne, Cynthia, Julie-Anne et Audrée, je me considère chanceuse d'avoir passé ces années avec vous.

Finalement, une pensée spéciale pour la lumineuse Andrée-Anne B. et son empathie à tout moment; pour Karine qui m'écoute ventiler depuis plus d'un an; pour Sonia et sa spontanéité qui m'a permis de garder en tête qu'il existe autre chose que la psychologie dans la vie; pour Kariane et son indéfectible amitié.

« How Lucky I am to have something that makes saying goodbye so hard. »

A. A. Milne

Introduction

Dans les dernières années, les personnes sont de plus en plus sensibles à la question de la stigmatisation au sein de la société québécoise. L'année 2020 a, entre autres choses, été marquée par un débat afin que soit reconnu le racisme systémique au sein de la société québécoise. Des efforts sont mis en place depuis plusieurs années afin d'en diminuer l'impact sur les individus faisant partie de groupes se différenciant de la masse. Ainsi, une attention particulière est mise quant à la manière de nommer les membres de groupes stigmatisés. On emploie ainsi des termes comme « personnes avec une déficience de l'audition » au lieu de parler de personnes sourdes. Dans les dernières années, le traditionnel LGBT s'est transformé en LGBTQIA+ afin de se montrer plus inclusif des personnes queers, intersexes, asexuelles et des autres personnes s'identifiant à d'autres orientations sexuelles ou identités de genre. Plusieurs mots utilisés auparavant pour faire référence à différents groupes (personnes noires, personnes homosexuelles, etc.) apparaissent aujourd'hui socialement prohibés. À travers les termes employés pour faire référence à certains groupes, la société tente de réduire la stigmatisation.

Qu'en est-il des personnes grosses? Quels sont les efforts actuels afin de diminuer la stigmatisation vécue par ce groupe? Quelles sont les précautions linguistiques adoptées par la société québécoise? Une personne présentant un surpoids? Une personne enrobée? Une personne souffrant d'obésité? Aucun terme ne semble faire consensus. Le fait même de référer au poids des personnes grosses semble causer un malaise. Pourtant

l'emploi d'autres adjectifs descriptifs comme grand, blond, mince ne semble pas susciter un tel inconfort chez les individus. Se pourrait-il que les personnes grosses soient perçues si négativement que de faire référence à la corpulence élevée d'une personne soit considéré comme une insulte? Il est effectivement possible de relever dans la littérature scientifique que les personnes grosses sont perçues négativement. Par exemple, dans leur étude, Schwartz, Vartanian, Nosek et Brownell (2006) ont tenté d'étudier l'impact des biais implicites et explicites que les individus entretiennent envers les personnes grosses. Les résultats de leur étude montrent que 46 % des répondants rapportent être prêts à perdre un an de leur vie afin d'éviter d'être obèses alors que 15 % seraient prêts, eux, à perdre dix ans de leur vie. De plus, 25 % des participants aimeraient mieux ne pas être en mesure d'avoir des enfants que d'être obèses alors que 30 % des participants préféreraient divorcer que d'être obèses. Cette étude met en relief comment le fait d'avoir un poids élevé est perçu négativement. Les perceptions négatives entretenues envers les personnes en surpoids se retrouvent dans différents contextes. Par exemple, dans une revue de la littérature de Puhl et Brownell (2006), différents domaines où les personnes obèses sont susceptibles de vivre de la stigmatisation ont été relevés : soins de santé, assurance santé, perspectives d'emploi, éducation et relations interpersonnelles.

Lorsqu'un groupe est stigmatisé, l'impact sur ses membres est habituellement néfaste. Branscombe et ses collaborateurs (1999) proposent le *Rejection Identification Model*, qui présente une manière pour les membres d'un groupe de composer avec la

stigmatisation dont ils sont victimes. Ce modèle avance que lorsqu'il perçoit de la discrimination envers son groupe, un individu peut tenter d'augmenter son identification à ce dit groupe. Toujours selon ce modèle, s'identifier fortement envers son groupe désavantagé a un impact positif sur l'estime de soi, car cela permet aux individus d'avoir un sentiment d'appartenance et trouver leur place dans le monde (Branscombe et al., 1999; Simon, 1999).

La présente recherche s'intéresse aux implications pour une personne grosse de s'identifier aux autres personnes grosses, sur la base de ce modèle. Plus précisément, nous explorons l'identification au groupe à travers les termes employés par les personnes grosses afin de décrire les membres de leur groupe ainsi qu'à travers ses liens avec l'estime de soi, l'alimentation et la satisfaction corporelle.

Pour un individu, le terme choisi pour faire référence à son propre groupe social peut faire partie de sa manière de s'identifier à ce groupe. Le choix d'un terme pour faire référence à un groupe n'étant pas un choix banal, nous avons dû réfléchir à la position que nous souhaitons prendre dans cette étude. Cette recherche s'inscrivant dans une démarche assumée de contribuer à faire diminuer la stigmatisation envers les personnes vivant avec l'obésité ainsi que son impact sur les individus, nous faisons le choix d'utiliser le terme « personne grosse » pour faire référence à ce groupe. L'adjectif gros(sse) est souvent associé à quelque chose de péjoratif. Nous souhaitons l'utiliser dans un contexte plus neutre dans lequel il n'est pas associé à un défaut, mais plutôt à

une caractéristique. Donc, dès que cela est possible le terme personne grosse sera préféré aux autres termes existants. D'autres termes seront utilisés (p. ex., obèse) lorsque d'autres études les utilisant seront présentées.

Le présent projet de recherche est divisé en différentes sections. La première section de cet essai sera consacrée au contexte théorique. Dans cette section, un état de la situation en lien avec l'obésité à travers le monde et au Québec sera présenté ainsi que les causes de l'obésité. Par la suite, les concepts de stéréotype, préjugé, discrimination et stigmatisation seront développés. L'état de la littérature sur les impacts des stigmas envers les personnes grosses sera présenté. Les différentes stratégies utilisées par les personnes grosses afin de faire face à la stigmatisation seront présentées dont le modèle élaboré par Branscombe et ses collaborateurs (1999) (*Rejection Identification Model*). La validation de ce modèle à travers différentes études portant sur des groupes stigmatisés, dont les personnes grosses, sera abordée. Le contexte théorique se termine par la présentation des objectifs et hypothèses de la recherche. Suit la section sur la méthodologie, qui détaille d'abord le recrutement des participants et les caractéristiques de ceux-ci. Les questionnaires utilisés sont par la suite décrits ainsi que le plan des analyses utilisées. La section des résultats suit celle sur la méthodologie. Dans cette section se retrouvent les résultats des différentes analyses réalisées. Un retour est fait sur les hypothèses de recherche dans la section discussion. Les principaux résultats sont discutés et mis en contexte avec les objectifs de la recherche. Les lacunes du présent projet de recherche sont explorées ainsi que les avancées possibles dans le domaine de la

stigmatisation envers les personnes grosses. Finalement, la dernière section fait office de conclusion à cet essai doctoral.

Contexte théorique

Ce chapitre est consacré aux différents écrits permettant de mieux saisir les enjeux liés à l'identification au groupe chez les personnes grasses. Ce contexte théorique débute par un état de la situation de l'obésité à travers le monde et au Québec. Ensuite, les concepts de stéréotype, préjugé, discrimination et stigmatisation sont développés. Les connaissances actuelles sur les impacts des stigmas liés au poids sont présentées. La section suivante est dédiée aux stratégies utilisées par les membres d'un groupe stigmatisé afin de faire face à la stigmatisation, dont le modèle élaboré par Branscombe et ses collaborateurs (1999) (*Rejection Identification Model*). Le contexte théorique se termine par la présentation des objectifs et hypothèses de la recherche.

Définitions et prévalence de l'obésité

Selon les lignes directrices émises par Obésité Canada, « l'obésité est une maladie chronique complexe, évolutive et récidivante fort répandue qui se caractérise par une accumulation anormale ou excessive de graisses corporelles (adiposité) nuisible à la santé. » (Wharton et al., 2020, p. 1757).

Dans la littérature, jusqu'à présent, on calcule l'embonpoint selon l'indice de masse corporelle (IMC). Le calcul de l'IMC est le suivant : $IMC = \text{poids(kg)}/\text{taille(m)}^2$. Selon le gouvernement du Canada (2020) un IMC de 25 et plus correspond à un surpoids alors

qu'IMC de 30 et plus équivaut à un indice d'obésité. L'utilisation systématique de l'IMC comme indicateur de l'état de santé d'une personne est contestée (voir Prentice & Jebb, 2001). Effectivement, cette mesure ne tient pas en compte différents paramètres comme l'hérédité ou le pourcentage de gras corporel.

Dans les dernières décennies, il est possible de noter que de plus en plus de personnes sont considérées en surpoids ou obèses. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2020), à l'échelle planétaire, le nombre de cas a presque triplé depuis 1975. En 2016, plus de 1,9 milliard d'adultes — personnes de 18 ans et plus — étaient en surpoids. Sur ce total, plus de 650 millions présentaient une obésité. Dans les pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) 19,5 % de la population adulte présente un IMC de 30 et plus (OCDE, 2017). Certains pays montrent un taux plus élevé d'obésité. Par exemple, aux États-Unis, la prévalence d'adultes présentant un surpoids ou une obésité (selon l'IMC) est de 70,7 % (Ogden, Carroll, Kit, & Flegal, 2014). Au Canada en 2018, les personnes adultes présentant une obésité représentaient 26,8 % de la population alors que 36,3 % de la population était considérée en embonpoint. C'est ainsi un total de 61,3 % des Canadiens âgés de 18 ans et plus qui sont en situation d'embonpoint ou d'obésité. En ce qui concerne la répartition de l'obésité selon le genre, la proportion d'adultes en situation d'embonpoint ou d'obésité était plus élevée chez les hommes (69,4 %) que chez les femmes (56,7 %) (Connor Gorber, Shields, Tremblay, & McDowell, 2008). Au Québec, la proportion d'adultes qui présente une obésité est de 25 % ce qui est légèrement inférieur à la

moyenne canadienne (26,8 %) (Connor Gorber et al., 2008). Selon l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) (2020), en 2015-2016 c'était un homme sur cinq qui présentait une obésité ainsi qu'une femme sur six qui présentait une obésité selon l'IMC.

Causes de l'obésité

La théorie largement partagée depuis des années concernant la cause de l'obésité est un déséquilibre entre les calories ingérées et celles dépensées chez un individu. C'est un point de vue partagé, entre autres par l'OMS. Selon l'OMS (2020), il est possible de relever deux phénomènes pouvant expliquer l'augmentation de la présence de l'obésité mondialement. Premièrement, il y aurait une augmentation de la consommation de nourriture riche en énergie (teneur élevée en gras et en sucre). Deuxièmement, il y aurait un accroissement de l'inactivité physique dû à un mode de vie plus sédentaire.

Cette vision de l'obésité, bien que très répandue, est plutôt simpliste. Elle suggère aussi que la solution à l'obésité viendrait par une diminution des calories ingérées ainsi qu'une augmentation de l'activité physique sans tenir compte des nombreux facteurs entrant en jeu. Récemment, Obésité Canada (2020, en ligne) présentait une conception plus nuancée du phénomène :

Plusieurs personnes croient que la quantité de gras inclus dans notre corps est seulement déterminée par ce que nous mangeons et la quantité d'exercice que nous faisons. Mais en réalité, 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. Même en suivant le même régime alimentaire ou en faisant la même quantité d'exercice, les gens varient considérablement, et ce,

quant à la quantité de graisse corporelle, ou même au poids auxquels leur corps se positionne. (paragraphe 3)

Dans leur état de la littérature, Wright et Aronne (2012) relèvent les différents facteurs qui sont associés à l'obésité. Il en ressort que les causes sont multiples et regroupent des facteurs génétiques, psychologiques, physiologiques, environnementaux, sociaux et politiques.

Dans les dernières années, il a été mis au jour que les personnes qui présentent un poids supérieur à ce qui est considéré normal sont confrontées à certains stéréotypes et préjugés les concernant et que cette stigmatisation contribuerait à l'association de l'obésité avec les maladies chroniques (Daly, Sutin, & Robinson, 2019). Les lignes suivantes sont dédiées à définir les concepts de stéréotypes et préjugés ainsi qu'à mettre en lumière leur impact possible sur les personnes grasses.

Stéréotypes et préjugés

Allport (1954) aborde le processus de catégorisation chez l'être humain. Selon lui, l'humain va spontanément créer des catégories ou des regroupements afin de guider et simplifier les décisions quotidiennes. La catégorisation va mener à assimiler le plus d'éléments possible dans un groupe. Ce processus permet aux individus d'identifier rapidement les éléments auxquels ils sont confrontés chaque jour et de réagir en conséquence. Ainsi, une personne traversant en plein milieu de la rue et qui voit une voiture arriver à toute vitesse pourra réagir rapidement pour éviter de se faire frapper.

Effectivement, la capacité à catégoriser fait en sorte que la personne n'aura pas besoin de se questionner sur la marque spécifique de la voiture ainsi que les caractéristiques de celle-ci pour évaluer qu'il a affaire à une voiture dangereuse et prendre la décision d'éviter la voiture qui fonce vers elle. Dans cet exemple, on voit comment la capacité de catégoriser et généraliser permet de simplifier la décision à prendre.

La tendance à catégoriser le monde qui l'entoure peut aider à comprendre la manière dont se manifestent les stéréotypes chez l'être humain. Les stéréotypes sont en général considérés comme « un ensemble de caractéristiques attribuées à un groupe social » (Ashmore & Del Boca, 1981; Banaji, Greenwald, Zanna, & Olson, 1994). Sur la base du principe de catégorisation, naturellement, l'être humain tend à entrer en relation et créer des liens avec les individus lui ressemblant (culturellement, physiquement, géographiquement, etc.). Cette tendance amène donc les individus à se regrouper en différents groupes sociaux, ce qui peut créer un sentiment de faire partie d'un groupe social (Nous) tout en instaurant une distance face aux autres personnes faisant partie d'un autre groupe social (Eux). La notion de groupe social fait référence ici à tout regroupement de personnes qu'il est possible de relever au sein de la société. Ainsi, il peut s'agir autant d'un groupe ethnique que d'un groupe constitué de personnes ayant la même profession ou de personnes faisant partie d'une communauté religieuse.

Le principe de catégorisation va ainsi s'appliquer aux différents groupes sociaux et les individus vont avoir tendance à tirer des conclusions sur les membres d'un groupe.

« Les avocats sont ainsi... Les catholiques pensent cela.... Les hommes viennent de Mars et les femmes de Vénus. » Les stéréotypes ne sont pas nécessairement véridiques ou au contraire inexacts. Bordalo, Coffman, Gennaioli et Shleifer (2016) ont élaboré un modèle explicatif des stéréotypes. Le modèle soulève comment les stéréotypes mettent de l'avant la plus grande différence entre un groupe donné et un autre. Les auteurs expliquent comment ce constat permet de comprendre que certains stéréotypes sont assez justes alors que d'autres sont peu fiables. Malgré sa possible validité, il n'en demeure pas moins que le stéréotype est basé sur un principe de généralisation. Entretenir des stéréotypes envers un groupe donné, comme les personnes grosses, c'est en quelque sorte réduire l'expérience et l'unicité de chacun des membres de ce groupe. Par exemple, un stéréotype serait d'affirmer qu'en général les personnes grosses ne font pas d'activité physique. Il n'y a pas de connotation négative à cette affirmation. Toutefois en généralisant de cette manière on s'éloigne de la réalité et au final, le stéréotype n'est pas fiable ni représentatif.

Si le stéréotype est basé sur une différence entre un groupe et un autre, malgré son caractère simpliste, voire déformé de la réalité, il ne se veut pas négatif. Il en va autrement du préjugé. Le préjugé est un jugement préalable positif ou négatif envers une personne qui est basé sur l'appartenance de cette personne à une catégorie sociale. À la différence du stéréotype, le préjugé est teinté par une connotation affective (p. ex., Les personnes grosses sont dégoûtantes). Selon Allport (1954), le préjugé est souvent marqué par une attitude négative envers un groupe de personnes, mais il n'est pas nécessairement

négatif. Il pourrait aussi s'agir d'un a priori positif envers un groupe social (p. ex., les personnes minces sont attirantes).

Perceptions négatives liées au poids

Bien que les préjugés puissent être positifs, la présente recherche s'intéressera principalement aux préjugés associés à une vision négative des personnes grosses. Il est possible de relever différents préjugés envers les personnes grosses dans la littérature.

Tout d'abord, il importe de préciser que les perceptions négatives concernant les personnes grosses perdurent à travers les années. Grant et al. (2016) ont reproduit une recherche réalisée en 1982 par Harris, Harris et Bochner portant sur certains préjugés associés aux personnes grosses. Dans cette étude, 506 étudiants en psychologie devaient lire une description d'une personne cible décrite comme une femme ou un homme, en surpoids ou ayant un poids dans la normale et portant des lunettes ou non. Ils devaient par la suite noter la personne cible sur douze caractéristiques différentes. L'analyse des résultats montre que les personnes cibles qui présentent un surpoids sont évaluées comme moins attirantes, heureuses, travaillantes, populaires, actives, accomplies, athlétiques et masculines (si la cible était un homme) qu'une cible ayant un poids dans la norme. Lorsque comparé aux données de l'étude de Harris et ses collaborateurs, il n'y avait pas de différences significatives dans la taille d'effet entre les deux études. Les chercheurs suggèrent que leur recherche met de l'avant le peu de changement concernant les préjugés attribués aux personnes vivant avec l'obésité dans les trente

dernières années. Dans une étude se déroulant aux États-Unis auprès de plus de 3000 personnes (Carr & Friedman, 2005), les personnes obèses qui présentent un IMC de 35 et plus (obésité de type II et type III) avaient plus de chance d'être victimes de discrimination interpersonnelle et institutionnelle que les personnes ayant un IMC dans la normale. Les personnes obèses de type I (IMC entre 30 et 34,9) et de type II/III (IMC de 35 et plus) sont respectivement 40 % et 50 % plus susceptibles de rapporter une expérience de discrimination majeure.

Dans leur recension des écrits, Puhl et Brownell (2001) s'intéressent aux différents biais envers les personnes grasses et à la discrimination à laquelle elles sont confrontées. Il en ressort que les personnes grasses sont vues généralement comme moins productives, moins déterminées, moins ambitieuses et moins compétentes que les personnes minces. Elles sont aussi considérées paresseuses, désagréables, laides, déplaisantes, maladroitement, manquant de maîtrise de soi et ayant une pauvre hygiène corporelle.

Dans son essai doctoral, Desjardins (2021) s'est intéressée aux préjugés entretenus envers les personnes en surpoids chez les étudiants universitaires. Près d'une cinquantaine de préjugés différents ont été relevés. Ils sont divisés en sept dimensions; mauvaises habitudes alimentaires (p. ex., *les personnes en surpoids mangent principalement de la malbouffe (nourriture rapide)*), négligence de la santé et de l'activité physique (p. ex., *les personnes en surpoids ne font pas de sport*), laisser-aller

(p. ex., *les personnes en surpoids sont incapables de se maîtriser*) , déni de leur condition (p. ex., *les personnes en surpoids ne sont pas capables de prendre conscience de leur problème de santé*) , apparence physique repoussante (p. ex., *les personnes en surpoids ne sont pas attirantes*), traits de personnalité négatifs (p. ex., *les personnes en surpoids sont moins gentilles que les autres*) et capacités intellectuelles limitées (p. ex., *les personnes en surpoids ont une façon de penser plus arriérée que les autres*).

D'autres recherches réalisées spécifiquement auprès des professionnels de la santé, ont permis de souligner que les professionnels de la santé perçoivent les personnes grosses comme étant moins conciliantes face aux traitements et moins susceptibles de suivre les indications thérapeutiques que les personnes minces (Hebl & Xu, 2001; Mercer & Tessier, 2001; Persky & Eccleston, 2011; Wigton & McGaghie, 2001). Dans une étude américaine réalisée auprès de médecins (Foster et al., 2003), plus de 50 % des médecins participant à l'étude considèrent les patients présentant une obésité comme laids, peu attrayants, socialement maladroits et ne se conformant pas aux traitements. Donc, même les professionnels de la santé peuvent avoir une vision assez négative des individus en surpoids. Ces préjugés sont d'autant plus problématiques lorsqu'ils se traduisent en comportements discriminatoires.

Discrimination liée au poids

Si le préjugé est une perception négative face à un certain groupe social, la discrimination en serait la résultante possible. Selon Allport (1954), la discrimination a

lieu lorsqu'une personne entretenant des préjugés envers un autre groupe social va tenter d'exclure les membres de ce groupe de certaines sphères (éducation, droit politique, milieu résidentiel, emploi, etc.) ou privilèges sociaux. Il considère aussi le processus de ségrégation comme une forme de discrimination institutionnalisée qui est renforcée par les lois et les coutumes. La discrimination peut se retrouver dans de nombreux contextes différents. Ainsi, les personnes grosses peuvent être exposées à différentes formes de discrimination durant leur vie.

La discrimination envers les personnes grosses est étendue dans divers domaines de la vie. Dans leur article, Puhl et Brownell (2006) ont relevé différents domaines de vie touchés par de la discrimination envers les personnes grosses. Ainsi, il est possible de retrouver dans la littérature que la discrimination se retrouve, entre autres, dans le milieu de l'emploi, dans le milieu des soins de santé et dans le milieu scolaire.

La discrimination envers les personnes grosses peut se manifester de manière insidieuse. Par exemple, dans le milieu des soins de santé, les soins de qualité pour traiter l'obésité sont difficiles d'accès et sont peu remboursés par les compagnies d'assurance (Forhan & Salas, 2013). De plus, les femmes qui sont grosses ont moins de chance de recevoir des examens pour évaluer la présence de cancer du sein (Østbye, Taylor, Yancy, & Krause, 2005; Wee, McCarthy, Davis, & Phillips, 2004) que les femmes qui ne le sont pas. On retrouve la présence de discrimination chez les médecins qui préfèrent ne pas dispenser de soins aux personnes grosses (Stone & Werner, 2012) et

sont moins disposés à assister ces patients (Hebl & Xu, 2001). Une étude (Williams, 2018) s'est penchée sur le vécu de 22 femmes se considérant en surpoids ou obèses en lien avec leur expérience des soins de santé. Dans leurs expériences avec les professionnels de la santé, ces femmes nomment qu'être identifiées comme personnes obèses par les professionnels faisait en sorte qu'elles étaient considérées uniquement comme des femmes obèses. Ainsi, peu importe les problèmes de santé présentés par ces femmes, les professionnels de la santé avaient tendance à mettre l'accent principal sur leur poids. D'autres ont soulevé que les professionnels portaient rapidement un jugement sur elle, sitôt qu'ils les avaient identifiées comme obèses. Ainsi, des suppositions étaient portées sur leur état de santé sans autre information que leur poids. S'en suivaient des interventions ou conseils non désirés en lien avec leur poids. Toutes ont rapporté se sentir jugées à cause de leur poids.

En ce qui concerne la discrimination dans le domaine de l'emploi, plusieurs études se sont penchées sur la discrimination rapportée par les membres de la communauté grosse. Dans une série d'études nationales aux États-Unis, la présence de discrimination liée au poids dans la sphère de l'emploi a été étudiée. Les personnes présentant une obésité étaient 37 fois plus susceptibles et les personnes sévèrement obèses, 100 fois plus susceptibles de rapporter de la discrimination que les répondants qui présentaient un poids normal. (Roehling, Roehling, & Pichler, 2007). Dans cette étude nationale, les types de discrimination liée au poids relevés incluaient: ne pas être embauché pour un emploi, ne pas recevoir une promotion et un congédiement injustifié (Puhl, Andreyeva,

& Brownell, 2008). Dans une autre étude (Puhl & Brownell, 2006), les personnes grosses ont rapporté vivre de la discrimination en lien avec l'embauche, les promotions offertes ainsi que la perte d'emploi liée au poids de l'individu. Une étude a aussi montré que les personnes grosses travaillaient un plus grand nombre d'heures que les personnes ayant un poids considéré dans la norme (Schulte et al., 2007).

Au sein même de la communauté scientifique, il est possible de retrouver des exemples de discrimination envers les personnes grosses. Effectivement des chercheurs (Godoy-Izquierdo et al., 2019) ont tenté de mettre à jour une sous-catégorie au sein des personnes vivant avec l'obésité qu'ils ont nommée *Oberexia*. Cette sous-catégorie rassemble des personnes présentant un surpoids ou une obésité qui ont une perception positive de leur apparence corporelle se voient comme minces ou beaux et n'adoptent pas de comportements restrictifs afin de perdre du poids et modifier leur apparence. Ces chercheurs avancent que dans leur recherche, 3 % des personnes en surpoids étaient à risque de souffrir d'*Oberexia* et qu'en tenant compte des impacts sur la santé de cette condition il est important de poursuivre la recherche dans ce domaine. Cette étude suggère que les personnes grosses qui s'acceptent telles quelles sont et ne désirent pas perdre de poids, entraînent une réaction négative de la part de certaines personnes. Ce genre de point de vue vient normaliser, voire encourager la présence d'insatisfaction corporelle chez les personnes en surpoids.

Impacts de la discrimination

Vivre de la discrimination va entraîner des impacts chez les personnes grosses et affecter la sphère physique et psychologique. Une étude récente de Daly et ses collaborateurs (2019) s'est intéressée à la relation entre l'obésité et la dérégulation physiologique au fil du temps chez une population d'adultes âgés au Royaume-Uni. La dérégulation physiologique a été opérationnalisée par des perturbations sur le plan cardiovasculaire, inflammatoire, lipidique et métabolique. Les participants de l'étude ont été suivis pendant quatre ans et ont participé à des entrevues en face à face ainsi qu'à des évaluations cliniques (p. ex., analyses de sang) aux deux ans. Les résultats de l'étude montrent que l'obésité est associée à une dérégulation physiologique au bout de quatre ans, comme prévu. Le quart de cette relation longitudinale était cependant expliquée par la perception des participants d'avoir été victime de discrimination à cause de leur poids. Les participants présentant une obésité avaient plus de chance de rapporter des expériences de discrimination en lien avec leur poids et ces expériences prédisaient des changements dans la régulation physiologique à travers le temps. Une autre étude (Jackson & Steptoe, 2018) s'est penchée sur l'association entre l'obésité et le stress psychologique, en mesurant le taux de cortisol présent dans les cheveux. Les analyses démontrent que l'obésité et l'IMC sont positivement corrélés au taux de cortisol présent dans les cheveux. Toutefois, le fait de percevoir de la discrimination en lien avec le poids vient significativement médier la relation entre l'obésité et la mesure de cortisol. Vivre de la discrimination en lien avec le poids semble être un facteur de stress significatif.

En plus de l'impact physiologique de la discrimination envers les personnes grosses, il est possible de retrouver plusieurs études se penchant sur les impacts psychologiques. Dans une enquête nationale (Sutin et al., 2016), la discrimination en lien avec le poids a été associée avec des affects négatifs, des sentiments de colère et de la frustration. Une autre étude (Robinson, Sutin, & Daly, 2017) a testé si le fait de vivre de la discrimination à cause de son poids corporel expliquait pourquoi l'obésité est associée à une augmentation des symptômes dépressifs. Les résultats de cette étude montrent comment l'obésité de type II (IMC de 35 à 39,9) et l'obésité de type III (IMC de 40 et plus) sont associées à une augmentation des symptômes dépressifs. Cette relation était expliquée approximativement à 31 % par la discrimination perçue en lien avec le poids. La discrimination basée sur le poids corporel a aussi été associée avec les idéations suicidaires; cette relation pourrait être expliquée par les symptômes dépressifs et par le fait de se percevoir comme un fardeau (Hunger, Dodd, & Smith, 2020). Une recension des écrits réalisée par Alimoradi, Golboni, Griffiths, Brostrom, Lin et Pakour (2020) a mis en lumière comment le fait d'être perçus et traités négativement à cause du poids est associé à de la détresse psychologique.

Un autre aspect touché par la discrimination face au poids est la perception que les personnes grosses entretiennent envers elles-mêmes. Selon l'étude de Carr et Friedman (2005), les personnes qui présentaient une obésité de type II/III (IMC de 35 et plus) rapportaient des niveaux d'acceptation de soi inférieurs aux personnes qui avaient un poids normal. Cette relation était entièrement médiée par la perception d'un individu

d'avoir été discriminé à cause de son poids ou son apparence corporelle. Ainsi, se savoir victime de discrimination à cause de son poids est associé à une moins bonne estime de soi chez les personnes grasses.

Stigmatisation des personnes grasses

Si de tels exemples de discrimination envers les personnes grasses existent, c'est que l'identité même des personnes grasses est stigmatisée. D'un point de vue psychosocial, le stigma est la résultante de la relation entre des comportements stéréotypés, préjudiciables et discriminatoires envers les personnes marginalisées basés sur des perceptions (p. ex., incompetence, dangerosité, etc.). (Ottati, Bodenhausen, & Newman, 2005). Selon Goffman (1963), la stigmatisation est un processus durant lequel un individu est dévalué parce qu'il possède une caractéristique déviante (différente de la normalité). Ainsi, lorsque l'identité sociale d'une personne est stigmatisée, c'est qu'on ne reconnaît pas au groupe dont elle fait partie les attributs nécessaires pour participer aux interactions sociales (Kurzman & Leary, 2001).

Donc, le fait de faire partie d'un groupe social stigmatisé amène les membres de ce groupe à être automatiquement considérés comme porteurs d'une tare et à être jugés en quelque sorte indignes de contribuer à la société. Les personnes stigmatisées sont ainsi peu considérées. Il en serait de même pour les personnes grasses. Ces dernières s'éloignent de la normalité corporelle attendue chez un individu et leur surpoids est ainsi

considéré comme un vice. Ainsi, être reconnue comme une personne grosse entraîne une perte de statut social.

Pour remettre en perspective les termes précédemment définis, nous les rapportons à la situation des personnes grasses. Une personne pourrait considérer que les personnes grasses mangent plus que les personnes minces (stéréotype) et qu'elles sont aussi très paresseuses (préjugés) ce qui pourrait l'amener à refuser un candidat en surpoids lors d'une entrevue de sélection pour un programme d'études contingenté (discrimination). La stigmatisation du groupe des personnes grasses se manifeste elle par une représentation négative des personnes grasses dans des domaines multiples (médias, emploi, santé, etc.) et une considération moindre pour les membres de ce groupe. Les lignes suivantes sont dédiées à faire un survol des connaissances dans ce domaine.

État de la science sur les stigmas envers les personnes grasses

La stigmatisation envers les personnes en surpoids est présente au sein de cultures et nations différentes. Une étude (Puhl et al., 2015) a comparé la présence de biais explicites dans quatre pays occidentaux (États-Unis, Canada, Islande et Australie) ainsi que les facteurs pouvant amener des différences dans la présence de biais dans ces quatre nations. Ces pays ont été sélectionnés puisqu'ils présentent une similarité au niveau de la prévalence d'adultes en surpoids ou obèses. Les résultats de cette étude montrent des niveaux similaires de biais négatifs liés au poids au Canada, États-Unis, Islande et Australie. Une autre étude (Brewis, Wutich, Falletta-Cowden, & Rodriguez-

Soto, 2011) s'est déroulée dans dix pays comme la Nouvelle-Zélande et la Tanzanie et s'intéressait à la présence de stigmas envers les personnes grosses à travers différents pays. Il est ressorti de l'étude que des attitudes négatives envers les personnes grosses se sont répandues dans des pays et cultures qui auparavant ne présentaient pas de tels stigmas.

Ensuite, la manière dont sont présentées les personnes grosses dans les médias est préoccupante (Chou, Prestin, & Kunath, 2014; Council & Placek, 2014; Greenberg, Eastin, Hofschire, Lachlan, & Brownell, 2003). Un grand nombre de personnes vont consommer le matériel présenté à la télévision, à la radio, sur internet, dans les médias sociaux, les podcasts et les autres médias. Ainsi, la stigmatisation concernant les personnes grosses, qui est véhiculée à travers les médias est à même de rejoindre un important nombre de personnes. Une vision négative des personnes grosses dans le monde des médias peut avoir un important impact sur la manière dont les personnes grosses seront perçues dans la société.

Dans leur étude, Greenberg et ses collaborateurs (2003) ont étudié la représentation des personnes grosses dans les téléséries américaines. Pour ce faire, ils ont sélectionné les 10 séries ayant le plus de cotes d'écoute et ont regardé cinq épisodes pour chacune des séries. Les séries sélectionnées provenaient de six chaînes différentes et la sélection a eu lieu pour la saison 1999-2000. Leurs analyses ont permis de soulever que la présence des personnages qui étaient en surpoids ou obèses était moindre que leur

prévalence dans la société. De plus, les personnages masculins gros étaient peu susceptibles d'être vus en train d'interagir avec des partenaires amoureux ou des amis, de parler de séduction et ils avaient plus de chance d'être montrés lorsqu'ils mangeaient que les personnages minces. En ce qui concerne les personnages féminins en surpoids ou obèses, elles avaient moins de chance d'être considérées comme attirantes, d'interagir avec des partenaires amoureux et de démontrer de l'affection physique que les personnages minces. Des chercheurs américains ont analysé le contenu de diverses plates-formes de médias sociaux (Chou et al., 2014). Leurs analyses ont permis de soulever, entre autres, que le contenu à propos des personnes grosses peut être teinté par de la colère et du dégoût. Selon les chercheurs, les blagues concernant les personnes grosses, bien qu'elles visent parfois le divertissement, placent les individus en surpoids dans une catégorie autre que les gens « normaux ». Le fait même d'être exposés aux contenus des réseaux sociaux semble avoir un impact sur les individus. Une étude réalisée en République Dominicaine (Council & Placek, 2014) a mis en lumière que les préjugés envers les personnes grosses étaient plus élevés chez les personnes qui étaient impliquées dans des réseaux sociaux comme Facebook.

Il est aussi intéressant de relever que la stigmatisation touchant ce groupe social se retrouve même dans les termes utilisés afin de désigner le groupe des personnes grosses. Des chercheurs se sont intéressés aux implications derrière l'emploi du terme obèse. (Rose et al., 2020). Dans l'étude réalisée auprès d'adolescents et jeunes adultes (14 à 24 ans), les participants rapportaient ce qu'ils pensaient lorsqu'ils entendaient le mot

obèse. Alors que pour certains participants le terme obèse faisait référence à une manière de décrire le poids d'une personne, d'autres associaient plutôt le terme à la maladie. Le mot obèse était aussi mis en lien avec des préjugés liés au poids et la supposition que les causes de l'obésité sont une responsabilité individuelle plutôt que des causes incontrôlables (p. ex., génétique).

Une étude s'est intéressée à la manière dont des étudiants universitaires utilisaient et réagissaient à différents termes pour décrire le poids d'une personne ou leur propre poids (Trainer, Brewis, Williams, & Chavez, 2015). Lorsqu'il s'agissait de décrire leur propre poids, les termes *poids non-santé (unhealthy weight)* et *surpoids (overweight)* étaient les deux termes préférés par les participants. Toutefois, lorsqu'ils devaient aborder le poids d'une autre personne, les deux termes les plus utilisés étaient *surpoids (overweight)* et *gros (big)*. Il est intéressant de relever que le terme gros était jugé acceptable pour faire référence au poids d'une autre personne alors que ce terme était dans ceux les moins intéressants pour parler de son propre poids.

À l'international, la question des termes utilisés pour désigner le groupe des personnes grasses a été explorée par quelques études. Dans leur recherche, Volger et ses collaborateurs (2012) ont questionné des personnes grasses afin de savoir quels étaient les termes les plus acceptables et moins acceptables pour faire référence à leur excès de poids. Les participants devaient évaluer différents termes selon une échelle allant de très désirable à très indésirable. Leurs résultats montrent que les termes *obésité (obesity)* et

excès de gras (excess fat) étaient considérés comme moins désirables que les termes *problèmes de poids (weight problem)* et *excès de poids (excess weight)*. Les auteurs concluent en soulevant comment les professionnels traitant l'obésité devraient éviter d'utiliser les termes jugés indésirables. Dans une autre étude (Thomas, Hyde, Karunaratne, Herbert, & Komesaroff, 2008) réalisée en Australie, le mot obésité ressort comme un terme ayant une connotation négative chez les participants. Ce sont 80 % des gens interviewés qui ont rapportés ne pas apprécier l'utilisation du mot obésité et préférer l'emploi du mot gros ou en surpoids.

Ces études mettent de l'avant l'étiquette qui est associé au fait d'appartenir au groupe des personnes grosses et comment l'emploi de certains termes peut être associé à quelque chose de négatif. D'ailleurs, Puhl (2020) s'est penchée sur la question des préférences au niveau de la terminologie pour désigner les personnes grosses. Dans cette recension systématique de la littérature quantitative et qualitative, certaines tendances sont ressorties. Tout d'abord les termes poids (*weight*) et poids non-santé (*unhealthy weight*) sont les termes préférables alors que les termes obèse (*obese*) et gras (*fat*) sont ceux considérés comme les moins acceptables. Malgré ces tendances, certaines caractéristiques des participants tels l'ethnicité, le genre et le poids, sont associées à des préférences différentes afin de désigner le poids d'une personne.

Ces exemples de contextes touchés par les stigmas envers les personnes grosses montrent bien l'étendue de la stigmatisation envers ce groupe social dans notre société.

Faire partie d'un groupe stigmatisé, être exposé aux préjugés en lien avec le poids et subir de la discrimination ne sont pas sans avoir un impact considérable sur les personnes grasses.

Impacts de la stigmatisation envers les personnes grasses

Tout d'abord, un des effets les plus insidieux de la stigmatisation est l'internalisation des stigmas. Internaliser un stigma signifie d'être conscient des stéréotypes et préjugés associés au groupe social, être en accord avec ceux-ci et les appliquer à soi-même (voir Corrigan, Larson, & Rüsch, 2009). Il a été postulé que les individus stigmatisés en venaient à internaliser et s'identifier avec leur condition de personnes stigmatisées (Allport, 1954). L'internalisation des biais concernant un groupe stigmatisé présente des effets négatifs chez les membres de ce groupe (Corrigan, Watson, & Barr, 2006; Drapalski et al., 2013). Certaines personnes grasses vont internaliser les préjugés les concernant ce qui va venir teinter la perception qu'elles ont d'elles-mêmes. Une étude réalisée par Hilbert, Braehler, Haeuser et Zenger (2014) auprès de personnes en surpoids et de personnes présentant une obésité a permis de soulever comment l'internalisation des stigmas liés au poids était associée à la dépression et l'anxiété. Plus précisément, cette recherche a montré comment une plus grande internalisation des stigmas liés au poids prédisait une faible évaluation de soi qui à son tour prédisait un niveau plus élevé de dépression et d'anxiété et une santé globale plus faible.

Dans leur étude, Forbes et Donovan (2019) ont étudié le lien entre le fait d'avoir vécu de la stigmatisation liée au poids, l'internalisation des stigmas ainsi que d'autres variables liées au bien-être (p. ex., honte corporelle). Il est intéressant de relever de cette étude comment le fait de vivre plus de stigmatisation liée au poids prédit une plus importante internalisation des stigmas et préjugés en lien avec le poids. Cela signifie que plus les personnes grasses sont victimes de stigmatisation et en font l'expérience et plus elles vont tendre à internaliser les préjugés les concernant. Une autre étude a voulu relever parmi un échantillon de stéréotypes et d'attitudes, lesquels étaient internalisés par des personnes grasses (Wang, Brownell, & Wadden, 2004). Les résultats démontrent que les participants, qui étaient en surpoids, présentent des biais implicites (inconscients) et explicites (conscients) envers les personnes grasses. Notamment, les participants endossent ainsi la croyance que les personnes grasses sont plus paresseuses que les personnes minces.

Dans un article au nom évocateur *The Ironic Effects of Weight Stigma* (L'effet ironique de la stigmatisation liée au poids), Major et ses collaborateurs (2014) ont soulevé comment être exposé à de la stigmatisation envers le poids avait un impact pervers sur les personnes qui se perçoivent comme grasses. Leur étude visait à tester si l'exposition à du contenu stigmatisant (lecture d'articles traitant de la stigmatisation liée au poids) venait menacer l'identité des personnes qui sont grasses et ainsi restreindre les capacités de maîtrise de soi nécessaires lorsque des individus sont exposés à des aliments riches en calories. Les résultats de l'étude démontrent que les femmes qui se

considèrent en surpoids et qui étaient exposées à la lecture d'un article abordant les stigmas envers les personnes grosses consommaient plus de calories et se sentaient moins capables de contrôler leur alimentation que les femmes qui lisaient l'article contrôle. Ce constat ne se retrouvait pas chez les femmes dans la situation expérimentale qui ne se considérait pas en surpoids. Cependant, la lecture d'article sur la stigmatisation liée au poids augmentait les préoccupations d'être victimes de stigma chez les participantes en surpoids, mais aussi chez les femmes qui ne l'étaient pas. La recherche de Major et ses collaborateurs montre comment, lorsque les personnes grosses sont stigmatisées à cause de leur poids corporel, un des effets de cette stigmatisation est une consommation d'aliments caloriques qui met à risque les individus de prendre du poids additionnel et donc de demeurer gros. En ce sens, l'emploi du terme « *ironic* » utilisé par ces chercheurs pour parler des stigmas envers les personnes grosses est douloureusement approprié.

D'autres études ont soulevé des résultats qui viennent appuyer l'effet pervers de la stigmatisation. Dans sa thèse, Hunger (2017) soutient que la discrimination liée au poids est associée à des comportements alimentaires perturbés. Les résultats de cette thèse viennent appuyer que le fait de vivre de la discrimination liée à son poids entraîne un effet indirect sur les comportements alimentaires en augmentant les préoccupations liées à la stigmatisation envers les personnes grosses ce qui au final aura un effet sur les comportements alimentaires.

Des études soulèvent que la nourriture peut avoir une fonction de gestion des émotions (Puhl & Brownell, 2006; Farrow & Tarrant, 2009; Ford, Lee, & Jeon, 2017). Être exposé à de la stigmatisation liée au poids vient affecter les individus et dans ce contexte le fait de manger peut être associé à une tentative de régulation des émotions ressenties. Les stigmas liés au poids influencent aussi la pratique d'activité sportive. Vartanian et Shaprow (2008) ont étudié la relation entre les stigmas liés au poids, la motivation face à l'exercice physique et les comportements liés à l'activité physique. Les analyses montrent que les expériences de stigmatisation sont positivement corrélées à l'indice de masse corporelle et à l'insatisfaction corporelle. De plus, l'expérience de stigma était associée au désir d'éviter l'activité physique, et ce, même lorsque l'IMC et l'insatisfaction corporelle étaient contrôlées. La faible motivation à l'exercice physique était par la suite associée avec des comportements d'exercices physiques (modéré à intense) moins fréquents.

D'autres études ont aussi soulevé l'impact des stigmas concernant le poids sur la satisfaction corporelle des personnes en surpoids et des personnes grosses (Lee et al., 2013; Lydecker et al., 2016; Previte & Gurrieri, 2015; Webb et al., 2017). Ces études se sont intéressées particulièrement à l'impact des stigmas liés au poids à travers les médias sociaux. Ces études ont permis de mieux comprendre comment la stigmatisation a un impact négatif sur la perception et la satisfaction des personnes grosses envers leur corps.

Dans leur article, Hunger, Major, Blodorn et Miller (2015) présentent un modèle afin d'expliquer la manière dont la stigmatisation envers les personnes grasses vient affecter ces individus. La stigmatisation liée au poids vient menacer l'identité sociale des personnes grasses ce qui déclenche plusieurs mécanismes psychologiques et physiologiques ayant des conséquences sur l'état de santé des personnes grasses. Ainsi, les mécanismes associés au stress, au contrôle exécutif ainsi qu'à l'autorégulation sont affectés par la stigmatisation. Les personnes grasses confrontées à de la stigmatisation vont vivre un stress plus grand, tout en ayant moins accès à leurs capacités de gestion des émotions et peuvent utiliser des moyens alternatifs (consommation accrue de nourriture). Les individus confrontés à la stigmatisation liée au poids sont plus portés à éviter et fuir les stigmas. Cela peut se manifester par une baisse de motivation à l'entraînement en public, de l'isolement social et dans un même temps une motivation à perdre du poids via des moyens délétères pour la santé (restrictions alimentaires) qui peuvent au contraire mener à une augmentation du poids. Au final, la stigmatisation envers les personnes grasses contribue et exacerbe les maladies associées à l'obésité. Les auteurs discutent en détail chacun des mécanismes touchés par la stigmatisation dans leur étude (Hunger et al., 2015).

La stigmatisation liée au poids a différents impacts sur les personnes grasses comme il a été abordé dans les dernières pages. Dans son étude réalisée auprès de femmes, Locker (2013) a tenté d'explorer les conséquences des stigmas liés au poids en utilisant comme modèle la théorie de l'identité sociale (Tajfel, Turner, Austin, & Worchel, 1979).

L'auteur suggère que les femmes ayant participé à l'étude perçoivent de la discrimination liée à leur poids ce qui vient affecter leur estime personnelle en les confrontant au fait qu'elles font partie d'un groupe social dévalué. Cette étude, en adoptant une perspective sociale de la stigmatisation liée au poids, permet une compréhension plus complète du phénomène.

Identité sociale et stigmatisation

La théorie de l'identité sociale (Tajfel et al., 1979) a comme visée d'arriver à une compréhension des conflits intergroupes. Un de ses postulats de base est que le simple fait de diviser, de catégoriser les individus en deux groupes distincts va entraîner des comportements de discrimination entre les deux groupes. Ces comportements discriminatoires auraient comme fonction de permettre de différencier un groupe d'un autre et de renforcer le sentiment d'appartenance à un groupe. Ce sentiment de faire partie d'un groupe et de s'identifier aux membres le composant est essentiel aux individus.

L'appartenance à un groupe social est associée à plusieurs effets positifs pour les individus et joue un rôle protecteur face à des situations de stress (Haslam, O'Brien, Jetten, Vormedal, & Penna, 2005; Haslam & Reicher, 2006). Cela s'explique entre autres, car au sein d'un groupe, une personne peut bénéficier du soutien des autres membres afin de faire face aux situations difficiles. Percevoir qu'on peut recevoir le

soutien des autres membres du groupe est lié au bien-être (Schulz, Tompkins, Wood, & Decker, 1987; Wong, Yoo, & Stewart, 2007).

Le groupe d'appartenance aurait aussi un effet sur la perception de soi-même et l'estime de soi. Les théoriciens de la théorie de l'identité sociale évoquent que l'estime de soi est en partie déterminée par la faculté des membres d'un groupe social à percevoir leur groupe comme supérieur aux autres groupes (Tajfel, 1982; Tajfel et al., 1979). À l'inverse, les individus qui perçoivent leur groupe comme étant dévalué ou qui eux-mêmes discréditent leur propre groupe vont avoir tendance à présenter une faible estime d'eux-mêmes, voire éventuellement un faible bien-être (Luhtanen & Crocker, 1992).

Ainsi, voir son groupe social stigmatisé et dévalué socialement a des conséquences considérables dans une perspective individuelle. Si le fait de s'identifier à un groupe ayant un faible statut social a un impact délétère sur une personne, comment celle-ci peut-elle se prémunir contre de telles conséquences? On va noter chez certains individus une tentative de mettre une distance entre eux-mêmes et leur groupe stigmatisé. En se distanciant du groupe stigmatisé, il s'agit d'une manière pour l'individu de se protéger des impacts associés à la stigmatisation de son groupe d'appartenance par le reste de la société. Ce mécanisme peut se manifester de différentes manières en passant par la tentative de dissimuler son lien avec un groupe stigmatisé (Veldman, Doolaard, Bosker, & Snijders, 2020), en passant par un désinvestissement du groupe d'appartenance (Kende et al., 2020) et pouvant même s'exprimer à travers une réticence à être en

interaction avec d'autres membres du groupe stigmatisé (Bergsieker, Wilmot, Cyr, & Grey, 2020; Faniko, Ellemers, Derks, & Lorenzi-Cioldi, 2017).

L'option de se dissocier d'un groupe stigmatisé n'est pas possible pour tous. Par exemple, il est difficile pour une personne grosse de nier son appartenance au groupe des personnes grosses et il n'est pas aisé de s'éloigner du groupe stigmatisé, par exemple en perdant du poids. Ce phénomène permet un éclairage différent face à la course aux régimes et aux moyens permettant une perte de poids. Effectivement, en perdant du poids un individu pourrait ainsi prendre une distance face au groupe, dans le but de se protéger des stigmas. Perdre du poids peut aussi être une manière d'être considéré par le groupe social dominant (les personnes de poids normal) et d'intégrer celui-ci. Toutefois, il n'est pas toujours possible de se distancier d'un groupe stigmatisé.

Dans son étude en 1993, Ellemers a créé des groupes de manière expérimentale et a relevé comment, lorsque les individus percevaient qu'il leur était impossible de changer de groupe, l'identification au groupe avec un faible statut était plus importante que lorsque les individus avaient l'impression de pouvoir rejoindre un groupe social du statut élevé. Autrement dit, dans un contexte où les membres d'un groupe stigmatisé ne peuvent se distancier de leur groupe pour aller vers un autre, on voit davantage apparaître un désir de s'identifier au groupe stigmatisé. L'identification au groupe stigmatisé procurerait un sentiment d'appartenance qui serait impossible autrement à obtenir via un groupe social de statut plus élevé. Plusieurs autres études ont relevé la

contribution de l'identification au groupe chez différents groupes stigmatisés comme les personnes homosexuelles (Nouvilas-Pallejà, Silván-Ferrero, De Apodaca, & Molero, 2018), les personnes ayant le VIH (Molero, Recio, García-Ael, & Pérez-Garín, 2019), les personnes présentant un handicap (Chan & Mak, 2020) et les personnes latinos (Armenta & Hunt, 2009). Un modèle a été élaboré, le *Rejection Identification Model* (Branscombe et al., 1999) selon le postulat de base que l'identification au groupe est un moyen de faire face au stigma.

Rejection Identification Model

Branscombe et ses collaborateurs (1999) ont élaboré le *Rejection Identification Model* qui avance que la discrimination perçue peut conduire à une identification accrue au groupe discriminé, ce qui vise à maintenir le bien-être psychologique face à la dévaluation sociale.

Le modèle de Branscombe et ses collaborateurs (1999) postule qu'une des manières de se protéger face aux impacts négatifs des stigmas pour les membres appartenant à des groupes stigmatisés est de s'identifier à ce groupe et aux membres le composant au lieu de s'identifier au groupe majoritaire. Par exemple, les personnes présentant une orientation sexuelle de type homosexuelle ont subi différents préjudices au fil des ans et se sont vues attribuer une étiquette sociale négative. Face à cette évaluation négative de la part du groupe social majoritaire (individus ayant une orientation sexuelle hétérosexuelle), les personnes homosexuelles se sont rassemblées au sein d'un groupe et

ont investi cette identité sociale. Ce faisant, les personnes présentant une orientation sexuelle homosexuelle se sont protégées de la menace de vivre du rejet et leur valeur individuelle n'a plus été déterminée par l'évaluation du groupe majoritaire. Ce processus d'identification au groupe a donc un effet protecteur sur le bien-être de ses membres (Branscombe et al., 1999).

L'impact de l'identification au groupe sur le bien-être ou l'estime de soi a été testé auprès de différentes populations. Les chercheurs Giamo, Schmitt et Outten (2012) ont testé le *Rejection Identification Model* auprès des personnes multiethniques pour voir comment ces individus faisaient face à la discrimination et aux dangers qu'elle représente pour le bien-être psychologique. Les résultats sont compatibles avec le modèle et démontrent que la discrimination perçue était positivement corrélée à l'identification au groupe et au bien-être. Cela vient renforcer l'hypothèse que face à de la discrimination les individus vont venir s'identifier au groupe stigmatisé afin de contrer les effets des stigmas.

Dans leur étude, Outten, Schmitt, Garcia et Branscombe (2009) ont tenté de tester si l'identification au groupe des personnes afro-américaines renforçait la confiance d'un individu envers sa capacité à faire face au stress ce qui, au final, prédisait le bien-être psychologique. L'étude ayant pris place aux États-Unis a recruté un échantillon de 120 participants s'identifiant comme afro-américains. Les résultats viennent soulever l'importance de l'identification au groupe dans le processus d'adaptation face à des

stresseurs. Effectivement, les participants de l'étude qui s'identifiaient plus fortement à leur groupe racial rapportaient un meilleur bien-être. La relation entre l'identification au groupe et le bien-être était médiée par la confiance des individus en leurs capacités et celle de leur groupe à faire face à des stresseurs.

Le *Rejection Identification Model* a aussi été testé auprès d'autres populations : étudiants internationaux (Schmitt, Spears, & Branscombe, 2003); femmes (Redersdorff, Martinot, & Branscombe, 2004; Schmitt, Branscombe, Kobrynowicz, & Owen, 2002); sous-culture aux États-Unis (Baker, 2019) et prisonniers (Kyprianides, Easterbrook, & Cruwys, 2019). Le *Rejection Identification Model* a été testé auprès de personnes grasses dans une seule étude réalisée en Espagne (Magallares, Morales, & Rubio, 2014). Leur étude visait à explorer l'impact de l'identification au groupe des personnes grasses sur la santé psychologique à travers des mesures d'estime de soi, de satisfaction de vie et de dépression. L'échantillon est constitué de 95 participants recrutés au sein d'associations pour les personnes grasses. Afin de tester le *Rejection Identification Model*, une analyse des pistes causales fut réalisée. La discrimination, l'hostilité, l'identification au groupe et l'estime de soi ont été testées. Les résultats montrent que le *Rejection Identification Model* s'applique au groupe des personnes grasses. Ainsi, s'identifier fortement au groupe pourrait permettre aux personnes grasses de faire face à la stigmatisation perçue et de maintenir une estime de soi positive.

L'étude de Magallares et ses collaborateurs (2014) permet de comprendre comment l'identification au groupe permet de se protéger de la stigmatisation envers les personnes grosses. Le *Rejection Identification Model* n'a pas été élaboré précisément pour tenir compte de la réalité des personnes grosses. Ainsi, il existe certaines spécificités quant à l'impact de la stigmatisation sur les personnes grosses. Comme mentionné précédemment dans cette section, la stigmatisation liée au poids entraîne des impacts sur le bien-être, mais aussi sur la satisfaction corporelle et sur l'alimentation. Puisque les stigmas liés au poids corporel sont associés à l'insatisfaction face à son apparence (Lee et al., 2013; Lydecker et al., 2016; Previte & Gurrieri, 2015; Webb et al., 2017) ainsi qu'à des comportements alimentaires problématiques (Hunger, 2017; Major et al., 2014), il est pertinent de considérer ces aspects en lien avec le *Rejection Identification Model*.

De plus, une des limites relevées par les chercheurs concerne la manière dont les participants de l'étude ont été sélectionnés. Effectivement, puisque les personnes ont été recrutées directement au sein d'associations regroupant des personnes grosses, il est fort possible que les participants aient déjà une identification au groupe plus forte que dans la population générale.

Objectifs et hypothèses de l'étude

Le présent projet de recherche vise à explorer l'identification au groupe des personnes grosses dans la population générale. Le premier objectif est d'étudier les

termes employés par les personnes grosses afin d'identifier leur groupe d'appartenance. À notre connaissance, aucune étude québécoise ne s'est intéressée à la manière dont les personnes grosses nommaient leur propre groupe d'appartenance. Le choix du terme utilisé n'est pas banal et nous trouvions important que les membres de ce groupe aient la possibilité de déterminer eux-mêmes comment ils souhaitent faire référence à leur groupe.

Le second objectif de cette étude est d'explorer les relations entre l'identification au groupe des personnes grosses, l'estime de soi, la satisfaction corporelle et l'alimentation. Selon le *Rejection Identification Model*, s'identifier fortement aux personnes grosses permet aux individus de contrer l'impact de la stigmatisation entourant les personnes grosses et de maintenir une estime positive d'elles-mêmes. Au-delà du modèle, puisque la stigmatisation envers le groupe de personnes grosses est associée à des impacts négatifs sur les sphères précises associées à la régulation du poids comme sur les comportements alimentaires (Hunger, 2017; Major et al., 2014) et la satisfaction corporelle (Lee et al., 2013; Lydecker et al., 2016; Previte & Gurrieri, 2015; Webb et al., 2017). Il est donc attendu que plus une personne grosse s'identifie à son groupe et plus elle présentera une bonne estime de soi, sera satisfaite de son apparence et rapportera des comportements alimentaires sains (hypothèse 1).

Le troisième et dernier objectif de cette recherche est de voir si l'identification au groupe peut prédire significativement les comportements alimentaires et la satisfaction

corporelle en contrôlant pour l'effet de l'estime de soi. Notre hypothèse est qu'une identification au groupe plus importante va prédire des comportements alimentaires plus sains et une plus grande satisfaction corporelle, en plus de la contribution de l'estime de soi (hypothèse 1).

Méthode

Ce chapitre présente la méthodologie de ce projet de recherche. Il est divisé en deux parties. La première partie est consacrée aux caractéristiques des participants ainsi que le recrutement de ceux-ci. La seconde partie aborde les différents instruments de mesure utilisés pour ce projet.

Procédure

Pour le recrutement des participants, une annonce a été publiée via les réseaux sociaux (par exemple Facebook) ainsi que sur le site internet de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Dans les deux cas, les personnes intéressées pouvaient cliquer sur un lien internet qui les redirigeait sur une plateforme de sondage en ligne où ils retrouvaient la description de l'étude ainsi que la lettre de consentement. Une fois leur consentement donné, ils pouvaient répondre au questionnaire en ligne d'une durée approximative de 25 minutes. Le présent projet de recherche a été approuvé par le comité d'éthique de la recherche auprès des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières.

Participants

Les participants ont été sollicités pour une étude visant à mieux comprendre le lien entre le fait de s'identifier à un groupe d'appartenance, les préjugés par rapport au poids, l'estime de soi, la satisfaction corporelle et l'alimentation chez les personnes qui présentaient un embonpoint. Ainsi, les personnes ayant décidé de participer à cette étude

se reconnaissaient comme en embonpoint et présentaient un intérêt face à l'impact de l'identification à un groupe sur différentes variables (estime de soi, alimentation, etc.).

Critères de sélection et d'exclusion

Pour participer à cette recherche, les participants devaient répondre à deux critères de sélection : (1) Avoir 18 ans et plus; et (2) Présenter un indice de masse corporelle (IMC) auto-rapporté de 30 et plus. Dans le formulaire de consentement, les participants trouvaient un lien les redirigeant vers un site internet dédié au calcul de l'IMC. Les participants étaient aussi avisés que les informations permettant le calcul de l'IMC leur seraient demandées durant la complétion du questionnaire. Les participants étaient informés que les personnes ne répondant pas au critère de sélection d'un IMC de 30 et plus seraient exclues des analyses.

Caractéristiques de l'échantillon

Les personnes ayant accepté de participer à l'étude sont au nombre de soixante-dix et seulement cinquante d'entre eux ont rempli au complet le questionnaire. L'échantillon de cette étude est composé de cinquante participants ayant entre 20 et 64 ans (âge moyen = 36,0 ans, $ET = 12,81$). L'échantillon est constitué de 80 % de femmes ($n = 40$) et de 18 % ($n = 9$) d'hommes. Un individu s'est identifié comme personne non binaire. De l'ensemble des participants, 96 % ($n = 48$) ont indiqué être Caucasiens. Concernant leur statut civil, 38 % ($n = 19$) des participants sont en couple, 32 % ($n = 16$) sont mariés, 22 % ($n = 11$) sont célibataires, 6 % ($n = 3$) sont séparés et 2 % ($n = 1$) sont

veufs/veuves. La principale occupation des participants est un emploi rémunéré à temps plein pour 52 % de l'échantillon alors que 34 % poursuivent des études à temps plein. Le reste des participants poursuit des études à temps partiel ($n = 1$) ou a d'autres occupations ($n = 6$). En ce qui concerne le niveau de scolarité des participants, 84 % ($n = 42$) des participants ont complétés des études postsecondaires : primaire (2 %); secondaire (14 %); Cégep/collégial (42 %); baccalauréat (28 %); maîtrise (10 %); doctorat (2 %) et postdoctorat (2 %). Finalement, l'IMC des participants se situe entre 30 et 66,2 kg/m² (IMC moyen = 37,84 kg/m², $ÉT = 7,11$ kg/m²).

Instruments de mesure

Six questionnaires se retrouvent dans l'étude soit un questionnaire sociodémographique, un questionnaire d'identification au groupe (*Group Identification Scale 2.0*), un questionnaire d'estime de soi (Échelle d'estime de soi de Rosenberg), un questionnaire d'estime corporelle (*Body-Esteem Scale*), un questionnaire d'alimentation intuitive (*Intuitive Eating Scale*) et un questionnaire mesurant les comportements de compulsions alimentaires (*Binge Eating Scale*).

Questionnaire sociodémographique

Le questionnaire sociodémographique (voir Appendice A) comportait des questions visant à récolter des informations sur le genre, l'âge, le niveau d'éducation, le statut matrimonial, l'occupation actuelle, le revenu, l'origine ethnique, la citoyenneté et le domaine d'étude ou d'emploi. À la fin de ce questionnaire, la taille en centimètres ou

pouces ainsi que le poids en livres ou en kilogrammes étaient demandés. Ces informations permettaient de calculer l'IMC des participants et de s'assurer qu'ils remplissaient le critère de sélection d'un IMC de 30 et plus.

Mesure d'identification au groupe

Pour mesurer l'identification au groupe des personnes grasses, il a d'abord été demandé aux participants de déterminer le terme qui les représentait le mieux. Ils devaient donc choisir entre les termes suivants : obèse, gros, personne en surpoids, personne présentant un embonpoint. Les participants avaient aussi la possibilité de proposer un autre terme qui les définissait mieux ou de refuser de répondre à cette question. Une fois le terme choisi, les participants devaient répondre au *Group Identification Scale 2.0* (Henry, Arrow, & Carini, 1999) (voir Appendice B). Composé de 12 questions, ce questionnaire vise à mesurer l'identification de groupe selon trois composantes : *affective*, *comportementale* et *cognitive*. La sous-échelle *cognitive* mesure à quel point une personne se reconnaît comme faisant partie d'un groupe. La sous-échelle *affective* vient plutôt évaluer l'intérêt d'une personne envers les autres membres du groupe. La sous-échelle *comportementale*, relève dans quelle mesure le participant croit que les membres du groupe doivent mettre leurs efforts en commun pour atteindre les objectifs du groupe. Cette sous-échelle fait ainsi référence à une interdépendance des membres du groupe.

Le questionnaire ayant été originellement créé en anglais, il a été traduit en français pour les besoins de l'étude en utilisant une méthode de double traduction inversée. Ainsi, le questionnaire a tout d'abord été traduit de l'anglais au français par une personne bilingue. La version en langue française ainsi créée a par la suite été remise à une autre personne bilingue qui l'a retraduite en anglais. La version originale en anglais et la nouvelle version anglaise du questionnaire ont par la suite été comparées afin de valider la traduction francophone.

La deuxième version du *Group Identification Scale* (Henry et al., 1999) a été validée auprès de 420 étudiants de l'Université d'Oklahoma et de 320 étudiants de l'Université d'Oregon. L'échantillon formé des étudiants de l'Université d'Oklahoma est composé presque à parts égales d'hommes et de femmes. L'âge moyen est de 19,7 ans et la majorité des participants sont caucasiens. Les participants recrutés à l'Université d'Oregon sont quant à eux majoritairement des femmes (65%) et l'âge moyen est de 19,3 ans. L'échantillon de l'Université d'Oregon est composé principalement des personnes caucasiennes. La cohérence interne totale du questionnaire est très bonne dans les deux échantillons soit de 0,89 pour l'échantillon d'Oklahoma et de 0,85 pour l'échantillon d'Oregon. La cohérence interne des trois sous-échelles varie entre 0,76 et 0,84. Dans le présent échantillon, la cohérence interne du questionnaire est de 0,76. L'alpha de Cronbach de la sous-échelle *affective* est de 0,70 et est donc acceptable. Les alphas de Cronbach de la sous-échelle *cognitive* et *comportementale* sont respectivement de 0,58 et de 0,55 qui est inférieur au niveau acceptable (0,70)

proposé par Cohen (1988). Considérant la faible cohérence interne des sous-échelles *cognitive* et *comportementale* nous avons investigué la présence d'items qui étaient faiblement corrélés aux autres items du questionnaire. L'item trois (*Je pense à ce groupe comme une partie de qui je suis*) faisant partie de la sous-échelle *cognitive* a été retiré puisqu'il était plus faiblement corrélé (0,58) aux autres items de la sous-échelle. Une fois l'item retiré, l'alpha de Cronbach de la sous-échelle *cognitive* est de 0,64 ce qui s'approche de la valeur de 0,70. La cohérence interne de la sous-échelle *comportementale* était insatisfaisante malgré la suppression de certains items. Nous avons été contraints de retirer cette sous-échelle des analyses. Ce faisant, seulement la sous-échelle *affective* et la sous-échelle *cognitive* modifiée ont été considérées dans les analyses.

Mesure d'estime de soi

L'échelle d'estime de soi de Rosenberg (1965) (voir Appendice C) est composée de 10 items et fournit une mesure globale de l'estime de soi par une échelle Likert de quatre points. Le score obtenu peut varier entre 10 et 40. Un score de 10 équivaut au plus faible niveau d'estime de soi alors qu'un score de 40 est associé au plus haut niveau d'estime de soi. L'échelle d'estime de soi a été traduite et validée au Québec par Vallières et Vallerand (1990). La version québécoise a été validée auprès de trois échantillons d'étudiants de niveau collégial pour un total de 479 étudiants. Dans les trois études, le coefficient de cohérence interne (Alpha de Cronbach) variait entre 0,70 et 0,90. Dans la présente étude, la cohérence interne du questionnaire est 0,84.

Mesure d'estime corporelle

Le *Body Esteem Scale* (BES) (Mendelson, Mendelson, & White, 2001) (voir Appendice D) est un questionnaire de 23 items qui évalue l'image corporelle selon trois dimensions (apparence, poids et attribution) par une échelle Likert en cinq points. Ce questionnaire auto-rapporté multidimensionnel permet d'évaluer l'estime corporelle autant chez la population féminine que masculine. Plus le score est élevé, plus l'estime corporelle est élevée. L'instrument présente un indice de cohérence interne allant de 0,75 à 0,96 pour les trois sous-échelles (Mendelson et al., 2001). Dans la présente étude, la version française de Valls, Rousseau et Chabrol (2011) a été utilisée. Cette version française du BES a été validée auprès d'une population masculine (2011) et auprès d'une population féminine (2015) composée d'adolescentes et de jeunes femmes. Dans notre étude, la cohérence interne des sous-échelles est excellente pour la sous-échelle d'*Apparence* (0,94) et la sous-échelle de *Poids* (0,91), mais très faible pour la sous-échelle d'*Attribution* (0,09). La sous-échelle *Attribution* a été retirée des analyses à cause des problèmes de cohérence interne.

Mesure d'alimentation intuitive

Le *Intuitive Eating Scale* (IES-2) (Tylka & Kroon Van Diest, 2013) (voir Appendice E) est un questionnaire de 23 items évaluant l'alimentation intuitive selon quatre sous-échelles : *Permission inconditionnelle de manger (PIM)*; *Manger pour des raisons physiques plutôt qu'émotionnelles (RPE)*; *la Confiance en ses signaux de faim et satiété (CFS)*; *la Congruence entre les besoins physiques et les apports alimentaires*

(*CBA*). La sous-échelle *PIM* fait référence à la tendance des individus à manger lorsqu'ils ont faim sans essayer de réprimer leur faim. La deuxième sous-échelle (*RPE*) mesure la capacité des individus à manger lorsqu'ils ont faim et non dans l'optique de gérer une émotion (stress, colère, tristesse, etc.) La sous-échelle *CFS* réfère à la confiance des individus envers leurs signaux de faim et de satiété ainsi que leurs capacités à se fier à ces signaux pour réguler leurs comportements alimentaires. Finalement, la dernière sous-échelle (*CBA*) mesure à quel point les individus font des choix alimentaires qui sont en accord avec les besoins de leur corps. Le questionnaire utilise une échelle Likert en cinq points. Dans la présente étude, la version québécoise de Carbonneau et ses collaborateurs (2016) a été utilisée. La version québécoise du IES-2 a été validée auprès d'une population féminine et masculine grâce à deux études. L'alpha de Cronbach pour le score total était de 0,90 dans la première étude et de 0,88 dans la seconde. Le coefficient d'alpha de Cronbach de l'IES-2 dans le présent échantillon est de 0,88. La cohérence interne des sous-échelles de l'IES-2 est adéquate : IES (*PIM*) $\alpha = 0,73$; IES (*RPE*) $\alpha = 0,93$; IES (*CFS*) $\alpha = 0,87$; IES (*CBA*) $\alpha = 0,86$.

Mesure des compulsions alimentaires

Le *Binge Eating Scale* (BES) (Gormally, Black, Daston, & Rardin, 1982) (voir Appendice F) est un questionnaire auto-rapporté constitué de 16 items mesurant la présence de comportements de compulsions alimentaires. Il mesure à la fois les symptômes comportementaux, cognitifs et affectifs liés à l'hyperphagie boulimique. Pour chaque item, la personne est amenée à choisir entre trois ou quatre affirmations,

selon ce qui correspond le mieux à son comportement alimentaire au courant du dernier mois. Cela mène à l'obtention d'un score variant entre 0 et 3 ou entre 0 et 2 pour chaque item. Un score plus élevé témoigne d'un niveau d'hyperphagie boulimique plus sévère. La version française de Brunault et al. (2016) a été utilisée pour la présente étude. Ses propriétés psychométriques sont proches de celles retrouvées dans la version originale, et les indices de cohérence interne pour une population normale et clinique (obésité morbide) sont excellents ($\alpha = 0,93$ et $0,88$). L'alpha de Cronbach du *Binge Eating Scale* de cette étude est excellent ($\alpha = 0,94$).

Plan d'analyses statistiques

Afin d'atteindre les objectifs de présent projet de recherche, différentes analyses seront utilisées. Dans un premier temps, des analyses de fréquence seront réalisées afin de relever les termes employés par les participants pour décrire leur groupe d'appartenance. Dans un deuxième temps, des corrélations entre les variables à l'étude seront réalisées. Par la suite, puisque nous souhaitons vérifier la valeur prédictive de certaines variables, des régressions linéaires seront réalisées. Ainsi, pour chacune des variables étudiées, nous avons testé un modèle de régression en trois blocs. Le premier bloc concerne la variance associée à l'estime de soi comme prédicteur. Le deuxième bloc vise à ajouter la satisfaction corporelle comme prédicteur. Finalement, le dernier bloc sert à vérifier la valeur prédictive additionnelle de l'identification au groupe avec l'estime de soi et la satisfaction corporelle. Pour les variables d'estime corporelle, le deuxième bloc a été enlevé des analyses.

Résultats

Dans ce chapitre sont présentés les résultats des différentes analyses réalisées. Il est divisé en trois sections correspondant chacune à un des objectifs de l'étude. Tout d'abord, les résultats des analyses de fréquence sont présentés afin de relever les termes employés par les participants pour décrire leur groupe d'appartenance. La deuxième partie est consacrée aux corrélations entre les variables. La dernière section regroupe les régressions linéaires permettant de vérifier la valeur prédictive de l'identification au groupe.

Choix du terme pour décrire le groupe d'appartenance

La compilation des résultats permet de relever que près de la moitié des participants (48 %) ont préféré le terme *personnes en surpoids*. Les termes *personnes présentant un embonpoint* et *personnes obèses* ont été jugés représentatifs respectivement par 20 % et 18 % des participants. Le dernier terme proposé, soit *personnes grosses* n'a été préféré que par 8 % de l'échantillon. Trois participants ont proposé un autre terme que ceux présentés, soit *femmes rondes*, *tailles plus* et *personnes souffrant d'obésité*.

Associations de l'identification au groupe avec les variables

Le Tableau 1 présente les corrélations entre les différentes variables à l'étude. La sous-échelle affective d'identification au groupe corrèle significativement seulement avec la sous-échelle *cognitive*. Les deux sous-échelles de l'identification au groupe corréleront différemment avec les autres variables.

Tableau 1

Corrélations entre les variables

Variables	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Identification (<i>cognitive</i>)	0,365**	-0,057	-0,511**	-0,488**	-0,262	-0,294*	-0,363**	0,267	-0,322*
2. Identification (<i>affective</i>)		0,188	-0,229	-0,167	-0,092	0,187	0,238	-0,005	0,199
3. Alimentation intuitive (<i>PIM</i>)			-0,003	0,033	-0,152	0,303*	0,373**	-0,064	0,136
4. Alimentation intuitive (<i>RPE</i>)				0,612**	0,261	0,427**	0,415**	-0,544**	0,326*
5. Alimentation intuitive (<i>CFS</i>)					0,339*	0,373**	0,449**	-0,387**	0,104
6. Alimentation intuitive (<i>CBA</i>)						0,339*	0,406**	-0,385**	0,276
7. Satisfaction corporelle (<i>apparence</i>)							0,883**	-0,491**	0,524**
8. Satisfaction corporelle (<i>poids</i>)								-0,449**	0,486**
9. Compulsions alimentaires									-0,359*
10. Estime de soi									

Note. * seuil de signification = $p < 0,05$ ** seuil de signification = $p < 0,01$ N = 50.

Alimentation intuitive (PIM) = Sous-échelle permission inconditionnelle de manger, Alimentation intuitive (RPE) = Sous-échelle manger pour des raisons physiques plutôt qu'émotionnelles, Alimentation intuitive (CFS) = Sous-échelle confiance en ses signaux de faim et de satiété, Alimentation intuitive (CBA) = Sous-échelle congruence entre les besoins physiques et les apports alimentaires

La sous-échelle *affective* est corrélée positivement avec la satisfaction corporelle (sous-échelle *poids*), mais la corrélation est marginalement significative ($p = 0,096$). Quant à la sous-échelle *cognitive*, elle est significativement inversement corrélée à l'estime de soi, la satisfaction corporelle (sous-échelles *apparence* et *poids*) et à deux sous-échelles de l'alimentation intuitive (sous-échelles *manger pour des raisons physiques plutôt qu'émotionnelles* et *confiance en ses signaux de faim et de satiété*). Selon les balises de Cohen (1988), la force de ces associations avec la sous-échelle *cognitive* varie de faible à modérée. La corrélation entre la sous-échelle *cognitive* et l'échelle de compulsions alimentaires est marginalement significative ($p = 0,061$) comme celle entre la sous-échelle *cognitive* et la sous-échelle *congruence entre les besoins physiques et les apports alimentaires* de l'alimentation intuitive ($p = 0,066$).

Valeur prédictive de l'identification au groupe

La première variable testée est la satisfaction corporelle. Dans le modèle testant la sous-échelle *apparence* de la satisfaction corporelle, les deux blocs sont significatifs (voir Tableau 2). L'estime de soi et l'identification au groupe expliquent 27,5 % de la variabilité de la sous-échelle *apparence*. La valeur prédictive augmente de 1,5 % au bloc 2. L'estime de soi est le seul prédicteur significatif, c'est-à-dire que plus une personne rapporte une bonne estime d'elle-même, plus elle sera satisfaite de son apparence.

Tableau 2

Analyse de régression hiérarchique prédisant la satisfaction face à son apparence à partir de l'estime de soi et l'identification au groupe

Variables prédictives	Satisfaction corporelle (<i>apparence</i>)				
	ΔR^2	B	β	<i>t</i>	<i>p</i>
Étape 1	0,260				0,000
Estime de soi		0,086	0,524	4,267	0,000
Étape 2	0,275				0,000
Estime de soi		0,068	0,413	3,002	0,004
Identification au groupe (<i>affective</i>)		0,146	0,188	1,346	0,185
Identification au groupe (<i>cognitive</i>)		-0,152	-0,230	-1,589	0,119

Note. N = 50.

Les deux blocs sont significatifs également pour la sous-échelle *poids* de la satisfaction corporelle (voir Tableau 3). L'estime de soi et l'identification au groupe expliquent 31,8 % de la variabilité de la sous-échelle *poids*. La valeur prédictive augmente de 9,8 % au bloc 2. L'estime de soi et les deux sous-échelles de la variable d'identification au groupe prédisent de manière significative la variance. Les participants présentant une meilleure estime de soi ainsi que ceux s'identifiant plus fortement au groupe des personnes grasses d'une manière *affective* présentent une meilleure satisfaction corporelle en lien avec leur poids, alors que les personnes s'identifiant *cognitivement* au groupe de personnes grasses vont présenter une plus faible satisfaction corporelle en lien avec leurs poids.

Tableau 3

Analyse de régression hiérarchique prédisant la satisfaction face à son poids à partir de l'estime de soi et l'identification au groupe

Variables prédictives	Satisfaction corporelle (<i>poids</i>)				
	ΔR^2	B	β	<i>t</i>	<i>p</i>
Étape 1	0,220				0,000
Estime de soi		0,078	0,486	3,851	0,000
Étape 2	0,318				0,000
Estime de soi		0,048	0,300	2,246	0,030
Identification au groupe (<i>affective</i>)		0,241	0,318	2,343	0,024
Identification au groupe (<i>cognitive</i>)		-0,247	-0,382	-2,723	0,009

Note. N = 50.

Pour l'alimentation intuitive, le modèle de régression est significatif statistiquement et prédit 47,8 % de la variance (voir Tableau 4). La valeur prédictive augmente de 13,7 % du bloc 2 au bloc 3. La sous-échelle *poids* de la variable satisfaction corporelle ainsi que la sous-échelle *cognitive* de l'identification au groupe sont des prédicteurs significatifs de l'alimentation intuitive. Ainsi, plus une personne est satisfaite de son poids et plus elle risque d'avoir une alimentation qui est intuitive, alors que plus une personne s'identifie cognitivement comme une personne grosse et moins son alimentation sera intuitive.

Tableau 4

Analyse de régression hiérarchique prédisant l'alimentation intuitive à partir de l'estime de soi, la satisfaction corporelle et l'identification au groupe

Variables prédictives	Alimentation intuitive				
	ΔR^2	B	β	<i>t</i>	<i>p</i>
Étape 1	0,0920				0,018
Estime de soi		0,039	0,332	2,442	0,018
Étape 2	0,341				0,000
Estime de soi		0,004	0,038	0,275	0,784
Satisfaction corporelle (<i>apparence</i>)		0,034	0,047	0,187	0,853
Satisfaction corporelle (<i>poids</i>)		0,404	0,556	2,242	0,030
Étape 3	0,478				0,000
Estime de soi		0,000	-0,002	-0,019	0,985
Satisfaction corporelle (<i>apparence</i>)		0,057	0,080	0,348	0,729
Satisfaction corporelle (<i>poids</i>)		0,351	0,483	2,033	0,048
Identification au groupe (<i>affective</i>)		-0,099	-0,180	-1,414	0,164
Identification au groupe (<i>cognitive</i>)		-0,137	-0,292	-2,169	0,035

Note. N = 50.

Pour les comportements de compulsions alimentaires, le modèle de régression est aussi statistiquement significatif et prédit 18,8 % de la variance (voir Tableau 5). Toutefois, le bloc 2 (estime de soi et satisfaction corporelle) est le seul qui prédit significativement les compulsions alimentaires. L'ajout de la variable d'identification au groupe n'ajoute pas de variance expliquée. Dans le modèle total, aucune variable ne prédit significativement les compulsions alimentaires.

Tableau 5

Analyse de régression hiérarchique prédisant les comportements de compulsions alimentaires à partir de l'estime de soi, la satisfaction corporelle et l'identification au groupe

Variables prédictives	Comportements de compulsions alimentaires				
	ΔR^2	B	β	<i>t</i>	<i>p</i>
Étape 1	0,111				0,010
Estime de soi		-0,432	-0,359	-2,666	0,010
Étape 2	0,208				0,003
Estime de soi		-0,166	-0,138	-0,925	0,360
Satisfaction corporelle (<i>apparence</i>)		-2,701	-0,369	-1,325	0,192
Satisfaction corporelle (<i>poids</i>)		-0,416	-0,056	-0,205	0,838
Étape 3	0,188				0,014
Estime de soi		-0,160	-0,133	-0,835	0,408
Satisfaction corporelle (<i>apparence</i>)		-2,717	-0,372	-1,292	0,203
Satisfaction corporelle (<i>poids</i>)		-0,369	-0,050	-0,167	0,868
Identification au groupe (<i>affective</i>)		0,435	0,077	0,485	0,682
Identification au groupe (<i>cognitive</i>)		0,333	0,069	0,412	0,682

Note. N = 50.

Discussion

La présente étude avait comme visée d'explorer l'identification au groupe des personnes grasses et la manière dont elle se manifeste chez les personnes grasses. Plus précisément, nous étions intéressées à étudier comment l'identification au groupe était liée à l'estime de soi, la satisfaction corporelle et les comportements alimentaires.

Le premier des objectifs de cette recherche était d'explorer les termes employés par les personnes grasses afin d'identifier leur groupe d'appartenance. Cette partie de l'étude nous permet de mieux comprendre quels sont les termes que les personnes grasses au Québec préfèrent utiliser.

Le terme *personnes en surpoids* était celui auquel les participants de l'étude s'identifiaient le plus. Il est possible de relever comment dans d'autres études ce terme et ses variations est apprécié (Thomas et al., 2008; Trainer et al., 2015). En ce qui concerne le terme *obèse*, il était en général peu apprécié par les participants de l'étude. Des résultats similaires ont été retrouvés dans d'autres études (Puhl, 2020; Thomas et al., 2008; Volger et al., 2012). Il est toutefois intéressant de relever comment ce terme est souvent utilisé par les professionnels de la santé et qu'il est largement accepté au sein de la société. D'ailleurs, dans la littérature scientifique les termes *obèses* ou *obésité* sont prédominants dans les écrits sur les personnes grasses. Bien que le terme *obèse* ne

soit pas le terme préféré pour décrire les membres de la communauté grosse et malgré la connotation négative qui y est rattachée (Rose et al., 2020), il est librement employé.

Ensuite, le terme personnes grosses est celui qui est le moins choisi dans notre étude. Il est possible que ce terme soit encore considéré comme particulièrement péjoratif et que les individus ne se reconnaissent donc pas à travers lui. Effectivement, on peut plus facilement imaginer comment ce terme peut être employé comme une insulte, comparé à d'autres termes (p.ex., embonpoint). Toutefois, il existe un mouvement de réappropriation de ce terme chez les militants s'opposant à la stigmatisation envers les personnes grosses. Par exemple, on retrouve sur le site internet *Grossophobie* (grossophobie.ca) l'utilisation du terme gros (grosse, personnes grosses, etc.).

Si cette étude permet un aperçu des termes employés par les personnes grosses au Québec, il importe de souligner aussi la pluralité des identités sociales au sein même du groupe des personnes grosses. Les personnes ayant participé à cette étude sont principalement des femmes francophones caucasiennes avec un niveau de scolarité élevé. Il est possible de croire que des personnes grosses présentant d'autres identités sociales (identité culturelle, identité de genre, etc.) puissent utiliser des termes différents afin de faire référence au groupe des personnes grosses.

Le choix du terme utilisé ne semble pas banal et certains mots sont possiblement associés à une stigmatisation plus importante. Il est alors important de poser une réflexion face au terme utilisé pour faire référence à ce groupe social et tenter de choisir un mot qui ne sera pas stigmatisant. D'ailleurs, laisser la possibilité aux participants de déterminer le terme qu'ils souhaitent employer pour leur propre groupe s'inscrit dans un processus de redonner du pouvoir aux individus membres de ce groupe.

Par la suite, le second objectif était de relever les relations entre l'identification au groupe des personnes grosses, l'estime de soi, la satisfaction corporelle et l'alimentation. En se basant sur le *Rejection Identification Model* (Branscombe et al., 1999), il était attendu que plus une personne grosse s'identifie à son groupe et plus elle présente une bonne estime d'elle-même, est satisfaite de son apparence et a des comportements alimentaires sains (hypothèse 1). Les résultats n'ont pas permis de confirmer cette hypothèse. Seule la sous-échelle *cognitive* présente en fait des associations significatives avec les variables à l'étude. Les résultats montrent que plus les participants reconnaissaient appartenir au groupe des personnes grosses et moins ils présentaient une alimentation intuitive, étaient satisfaits de leur apparence et avaient une bonne estime d'eux-mêmes, et marginalement, plus ils présentent de compulsions alimentaires. Ce constat contredit notre hypothèse et reflète plutôt que l'identification cognitive au groupe des personnes grosses est associée à des perturbations sur le plan des comportements alimentaires et de la vision de soi. Le fait de s'identifier affectivement au groupe est corrélé positivement seulement avec la satisfaction corporelle quant au

poids, mais cette association n'atteint pas le seuil de significativité statistique. Certains de ces résultats vont dans le même sens pour le troisième objectif de cette recherche.

Pour ce qui est du dernier objectif de cette recherche, un seul résultat va dans le sens de l'hypothèse formulée, soit qu'une identification au groupe plus importante prédirait des comportements alimentaires plus sains et une meilleure satisfaction corporelle. En effet, l'identification affective au groupe est un prédicteur valide de la satisfaction corporelle liée au poids, suggérant que plus une personne s'identifie affectivement au groupe des personnes grasses, plus elle rapporte une bonne satisfaction quant à son poids. Tous les autres résultats infirment l'hypothèse de départ. L'identification au groupe ne prédit pas significativement les comportements de compulsions alimentaires. La sous-échelle *cognitive* de l'identification au groupe prédit l'alimentation intuitive et la satisfaction corporelle liée au poids, mais à l'inverse de ce que l'hypothèse proposait. Ainsi, plus une personne se reconnaît cognitivement comme un membre du groupe des personnes grasses, moins elle sera satisfaite de son poids et moins son alimentation sera intuitive.

Un aspect à considérer en lien avec ces résultats est la manière dont les deux sous-échelles présentent des résultats assez différents. Ces sous-échelles évaluent des aspects différents de l'identification au groupe. La sous-échelle *affective* mesure l'attrance ou l'attrait d'une personne envers les autres membres du groupe. La sous-échelle *cognitive*, elle, évalue à quel point une personne se reconnaît comme faisant partie d'un groupe. Se

savoir membre d'un groupe ne signifie pas qu'on est satisfait de faire partie du groupe. Ainsi, une personne grosse peut fortement s'identifier de manière cognitive au groupe des personnes grosses et ne pas apprécier faire partie de ce groupe. Dans l'étude de Haynes, Kersbergen, Sutin, Daly et Robinson (2019), les chercheurs ont étudié si le fait de se reconnaître ou non comme une personne en surpoids avait un effet bénéfique ou néfaste sur la santé mentale. Leur recension systématique de la littérature scientifique a permis de relever 32 études portant sur cette thématique. Leurs résultats soulèvent comment le fait de se reconnaître en surpoids est associé à des symptômes dépressifs et au risque suicidaire. Ainsi, cette étude soulève comment s'identifier cognitivement comme une personne en surpoids est associée à des effets négatifs sur la santé mentale des individus. Les résultats de cette étude semblent congruents avec nos propres résultats concernant la relation existant entre se reconnaître comme personne grosse (identification cognitive) et différents marqueurs psychologiques (estime de soi, etc.).

En ce qui concerne l'identification affective au groupe des personnes grosses, elle prédit la satisfaction corporelle liée au poids. Une personne grosse éprouvant un intérêt d'être en contact avec les autres membres de son groupe présente probablement une perception positive de son groupe. Chez les individus s'identifiant de manière affective au groupe des personnes grosses, on pourrait suspecter qu'ils ont moins internalisé les stigmas liés au poids, ce qui leur permet de présenter une vision des personnes grosses moins négative. Donc, si les préjugés liés au poids ne sont pas internalisés, cela peut signifier que le poids n'est pas associé chez ces personnes à quelque chose de négatif.

Cela pourrait expliquer en partie que l'identification affective soit un prédicteur spécifique de la satisfaction corporelle face au poids bien que cette hypothèse reste à confirmer.

Ensuite, la plupart des résultats obtenus diffèrent de l'étude de Magallares et al. (2014) réalisée en Espagne. Leur recherche a validé le *Rejection Identification Model* auprès d'une population composée de personnes grosses. Ainsi, le fait de s'identifier au groupe des personnes grosses permettait aux participants de présenter une meilleure estime de soi ce qui n'a pas été retrouvé dans nos résultats. Il n'est pas à exclure que les différences culturelles entre le Québec et l'Espagne puissent influencer l'identification au groupe des personnes grosses et entraînent ces résultats divergents. Toutefois, il est aussi possible de relever des différences majeures dans le choix des participants de notre étude et de celle de Magallares et al. Dans leur étude, les participants ont été recrutés dans des organismes destinés aux personnes grosses alors que les participants recrutés dans notre étude provenaient plutôt de la population générale. Le fait d'évoluer au sein d'un organisme ciblant les personnes grosses implique qu'un individu s'identifie au point de départ comme une personne grosse. De plus, le fait de rencontrer au sein de ces organismes d'autres personnes grosses peut favoriser la création de liens entre les individus et permettre de développer une vision positive du groupe des personnes grosses. Il est donc possible que la manière de percevoir les personnes grosses ainsi que ce qu'implique d'être identifié comme une personne grosse soit différente chez les participants des deux études.

En considérant les résultats de cette étude, il est possible que plusieurs participants présentent une vision négative des personnes grosses et entretiennent des préjugés envers les membres de ce groupe. L'internalisation des préjugés ou stigmas envers soi-même et envers son groupe social pourrait nuire à une identification positive au groupe des personnes grosses. Ainsi, se reconnaître comme membre d'un groupe sans être affectivement lié aux autres membres du dit groupe ne permet probablement pas les avantages liés habituellement à l'identification au groupe (voir Branscombe et al., 1999). L'internalisation des biais concernant les personnes grosses semble d'ailleurs assez commune chez les membres de la communauté grosse. Dans l'étude de Puhl, Himmelstein et Quinn (2018) se sont plus de la moitié de l'échantillon composé de personnes grosses qui présentaient des niveaux élevés de biais internalisés liés au poids. Bien que cette étude ait été réalisée aux États-Unis, cela laisse tout de même présager que l'internalisation des biais liés au poids serait présente chez plusieurs personnes grosses au Québec.

Si la stigmatisation envers les personnes grosses occupe autant de place, c'est que la société perpétue la croyance que le poids est contrôlable. Si le poids est contrôlable, cela implique que les personnes grosses sont donc responsables de leur poids. Entretenir une telle vision de l'obésité vient mettre le blâme sur les individus qui présentent un surpoids et peut expliquer certains préjugés associés aux personnes grosses comme celui de considérer ces personnes comme paresseuses (voir Puhl & Brownell, 2003). Donc, les personnes grosses sont critiquées, car elles sont responsables de leur propre malheur. Il

est alors plus difficile d'avoir de la compassion ou de la considération pour quelqu'un qui est la cause de sa condition. En cela les personnes grosses se distinguent des autres groupes stigmatisés. On peut plus difficilement attribuer la responsabilité de la couleur de sa peau à une personne noire. De la même manière, peu de gens vont blâmer une personne aveugle pour son déficit visuel. Toutefois, puisqu'on attribue le poids d'une personne à sa capacité à manger sainement et faire ce qu'il « faut » pour avoir un « poids santé », l'idée est véhiculée que les personnes grosses méritent en quelque sorte l'étiquette sociale négative qui leur est accolée et la stigmatisation qui en découle.

Puisque les personnes grosses peuvent internaliser les préjugés les concernant, cela signifie qu'elles-mêmes peuvent en venir à croire que leur poids est contrôlable. Si le poids est vu comme contrôlable, la perte de poids et la minceur sont alors perçues comme accessibles. Les personnes grosses qui ont l'impression de pouvoir perdre du poids maintiennent aussi la perception qu'elles peuvent se prémunir de la stigmatisation en quittant leur groupe social stigmatisé pour un groupe social de plus haut statut (le groupe des personnes minces). Cette croyance de pouvoir changer de groupe social peut venir entraver le processus d'identification au groupe. Les recherches montrent que lorsqu'une personne sent qu'elle ne peut mettre une distance avec son groupe social stigmatisé, elle va avoir tendance à s'identifier plus fortement à ce groupe (Ellemers, 1993). De par leur existence, les stéréotypes concernant les raisons derrière l'obésité et l'accessibilité à la perte de poids chez les personnes grosses viennent renforcer l'idée qu'une personne grosse peut facilement perdre du poids et donc, maintient l'illusion

d'une mobilité sociale pour ces individus. Les personnes grosses pourraient donc ne pas avoir tendance à s'identifier fortement à leur groupe et ne bénéficieraient donc pas des avantages de l'identification au groupe stigmatisé. Cette réflexion est renforcée par les résultats de cette recherche. Effectivement, les participants se reconnaissant comme personne grosse (identification cognitive) peuvent croire en la possibilité de s'éloigner de ce groupe social qu'ils dévaluent (identification affective) et ne peuvent donc profiter de l'effet protecteur sur l'estime de soi de l'identification au groupe. Ils seraient donc sans défense face à la stigmatisation et la discrimination et leurs conséquences sur les comportements alimentaires (Hunger, 2017; Major et al., 2014) et sur la satisfaction corporelle (Lee et al., 2013; Lydecker et al., 2016; Previte & Gurrieri, 2015; Webb et al., 2017).

Le processus derrière cette étude a été marqué par certaines embûches. Tout d'abord, nous avons rencontré des difficultés face au recrutement des participants. La population visée par cette étude (personne adulte présentant un IMC de 30 et plus) est considérable et on aurait pu s'attendre à ce que le recrutement se déroule aisément, ce qui ne fut pas le cas. De plus, des personnes ayant accepté de participer à notre étude, plusieurs n'ont pas rempli le questionnaire qu'ils avaient pourtant débuté. Il est possible que le questionnaire fût trop long à remplir et que cela ait découragé certains participants en cours de route. Nous faisons aussi l'hypothèse que le contenu même du questionnaire ait pu entraîner un abandon chez certains participants, voire un manque d'intérêt envers l'étude. Plusieurs abandons ont eu lieu lors de la complétion du questionnaire sur

l'identification au groupe des personnes grosses. Ce questionnaire a pu heurter certaines personnes qui ont préféré ne plus participer à l'étude. Cela implique que la manière dont ces individus conçoivent l'identification au groupe des personnes grosses est peut-être différente de celle des participants ayant rempli le questionnaire en entier.

Ces difficultés de recrutement ont eu comme effet d'avoir un échantillon restreint de participants qui limitait la puissance statistique de l'étude. D'ailleurs, certains résultats pertinents en lien avec l'objectif de cette étude n'étaient que marginalement significatifs. Recruter davantage de participants aurait pu permettre de faire ressortir un lien significatif s'il en existe un. Le groupe des personnes grosses, comme tout autre groupe, n'est pas complètement homogène. Un nombre plus élevé de participants aurait permis d'avoir un échantillon plus représentatif. D'ailleurs, l'échantillon de cette étude étant composé majoritairement de femme caucasienne, les résultats et conclusions peuvent être difficilement représentatif de l'ensemble des personnes grosses au Québec.

Ensuite, une limite de cette étude concerne le devis de recherche utilisé. Une approche transversale a été utilisée pour cette étude, ce qui implique l'impossibilité de faire ressortir des liens de causalité des résultats obtenus.

Finalement, le choix du questionnaire d'identification au groupe pour cette étude a entraîné certaines difficultés. L'échelle utilisée (Henry et al., 1999) n'a pas été validée au Québec et nous avons dû procéder à une traduction maison pour les besoins de

l'étude. Les caractéristiques psychométriques de la version traduite étaient moins bonnes que la version originale. Nous avons dû procéder à la suppression de la sous-échelle *comportementale* dont la cohérence interne était insatisfaisante. Dans une des deux sous-échelles restantes (sous-échelle *cognitive*) un item a été retiré, car il ne corrélait pas avec les autres items. Donc, les différents problèmes liés au *Group Identification Scale 2.0* (Henry et al., 1999) qui mesurait l'identification au groupe des personnes grosses ont pu biaiser les résultats.

Conclusion

En conclusion, le but de cet essai était d'explorer l'identification au groupe chez les personnes grasses. Les différents termes employés afin de décrire le groupe des personnes grasses ont été approfondis. Par la suite, les relations entre l'identification au groupe et l'estime de soi, la satisfaction corporelle et les comportements alimentaires ont été explorées ainsi que la valeur prédictive de l'identification au groupe sur ces variables.

Cette étude est la première au Québec à s'intéresser aux termes utilisés par les personnes grasses afin de nommer leur groupe d'appartenance. C'est d'ailleurs une des forces de cette recherche de permettre aux participants de déterminer eux-mêmes le terme qu'ils considèrent comme le plus approprié pour nommer leur groupe. De plus, en s'intéressant à l'identification au groupe chez les personnes grasses, cette étude permet une compréhension plus complète du phénomène de la stigmatisation et de ses effets sur les personnes grasses.

Bien que l'identification au groupe soit associée à des effets bénéfiques chez les individus, cette étude a soulevé comment l'identification au groupe chez les personnes grasses est plus complexe. Entre autres, la stigmatisation envers les personnes grasses est présente dans différents contextes et ses impacts sont considérables au niveau de la santé psychologique et de l'alimentation. La croyance qui est véhiculée que le poids

d'une personne est contrôlable pourrait maintenir une perception négative des personnes grosses au sein de la société. Parce que le poids est perçu comme dépendant des choix alimentaires d'une personne et de ses habitudes de vie (p. ex., exercice), les personnes grosses sont blâmées pour leur poids et sont considérées paresseuses. Un des risques de cette stigmatisation est que les individus y faisant face tendent à internaliser les préjugés et stéréotypes les concernant. Les personnes grosses peuvent alors croire qu'elles peuvent perdre du poids facilement et se distancier des autres personnes grosses.

Toutes ses particularités contribuent à faire en sorte que l'identification au groupe n'a pas l'effet bénéfique attendu sur l'estime de soi comparé à d'autres groupes stigmatisés. Alors que s'identifier au groupe stigmatisé au lieu de s'identifier au groupe dominant permet habituellement aux individus de maintenir un sentiment d'appartenance et une vision de soi-même positive, les résultats de cette étude suggèrent que ce n'est pas le cas pour les personnes grosses au Québec. En fait, chez les participants de cette étude, s'identifier cognitivement au groupe des personnes grosses, c'est-à-dire se reconnaître comme étant une personne grosse est associée à un profil psychologique et alimentaire plus négatif. Il est aussi intéressant de noter comment s'identifier cognitivement comme une personne grosse ne veut pas dire qu'on se sent affectivement lié aux autres membres du groupe et qu'on souhaite faire partie de ce groupe.

Cette étude s'inscrit dans une lignée avec d'autres recherches qui mettent en lumière la problématique de la stigmatisation envers les personnes grasses. Étant donné les importants effets négatifs de cette stigmatisation, plusieurs ont soulevé la nécessité de mettre en place des interventions afin de réduire la stigmatisation ou ses impacts. L'éducation est une solution qui est envisagée par certains. Dans l'étude de Puhl, Moss-Racusin, Schwartz et Brownell (2008) portant sur l'expérience subjective des personnes grasses face à la stigmatisation liée au poids, il a été demandé aux participants leurs stratégies afin de réduire la stigmatisation. Des participants ont nommé la pertinence de renseigner le public sur les causes de l'obésité, la difficulté de perdre du poids et les conséquences de la stigmatisation. Ces participants considéraient que de mieux informer la population sur les enjeux liés à l'obésité pourrait permettre de changer les perceptions quant à l'obésité et les stigmas liés au poids. Cependant les interventions visant une réduction des stigmas liée au poids, dont l'éducation ou le fait de renseigner les individus sur certains aspects de l'obésité (causes, la difficulté de contrôler le poids, les impacts, etc.) semblent avoir peu d'effet ou de faibles effets (Alberga et al., 2016; Lee, Ata, & Brannick, 2014).

Nous considérons que l'éducation est tout de même une piste d'intervention intéressante à explorer. Toutefois, la cible première ne devrait pas être la population générale ni même les professionnels de la santé. C'est auprès des personnes grasses elles-mêmes qu'il serait peut-être le plus pertinent d'améliorer les connaissances sur les enjeux liés à l'obésité. Particulièrement, les causes de l'obésité ainsi que la perception

erronée que le poids est contrôlable devraient être abordées avec les personnes grosses. Une des particularités de l'identification au groupe des personnes grosses versus les autres groupes stigmatisés est la mobilité sociale perçue. Comme discuté précédemment, les individus étant membres d'un groupe stigmatisé peuvent tenter de se distancier de ce groupe (Kende et al., 2020) et de se joindre à un autre groupe social. L'impossibilité de changer de groupe va mener les individus à s'identifier fortement au groupe stigmatisé afin de se protéger de la stigmatisation (Ellemers, 1993). Le poids étant vu comme contrôlable dans notre société, les personnes grosses sont à risque de présenter eux aussi cette croyance. La possibilité de perdre du poids maintient donc la perception de la mobilité sociale et empêche les personnes grosses de s'identifier au groupe. Faire prendre conscience aux personnes grosses de la difficulté de perdre du poids peut leur enlever l'impression qu'elles peuvent se distancier de ce groupe social et ainsi favoriser leur identification au groupe. De ce point de vue, l'éducation ciblant spécifiquement les personnes grosses est une avenue novatrice et intéressante.

Finalement, cette étude a permis de relever d'une part les implications de s'identifier affectivement à son groupe et d'autre part la difficulté pour les personnes grosses d'avoir envie de faire partie de leur groupe. Bien qu'il est possible de voir certaines personnes grosses dans des sphères publiques (milieu politique, milieu artistique, etc.), force est de reconnaître que les modèles positifs pour la communauté des personnes grosses du Québec sont peu nombreux. Toutefois, la présence de tels modèles dans différents domaines de la société pourrait permettre aux Québécois d'être

exposés à des personnes grosses qui ne correspondent pas aux stéréotypes et préjugés qui sont attribués aux personnes grosses.

Dans les recherches futures sur l'identification au groupe des personnes grosses il serait intéressant de tester si la croyance en une possibilité de mobilité sociale (p. ex., penser qu'il est possible de perdre du poids) entrave l'identification au groupe des personnes grosses. De plus, puisque l'internalisation des stigmas liés au poids semble avoir un lien dans le processus d'identification au groupe, il serait pertinent d'évaluer à quel point ce phénomène est présent chez les personnes grosses au Québec.

À travers le contexte actuel de pandémie mondiale liée au virus de la COVID-19, il est possible de relever que les personnes grosses sont perçues et traitées différemment. Rapidement des liens ont été avancés entre les impacts de la COVID-19 et l'obésité. Des candidats souhaitant être engagés afin de prêter main forte se sont vu refuser un emploi à cause de leur poids et du facteur de risque que cela représente face au virus (Radio-Canada, 2020, 9 décembre). Cependant, malgré ce message perpétué depuis plus d'un an, la vaccination tarde à être offerte aux personnes grosses qui sont pourtant considérées comme vulnérables (Bernier, 2021). Cette incohérence soulève comment la société blâme les personnes grosses pour leurs conditions et les impacts sociaux que cela entraîne. En prenant pour exemple différents groupes stigmatisés (p. ex., personnes ayant une orientation sexuelle non-hétérosexuelle), il est possible de voir comment les perceptions face à ces groupes ont changé au fil du temps. Cette constatation ouvre une

porte à ce que la perception des personnes grasses s'améliore dans les prochaines décennies. Un bref survol des réseaux sociaux comme Instagram et Tiktok permet d'y voir des femmes et des hommes qui s'identifient au groupe des personnes grasses et qui remettent en question les stéréotypes et préjugés envers leur groupe social. Reconnaître la stigmatisation les concernant et s'y opposer sont peut-être les premières étapes d'un mouvement social qui s'amorce.

Références

- Alberga, A. S., Pickering, B. J., Alix Hayden, K., Ball, G. D. C., Edwards, A., Jelinski, S., ... Russell-Mayhew, S. (2016). Weight bias reduction in health professionals: A systematic review. *Clinical Obesity*, 6(3), 175-188.
- Alimoradi, Z., Golboni, F., Griffiths, M. D., Broström, A., Lin, C. Y., & Pakpour, A. H. (2020). Weight-related stigma and psychological distress: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Nutrition*, 39(7), 2001-2013.
- Allport, G. W. (1954). *The nature of prejudice* (1^{re} éd.). Boston, MA: Presses Addison-Wesley.
- Armenta, B. E., & Hunt, J. S. (2009). Responding to societal devaluation: Effects of perceived personal and group discrimination on the ethnic group identification and personal self-esteem of Latino/Latina adolescents. *Group Processes & Intergroup Relations*, 12(1), 23-39.
- Ashmore, R. D., & Del Boca, F. K. (1981). Conceptual approaches to stereotypes and stereotyping. Dans D. L. Hamilton (Éds), *Cognitive processes in stereotyping and intergroup behavior* (pp. 1-36). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Baker, J. (2019) *Testing the Rejection-Identification Model in Appalachia* [communication par affiche]. 16^e présentation de l'*Eastern Kentucky University*, Richmond, Kentucky, United-States. Disponible à <https://encompass.eku.edu/swps/2019/undergraduate/16>
- Banaji, M. R., Greenwald, A. G., Zanna, M. P., & Olson, J. M. (1994). Implicit stereotyping and prejudice. Dans *The psychology of prejudice: The Ontario symposium* (Vol. 7, pp. 55-76). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Bergsieker, H. B., Wilmot, M. O., Cyr, E. N., & Grey, C. B. (2020). A threat in the network: STEM women in less powerful network positions avoid integrating stereotypically feminine peers. *Group Processes & Intergroup Relations*, 24(3), 321-349.
- Bernier, É. (2021, 7 avril). *La vaccination grossophobe* [en ligne] Repéré à <https://grossophobie.ca/blogue/2021/04/07/vaccination-covid-grossophobe/>
- Bordalo, P., Coffman, K., Gennaioli, N., & Shleifer, A. (2016). Stereotypes. *The Quarterly Journal of Economics*, 131(4), 1753-1794.

- Branscombe, N. R., Schmitt, M. T., & Harvey, R. D. (1999). Perceiving pervasive discrimination among African Americans: Implications for group identification and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(1), 135-149.
- Brewis, A. A., Wutich, A., Falletta-Cowden, A., & Rodriguez-Soto, I. (2011). Body norms and fat stigma in global perspective. *Current Anthropology*, 52(2), 269-276.
- Brunault, P., Gaillard, P., Ballon, N., Couet, C., Isnard, P., Cook, S., ... Courtois, R. (2016). Validation de la version française de la Binge Eating Scale : étude de sa structure factorielle, de sa consistance interne et de sa validité de construit en population clinique et non clinique. *L'Encéphale*, 42(5), 426-433.
- Carbonneau, E., Carbonneau, N., Lamarche, B., Provencher, V., Bégin, C., Bradette-Laplante, M., ... Lemieux, S. (2016). Validation of a French-Canadian adaptation of the Intuitive Eating Scale-2 for the adult population. *Appetite*, 105, 37-45.
- 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.
- Chan, R. C., & Mak, W. W. (2020). Protective and Compensatory Effects of Group Identification on the Mental Health of People Living with HIV. *Archives of Sexual Behavior*. Advance online publication. doi: 10.1007/s10508-020-01823-7.
- Chou, W. Y. S., Prestin, A., & Kunath, S. (2014). Obesity in social media: A mixed methods analysis. *Translational Behavioral Medicine*, 4(3), 314-323.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2^e éd., vol. 1). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Connor Gorber, S., Shields, M., Tremblay, M. S., & McDowell, I. (2008). *La possibilité d'établir des facteurs de correction applicables aux estimations autodéclarées de l'obésité (n° 82-003-X)* [en ligne]. Statistique Canada. Disponible à <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2008003/article/10680/5202377-fra.htm>
- Corrigan, P. W., Larson, J. E., & Rüsch, N. (2009). Self-stigma and the “why try” effect: Impact on life goals and evidence-based practices. *World Psychiatry*, 8(2), 75-81.
- Corrigan, P. W., Watson, A. C., & Barr, L. (2006). The self-stigma of mental illness: Implications for self-esteem and self-efficacy. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25(8), 875-884.
- Council, S. K., & Placek, C. (2014). Cultural change and explicit anti-fat attitudes in a developing nation: A case study in rural Dominica. *Social Medicine*, 9(1), 11-21.

- Crandall, C. S., & Moriarty, D. (1995). Physical illness stigma and social rejection. *British Journal of Social Psychology, 34*(1), 67-83.
- 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.
- Desjardins, A. (2021). *Cartographie conceptuelle des préjugés relatifs au poids chez les jeunes adultes* (Essai de doctorat inédit). Université du Québec à Trois-Rivières, QC.
- Drapalski, A. L., Lucksted, A., Perrin, P. B., Aakre, J. M., Brown, C. H., DeForge, B. R., & Boyd, J. E. (2013). A model of internalized stigma and its effects on people with mental illness. *Psychiatric Services, 64*(3), 264-269.
- Ellemers, N. (1993). The influence of socio-structural variables on identity management strategies. *European Review of Social Psychology, 4*(1), 27-57.
- Faniko, K., Ellemers, N., Derks, B., & Lorenzi-Cioldi, F. (2017). Nothing changes, really: Why women who break through the glass ceiling end up reinforcing it. *Personality and Social Psychology Bulletin, 43*(5), 638-651.
- 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.
- Forbes, Y., & Donovan, C. (2019). The role of internalized weight stigma and self-compassion in the psychological well-being of overweight and obese women. *Australian Psychologist, 54*(6), 471-482.
- Ford, T., Lee, H., & Jeon, M. (2017). The emotional eating and negative food relationship experiences of obese and overweight adults. *Social Work in Health Care, 56*(6), 488-504.
- 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.
- Giamo, L. S., Schmitt, M. T., & Outten, H. R. (2012). Perceived discrimination, group identification, and life satisfaction among multiracial people: A test of the rejection-

- identification model. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 18(4), 319-328.
- Godoy-Izquierdo, D., Tadeo, A. R., Molina, M. J. R., Vallejo, E. N., Moreno, R. L., Torres, M. G. J., & Hernández, J. G. (2019). Oberexia: The desire to be fat (ter) in adults with excess weight. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 19(2), 186-197.
- Goffman, E. (1963). Stigma and social identity. Dans T. L. Anderson (Éd.), *Understanding deviance: Connecting classical and contemporary perspectives* (pp. 256-265). New York, NY: Routledge.
- Gormally, J., Black, S., Daston, S., & Rardin, D. (1982). The assessment of binge eating severity among obese persons. *Addictive Behaviors*, 7(1), 47-55.
- Gouvernement du Canada. (2020, 8 août). *Le nomogramme de l'indice de masse corporelle (IMC)* [en ligne]. Repéré à <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/aliments-nutrition/saine-alimentation/poids-sante/lignes-directrices-classification-poids-chez-adultes/nomogramme-indice-masse-corporelle.html>
- 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.
- Greenberg, B. S., Eastin, M., Hofschire, L., Lachlan, K., & Brownell, K. D. (2003). Portrayals of overweight and obese individuals on commercial television. *American Journal of Public Health*, 93(8), 1342-1348.
- 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.
- Haslam, S. A., O'Brien, A., Jetten, J., Vormedal, K., & Penna, S. (2005). Taking the strain: Social identity, social support, and the experience of stress. *British Journal of Social Psychology*, 44(3), 355-370.
- Haslam, S. A., & Reicher, S. (2006). Stressing the group: social identity and the unfolding dynamics of responses to stress. *Journal of Applied Psychology*, 91(5), 1037-1052.
- Haynes, A., Kersbergen, I., Sutin, A., Daly, M., & Robinson, E. (2019). Does perceived overweight increase risk of depressive symptoms and suicidality beyond objective weight status? A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 73, Article 101753.

- Hebl, M. R., & Xu, J. (2001). Weighing the care: Physicians' reactions to the size of a patient. *International Journal of Obesity*, 25(8), 1246-1252.
- Henry, K. B., Arrow, H., & Carini, B. (1999). A tripartite model of group identification: Theory and measurement. *Small Group Research*, 30(5), 558-581.
- Hilbert, A., Braehler, E., Haeuser, W., & Zenger, M. (2014). Weight bias internalization, core self-evaluation, and health in overweight and obese persons. *Obesity*, 22(1), 79-85.
- Hunger, J. M. (2017). *Weight stigma, weight-based social identity threat, and disordered eating tendencies* (publication n° 10262835) (Thèse de doctorat inédite). University of California, États-Unis. ProQuest Dissertations and Theses Global.
- Hunger, J. M., Dodd, D. R., & Smith, A. R. (2020). Weight-based discrimination, interpersonal needs, and suicidal ideation. *Stigma and Health*, 5(2), 217-224.
- Hunger, J. M., Major, B., Blodorn, A., & Miller, C. T. (2015). Weighed down by stigma: How weight-based social identity threat contributes to weight gain and poor health. *Social and personality psychology compass*, 9(6), 255-268.
- Institut national de santé publique du Québec. (INSPQ, 2020, 12 février). *Profil du Québec illustré et décliné selon plusieurs perspectives : obésité* [en ligne]. Repéré à <https://www.inspq.qc.ca/santescope/syntheses/obesite>
- Jackson, S. E., & Steptoe, A. (2018). Obesity, perceived weight discrimination, and hair cortisol: A population-based study. *Psychoneuroendocrinology*, 98, 67-73.
- Kende, A., Hadarics, M., Bigazzi, S., Boza, M., Kunst, J. R., Lantos, N. A., ... Urbiola, A. (2020). The last acceptable prejudice in Europe? Anti-Gypsyism as the obstacle to Roma inclusion. *Group Processes & Intergroup Relations*, 24(3), 388-410.
- Kurzban, R., & Leary, M. R. (2001). Evolutionary origins of stigmatization: The functions of social exclusion. *Psychological Bulletin*, 127(2), 187-208.
- Kyprianides, A., Easterbrook, M. J., & Cruwys, T. (2019). "I changed and hid my old ways": How social rejection and social identities shape well-being among ex-prisoners. *Journal of Applied Social Psychology*, 49(5), 283-294.
- Lee, H. E., Taniguchi, E., Modica, A., & Park, H. (2013). Effects of witnessing fat talk on body satisfaction and psychological well-being: A cross-cultural comparison of Korea and the United States. *Social Behavior and Personality: An International Journal*, 41(8), 1279-1295.

- 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.
- Locker, T. K. (2013). *Women's experiences of perceived weight-based discrimination and psychological distress: A test of social identity theory* (Thèse de doctorat inédite). University of Florida, États-Unis.
- Luhtanen, R., & Crocker, J. (1992). A collective self-esteem scale: Self-evaluation of one's social identity. *Personality and Social Psychology Bulletin, 18*(3), 302-318.
- Lydecker, J. A., Cotter, E. W., Palmberg, A. A., Simpson, C., Kwitowski, M., White, K., & Mazzeo, S. E. (2016). Does this Tweet make me look fat? A content analysis of weight stigma on Twitter. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity, 21*(2), 229-235.
- Magallares, A., Morales, J. F., & Rubio, M. Á. (2014). Group identification, discrimination and psychological health in an obese sample. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 14*(3), 421-431.
- 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.
- Mendelson, B. K., Mendelson, M. J., & White, D. R. (2001). Body-esteem scale for adolescents and adults. *Journal of Personality Assessment, 76*(1), 90-106.
- Mercer, S. W., & Tessier, S. (2001). A qualitative study of general practitioners' and practice nurses' attitudes to obesity management in primary care. *Health Bulletin, 59*(4), 248-253.
- Molero, F., Recio, P., García-Ael, C., & Pérez-Garín, D. (2019). Consequences of perceived personal and group discrimination against people with physical disabilities. *Rehabilitation Psychology, 64*(2), 212-220.
- Nouvilas-Pallejà, E., Silván-Ferrero, P., de Apodaca, M. J. F. R., & Molero, F. (2018). Stigma consciousness and subjective well-being in lesbians and gays. *Journal of Happiness Studies, 19*(4), 1115-1133.
- Obésité Canada. (2020, 28 novembre). *Quelles sont les causes de l'obésité?* [en ligne]. Repéré à <https://obesitycanada.ca/fr/quest-ce-que-lobesite/>
- Ogden, C. L., Carroll, M. D., Kit, B. K., & Flegal, K. M. (2014). Prevalence of childhood and adult obesity in the United States, 2011-2012. *Jama, 311*(8), 806-814.

- Organisation de coopération et de développements économiques. (2017). *Obesity update* [en ligne]. Repéré à <https://www.oecd.org/health/health-systems/Obesity-Update-2017.pdf>
- Organisation mondiale de la santé. (2020, 20 août). *Obésité et surpoids* [en ligne]. Repéré à <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- 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.
- Ottati, V., Bodenhausen, G. V., & Newman, L. S. (2005). Social psychological models of mental illness stigma. Dans P. W. Corrigan (Éd.), *On the stigma of mental illness: Practical strategies for research and social change* (pp. 99-128). Washington DC: American Psychological Association.
- Outten, H. R., Schmitt, M. T., Garcia, D. M., & Branscombe, N. R. (2009). Coping options: Missing links between minority group identification and psychological well-being. *Applied Psychology: An International Review, 58*(1), 146-170
- Persky, S., & Eccleston, C. P. (2011). Medical student bias and care recommendations for an obese versus non-obese virtual patient. *International Journal of Obesity, 35*(5), 728-735.
- Prentice, A. M., & Jebb, S. A. (2001). Beyond body mass index. *Obesity Reviews, 2*(3), 141-147.
- Previte, J., & Gurrieri, L. (2015). Who is the biggest loser? Fat news coverage is a barrier to healthy lifestyle promotion. *Health Marketing Quarterly, 32*(4), 330-349.
- Puhl, R. M. (2020). What words should we use to talk about weight? A systematic review of quantitative and qualitative studies examining preferences for weight-related terminology. *Obesity Reviews, 21*(6), e13008.
- 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). Psychosocial origins of obesity stigma: Toward changing a powerful and pervasive bias. *Obesity Reviews*, 4(4), 213-227.
- 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., Himmelstein, M. S., & Quinn, D. M. (2018). Internalizing weight stigma: Prevalence and sociodemographic considerations in US adults. *Obesity*, 26(1), 167-175.
- Puhl, R. M., Latner, J. D., O'Brien, K., Luedicke, J., Daniélsdóttir, 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.
- Radio-Canada. (2020, 9 décembre). *Une infirmière estrienne se fait refuser un emploi à cause de son poids [en ligne]*. Repéré à <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1755390/ciuss-infirmiere-lanoue-poids-temoignage>
- Redersdorff, S., Martinot, D., & Branscombe, N. (2004). The impact of thinking about group-based disadvantages or advantages on women's well-being: An experimental test of the Rejection-Identification model. *Cahiers de psychologie cognitive/Current Psychology of Cognition*, 22(2), 203-222
- Robinson, E., Sutin, A., & Daly, M. (2017). Perceived weight discrimination mediates the prospective relation between obesity and depressive symptoms in US and UK adults. *Health Psychology*, 36(2), 112-121.
- Roehling, M. V., Roehling, P. V., & Pichler, S. (2007). The relationship between body weight and perceived weight-related employment discrimination: The role of sex and race. *Journal of Vocational Behavior*, 71(2), 300-318.
- Rose, K. L., Leonard, K. C., Chang, T., Miller, A. L., Nichols, L. P., Plegue, M. A., & Sonnevile, K. R. (2020). Responses to the word obese: Definitions, associations, and assumptions made by adolescents and emerging adults. *Stigma and Health*, 5(3), 335-41.
- Rosenberg, M. (1965). Rosenberg Self-Esteem Scale (RSE). *Acceptance and Commitment Therapy. Measures Package*, 61(52), 18.

- Rousseau, A., Valls, M., & Chabrol, H. (2015). Étude de validation de la version française de l'Échelle d'Estime Corporelle (Body Esteem Scale) chez les adolescentes et les jeunes adultes. *Revue européenne de psychologie appliquée/European Review of Applied Psychology*, 65(4), 205-210.
- Schmitt, M. T., Branscombe, N. R., Kobrynowicz, D., & Owen, S. (2002). Perceiving discrimination against one's gender group has different implications for well-being in women and men. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28(2), 197-210.
- Schmitt, M. T., Spears, R., & Branscombe, N. R. (2003). Constructing a minority group identity out of shared rejection: The case of international students. *European Journal of Social Psychology*, 33(1), 1-12.
- Schulte, P. A., Wagner, G. R., Ostry, A., Blanciforti, L. A., Cutlip, R. G., Krajnak, K. M., ... Miller, D. B. (2007). Work, obesity, and occupational safety and health. *American Journal of Public Health*, 97(3), 428-436.
- Schulz, R., Tompkins, C. A., Wood, D., & Decker, S. (1987). The social psychology of caregiving: Physical and psychological costs of providing support to the disabled. *Journal of Applied Social Psychology*, 17(4), 401-428.
- 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.
- Simon, B. (1999). *A place in the world: Self and social categorization*. Dans T. R. Tyler, R. M. Kramer, & O. P. John (Éds), *Applied social research. The psychology of the social self* (1^{re} éd., pp. 47-69). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Stone, O., & Werner, P. (2012). Israeli dietitians' professional stigma attached to obese patients. *Qualitative Health Research*, 22(6), 768-776.
- Sutin, A. R., Stephan, Y., Grzywacz, J. G., Robinson, E., Daly, M., & Terracciano, A. (2016). Perceived weight discrimination, changes in health, and daily stressors. *Obesity*, 24(10), 2202-2209.
- Tajfel, H. (1982). Social psychology of intergroup relations. *Annual Review of Psychology*, 33(1), 1-39.
- Tajfel, H., Turner, J. C., Austin, W. G., & Worchel, S. (1979). An integrative theory of intergroup conflict. Dans W. G. Austin & S. Worchel (Éds), *The social psychology of intergroup relations* (pp. 33-37). Monterey, CA: Brooks/Cole.

- Thomas, S. L., Hyde, J., Karunaratne, A., Herbert, D., & Komesaroff, P. A. (2008). Being 'fat' in today's world: A qualitative study of the lived experiences of people with obesity in Australia. *Health Expectations*, *11*(4), 321-330.
- Trainer, S., Brewis, A., Williams, D., & Chavez, J. R. (2015). Obese, fat, or "just big"? Young adult deployment of and reactions to weight terms. *Human Organization*, *74*(3), 266-275.
- Tylka, T. L., & Kroon Van Diest, A. M. (2013). The Intuitive Eating Scale-2: Item refinement and psychometric evaluation with college women and men. *Journal of Counseling Psychology*, *60*(1), 137-153.
- Vallières, E. F., & Vallerand, R. J. (1990). Traduction et validation canadienne-française de l'échelle de l'estime de soi de Rosenberg. *International Journal of Psychology*, *25*(2), 305-316.
- Valls, M., Rousseau, A., & Chabrol, H. (2011). Étude de validation de la version française du Body Esteem Scale (BES) dans la population masculine. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, *21*(2), 58-64.
- Vartanian, L. R., & Shaprow, J. G. (2008). Effects of weight stigma on exercise motivation and behavior: A preliminary investigation among college-aged females. *Journal of Health Psychology*, *13*(1), 131-138.
- Veldman, M. A., Doolaard, S., Bosker, R. J., & Snijders, T. A. B. (2020). Young children working together. Cooperative learning effects on group work of children in Grade 1 of primary education. *Learning and Instruction*, *67*, Article 101308.
- Volger, S., Vetter, M. L., Dougherty, M., Panigrahi, E., Egner, R., Webb, V., ... Wadden, T. A. (2012). Patients' preferred terms for describing their excess weight: Discussing obesity in clinical practice. *Obesity*, *20*(1), 147-150.
- 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.
- Webb, J. B., Vinoski, E. R., Warren-Findlow, J., Burrell, M. I., & Putz, D. Y. (2017). Downward dog becomes fit body, inc.: A content analysis of 40 years of female cover images of Yoga Journal. *Body Image*, *22*, 129-135.
- Wee, C. C., McCarthy, E. P., Davis, R. B., & Phillips, R. S. (2004). Obesity and breast cancer screening. *Journal of General Internal Medicine*, *19*(4), 324-331.

- Wharton, S., Lau, D. C., Vallis, M., Sharma, A. M., Biertho, L., Campbell-Scherer, D., ... & Wicklum, S. (2020). Obesity in adults: A clinical practice guideline. *CMAJ*, *192*(31), E875-E891.
- Wigton, R. S., & McGaghie, W. C. (2001). The effect of obesity on medical students' approach to patients with abdominal pain. *Journal of General Internal Medicine*, *16*(4), 262-265.
- Williams, D. (2018). Being defined: Large-bodied women's experiences as healthcare consumers. *Health Sociology Review*, *27*(1), 60-74.
- Wong, S. T., Yoo, G. J., & Stewart, A. L. (2007). An empirical evaluation of social support and psychological well-being in older Chinese and Korean immigrants. *Ethnicity and Health*, *12*(1), 43-67.
- Wright, S. M., & Aronne, L. J. (2012). Causes of obesity. *Abdominal Radiology*, *37*(5), 730-732.

Appendice A
Questionnaire sociodémographique

Questionnaire sociodémographique

Quel âge avez-vous? (Inscrivez seulement le chiffre. Par exemple, si vous avez 24 ans, inscrivez : 24

À quel genre vous identifiez-vous?

- Homme Non binaire
 Femme Autre

Êtes-vous citoyen canadien? Si non, quelle est votre citoyenneté?

- Oui
 Non (Précisez) _____

À quel(s) groupe(s) ethnique(s) considérez-vous appartenir? Cochez toutes les réponses qui s'appliquent.

- Blanc
 Noir (p. ex., haïtien, africain, jamaïcain, somalien)
 Latino/Hispanique
 Asiatique (p. ex., japonais, vietnamien, cambodgien)
 Arabes
 Natif/Premières nations/Métis
 Autre (spécifiez) _____

Quel est votre statut civil actuel?

- Célibataire En couple
 Conjoint (e) de fait Marié (e)
 Veuf (ve) Séparé (e) ou Divorcé (e)

Quelle est votre occupation actuelle? Si vous avez plus d'une occupation, inscrivez votre occupation principale.

- Emploi rémunéré à temps plein Emploi rémunéré à temps partiel
 Études à temps plein Études à temps partiel
 Autre, précisez votre situation _____

Actuellement, avec qui demeurez-vous (cochez plusieurs choix si cela s'applique)?

- Seul (e) Avec votre conjoint (e)
 Avec un ou des colocataire (s) Avec un ou vos parent (s)
 Autre, précisez _____

Comment évaluez-vous vos ressources financières?

- Les fins de mois sont difficiles
 Les fins de mois sont parfois difficiles
 J'ai ce dont j'ai besoin, mais je suis précautionneux (euse)
 Je suis à l'aise financièrement
 Je suis très à l'aise financièrement

Quel est votre revenu annuel?

- 19 999 \$ et moins 60 000 à 79 999 \$
 20 000 à 39 999 \$ 80 000 à 99 999 \$
 40 000 à 59 999 \$ 100 000 \$ et plus

Dans quel domaine travaillez ou étudiez-vous?

Combien d'années d'étude avez-vous complétées? Inscrivez seulement le nombre d'années (p. ex., primaire = 7 ans; secondaire = 12 ans (7 ans de primaire + 5 ans de secondaire); cégep ou université = 12 ans primaire/secondaire + nombre d'années au cégep + nombre d'années à l'université selon votre parcours)

Quel est votre poids corporel actuellement? Inscrivez seulement le nombre soit dans la case livres ou kilogrammes, selon votre préférence (p. ex., 150 pour 150 livres) :

_____ livres

_____ kilogrammes

Quelle est votre taille (grandeur) actuellement? Inscrivez seulement le nombre soit dans la case pieds ou mètres (p. ex., 5.3 pour 5 pieds 3 pouces) :

_____ pieds

_____ mètres

Appendice B

Questionnaire d'identification au groupe des personnes grosses

Choix du terme décrivant le groupe d'appartenance

Avec cette recherche, nous souhaitons en apprendre plus sur l'identification au groupe d'appartenance chez les personnes présentant une obésité. Cependant, nous trouvons important de vous permettre d'utiliser le terme que vous trouvez le plus adapté à votre groupe (p. ex., obèses, personnes en embonpoint, etc.). Nous vous avons donné quelques suggestions. **Veillez sélectionner le terme qui correspond le plus selon vous. Vous avez aussi la possibilité de proposer votre propre terme en sélectionnant la case *Autre*.**

- Obèse Personne présentant un embonpoint
 Gros Autre (spécifiez) _____
 Personne en surpoids

Veillez répondre aux questions suivantes en gardant en tête le terme que vous avez sélectionné pour décrire votre groupe d'appartenance.

Échelle d'identification au groupe 2.0

Référence. Traduction de l'échelle de Henry, K. B., Arrow, H., & Carini, B. (1999). A tripartite model of group identification: Theory and measurement. *Small Group Research*, 30(5), 558-581.

Strongly disagree	Disagree	Disagree somewhat	Undecided	Agree somewhat	Agree	Strongly agree
-------------------	----------	-------------------	-----------	----------------	-------	----------------

- (1) I would prefer to be in a different group.
I think of this group as part of who I am.
- (2) Members of this group like one another.
- (3) All members need to contribute to achieve the group's goals.
- (4) I see myself as quite different from other members of the group.
- (5) I enjoy interacting with the members of this group.
- (6) This group accomplishes things that no single member could achieve.
- (7) I don't think of this group as a part of who I am.
- (8) I don't like many of the other people in this group.
- (9) In this group, members do not need to cooperate to complete group tasks.
- (10) I see myself as quite similar to other members of the group.

Appendice C
Échelle d'estime de soi de Rosenberg

Échelle d'Estime de Soi de Rosenberg

Référence. Vallières, E. F., & Vallerand, R. J. (1990). Traduction et validation canadienne-française de l'échelle de l'estime de soi de Rosenberg. *International Journal of Psychology*, 25(2), 305-316.

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

Appendice D
Questionnaire de satisfaction corporelle

Échelle d'estime corporelle (Body-Esteem Scale)

Référence : Rousseau, A., Valls, M., & Chabrol, H. (2015). Étude de validation de la version française de l'Échelle d'Estime Corporelle (Body Esteem Scale) chez les adolescentes et les jeunes adultes. *Revue européenne de psychologie appliquée/European Review of Applied Psychology*, 65(4), 205-210.

Jamais	Rarement	Quelquefois	Souvent	Toujours
1	2	3	4	5

- (1) J'aime ce que je représente en photo
- (2) Les autres me trouvent beau/belle
- (3) Je suis fier/fière de mon corps
- (4) Je suis préoccupé(e) par l'envie de modifier ma masse corporelle
- (5) Je pense que mon apparence pourrait m'aider à obtenir un travail
- (6) J'aime ce que je vois lorsque je me regarde dans un miroir
- (7) Il y a beaucoup de choses que je changerais à mon apparence si je le pouvais
- (8) Je suis content(e) de mon poids
- (9) J'aimerais être plus beau/belle
- (10) J'aime vraiment mon poids
- (11) J'aimerais ressembler à quelqu'un d'autre
- (12) Les personnes de mon âge apprécient mon apparence
- (13) Mon apparence me dérange
- (14) Je suis aussi beau/belle que la plupart des gens
- (15) Je suis plutôt content(e) de mon apparence
- (16) Je pense que mon poids est proportionnel à ma taille
- (17) J'ai honte de mon apparence
- (18) Me peser me déprime
- (19) Mon poids me rend malheureux/malheureuse
- (20) Mon apparence m'aide à obtenir des rendez-vous amoureux
- (21) Je suis préoccupé(e) par mon apparence
- (22) Je pense que mon corps est bien
- (23) J'ai l'air aussi beau/belle que je le souhaiterais

Appendice E
Questionnaire d'alimentation intuitive

Intuitive Eating Scale (IES-2)

Référence. Carbonneau, E., Carbonneau, N., Lamarche, B., Provencher, V., Bégin, C., Bradette-Laplante, M., ... Lemieux, S. (2016). Validation of a French-Canadian adaptation of the Intuitive Eating Scale-2 for the adult population. *Appetite*, 105, 37-45.

Fortement en désaccord	En désaccord	Neutre	En accord	Fortement en accord
1	2	3	4	5

- (1) J'essaie d'éviter certains aliments qui sont riches en gras, en glucides ou en calories. _____
- (2) Je me retrouve en train de manger lorsque je me sens émotif (p. ex., anxieux (euse), déprimé (e), triste) même si je n'ai pas physiquement faim. _____
- (3) Si j'ai vraiment envie d'un aliment en particulier, je me permets de le manger. _____
- (4) Je deviens fâchée envers moi-même lorsque je mange quelque chose qui est mauvais pour la santé. _____
- (5) Je me retrouve en train de manger lorsque je me sens seule même si je n'ai pas physiquement faim. _____
- (6) Je fais confiance à mon corps pour me dire quand manger. _____
- (7) Je fais confiance à mon corps pour me dire quoi manger. _____
- (8) Je fais confiance à mon corps pour me dire quelle quantité manger. _____
- (9) J'ai certains aliments interdits que je ne m'autorise pas à manger. _____
- (10) J'utilise la nourriture pour m'aider à apaiser mes émotions négatives. _____
- (11) Je me retrouve en train de manger lorsque je suis stressée même si je n'ai pas physiquement faim. _____
- (12) Je suis capable de gérer mes émotions négatives (p. ex., anxiété, tristesse) sans me tourner vers la nourriture pour me réconforter. _____
- (13) Quand je m'ennuie, je ne me mets PAS à manger juste pour m'occuper. _____
- (14) Quand je me sens seule, je ne me tourne PAS vers la nourriture pour me réconforter. _____

- (15) Je trouve des moyens autres que manger pour gérer mon stress et mon anxiété. _____
- (16) Je me permets de manger les aliments dont j'ai envie sur le moment. _____
- (17) Je ne suis PAS de règles alimentaires ou de diètes qui me dictent quoi, quand et/ou quelle quantité manger. _____
- (18) La plupart du temps, j'ai le désir de manger des aliments nutritifs. _____
- (19) Je mange principalement des aliments qui permettent à mon corps de bien fonctionner (ou de fonctionner efficacement). _____
- (20) Je mange principalement des aliments qui fournissent énergie et vigueur à mon corps. _____
- (21) Je me fie à mes signaux de faim pour m'indiquer quand manger. _____
- (22) Je me fie à mes signaux de satiété (le fait de me sentir pleine) pour m'indiquer quand arrêter de manger. _____
- (23) Je fais confiance à mon corps pour m'indiquer quand arrêter de manger. _____

Appendice F
Questionnaire de compulsions alimentaires

Binge Eating Scale (BES)

Référence. Brunault, P., Gaillard, P., Ballon, N., Couet, C., Isnard, P., Cook, S., & Courtois, R. (2016). Validation of the French version of the Binge Eating Scale: Examination of its factor structure, internal consistency and construct validity in a non-clinical and a clinical population. *L'Encephale*, 42(5), 426-433.

Sachez qu'aucune réponse n'est juste, elle doit être avant tout personnelle.

Bloc 1

- Je ne suis pas gêné(e) par mon poids ni par ma corpulence lorsque je suis avec d'autres personnes. (1)
 - Je suis préoccupé(e) par l'image que je donne aux autres sans pour autant être déçu(e) par cette image. (2)
 - Je suis gêné(e) et déçu(e) par mon aspect et par mon poids. (3)
 - Je suis très gêné(e) par mon poids et souvent, j'éprouve une grande honte de moi-même et je ne m'aime pas. J'essaie d'éviter de rencontrer d'autres personnes à cause de cette gêne. (4)
-

Bloc 2

- Je n'ai aucune difficulté à manger lentement, sans me presser. (1)
- Bien que je donne l'impression de manger vite, je ne me sens pas gavé(e) pour autant à la fin. (2)
- De temps en temps, j'ai tendance à manger vite, et j'ai la sensation désagréable d'avoir le ventre trop plein. (3)
- J'ai l'habitude d'engloutir la nourriture sans vraiment la mâcher et quand cela arrive, j'ai la sensation désagréable d'être gavé(e). (4)

Bloc 3

- Je me sens capable de contrôler mes pulsions alimentaires quand je le veux. (1)
- J'ai le sentiment de moins bien arriver à contrôler mon alimentation que la moyenne des gens. (2)
- Je suis totalement incapable de contrôler mes pulsions alimentaires. (3)
- Je me sens tellement incapable de contrôler mon alimentation que c'est devenu une obsession. (4)

Bloc 4

- Je n'ai pas l'habitude de manger lorsque je m'ennuie. (1)
- Je mange parfois lorsque je m'ennuie, mais j'arrive généralement à m'occuper et à penser à autre chose qu'à la nourriture. (2)
- J'ai l'habitude de manger lorsque je m'ennuie, mais parfois, j'arrive à trouver une autre occupation qui me permet de penser à autre chose qu'à la nourriture. (3)
- J'ai la forte habitude de manger lorsque je m'ennuie. Rien ne semble pouvoir me faire perdre cette habitude. (4)

Bloc 5

- Généralement, je ressens physiquement une sensation de faim lorsque je mange. (1)
- Il m'arrive parfois de manger sur un coup de tête même si je n'ai pas vraiment faim. (2)
- J'ai l'habitude de consommer des aliments que je n'apprécie pas toujours, pour satisfaire une fringale sans avoir réellement faim. (3)
- Même si je ne ressens pas physiquement une sensation de faim, j'éprouve le besoin d'avoir la bouche pleine, par exemple avec un sandwich, car il me semble que c'est la seule manière de satisfaire cette envie. Parfois, lorsque je mange pour satisfaire cette envie, je recrache la nourriture pour ne pas grossir. (4)

Bloc 6

- Après avoir trop mangé, je ne me sens pas coupable ou je ne me déteste pas. (1)
- Après avoir trop mangé, il m'arrive parfois de me sentir coupable ou de me détester. (2)
- Après avoir trop mangé, je me sens presque toujours coupable ou je me déteste. (3)
- Après avoir trop mangé, je me sens toujours coupable ou je me déteste. (4)

Bloc 7

- Quand je fais un régime, je ne perds pas totalement le contrôle de mon alimentation, même après les périodes où je mange trop. (1)
- Parfois, lorsque je mange un aliment « interdit » par mon régime, j'ai l'impression que j'ai tout « gâché » et je mange encore plus. (2)
- Souvent, lorsque je suis au régime et que je mange trop, j'ai l'habitude de me dire : « maintenant que j'ai tout gâché, pourquoi ne pas aller jusqu'au bout? ». Alors je mange encore plus. (3)
- Régulièrement, je commence des régimes très stricts, mais je craque et je me goinfre. Ma vie se résume à une alternance de périodes de restriction ou d'excès. (4)

Bloc 8

Il est très rare que je mange au point d'avoir la sensation désagréable d'être gavé(e) de nourriture. (1)

À peu près une fois par mois, je mange tellement que je me sens vraiment gavé(e). (2)

Régulièrement plusieurs fois par mois, je mange de grandes quantités de nourriture pendant les repas ou entre les repas. (3)

Je mange tellement que, en général, je me sens mal après et il m'arrive parfois d'avoir envie de vomir. (4)

Bloc 9

- En général, la quantité d'aliments que j'absorbe ne varie pas beaucoup d'un jour à l'autre. (1)
 - Parfois, après avoir trop mangé, j'essaie de réduire le plus possible la quantité d'aliments absorbés pour compenser mes excès. (2)
 - J'ai l'habitude de manger beaucoup le soir. Il me semble que, habituellement, je n'ai pas faim le matin, mais je mange trop le soir. (3)
 - Depuis que je suis adulte, après des périodes où je mange trop, il m'arrive de ne pratiquement rien manger pendant des jours. Ma vie se résume à une alternance de périodes de restriction ou d'excès. (4)
-

Bloc 10

- En général, je peux arrêter de manger quand je le veux. Je sais dire « stop ». (1)
- Parfois, je ressens de fortes envies de manger, que je n'arrive pas à contrôler. (2)
- Souvent, je ressens de très fortes envies de manger, que je n'arrive pas toujours à contrôler (3)
- Je me sens incapable de contrôler mes pulsions alimentaires. Je redoute de ne pas pouvoir arrêter de manger quand je le veux. (4)

Bloc 11

Je parviens sans difficulté à arrêter de manger lorsque j'ai le ventre trop plein. (1)

En général, j'arrive à arrêter de manger lorsque j'ai le ventre trop plein, mais parfois je mange trop et j'ai la sensation désagréable d'être gavé(e). (2)

Une fois que j'ai commencé à manger, j'ai de la difficulté à m'arrêter. En général, après un repas, j'ai la sensation désagréable d'être gavé(e). (3)

Comme je ne parviens pas à arrêter de manger quand je le veux, parfois je dois me faire vomir, ou prendre des laxatifs ou des diurétiques afin de soulager la sensation d'être gavé(e). (4)

Bloc 12

- Je mange autant lorsque je suis avec d'autres personnes (famille, sorties, réunions) que lorsque je suis seul(e). (1)
- Parfois, lorsque je suis avec d'autres personnes, je ne mange pas autant que je le voudrais parce que je suis gêné(e) par mon comportement vis-à-vis de la nourriture. (2)
- Souvent, lorsque je suis avec d'autres personnes, je mange peu car je suis très gêné(e) par mon comportement vis-à-vis de la nourriture. (3)
- J'ai tellement honte de trop manger, que je choisis les moments où personne ne peut me voir pour avaler de grandes quantités de nourriture. Je me cache pour manger. (4)

Bloc 13

- Je fais trois repas par jour et il m'arrive parfois de manger quelque chose entre les repas. (1)
- Je fais trois repas par jour, mais je mange souvent quelque chose entre les repas. (2)
- Quand je mange beaucoup entre les repas, j'ai tendance à sauter les repas habituels. (3)
- Il y a des périodes où j'ai l'impression de manger tout le temps, sans prendre de vrais repas à table. (4)

Bloc 14

- Lorsque j'ai des pulsions alimentaires, je ne pense pas beaucoup à l'idée de les contrôler. (1)
- De temps en temps, je suis préoccupé(e) par le fait d'essayer de contrôler mes pulsions alimentaires. (2)
- J'ai l'impression que je passe souvent beaucoup de temps à calculer la quantité de nourriture que j'ai mangée ou à essayer d'arrêter de manger. (3)
- Il me semble que je passe la plupart de mes journées à me demander si je dois manger ou non. J'ai l'impression d'être constamment en train de me battre pour ne pas manger. (4)

Bloc 15

- Je ne pense pas beaucoup à la nourriture. (1)
- J'éprouve de fortes envies de manger, mais ça ne dure pas très longtemps. (2)
- Certains jours, j'ai l'impression que je ne peux penser qu'à la nourriture. (3)
- La plupart du temps, je suis préoccupé(e) par la nourriture. J'ai l'impression de vivre pour manger. (4)

Bloc 16

- Généralement, je sais si je ressens physiquement une sensation de faim ou non, je mange la quantité de nourriture dont j'ai besoin pour être satisfait(e). (1)
- De temps en temps, il m'arrive de ne pas très bien savoir si je ressens physiquement une sensation de faim ou non. Dans ces moments-là, il m'est difficile de savoir la quantité d'aliments qu'il faudrait que je mange pour être satisfait(e). (2)
- Même si je connais la quantité d'aliments que je devrais absorber, je n'ai aucune idée de la quantité « normale » de nourriture dont j'ai besoin. (3)