UNIVERSITE DE PARIS OUEST NANTERRE LA DEFENSE & UNIVERSITE PARIS 8 VINCENNES – SAINT-DENIS

LABORATOIRE PARISIEN DE PSYCHOLOGIE SOCIALE (LAPPS, EA4386)

UFR SPSE
SCIENCES PSYCHOLOGIQUES ET SCIENCES DE L'EDUCATION

ECOLE DOCTORALE « CONNAISSANCE, LANGAGE, MODELISATION »
N°139, UNIVERSITE PARIS OUEST NANTERRE LA DEFENSE

Etude et compréhension des mécanismes d'auto-dépréciation et d'auto-affirmation des personnes obèses

THESE EN VUE DE L'OBTENTION DU TITRE DE DOCTEUR EN PSYCHOLOGIE
SPECIALITE : PSYCHOLOGIE SOCIALE

Présentée

par

Manuela Pena Pena

Soutenue le 16 novembre 2015

Jury:
Pr. Jean-François Verlhiac, Université Paris Ouest Nanterre La Défense, Directeur
Pr. Isabel Urdapilleta, Université Paris 8 Vincennes - Saint-Denis, Co-Directrice
Pr. Isabelle Milhabet, Université Nice Sophia Antipolis, Rapporteure
Pr. Véronique Christophe, Université de Lille 3, Rapporteure
Pr. Delphine Martinot, Université Blaise Pascal, Clermont-Ferrand, Examinatrice
Dr. Natalie Rigal, Université Paris Ouest Nanterre La Défense Examinatrice

Valorisation de la thèse

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

Articles ACL

Pena Pena, M., Urdapilleta, I., Tavani, J. L., Pruzina, I., & Verlhiac, J.-F (2015). Représentations sociales de la personne obèse et de l'obésité : effets de la situation de contact. *Psychologie française*. http://dx.doi.org/10.1016/j.psfr.2015.05.003

Communication orale sans acte dans congrès international ou national

Pena Pena, M., Urdapilleta, I., & Verlhiac, J.-F. (Novembre 2013). L'auto-affirmation, une solution au sentiment de rejet ? *Congrès Francophone de Psychologie Positive*, Metz, France.

Pena Pena, M., Urdapilleta, I., Gaillard, A., & Verlhiac, J.-F. (septembre 2013). Effet de la proximité à l'objet sur les représentations sociales de l'obésité. *55ème Congrès National de la Société Française de Psychologie (SFP)*, Lyon, France.

Pena Pena, M., Urdapilleta, I., Gaillard, A., & Verlhiac, J.-F. (juillet 2013). Effet de la familiarité sur les représentations sociales de l'obésité. *5ème Journées Doctorales de l'Association Francophone de Psychologie de la Santé (AFPSA)*, Bordeaux, France.

Pena Pena, M., Urdapilleta, I., & Verlhiac, J.-F. (juillet 2012). Effet de l'auto affirmation sur le sentiment d'auto dépréciation de personnes obèses. *9ème Colloque International de Psychologie Sociale en Langue Française*, Porto, Portugal.

Pena Pena, M., Urdapilleta, I., Verlhiac, J.-F. (septembre 2011). L'impact de l'auto affirmation positive sur l'auto dépréciation. *53ème Congrès Nationale de la Société Française de Psychologie*, Metz, France.

Communications par affiche dans un congrès international ou national

Pena Pena, M., Urdapilleta, I., & Verlhiac, J.-F. (juillet 2013). Obesity social representations and proximity to the social object. *27th Conference of the European Health Psychology Society (EHPS)*, Bordeaux, France.

Pena Pena, M., Urdapilleta, I., & Verlhiac, J.-F. (avril 2013). Auto affirmation et sentiment de rejet. *Journée de la recherche UFR Sciences Psychologiques et Sciences de l'Education (SPSE)*, Université Paris Ouest Nanterre La Défense, Nanterre, France.

Remerciements

Le travail de thèse conduit à une grande solitude, mais heureusement nous sommes toujours encadrés et accompagnés dans celui-ci. Ce sont ces personnes, qui m'ont accompagnée tout au long de ces années de travail de recherche, que je tiens à remercier. Par avance, merci à tous ceux que j'aurais oublié.

Je remercie mes directeurs de thèse, les professeurs Jean-François Verlhiac et Isabel Urdapilleta, pour m'avoir aidée dans la réalisation de ma thèse. Je leur suis infiniment reconnaissante pour l'aide et les conseils qu'ils m'ont apportés. Merci pour avoir cru en ce travail de thèse et plus largement, pour avoir cru en moi. Merci à Jean-François Verlhiac, professeur et directeur, de m'avoir donné le goût de la recherche et de continuer à m'impliquer dans des projets toujours plus passionnants. Merci également à Isabel Urdapilleta, professeur et co-directrice, d'avoir cru en mon potentiel et de me l'avoir montré. Merci pour son exigence intellectuelle et son approche de la recherche. Elle m'a poussée à m'auto-former et à parfaire mes savoir-faires. J'espère que notre collaboration continuera dans les années à venir.

Je remercie les professeurs, Delphine Martinot, Isabelle Milhabet, Véronique Christophe ainsi que Nathalie Rigal, d'avoir pris le temps de lire et d'évaluer ce travail de thèse. Je les remercie tout particulièrement de leurs remarques, qui me permettront d'aller plus loin dans la réflexion sur mes thématiques de recherche.

Je remercie M. Perez, pour m'avoir assistée dans mes recherches pendant la durée de cette thèse.

Je remercie chaleureusement les membres de l'UFR de Psychologie de l'Université de Paris 8. Merci à tous de m'avoir accueilli avec autant de simplicité. Merci également au

personnel de l'Université de Paris Ouest Nanterre La Défense, pour leur efficacité et le temps perdu à répondre à toutes mes questions.

Je tiens à remercier les membres de l'équipe de recherche Psychosens, et plus particulièrement Elsa, Isabelle et Julie pour leur soutien et leur encouragement constant. Merci d'avoir été là dans les bons moments, comme dans les mauvais. J'espère que ces liens perdureront après cette belle aventure. Merci également aux anciennes de Psychosens, et plus particulièrement Marion, Audrey et Aurélie, pour m'avoir aidée à me lancer dans ce travail, pour m'avoir accompagnée et surtout pour m'avoir transmis votre expérience du doctorat.

Je remercie les doctorants et anciens doctorants de Nanterre, que j'ai pu croiser, et avec qui j'ai pu nouer des liens. Merci à Céline pour nos moments de statistiques et de discussions bien agréables après une longue journée.

Mes derniers remerciements vont à ma famille et à mes amis. Merci à vous d'avoir cru en moi. Merci en particulier ma mère, qui a compris l'importance que ce travail de thèse avait pour moi et m'a toujours encouragée à continuer même lorsque je doutais. Merci aussi de ne jamais m'avoir reproché l'instabilité personnelle dans laquelle j'ai dû me mettre pour aboutir à ce travail. Je sais que je peux compter sur toi, si j'en doutais, je ne le puis plus. Merci à mes amis d'avoir compris mon éloignement. Claire, Emilio, Julien, Delphine, Hamed, Emilie, Raphaël, Lucia et beaucoup d'autres encore, merci d'avoir été là et d'être là. Sans oublier l'homme de l'ombre, qui a toujours été présent pour moi.

Des remerciements particuliers pour Isabelle qui m'a poussée, sauvée, encouragée, soutenue, et bien d'autres choses encore. Je ne sais toujours pas comment je vais pouvoir te remercier un jour, mais cela est déjà un début. Sache que je ferai tout pour être là autant que tu l'as été pour moi.

Merci à toutes et à tous…

Titre : Etude et compréhension des mécanismes d'auto dépréciation et d'auto-affirmation des personnes obèses

Résumé

Ce travail de thèse vise la compréhension des processus d'auto-dépréciation et d'auto-affirmation chez les personnes obèses. 209 personnes obèses et 920 personnes normo-pondérées ont participé à ce travail de thèse composé de six expérimentations. Pour ce faire, nous nous sommes d'abord penchés sur les représentations sociales liées à l'obésité et à la personne obèse, en fonction du contact intergroupe. Ensuite, nous avons construit et validé un outil de mesure du sentiment de rejet lié au poids (sentiment de stigmatisation). Pour finir, nous avons testé les effets d'une stratégie de coping, l'auto-affirmation (i.e., protocole de Napper, Harris et Epton, 2009), sur des mesures d'image de soi, chez une population normo-pondérée et obèse.

Ces études nous permettent de montrer, dans un premier temps, que lorsqu'il y a contact entre une personne obèse et une personne non obèse, la représentation sociale est plus empathique, qu'en absence de contact. Dans un deuxième temps, nous avons éprouvé la validité du questionnaire d'auto-stigmatisation (sensibilité, validité de contenu, fiabilité). Celui-ci permet de déterminer la fréquence de situations stigmatisantes vécues par l'individu, associée aux émotions ressenties lors de ces situations. Pour finir, nous mettons en évidence que la technique d'auto-affirmation, via le protocole de Napper, Harris et Epton, (2009), entraine des effets d'auto-centration et de comparaison sociale, susceptibles d'interférer dans le processus de valorisation de l'image de soi des personnes obèses. Notre travail permet de mettre en relief les processus identitaires personnels et sociaux engagés dans le traitement de la question de l'image des individus obèses. Nous proposons un cadre d'analyse des processus identitaires en jeu dans le cas du sentiment de rejet lié au poids.

Mots clefs : Auto-stigmatisation, Auto-affirmation, Représentation Sociale, Obésité

Title: Study and understanding of mechanisms of self depreciation and of self-affirmation of obese people

Abstract

The aims of this thesis are to understand the processes of self-depreciation and self-affirmation in obese people. 209 obese and 920 normal-weight people took part in this six experiment thesis. We first examined social representations related to obesity and obese people, according to intergroup contact. Then we developed and validated a weight related stigma feeling questionnaire. Finally, we tested coping strategies and self-affirmation effects (ie, protocol Napper, Epton and Harris, 2009), on self-image measures, in normal-weight and obese people.

Firstly, results show that when there is contact between an obese and a non-obese person, their social representation is more empathetic than without contact. Secondly, we tested the validity of the weight related stigma feeling questionnaire (sensitivity, content validity, reliability). This questionnaire determines individual stigmatizing experiences frequency associated with emotions experienced in those situations. Finally, we highlight that self-affirmation technique, through Napper, Harris and Epton's protocol (2009), causes self-centering and social comparison effects that could interfere in obese people's self-image enhancement process. Our work helps to emphasize the personal and social identity processes involved in treating obese people's image question. We propose an analysis framework of identity processes involved in weight related rejection feeling.

Key words: Self-stigma, self-affirmation, Social representation, Obesity

Sommaire

Valorisation de la thèse 1
Remerciements 2
Résumé 4
Abstract 4
Sommaire 5
Introduction 8
1. Mieux comprendre le sentiment de stigmatisation 9
2. Des stratégies de faire face difficiles à mettre en place 11
3. Les enjeux de ce travail de thèse 12
Chapitre 1 – L'obésité 15
1. Les causes de l'obésité 17
2. Les conséquences de l'obésité 26
3. Les solutions proposées à l'individu obèse 31
Chapitre 2 - La catégorisation sociale et l'obésité 45
1. La stigmatisation 51
2. Les conséquences de la stigmatisation 63
3. La place de l'identité dans la stigmatisation 71
Chapitre 3 - Contrecarrer l'auto-stigmatisation : l'auto-affirmation 77
1. Stratégie de coping et stigmatisation 79
2. L'auto-affirmation : une stratégie de coping 87
Problématique générale 99
Partie 1 - Représentations Sociales de l'obésité et (ou) : influence du contact intergroupe 103
Les représentations sociales : enjeux des consignes de substitutions 105
Le contact et la réduction des préjugés 108
1. Méthode 110
2. Résultats 115
3. Discussion 121
Partie 2 - Validation d'une échelle d'auto-stigmatisation 127
Etude 2.1 - Recueil et analyse de témoignages d'individus obèses 133
2.1.1 Objectif et hypothèses de la première étape de validation : Analyse de contenu de témoignages 133
2.1.2 Méthode 136
2.1.3 Analyse de données 138
2.1.4 Résultats 138
2.1.5 Conclusion 144
Etude 2.2 - Analyse inter-juges du questionnaire 146
2.2.1 Méthode 147
2.2.2 Analyses des données 148
2.2.3 Résultats 149
2.2.4 Conclusions 149

Etude 2.3 - Sensibilité, validité de contenu, fiabilité test-retest et homogénéité du questionnaire d'auto-stigmatisation 153
2.3.1 Objectif 153
2.3.2 Méthode 154
2.3.4 Résultats 158
2.3.5 Conclusion 177
Etude 2.4 - Validité convergente du questionnaire d'auto-stigmatisation 182
2.4.1 Phase 5 : Validité convergente, Estime de soi sociales, Monitorage de soi et Satisfaction de la vie 182
2.4.1.1. Méthode 182
2.4.1.2 Analyse de données 187
2.4.1.3 Résultats 187
2.4.2 Phase 5 bis : Validité convergente, Estime de soi, Auto efficacité, Body Shape Questionnaire et Peur du jugement négatif 191
2.4.2.1 Méthode 191
2.4.2.2 Analyse de données 195
2.4.2.3 Résultats 195
2.4.2.4 Conclusion validité convergente 198
Conclusion de l'Etude 2 200
Partie 3 - Etude du protocole d'auto-affirmation 202
Méthode 204
Participants 204
Matériel 205
Procédure 210
Etude 3.1 - Analyse des mesures contrôles du protocole d'auto-affirmation de Napper, Harris et Epton (2009). 211
3.1.1 Objectif et Hypothèses 211
3.1.2 Analyse de données 212
3.1.3 Résultats 213
3.1.4 Conclusion 232
Etude 3.2 - Analyse de l'effet du protocole d'auto-affirmation sur l'attitude, l'identification, le sentiment de rejet et le niveau des préoccupations corporelles des personnes obèses 235
3.2.1 Objectif et Hypothèses 235
3.2.2 Procédure 237
3.2.3 Analyse de données 238
3.2.4 Résultats 239
3.2.5 Conclusion 252
Etude 3.3 - Analyse de l'effet de la condition Zidane du protocole d'auto-affirmation sur les mesures contrôle de l'auto-affirmation et sur l'attitude, l'identification, le sentiment de rejet et le niveau de préoccupation corporelle des personnes obèses. 258
3.3.1 Objectif et Hypothèses 258

3.3.2 Analyse de données 260
3.3.3 Résultats 261
3.3.4 Conclusion 271
Etude 3.4 - Analyse de médiation entre les mesures contrôles de l'auto-affirmation, l'attitude, l'identification, le niveau de préoccupation corporelle et le sentiment de rejet. 277
3.4.1 Objectif et Hypothèses 277
3.4.2 Analyse de données 279
3.4.3 Résultats 279
3.4.4 Conclusion 288
Conclusion Générale 293
1. Apport du travail de recherche 293
1.1 L'obésité une image ambivalente 294
1.2 Le sentiment de rejet 295
1.3 L'auto-affirmation sous quelles conditions ? 297
2. Les limites de ce travail de recherche 298
3. Possibilités d'applications de ce travail de recherche 303
Bibliographie 305
Annexes 343

Introduction

Ce travail de thèse porte, d'une part, sur les processus de rejet social, examinés notamment au regard des représentations sociales, du stéréotype de l'obésité, des préjugés et de l'auto-stigmatisation des personnes obèses. Il vise, d'autre part, à mettre au jour les possibles effets de l'auto-affirmation, comme moyen de réduction du regard négatif porté sur les personnes obèses et du regard négatif qu'elles se portent à elles-mêmes, sur les potentiels liens entre autodépréciation et exclusion sociale.

L'obésité représente aujourd'hui un enjeu majeur de santé publique pour un grand nombre de pays développés. En effet, l'obésité, ayant un impact direct sur la santé (i.e., elle entraîne un grand nombre de comorbidités), elle représente à l'heure actuelle un enjeu majeur dans l'économie française de santé. Emery et ses collaborateurs (2007) ont estimé, qu'en 2002, les dépenses liées à l'obésité représentaient entre 2.1 et 6.2 milliards d'euros en France, soit 1.5% à 4.6% (Basdevant, 2009 ; Emery *et al.*, 2007) des dépenses courantes de santé en France. Plus exactement, « *Selon l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), le surcoût de l'obésité se situe aux alentours de 5 milliards d'euros mais, pour l'Inspection générale des finances, il atteindrait entre 11.5 et 14.5 milliards* » (Basdevant, 2011, p.4). Aussi, avons-nous vu apparaître depuis une quinzaine d'années des campagnes de prévention (i.e., « *Manger, Bouger* », Plan National Nutrition Santé 2011 – 2015, Recommandations de la Haute Autorité Sanitaire). L'ensemble de ces campagnes se focalisent principalement sur les comportements de santé des individus. Plus exactement, il s'agit d'amener chaque français à

augmenter sa consommation de fruits et légumes et à pratiquer une activité physique régulière.

Du point de vue de la psychologie, l'obésité a été étudiée sous divers angles. D'une part, l'obésité a été étudiée en psychologie clinique dans le cadre des troubles du comportement alimentaire (Di Vetta, Clarisse, Szymanski, & Giusti, 2012), de la gestion des émotions chez les individus (Gaillard, Barthassat, Pataky, & Golay, 2011), des troubles de l'humeur (de Wit *et al.*, 2010), de l'estime de soi[1] (Abdollahi & Talib, 2015) et de l'image du corps[2] (Halliwell, 2013). D'autre part, en psychologie sociale, l'obésité a été plus souvent étudiée dans le cadre des stéréotypes (Carels *et al.*, 2013), des préjugés (Bessenoff & Sherman, 2000), de la discrimination (Puhl & Brownell, 2012) et au sens plus large des stratégies mises en place, par les individus obèses, pour lutter contre la stigmatisation dont ils sont parfois victimes (Puhl & Brownell, 2003).

1. Mieux comprendre le sentiment de stigmatisation

La stigmatisation de l'obésité est étudiée depuis près d'une quarantaine d'années (i.e., première référence Cahnman, 1968). Selon Allon, (1982), elle fonctionne comme un cercle vicieux pour les individus obèses. Les individus, victimes de stigmatisation, se sentant rejetés, développeraient des comportements de compensation face à cette stigmatisation. Ces comportements, issus d'une détresse émotionnelle, pourraient les conduire à lutter contre l'image que les autres leur renvoient, mais le plus souvent les conduiraient à tenter de correspondre à l'image socialement attendue d'eux. Aussi, ces individus, de par une forte

[1] L'estime de Soi se définit comme étant « *la valeur globale qu'une personne s'auto-attribue* » (Desrichard, 2013, p.89).

[2] L'image du corps se définit comme étant « *l'image de notre propre corps formée dans notre esprit, c'est à dire la façon dont nous nous représentons nous-même* » (Schilder, 1950, p.11)

détresse émotionnelle développeraient des comportements les conduisant à maintenir leur obésité et donc de ce fait, à maintenir la situation de stigmatisation vécue.

Myers et Rosen (1999), par une étude qualitative, ont montré dans quels domaines la stigmatisation était la plus souvent perçue par les individus obèses. Le constat fût assez pessimiste puisque les témoignages recueillis montrèrent que les individus obèses se sentaient stigmatisés dans toutes les sphères sociales. Ainsi, les interactions sociales induisaient aussitôt un sentiment d'être « *hors-norme* ». Des études plus récentes sont venues confirmer ce constat (Azevedo, Macaluso, Viola, Sani, & Aglioti, 2014 ; Brewis, 2014 ; De Brún, McCarthy, McKenzie, & McGloin, 2014 ; Latner, Puhl, Murakami, & O'Brien, 2014 ; Latner, Stunkard, & Wilson, 2005 ; Lewis *et al.*, 2011 ; Puhl & Brownell, 2012 ; Puhl, Andreyeva, & Brownell, 2008 ; Puhl & Heuer, 2009). La stigmatisation et le sentiment de stigmatisation semblent donc présents et difficiles à éviter.

Mieux comprendre la construction de ce sentiment de stigmatisation est primordial lorsque l'on veut aborder les stratégies de coping. Rappelons que les stratégies de coping sont des actions mises en place par les individus lorsqu'ils se sentent menacés dans leur image de soi[3]. Ces actions leur permettent de conserver une image positive d'eux-mêmes, malgré la ou les menaces vécues. L'enjeu est d'une part, de mieux cerner quelles situations et quelles émotions associées entrent en jeu dans le sentiment de stigmatisation afin de mieux pouvoir aider les individus obèses à y faire face. Il s'agit, d'autre part, d'aider les personnes obèses à briser le cycle « *vicieux* » (Tomiyama, 2014) dans lequel elles s'enferment.

[3] L'image de soi serait une composante de l'identité, au même titre que le concept de soi, les sentiments de soi, les représentations de soi (Marc, 2005). Plus exactement, alors que la représentation de soi implique une organisation des éléments constituants le Soi, l'image de soi ne décrirait pas d'organisation dans l'image que l'individu a de lui-même (Marc, 2005). Parallèlement, « *Le concept de soi désigne la vision globale de soi (comme individualité intégrée, cohérente et stable) transcendant les contenus expérientiels et évènementiels de la conscience de soi.* » (Marc, 2005, p.24).

2. Des stratégies de faire face difficiles à mettre en place

De même que les situations de stigmatisation ont été répertoriées par Myers et Rosen (1999), les stratégies de « *faire face* » (ou encore stratégies de coping) ont été listées. Ainsi, 21 formes de stratégies de coping que mettaient en place les personnes obèses ont été répertoriées par ces mêmes auteurs. Des plus fréquentes au moins fréquentes, on note, par exemple, le fait de se dire des choses positives à soi-même et sur soi-même ; de ne pas faire attention à ce qui est dit de négatif sur soi, d'utiliser la religion comme échappatoire, de s'accepter et s'aimer pour ce que l'on fait, etc. En 2003, Puhl et Brownell ont classé ainsi différentes stratégies de coping par une méta-analyse de la littérature : 1) confirmation et acceptation du stéréotype de l'obésité ; 2) autoprotection ; 3) compensation ; 4) attribution personnelle ; 5) négociation de l'identité ; 6) la confrontation ; 7) l'activisme pour le droit des personnes obèses ; 8) désengagement psychologique ; 9) faire face avec les autres ; 10) perdre du poids.

Aussi, la diversité des stratégies de coping existantes soulève un certain nombre de questions quant aux moyens dont disposent les personnes pour les mettre en place. Ces différentes stratégies que nous avons citées ont des conséquences, tant positives que négatives, sur les personnes obèses. Certaines d'entre-elles apportent un mieux-être personnel, alors que d'autres vraisemblablement ne le permettent pas. La question qui nous a donc préoccupé était de comprendre les mécanismes de la stigmatisation, ses effets et ses conséquences. Plus largement, il s'agissait de mieux cerner la manière dont, en tant que psychologue social, on peut aider ces personnes à faire face aux situations de stigmatisation.

3. Les enjeux de ce travail de thèse

Aussi, l'objet de ce travail de thèse était-il de mieux comprendre aussi bien les représentations sociales de l'obésité et de la personne obèse en fonction de la proximité avec une personne obèse, que le sentiment de stigmatisation vécu par les personnes obèses.

Ainsi, ce travail de thèse a visé à : 1) comprendre l'image de l'obésité auprès de l'entourage des personnes obèses ; 2) comprendre le sentiment de stigmatisation et les émotions qui y sont associées ; 3) construire et valider un outil de mesure du sentiment de rejet par les personnes obèses ; 4) tester une méthode de stratégie de coping.

Aussi, afin de mieux présenter les enjeux de ce travail de thèse, trois chapitres théoriques ont été développés.

Dans un premier chapitre, nous avons abordé la question de l'obésité. Nous avons commencé par définir dans les grandes lignes ce qu'elle est et quelle place elle prend-aujourd'hui dans notre société, puis nous avons abordé les causes et conséquences de celle-ci, chez les individus obèses. Nous avons conclu ce chapitre en abordant la question de la prise en charge[4] de l'obésité.

Dans un deuxième chapitre, nous avons abordé la catégorisation sociale de l'obésité et plus spécifiquement ses conséquences identitaires. Nous avons étudié le stéréotype de l'obésité, la discrimination et la stigmatisation de l'obésité, ainsi que l'impact de ceux-ci sur le sentiment de stigmatisation des individus obèses. Nous avons défini leurs effets au niveau des identités sociales et personnelles des personnes obèses.

[4] Nous entendons par « *prise en charge* » l'accompagnement pluridisciplinaire des patients obèses, ainsi que les campagnes de prévention mises en place dans la lutte contre l'augmentation de la prévalence de l'obésité en France.

Dans un dernier chapitre théorique, nous avons abordé les moyens mis en place par les individus pour se protéger des menaces extérieures. Nous avons exposé les différentes stratégies de coping et avons mis l'accent sur la stratégie d'auto-affirmation, que nous avons utilisée dans ce travail de recherche.

Ces questions théoriques nous ont conduites à nous interroger d'une part, sur les implications émotionnelles et identitaires de la stigmatisation de l'obésité et d'autre part, sur les effets d'une stratégie de maintien du concept de soi positif sur le sentiment de stigmatisation d'individus obèses.

Cette thèse s'est donc fixé trois objectifs. Elle a étudié la stigmatisation et l'auto-stigmatisation des personnes obèses vivant en France. Il s'agissait d'identifier les dimensions sur lesquelles les individus obèses sont stigmatisés. En d'autres termes, nous avons tenté de mettre en exergue les processus sociaux, allant des représentations sociales à la stigmatisation de l'obésité. A partir de cette évaluation, nous nous sommes attachés à créer un questionnaire mesurant le degré d'auto-stigmatisation, ainsi que les émotions relatives à celle-ci. Un deuxième objectif était de tester l'auto-affirmation, en tant qu'outil de développement d'une stratégie de coping, dans sa capacité à amoindrir les effets potentiellement délétères de l'auto-stigmatisation sur le concept de soi.

Aussi, afin de répondre à ces objectifs, nous avons entrepris la démarche expérimentale suivante.

Dans un premier temps, nous avons voulu étudier la représentation sociale de l'obésité et de la personne obèse en fonction du contact intergroupe (cf. Etude 1). Aussi, avons-nous tenté d'évaluer l'impact de la présence d'une personne obèse, dans l'entourage des individus, sur leurs représentations sociales de l'obésité et de la personne obèse.

Dans un deuxième temps nous avons voulu construire et valider un questionnaire visant à mesurer le sentiment de rejet des individus obèses (questionnaire d'auto-stigmatisation). La construction a suivi le modèle de validation classique (Schembre, Greene, & Melanson, 2009). Dans une étude préliminaire nous avons analysé des témoignages d'individus obèses, afin d'en extraire les dimensions relatives au sentiment de rejet des personnes obèses et en avons construit des items (cf. Etude 2.1, page 133). Puis, nous avons évalué la validité inter-juges des items (cf. Etude 2.2, page 146). Enfin, nous avons vérifié la validité de construit de cette échelle (cf. Etude 2.3, page 153). Une quatrième étude a permis de mesurer la validité convergente et divergente de notre échelle (cf., Etude 2.4, page 182).

Dans un troisième temps nous avons testé l'efficacité d'une stratégie d'auto-affirmation sur l'image de soi des personnes obèses (cf., Etude 3.1, page 211 et 3.2, page 235). Ce travail a offert l'opportunité d'affiner les effets du protocole d'auto-affirmation mis en place par Napper, Harris, et Epton (2009), mais aussi de mieux cerner la place des stratégies de coping dans le sentiment de rejet (cf., Etude 3.3, page 258 et 3.4, page 277).

Chapitres théoriques

Chapitre 1 – L'obésité

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) dans un rapport intitulé *« Obésité prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale* » (2003) a déterminé que l'obésité : a) était une maladie grave et chronique mais non transmissible ; b) touchait l'ensemble de la population mondiale ; c) concernait toutes les tranches d'âges ; d) touchait des « *pays en développement et [des] pays nouvellement industrialisés, ainsi que [des] minorités ethniques et [des] populations défavorisées des pays développés* » (« *Obésité prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale* », 2003, p.5). Aussi, face à ces constats, l'OMS a alors préconisé : a) la mise en place d'une prévention à long terme de cette maladie et ce, aussi bien chez les adultes que chez les enfants ; b) cette prévention devait être applicable à l'ensemble des régions du monde ; c) « *d'examiner les facteurs en jeu dans la prise de poids et l'obésité dans les pays développés pour pouvoir prévoir leur incidence future dans les pays qui abordent les premières étapes d'un changement socio-économique souvent radical*» (OMS, 2003, p.5).

Rappelons que l'obésité se définit comme « *un excès de poids dû à un excès de masse grasse, pouvant entraîner des conséquences néfastes pour la santé* » (Berdah, 2009, p.1). L'obésité est le plus souvent évaluée par l'Indice de Masse Corporelle (IMC). Cet indice permet une mesure rapide et facile de la masse corporelle. Il est calculé en faisant le rapport du poids (en kilogrammes) sur la taille au carré (en mètres). Chez l'adulte, selon la classification retenue par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2003), l'insuffisance pondérale se définit par un IMC strictement inférieure à 18,5 kg/m², l'éventail normal par un IMC supérieur ou égal à 18,5 kg/m² mais strictement inférieur à 25 kg/m², le surpoids par un

IMC supérieur ou égal à 25 kg/m² mais strictement inférieur à 30 kg/m² et l'obésité par un IMC supérieur ou égal à 30 kg/m². Trois stades de sévérité sont définis dans le cas de l'obésité : la classe I correspondant à l'obésité modérée (30 ≤ IMC< 35) et la classe II correspondant à l'obésité sévère (35 ≤ IMC <40) et la classe III correspondant à l'obésité morbide (IMC ≥ 40). Ces classes, élaborées par l'OMS, associées à des valeurs d'IMC, traduisent des niveaux de risques pour la santé, tels que le diabète de type 2, les maladies coronariennes, l'hypertension, ou encore une mort prématurée (Adams *et al.*, 2004 ; NHLBI Obesity Education Initiative Expert Panel on the Identification, 1998).

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a déclaré, en 2003, que l'obésité était « *une menace grandissante pour la santé dans l'ensemble des pays du monde* » (Organisation Mondiale de la Santé, 2003, p.2). Cette affirmation est partie du constat selon lequel la prévalence de l'obésité ne cessait d'augmenter dans les pays en voie de développement (Flegal, Carroll, Ogden, & Johnson, 2002 ; Tjepkema & Shields, 2005). Cette « *pandémie* » n'épargne évidemment pas la France. En effet, alors qu'en 1990 l'obésité n'affectait que 6% de la population adulte, en 1992, 8.2% de la population était atteinte, 9.6% en 2000 et enfin en 11.3% en 2003 (Poulain, 2009). Ainsi, une nette progression des cas d'obésité en France a été constatée ces vingt dernières années. En 2012, le groupe Roche, en collaboration avec Kantar Health Sofres, a publié une étude (*ObEpi : Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité*, 2012) sur la prévalence de l'obésité en France chez les individus adultes. Cette étude a montré qu'au-delà des critères biologiques décrits par l'OMS (2003), des facteurs socioéconomiques et de genre intervenaient également dans la prévalence de l'obésité. En effet l'étude ObÉpi (2012) a mis en évidence un nombre plus important de femmes obèses que d'hommes obèses (i.e., femmes : 8.3% (1997), 15.7% (2012) ; hommes : 8.8% (1997), 14.3% (2012)), alors que la prévalence du surpoids a nettement plus augmenté pour les hommes que pour les femmes (i.e., femmes : 23.3 (1997), 26.3% (2012) ; hommes : 36.9%

(1997), 38.8%(2012)). L'étude a montré également qu'entre 1997 et 2012 l'obésité avait augmenté de 89.2% pour les femmes, contre 62.5% pour les hommes. Ces pourcentages d'augmentation prennent en compte les prévalences observées lors des précédentes éditions de l'étude ObÉpi-Roche (2003, 2006, 2009, 2012). En d'autres termes, l'obésité toucherait actuellement plus de femmes que d'hommes. Il semblerait que les hommes entrent en surpoids et s'y maintiennent, alors que les femmes auraient plutôt tendance à basculer dans l'obésité (ObÉpi-Roche, 2012).

L'obésité est donc en constante augmentation depuis ces dernières années mais tendrait à se stabiliser dans un certain nombre de pays (e.g., en Suisse (Aeberli, Henschen, Molinari, & Zimmermann, 2010), aux Etats-Unis (Ogden, Carroll, Curtin, Lamb, & Flegal, 2010), ainsi qu'en France (Castetbon, 2015). Ainsi, semble-t-il intéressant de nous interroger sur les causes de cette pathologie, qui semblent dépendre aussi bien de facteurs psychosociaux, que comportementaux, ou encore génétiques.

1. Les causes de l'obésité

1.1. Les causes biologiques

La prévalence de l'obésité ne peut être limitée à une simple problématique liée à des comportements alimentaires (Wright & Aronne, 2012).

La prise de poids liée à l'alimentation s'observe lorsque le rapport entre l'apport nutritionnel de l'individu (i.e., sa prise alimentaire) et sa dépense énergétique (i.e. son activité physique) est positif. Ainsi, l'individu augmentera ses risques de devenir obèse. Mais cette équation est à modérer, puisque ce bilan énergétique est différent pour chaque individu. Cette différence peut être expliquée par des facteurs génétiques, liés au taux métabolique (Bouchard, Lykken, McGue, Segal, & Tellegen, 1990). En effet, un taux métabolique faible,

induisant un bilan énergétique positif (i.e., l'apport énergétique consommé par l'individu est assimilé par son corps de façon très lente), se trouve être dépendant de facteurs génétiques. Il pourrait de ce fait être associé à une plus grande probabilité de devenir obèse. Ainsi, les personnes ayant un faible taux métabolique brûlent moins de calories au repos et ont donc besoin d'un apport alimentaire moins important. En d'autres termes, les personnes ayant un taux métabolique moins élevé au repos, seraient plus sujettes à une prise de poids, voire être atteints d'obésité (Ravussin & Bogardus, 1989). En outre, la probabilité d'être obèse augmente lorsqu'un bilan énergétique positif est maintenu à long terme. Ainsi, un apport constamment plus élevé par rapport aux dépenses énergétiques va-t-il mener à une prise de poids progressive. Au fur et à mesure, un nouvel équilibre prendra place, préservé par des mécanismes physiologiques, rendant par ailleurs la perte de poids de plus en plus difficile (Schutz, 1995).

Si, comme nous venons de le voir, l'obésité est favorisée par un rapport énergétique positif sur une longue période, nous pouvons ici encore nuancer cette équation par la notion de sédentarité. La sédentarité a été déterminée comme étant le facteur prédominant dans l'étiologie de l'obésité (Oppert, 2003 ; Parsons, Power, Logan, & Summerbell, 1999). La sédentarité des individus serait notamment expliquée par l'augmentation du temps passé devant la télévision. La littérature montre effectivement un lien significatif entre la sédentarisation des populations et le nombre d'heures passées à regarder la télévision (Crespo *et al.*, 2001 ; Dietz & Gortmaker, 1985 ; Manios *et al.*, 2009).

Certains des facteurs endogènes de l'obésité sont génétiques et pourraient expliquer une part de la variation de l'IMC des individus (Stunkard, Harris, Pedersen, & McClearn, 1990). Plus précisément, un enfant dont seul l'un des parents est obèse aurait 40% de risques de le devenir lui-même à l'âge adulte et, 80% si les deux parents sont obèses (Garn, Hopkins, & Ryan, 1981). *A contrario*, un enfant dont les deux parents sont « *maigres* » verrait sa

probabilité de devenir obèse réduite à 7% (Garn *et al.*, 1981). Néanmoins, en considérant que les enfants et parents partagent le même environnement et le même patrimoine génétique, il est possible de s'interroger sur les influences indépendantes des facteurs génétiques et environnementaux. Dans la perspective de cette interrogation, l'IMC de jumeaux monozygotes, élevés séparément, a été étudié (Stunkard *et al.*, 1996). Il a été observé que les facteurs génétiques contribueraient pour 66 à 70% à la variance de leur masse corporelle, suggérant une composante importante de la génétique dans la prévalence de l'obésité. Cette relation indique donc un rôle majeur de l'hérédité et se retrouve pour des IMC différents.

Notons également que le contrôle de la prise alimentaire est un processus complexe. En effet, le contrôle de la prise alimentaire implique « *un système biopsychologique qui fait intervenir de multiples déterminants internes et externes* ». Ainsi, « *un ensemble neuro-hormonal sert de support à la transmission d'informations sur la situation digestive, absorptive et post-absorptive, sur le niveau des réserves énergétiques et, plus globalement, sur la situation nutritionnelle* » (Basdevant, 2006, p.564). Des signaux métaboliques, hormonaux et nerveux, transmis au cerveau, permettent à l'individu d'adopter une réponse adaptée. Néanmoins, le cerveau tient compte d'autres informations que celles transmises uniquement par le système périphérique. Les apprentissages, les conditionnements, ainsi que la mémoire entrent en ligne de compte également. Ainsi, la prise alimentaire ne serait pas qu'une question de faim et de satiété, mais dépendrait également de l'environnement de l'individu.

1.2. Les causes environnementales

D'un point de vue socioéconomique, l'obésité est négativement corrélée avec le niveau d'instruction, ainsi qu'avec les revenus moyens des foyers (ObEpi, 2012). Ceci

impliquerait que l'obésité se développe davantage dans des milieux à faibles revenus et à faible niveau d'instruction. Globalement, les inégalités de santé sont largement ancrées socialement (Institut national de la santé et de la recherche médicale - France & Centre d'expertise collective, 2014). On observe une augmentation plus importante dans les milieux dits « *pauvres* » que dans les milieux dits « *aisés* » (ObEpi, 2012). De même, l'obésité sévère serait plus présente dans les milieux très précaires (Romon *et al.*, 2006) et serait en lien avec une dégradation sociale (Poulain, 2002). La question de l'obésité s'inscrit aujourd'hui dans une problématique sociétale, même si le nombre de personnes touchées ne représente qu'une partie de la population française. Ajoutons qu'un certain nombre d'études ont mis au jour les raisons d'une plus grande prévalence de l'obésité dans les milieux à faibles revenus. En effet, il semblerait que l'accès à une alimentation de qualité soit réservé à une population plus aisée que par le passé. En 1997, le Baromètre santé nutrition de l'INPES (Baudier, Rotily, Le Bihan, Janvrin, & Michaud, 1997) a montré l'importance du budget des foyers dans leurs manières de s'alimenter. Ce rapport insistait sur la sous-consommation de fruits et légumes, la surconsommation de féculents et enfin, la consommation plus importante de plats préparés ou semi-préparés (Baudier *et al.*, 1997). On peut donc considérer que la prévalence de l'obésité est plus importante dans les classes dites précaires, du fait de leur accès limité à la diversité alimentaire (Bihan, 2011 ; Darmon & Carlin, 2013). Plus exactement, *« La prévalence de l'obésité augmente avec l'appréciation des difficultés financières. Le taux d'obésité est en-dessous de la moyenne nationale chez les individus se déclarant «à l'aise», passe à 30% chez les individus disant «ne pas y arriver sans faire de dettes». A l'instar de l'obésité, le tour de taille des individus augmente avec les difficultés financières déclarées* » (ObEpi, 2012, p.55). En d'autres termes, le budget alimentaire tenant une place importante, les foyers dits précaires favoriseraient une alimentation riche en sucres et lipides, au détriment d'aliments riches en vitamines et en fibres (Poulain, 2009 ; Bihan, 2011 ; Darmon & Carlin, 2013). Néanmoins,

l'OMS ne fait que supposer l'impact des aliments riches en sucres sur la prévalence de l'obésité (Organisation Mondiale de la Santé, 2003). Il est à noter que depuis vingt ans, la consommation d'aliments ou boissons riches en sucres a considérablement progressé au sein de la population générale (Nielsen & Popkin, 2004). De plus, il a été observé une augmentation significative des portions alimentaires, incluant des produits alimentaires vendus à l'unité (i.e., portion correspondant à un plat pour une personne), mais aussi de la nourriture servie dans les restaurants et « *fast-food* » (Nielsen & Popkin, 2004 ; Duffey & Popkin, 2011). Ainsi, les aliments servis pré-emballés et vendus à l'unité sont plus susceptibles de pousser à la surconsommation, car le fait de laisser de la nourriture dans son assiette est mal perçu dans de nombreuses cultures (Kral & Rolls, 2004 ; Rolls, Roe, Kral, Meengs, & Wall, 2004 ; Zlatevska, Dubelaar, & Holden, 2014). Il est à supposer que dans des milieux précaires, du fait d'une difficulté à l'accès à une alimentation de qualité, il ne soit pas bien perçu de ne pas finir son plat. Nous pouvons ainsi supposer un lien entre l'augmentation des portions alimentaires, la précarisation de la population et l'augmentation de la prévalence de l'obésité.

Regarder la télévision modifie également les comportements alimentaires (Rennie, Johnson, & Jebb, 2005). Le lien entre le temps passé devant la télévision et le nombre de calories consommées peut être expliqué de diverses façons. Grignoter serait plus facile dans un contexte d'inactivité. Nous pouvons également constater que les programmes et publicités alimentaires influenceraient le choix alimentaire ainsi que les habitudes alimentaires (Robinson, 2001). De plus, le nombre d'heures passées devant la télévision pourrait être révélateur de modes de vies familiaux, associé à une augmentation du risque de devenir obèse (Rennie *et al.*, 2005).

Une revue de la littérature (Dunton, Kaplan, Wolch, Jerrett, & Reynolds, 2009), montre que le risque d'obésité chez l'enfant est lié au quartier dans lesquels il vit (i.e., plus les

quartiers disposent de végétation, mieux ils sont entretenus, plus les individus apprécient de profiter de leur quartier et moins les enfants ont de risque de devenir obèses), les moyens de déplacements (i.e., plus il y aurait accès aux transports en commun, plus il y aurait de risques d'obésité chez l'enfant) et l'accès aux espaces verts (i.e., plus il y aurait d'accès au parc, le temps de récréation, l'accès aux équipements sportifs, moins il y aurait de risque d'obésité chez l'enfant) (Dunton, Kaplan, Wolch, Jerrett, & Reynolds, 2009). Aussi, l'environnement physique des individus et plus particulièrement celui des enfants, serait un déterminant dans la prévalence de l'obésité. Il est à noter qu'il existe un lien entre l'accès à des infrastructures sportives et la précarité des individus (Darmon & Carlin, 2013). Ainsi, la question demeure de savoir qui de la précarité ou de l'accès à des infrastructures sportives augmente la prévalence de l'obésité dans les populations les plus défavorisées ? Mais c'est là un débat que nous laisserons de côté car il n'est pas au cœur de notre thème de recherche.

1.3. Les causes psychologiques

L'acte alimentaire joue un rôle décisif dans le développement psychologique de l'enfant (Basdevant, 2006). Ces choix alimentaires lui permettent à la fois de s'identifier à l'autre, mais aussi de s'en distinguer. L'enfant apprend à gérer ses pulsions, à tolérer la frustration, et donc à réduire la prégnance du besoin et de la satisfaction de ce besoin sur son fonctionnement psychologique. Aussi, dans l'éducation alimentaire donnée aux enfants, les comportements parentaux pourraient être prédicteurs des comportements alimentaires futurs de l'enfant (Basdevant & Guy-Grand, 2004). En effet, avant deux ans, l'enfant est attiré par des aliments variés. « *Cette période, dite d'ouverture, est donc idéale pour apprendre à l'enfant à apprécier une large variété d'aliments* », (Rigal, 2010, p.S208). Suite à cette "période d'ouverture", l'enfant se montre plus réticent à goûter de nouveaux aliments, on parle alors de néophobie. Au cours de celle-ci, et afin qu'elle n'ait pas n'incidence sur les

comportements alimentaires futurs de l'enfant, il est important de présenter de façon répétée les aliments. Présenter de façon répétée une alimentation variée limiterait la tendance des enfants à être néophobes (Rigal, 2010). Néanmoins, la néophobie alimentaire ne conduirait pas inexorablement à l'obésité de l'enfant (Rigal *et al.*, 2006). Aussi, les adolescents obèses ne seraient pas plus néophobes que les enfants normo-pondérés. Au-delà du rôle d'éducation alimentaire tenu par les parents, il peut arriver que ceux-ci induisent des conduites alimentaires « *néfastes* » pour le développement alimentaire de l'enfant (Rigal, 2010 ; Rigal et al., 2006). Berdah (2009) évoque par exemple, le comportement de la « *mère gavante* ». A chaque signal de mal être de l'enfant, la mère nourrit son enfant tant dans le but de soigner le mal-être de ce dernier, que d'apaiser ses propres angoisses. Ce type de comportement envers l'enfant peut créer un conditionnement du comportement alimentaire qui, plus tard, calmera ses angoisses comme sa mère le lui aura appris : à travers la nourriture.

Une autre théorie comportementaliste, développée par Schacter et Rodin (1974), explique la prise alimentaire par une hypersensibilité aux stimuli externes (i.e., la vue, l'odorat ainsi que la disponibilité des aliments). Ainsi, les individus ne seraient pas capables de réguler leurs prises alimentaires du fait de la présence de ces stimuli (Berdah, 2009 ; Schacter & Rodin, 1974).

Il est important de considérer que les troubles du comportement alimentaire jouent un rôle non négligeable dans les causes de l'obésité chez certains individus (Berdah, 2009).

Il convient ainsi de considérer plusieurs types de troubles du comportement alimentaire pouvant induire une obésité chez l'individu :

- l'hyperphagie prandiale est une consommation excessive d'aliment au cours des repas ;
- le grignotage se définit comme la consommation répétitive d'aliments au cours de la journée sans faim, et ce en dehors des repas ;

- les compulsions alimentaires (« *craving* ») se définissent comme des impulsions soudaines à consommer un type d'aliment. Ces compulsions ne sont pas guidées par la faim. On y distingue également le « *carbohydrate craving* » qui se caractérise par une surconsommation soudaine d'aliments sucrés ;
- la noctophagie est une hyperphagie nocturne. L'individu va se réveiller pour s'alimenter en pleine nuit ;
- l'hyperphagie boulimique « *se caractérise par une consommation très rapide, sans faim, de quantités importantes de nourriture, au-delà de la satiété. Le sujet est le plus souvent conscient du caractère pathologique de ce comportement. La perte de contrôle est précédée par un sentiment de vide. Elle est suivie d'un sentiment de honte et de culpabilité. A la différence de la boulimie, il n'y a pas de comportements compensatoires tels que les vomissements provoqués ou la prise de traitements médicamenteux laxatifs, diurétiques ou hormones thyroïdiennes* » (Berdah 2009, p.3).

L'ensemble de ces comportements alimentaires est généralement observé chez des personnes ayant une surcharge pondérale. Une étude menée sur la prévalence de substances psychoactives chez des patients en attente d'une chirurgie bariatrique a montré le pourcentage de patients souffrant d'un trouble du comportement alimentaire (Olive, 2012). Deux troubles ont été identifiés chez ces patients : la boulimie et l'hyperphagie. Il y avait respectivement 15 et 36% des patients souffrant de ces pathologies[5]. Aussi, dans le cadre de la prise en charge de l'obésité, la recherche de ce type de comportement alimentaire est primordiale (Temessek, Tertek, Hamza, & Blouza, 2012). Selon l'étude de Temmessek et ses collaborateurs (2012), les patients obèses présenteraient les troubles du comportement alimentaires suivants :

[5] Notons que la prévalence des troubles du comportement alimentaire en France est de l'ordre des 20% (Grigioni & Déchelotte, 2012). Plus exactement, l'hyperphagie boulimique toucherait 10 % des personnes obèses contre 20 à 40 % des personnes se représentant en consultations de nutritions. La noctophagie, plus étudiée aux Etats-Unis concernent 1.5% population générale et 10% de la population obèse (Léonard, Foulon, & Guelfi, 2005).

grignotage (72 % des troubles répertoriés), hyperphagie prandiale (64.6 % des cas), compulsions alimentaires (61 % des cas), accès de boulimie (29.3 % des cas) et noctophagie (14.6 % des cas). Aussi, ces troubles expliqueraient la prise ou maintien de la surcharge pondérale, ainsi que la qualité de vie des patients obèses (Chapelle, 2013).

Parmi les facteurs psychologiques pouvant être à l'origine de l'obésité, des études longitudinales montrent l'importance de la dépression dans la prévalence de l'obésité (Blaine, 2008 ; Luppino *et al.*, 2010). Il semble que la dépression puisse augmenter de 1.5 à 3.5 fois le risque d'obésité chez l'enfant. Au-delà de la dépression, il semble que l'anxiété vécue et reportée par les enfants prédise une augmentation de leur IMC à l'âge adulte (Rofey *et al.*, 2009). A l'âge adulte, ce serait le stress quotidien qui amènerait les individus a d'une part, consommer plus que la normale et d'autre part, à long terme, leur ferait prendre du poids (Torres & Nowson, 2007).

Enfin, des chercheurs se sont intéressés à la place de la restriction alimentaire dans la consommation, ou surconsommation d'aliments. Une étude menée sur des hommes normo-pondérés explicite les effets de la perception des calories dans les aliments en fonction d'individus en situation de restriction alimentaire, ou non (Polivy, 1976). Les participants étant en situation de restriction alimentaire ont consommé plus de nourriture lorsqu'ils évaluaient les aliments comme très caloriques, comparativement au cas où ils les évaluaient comme peu caloriques. Les participants n'étant pas en situation de restriction alimentaire avaient le comportement inverse. Néanmoins, il a été montré que la déshibition alimentaire, c'est-à-dire l'absence de contrôle total sur le comportement alimentaire, était un facteur de prise de poids (Hays et al., 2002). Plus exactement, la restriction alimentaire dans le cas d'obésité sévère pourrait être une solution appropriée dans la mesure où les troubles du comportement alimentaire du patient sont pris en charge en parallèle à la restriction alimentaire (da Luz et al., 2015). Rappelons néanmoins, que la restriction alimentaire sans

suivi médical, s'avère néfaste pour l'individu. Celle-ci le conduirait à prendre davantage de poids qu'il n'en perdrait (ANSES, 2011).

2. Les conséquences de l'obésité

2.1. Les conséquences sur la santé des individus

L'obésité comporte un grand nombre de risques pour la santé. Selon l'OMS (2003) ces risques iraient « *d'un risque accru de décès prématuré à plusieurs maladies non mortelles mais débilitantes ayant des effets indésirables sur la qualité de vie.* » (OMS, 2003, p.43).

Les conséquences de l'obésité sur la santé des personnes obèses peuvent être catégorisées comme suit (Basdevant, 2006 ; Ahima & Lazar, 2013) :

- Les maladies cardiovasculaires. Il est à noter que plus un individu aura une masse grasse importante plus celui-ci augmentera ses risques d'insuffisance coronaire[6], d'hypertension artérielle[7], d'accidents vasculaires cérébraux[8], de thromboses veineuses profondes (ou phlébite)[9], d'embolies pulmonaires[10], d'insuffisances cardiaques (ou

[6] L'insuffisance coronaire se définit comme une « *insuffisance de l'alimentation en sang oxygéné du réseau coronarien cardiaque, en l'absence de lésions organiques précises et localisées des artères coronaires* » (http://dictionnaire.academie-medecine.fr/, 2014).

[7] L'hypertension artérielle se définit comme l'« *élévation pathologique de la pression artérielle au-dessus des limites normales* » (http://dictionnaire.academie-medecine.fr/, 2014).

[8] L'accident vasculaire cérébral se définit comme « *manifestation neurologique aigüe en rapport avec un processus ischémique ou hémorragique dans le territoire d'une artère à destinée cérébrale (thrombose, embolie, hématome intra-parenchymateux)* » (http://dictionnaire.academie-medecine.fr/, 2014).

[9] La phlébite se définit comme une « *atteinte infectieuse ou inflammatoire de la paroi d'une veine* » (http://dictionnaire.academie-medecine.fr/, 2014).

[10] L'embolie pulmonaire se définit comme une « *obstruction d'une ou de plusieurs branches de l'artère pulmonaire secondaire à la migration et à l'arrêt d'un embole* » (http://dictionnaire.academie-medecine.fr/, 2014).

défaillance cardiaque)[11], de dysfonction végétative (ou dysfonction homéostasie)[12] et d'insuffisance respiratoire[13].

- Les affections respiratoires. Les individus ayant un IMC important souffriront davantage de Syndrome d'apnée du sommeil[14], d'hypoventilation alvéolaire[15] et d'hypertension artérielle pulmonaire[16].
- Les infections ostéo-articulaires. Plus les individus sont corpulents, plus ils s'exposent aux risques de gonarthrose (i.e., arthrose localisée au genou), de lombalgies (i.e., troubles de la statique).
- Les complications digestives liées à l'obésité. Comme par exemple la lithiase biliaire (ou calcul biliaire), la stéatose hépatique[17] et le reflux gastro-œsophagien.
- Une forte masse grasse dans le corps d'un individu est également prédictrice de cancers. Plus exactement, chez l'homme, une forte masse grasse implique un plus fort risque de

[11] La défaillance cardiaque se définit comme une « *incapacité du cœur à remplir sa fonction de contraction myocardique et à assurer un débit sanguin normal: elle peut être soudaine et momentanée (défaillance cardiaque aigüe), ou progressive et durable (défaillance cardiaque chronique)* » (http://dictionnaire.academie-medecine.fr/, 2014).

[12] Le dysfonctionnement homéostasie se définit comme la perturbation du « *processus physiologique permettant le maintien constant du milieu intérieur de l'organisme afin d'en assurer le bon fonctionnement* » (http://dictionnaire.academie-medecine.fr/, 2014).

[13] L'insuffisance respiratoire se définit comme un « *état pathologique transitoire ou persistant relevant d'une incapacité de l'appareil respiratoire à assurer les échanges gazeux indispensables à l'organisme (apport d'oxygène et et/ou élimination du dioxyde de carbone) se traduisant dans le sang artériel par une baisse de la pression partielle d'oxygène (PaO_2) et/ou une élévation anormale de la pression partielle du dioxyde de carbone ($PaCO_2$). »* (http://dictionnaire.academie-medecine.fr/, 2014).

[14] L'apnée du sommeil se définit comme une « *Forme grave du ronflement avec pauses respiratoires qui dépassent souvent la minute survenant pendant le sommeil à une fréquence horaire d'au moins 5 apnées de plus de 10 secondes, ou 10 hypopnées par heure, réduisant de 30 à 50% le volume courant avec une désaturation oxyhémoglobinée de l'ordre de 50% (PaO_2 < 20 mm de Hg)* » (http://dictionnaire.academie-medecine.fr/, 2014).

[15] L'hypoventilation alvéolaire se définit comme une « *ventilation alvéolaire insuffisante par rapport aux besoins métaboliques* » (http://dictionnaire.academie-medecine.fr/, 2014).

[16] L'hypertension artérielle pulmonaire se définit comme l' « *augmentation de la pression dans les artères pulmonaires, l'hypertension artérielle pulmonaire étant définie par la mesure, par cathétérisme cardiaque, d'une pression artérielle pulmonaire moyenne supérieure ou égale à 25mmHg* » (http://dictionnaire.academie-medecine.fr/, 2014).

[17] La stéatose hépatique se définit par une « *accumulation de graisses, presque toujours des triglycérides, dans le cytoplasme hépatocytaire qui, normalement, n'en contient que des traces minimes* » (http://dictionnaire.academie-medecine.fr/, 2014).

cancer de la prostate, colorectal et des voies biliaires. Chez les femmes, l'obésité serait prédictrice de cancer de l'endomètre, des voies biliaires, du col de l'utérus, des ovaires, du sein et colorectal.

- L'obésité aurait également des conséquences métaboliques, telles que l'insulinorésistance[18], le diabète de type 2[19], la dyslipidémie[20], l'hyperuricémie[21], la goutte[22] et l'altération de l'hémostase[23] (i.e., fibrinolyse, PAI1).
- Des troubles endocriniens sont également à prendre en compte dans les conséquences de l'obésité sur la santé des individus obèses. On observe des cas d'infertilité et de dysovulation[24].
- Des troubles rénaux sont observés comme la protéinurie[25] et glomérulosclérose[26].

---

[18] L'insulinorésistance se définit par un « *état caractérisé chez un diabétique insulino-dépendant par la nécessité de prescrire plus de 200 unités d'insuline par jour pour contrôler sa glycémie et prévenir une acidocétose* » (http://dictionnaire.academie-medecine.fr/, 2014).

[19] Le diabète de type II se définit comme une « *affection est due à une anomalie de la sécrétion de l'insuline, à une diminution de la sensibilité des récepteurs à l'insuline, à une diminution du nombre de ces récepteurs, à des perturbations de la participation du foie au métabolisme du glucose. Le plus souvent accompagné d'un certain degré d'obésité, il est appelé diabète gras par opposition au diabète maigre ou insulinodépendant* » (http://dictionnaire.academie-medecine.fr/, 2014).

[20] La dyslipidémie se caractérise par une « *anomalie pathologique, quantitative ou qualitative, de la composition des lipides plasmatiques* » (http://dictionnaire.academie-medecine.fr/, 2014).

[21]L'hyperuricémie se définit par une « *teneur du plasma sanguin en acide urique supérieure à la concentration normale, qui est d'environ 0.2 à 0.3 mmol/L, soit 30 à 50 mg/L* » (http://dictionnaire.academie-medecine.fr/, 2014).

[22] La goutte se définit comme une « *arthropathie métabolique due à l'élévation sanguine de la teneur en acide urique qui est un produit de la dégradation des nucléotides puriniques en acides nucléiques, aboutissant à l'accumulation intra-articulaire de cristaux d'urate dans les articulations périphériques* » (http://dictionnaire.academie-medecine.fr/, 2014).

[23]L'altération de l'hémostase se définit par une altération du « *mécanisme physiologique ou action thérapeutique provoquant l'arrêt d'une hémorragie* » (http://dictionnaire.academie-medecine.fr/, 2014).

[24] La dysovulation se définit par un « *trouble de l'ovulation secondaire à une anomalie de la fonction gonadotrope par sécrétion inadaptée des gonadotrophines hypophysaires ou par sécrétion exagérée de prolactine* » (http://dictionnaire.academie-medecine.fr/, 2014).

[25]La protéinurie se définit par la « *présence dans les urines de protéines provenant le plus souvent du sérum sanguin par hyperperméabilité glomérulaire, et parfois de la voie excrétrice urinaire notamment à l'occasion d'une infection* » (http://dictionnaire.academie-medecine.fr/, 2014).

[26] La glomérulosclérose se traduit par une « *augmentation de volume de la matrice membranoïde mésangiale prenant un aspect soit global et diffus, soit nodulaire avec accentuation de la lobulation du glomérule* » (http://dictionnaire.academie-medecine.fr/, 2014).

- D'autres troubles ne pouvant être classés dans les catégories ci-dessus, ont été observés tels que l'hypersudation, la lympho-œdème[27], les œdèmes[28], l'hypertension intracrânienne, les complications obstétricales ainsi que des risques opératoires.

Au-delà des nombreuses conséquences physiologiques de l'obésité, il est important de ne pas négliger les conséquences environnementales et psychologiques.

2.2. Les conséquences psychologiques

L'Organisation Mondiale de la Santé (2003) a répertorié également des « *problèmes psychologiques associés à l'obésité* » (p.62). En effet, l'OMS note que l'obésité reste connotée négativement et que les individus obèses souffrent souvent des remarques négatives de la part de leur entourage (i.e., proche, professionnel et médical). Des études sur la discrimination et les attitudes envers les personnes obèses montrent que les enfants obèses subissent dès leur plus jeune âge les affres de la stigmatisation. Elle est issue de leur famille, ainsi que plus largement, des intervenants dans leur environnement social (Andreassen, Grøn, & Roessler, 2013 ; Latner *et al.*, 2005 ; Lindelof, Nielsen, & Pedersen, 2011). Notons que cette stigmatisation, vécue dès le plus jeune âge, peut avoir des conséquences désastreuses sur la socialisation de l'enfant comme sur son appréciation de soi : a) des difficultés interpersonnelles dans le développement de l'enfant (Sikorski *et al.*, 2015 ; Strauss & Pollack, 2003 ; Westermann, Rief, Euteneuer, & Kohlmann, 2015) ; b) une victimisation dans les relations à l'autre (Pearce, Boergers, & Prinstein, 2002 ; Stensland, Thoresen, Wentzel-

[27] « *Le lymphœdème est une accumulation liquidienne intratissulaire correspondant à une stase lymphatique due à l'incapacité du système lymphatique à résorber l'excès liquidien issu de la circulation veinulo-capillaire.* » (Boursier & Priollet, 2002).

[28] Un œdème se caractérise par une « *infiltration par un liquide séreux d'un tissu conjonctif de soutien, s'accompagnant souvent d'exsudation dans une cavité parenchymateuse ou séreuse, par exemple, alvéole pulmonaire, plèvre* » (http://dictionnaire.academie-medecine.fr/, 2014).

Larsen, & Dyb, 2014) ; c) des problèmes psychologiques (Arterburn *et al.*, 2012 ; Calamaro & Waite, 2009 ; Eisenberg, Neumark-Sztainer, & Story, 2003 ; Luppino *et al.*, 2010) ; d) de l'hyperphagie (Neumark-Sztainer *et al.*, 2002 ; Puhl & Suh, 2015) ; e) une altération de l'image du corps (Hansson & Rasmussen, 2014 ; Thompson, Coovert, Richards, Johnson, & Cattarin, 1995) ; f) des problèmes académiques et socioéconomiques (Gortmaker, Must, Perrin, Sobol, & Dietz, 1993 ; Puhl & Brownell, 2012) ; g) des moqueries de son entourage (Feeg, Candelaria, Krenitsky-Korn, & Vessey, 2014 ; Janssen, Craig, Boyce, & Pickett, 2004). Il est important de noter que ces conséquences négatives de la stigmatisation de l'obésité perdurent à l'âge adulte. En effet, Roehling et ses collaborateurs (Roehling, Roehling, & Pichler, 2007) ont montré que les personnes en surpoids se sentaient 12 fois plus discriminées du fait de leur poids que les personnes normo-pondérées. Un individu en situation d'obésité modérée aura 37 fois plus le sentiment d'être discriminé du fait de son poids qu'un individu normo-pondéré. Dans cette même optique, les personnes en situation d'obésité sévère s'estiment 100 fois plus discriminées que les individus normo-pondérés, du fait de leur corpulence. Notons que là encore, une différence de genre apparaît. Les femmes en situation d'obésité s'estiment 16 fois plus discriminées que les hommes obèses.

En ce qui concerne le lien entre la dépression et l'obésité, la littérature montre que les personnes obèses relateraient 5 fois plus d'épisodes dépressifs majeurs que les personnes non obèses (de Wit *et al.*, 2010 ; Onyike, Crum, Lee, Lyketsos, & Eaton, 2003 ; Strine *et al.*, 2008). S'il existe une forte comorbidité entre ces deux pathologies, notons qu'aucun lien direct n'a été montré. En d'autres termes, plus une personne est copulente, plus celle-ci aura de risques de dépressions, mais un lien direct de causalité n'a jamais été démontré à notre connaissance, des fateurs médiateurs (e.g., les troubles du comportement alimentaire, les situations de stigmatisation et de discrimination, le regard de l'autre, etc.) sont impliqués dans ce processus.

Nous nous proposons de développer l'ensemble des conséquences psychologiques de la stigmatisation de l'obésité dans le chapitre théorique 2.

3. Les solutions proposées à l'individu obèse

La prise en charge de l'obésité, bien que « *polyfactorielle* » demeure insuffisante car principalement focalisée sur l'alimentation et la pratique d'une activité physique de l'individu obèse (d'Autume *et al.*, 2012). De plus, comme le précisait déjà Basdevant en 2006, l'accompagnement thérapeutique des personnes obèses ne peut être le même pour l'ensemble de cette population. Il n'y aurait pas « *une seule bonne méthode* », mais c'est par une analyse de la situation avec le patient qu'une prise en charge adaptée de son obésité pourrait lui être proposée. Plus exactement « *Il ne s'agit pas de « faire maigrir », mais d'aider le patient à trouver les moyens de perdre du poids, tout en le soulageant au mieux de ses souffrances. Ceci implique une prise en charge qui doit s'inscrire dans la durée, être réaliste et raisonnable en termes d'objectif pondéral. La stratégie thérapeutique repose sur une analyse de ce qui, pour chaque patient, est souhaitable, possible, utile ou dangereux. Il s'agit d'évaluer ce qui peut changer (avec plus ou moins de risques) et ce qui ne peut (ou ne doit) pas être modifié, autant sur le plan pondéral qu'au niveau des aménagements existentiels fondamentaux.* » (Basdevant, 2006, p.569).

Ainsi la prise en charge de l'obésité a pour objectif : a) de prévenir la prise de poids ; b) de stabiliser le poids des individus obèses ; c) de traiter les comorbidités associées à l'obésité ; d) de faire perdre du poids aux personnes obèses (Ziegler & Quilliot, 2005).

Aussi, à l'heure actuelle, plusieurs solutions sont proposées aux personnes obèses, allant de la rééducation alimentaire (ou othonutrition) à la chirurgie bariatrique. Nous nous

proposons ici de voir quelles sont les recommandations faites par les institutions de santé, pour mieux comprendre les solutions proposées aux personnes obèses.

3.1. Approches médicalisées adaptatives

Le maintien d'un équilibre entre l'alimentation et l'activité physique reste les éléments clefs de la prise en charge de l'obésité. Néanmoins, dans le cas de l'obésité, la balance énergétique censée maintenir un poids stable chez les individus, est bien souvent mal proportionnée. Comme mentionné dans les causes de l'obésité, deux facteurs semblent être la cause de ce déséquilibre énergétique : l'alimentation (incluant les troubles du comportement alimentaire) et l'activité physique (incluant le niveau de sédentarité des individus).

Les différentes prises en charge proposées aux patients obèses en ce qui concerne leur alimentation, ainsi que leur activité physique sont le fruit de recommandations sanitaires nationales et internationales. Nous avons décrit ici les diverses recommandations faites aux patients, au sujet de la prise en charge de l'obésité.

Le rééquilibrage alimentaire

Le Plan National Nutrition Santé (2011-2015) vise à limiter l'impact des inégalités sociales de santé dans le champ de l'alimentation. Aussi, par ce rapport, il s'agissait pour les Pouvoirs Publics de ralentir la prévalence de l'obésité en France, auprès des populations les plus démunies. Pour cela, 3 objectifs ont été définis concernant l'accès à une alimentation équilibrée :

- « *Réduire l'obésité et le surpoids dans la population* » (PNNS, 2011-2015, p.14). Il s'agit plus exactement de « *stabiliser la prévalence de l'obésité et réduire le surpoids chez les adultes ainsi que chez les enfants* » (PNNS, 2011-2015, pp.14-15).

- « *Diminuer l'hypercholestérolémie et l'hypertension artérielle* » (PNNS, 2011-2015, p.15).
- « *Améliorer les pratiques alimentaires et les apports nutritionnels, notamment dans les populations à risque* » (PNNS, 2011-2015, p.13). Il s'agit : « *d'augmenter la consommation de fruits et légumes, de réduire la consommation de sel, d'améliorer la répartition des macronutriments dans les apports énergétiques sans alcool, augmenter les apports en calcium dans les groupes à risques, lutter contre la carence en fer chez les femmes en situation de pauvreté, améliorer le statut en folates des femmes en âge de procréer, promouvoir l'allaitement maternel* » (PNNS, 2011-2015, p.13-14).

Dans le cadre de ces objectifs, cinq mesures ont été prises. L'ensemble de ces mesures visaient globalement à réduire l'inégalité face à l'accès à l'alimentation. Aussi, il est prévu par le Plan National Nutrition et Santé (2011-2015) d'identifier les inégalités dont sont victimes les différentes populations et de mobiliser les acteurs sociaux. Il s'agit également d'éduquer et d'informer la population française sur la nécessité d'une meilleure alimentation. Nous retrouvons ici, l'action « *Manger-Bouger* » qui est une forme de prévention qui a recours aux messages télévisuels, mais à un site internet qui informe et conseille les français sur les bonnes habitudes alimentaires à adopter. Le plan prévoit également de donner un meilleur accès à une alimentation de meilleure qualité et ce, en tenant compte des inégalités sociales.

Lorsqu'une personne est obèse, le corps médical continue de conseiller aux patients obèses un régime alimentaire (91.1%) et la pratique d'une activité physique (94.1%) (Fayemendy, Jesus, Pouchard, & Desport, 2014). Bocquier et ses collaborateurs (2005) ont montré que près de 99% des médecins généralistes délivraient des conseils en matière d'alimentation visant à faire diminuer la consommation de graisse, de sel et de sucre de leurs patients. Mais au-delà de ces conseils, seulement un tiers pratiquait une éducation alimentaire

et préconisait l'utilisation d'un carnet alimentaire. Aussi, indirectement, ces médecins préconisaient des régimes hypocaloriques sans pour autant savoir comment guider et aider les patients. Leurs objectifs étaient pour 64% d'entre eux de faire perdre du poids à leurs patients, alors qu'une minorité (2 à 3%) des médecins généralistes se fixaient pour objectif de stabiliser le poids de leur patient, objectif plus atteignable pour le patient lorsque sa courbe pondérale demeure croissante. Une étude plus récente, de Fayemendy, Jesus, Pouchard, et Desport, 2014, met l'accent sur les difficultés vécues par les médecins généralistes. Ces médecins considèrent que leurs patients obèses sont responsables dans l'échec de leurs prises en charge. Néanmoins, ils reconnaissent rencontrer des difficultés liées à un manque de formation sur le sujet. Aussi, ces médecins seraient-ils contraints, du fait de leur manque de formation, d'appliquer des prises en charge mal adaptées aux patients obèses.

Notons que la prescription de régime est à l'heure actuelle remise en question suite à un rapport délivré par l'ANSES en 2010 (Agence Nationale de Sécurité Sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail). En effet, les apports réels des régimes ont été remis en cause du fait d'une absence de stabilisation du poids suite à la perte de poids (Lecerf, 2013). Il a été montré que suite à un régime faible en calories, seul 20% des sujets maintenaient la perte de poids au bout d'un an. Une autre étude, portant sur le régime Dukan[29], montrait qu'après 4 ans, 80% des personnes avaient repris le poids perdu (Hansel *et al.*, 2011) et ce, indépendamment du poids initial. Aussi, les régimes permettraient à court terme de perdre du poids, mais pas de le maintenir sur une longue durée.

Il n'est pas prouvé directement que la perte de poids via un régime soit délétère pour la santé (Lecerf, 2013). Néanmoins, pouvons-nous considérer que les régimes soient efficaces

[29] Le régime Dukan se définit comme un régime restrictif hyperprotéiné (Hansel *et al.*, 2011).

s'il y a reprise de poids ? Il est ainsi important de considérer les facteurs à risque pour une reprise de poids suite à un régime. Selon Lecerf (2013) ces facteurs sont décrits ci-dessous.

La restriction alimentaire (i.e., restriction cognitive) est un facteur comportemental important dans la reprise de poids. On entend par restriction cognitive le « *contrôle mental de la prise alimentaire à des fins amaigrissantes ou non* » (Lecerf, 2013, p.76). Plus exactement, l'individu se conditionne à s'alimenter uniquement à certains moments et sous certaines formes. Ce conditionnement induit une perturbation de la régulation spontanée de la séquence comportementale alimentaire. Aussi, l'individu n'est plus en mesure de comprendre les signaux de la faim, de la satiété. En d'autres termes, il y a une perte de la perception des sensations alimentaires.

Reprendre du poids n'est pas sans conséquences psychologiques. Aussi, « *la reprise de poids est un facteur considérable de mésestime de soi, d'autant que le regard des autres ou la perception du regard des autres peut renforcer cette idée négative, d'autodépréciation et donc de dépression, engendrant dans un véritable cercle vicieux une chronicisation avec syndrome yoyo lui-même facteur de reprise de poids* » (Lecerf, 2013, p.77).

La perte de poids chez un individu n'est pas sans conséquences, non plus, sur le métabolisme de celui-ci. Ainsi, perdre du poids rapidement laisse des séquelles métaboliques (Lecerf, 2013). En d'autres termes, « *être au régime* » implique : a) une augmentation de l'efficacité métabolique (Leibel, Rosenbaum, & Hirsch, 1995) ; b) une plus grande difficulté pour le métabolisme à oxyder les lipides ; c) une réduction des dépenses énergétiques (Astrup, Buemann, Christensen, & Toubro, 1994).

Ainsi, lorsqu'un individu est au régime, celui-ci a une plus forte tendance à perdre de la masse maigre, que de la masse grasse et ce, même s'il pratique une activité physique. Aussi, cette perte de masse maigre (i.e., principalement de la masse musculaire) entrainera un

bouleversement métabolique. L'individu anciennement obèse aura tendance à dépenser moins de calories au repos qu'un individu n'ayant jamais connu d'épisode d'obésité. Ainsi, entreprendre un régime amaigrissant ne serait pas sans conséquences à long terme, puisqu'il viendrait bouleverser le fonctionnement même de l'organisme de l'individu. Des études montrent qu'il est nécessaire que l'individu soit stabilisé sur une longue période afin de limiter les effets délétères des restrictions alimentaires connues sur l'organisme (Saltzman & Roberts, 1995). Néanmoins, la particularité de la restriction alimentaire est qu'elle demeure très difficile à maintenir sur du long terme, ce qui expliquerait qu'un grand nombre de personnes obèses connaissent une reprise de poids importante suite à la pratique de ce type de régime.

Aussi, les régimes à eux seuls ne sont pas suffisants. La pratique d'une activité physique semble primordiale dans la prise en charge de l'obésité. Voyons à présent quelles sont les recommandations faites quant à l'activité physique, pour ensuite mieux aborder les limites de celles-ci.

La reprise d'activité physique

Le Plan National Nutrition Santé (2011-2015) vise à limiter la sédentarité des individus. La volonté de limiter la sédentarité dans la population française est un effet direct de l'augmentation du nombre de personnes obèses dans la population française générale. Aussi, par ce rapport, il s'agit pour les Pouvoirs Publics de ralentir la prévalence de l'obésité en France. Pour cela, deux mesures ont été prises concernant l'activité physique :

- « *Promouvoir, développer et augmenter le niveau d'activité physique quotidienne pour tous* » (Rapport PNNS, p.27). Il s'agit de créer un environnement propice à la pratique d'activité physique. Deux axes ont été particulièrement développés : a) mettre à

disposition des individus des moyens de transports actifs (e.g., le Vélib' sur Paris, V'Lille à Lille, Vélo'V à Lyon ou encore Vcub à Bordeaux) ; b) organiser des évènements sportifs (e.g., la mise en place de marathons au sein des grandes agglomérations françaises, de cours de fitness (R Jump par exemple), la mise en place d'atelier de découverte d'activités sportives). Pour ce faire, le rapport PNNS insiste tout particulièrement sur les moyens de communications à destination du grand public. Il s'agit de sensibiliser la population à la pratique d'une activité sportive régulière. La communication passe également par les partenaires de santé. Aussi, les Pouvoirs Publics appellent-ils les professionnels de santé à sensibiliser leurs patients sur la nécessité de pratiquer une activité physique régulière.

- « *Promouvoir l'activité physique et sportive adaptée (APA) chez les populations en situation de handicap, défavorisées, âgées ou atteintes de maladies chroniques* » (Rapport PNNS, p.28). Il s'agit ici de prendre en considération une partie de la population française qui ne pourrait pas, pour des raisons physiques, psychiques ou sociales, avoir la possibilité de pratiquer une activité physique. Ainsi, les personnes obèses sont inclues dans cette catégorie. Il s'agit plus exactement d'adapter l'activité physique aux personnes, d'aider financièrement les clubs sportifs départementaux voulant s'engager dans la mise en place de programmes spécifiques aux personnes atteintes de maladies chroniques.

On considère que la pratique d'une activité physique est nécessaire dans la prise en charge de l'obésité. Celle-ci permettrait de diminuer d'une part, les risques cardio-vasculaires, d'autre part, de diminuer les dysfonctionnements métaboliques (Mendelson *et al.*, 2012). La pratique d'une activité physique par les personnes obèses permettrait de stabiliser le poids (i.e., avant même de participer à une perte de poids) et augmenterait la qualité de vie (United States Department of Health and Human, 1996 ; Vancampfort *et al.*, 2014). En ce qui

concerne la prévention du gain de poids ainsi que de la reprise de poids, il est généralement conseillé de pratiquer 30 minutes d'activité physique d'intensité modérée par jour (Rapport PNNS, 2011-2015). Néanmoins, il semblerait que cette préconisation ne soit pas suffisante pour une partie de la population obèse, ce qui impliquerait soit une diminution de la prise alimentaire (i.e., nombre de calories consommées), soit la pratique d'une activité plus intense ou plus longue (Fogelholm & Kukkonen-Harjula, 2000).

Les freins à la reprise d'une activité physique sont importants. En effet, il semblerait que la pratique d'une activité physique soit le fruit de plusieurs facteurs : a) la place de la famille est plus que centrale, celle-ci apprend à l'enfant à être actif (Deforche, Bourdeaudhuij, Tanghe, Hills, & Bode, 2004 ; Gordon-Larsen, McMurray, & Popkin, 2000) ; b) l'accès aux infrastructures sportives (Booth *et al.*, 2001) ; c) le sentiment d'auto-efficacité (Deforche, Van Dyck, Verloigne, & De Bourdeaudhuij, 2010). Comme beaucoup de comportements ayant un impact sur la santé, avoir une faible évaluation de ses performances ou bien être pessimiste quant à ses chances de succès, peut altérer les comportements (Duprez et al., 2013 ; Milhabet, Duprez, Krzeminski, & Christophe, 2013).

Le corps médical joue un rôle primordial dans la prévention et la prise en charge de l'obésité par l'activité sportive. Plus exactement, les médecins généralistes sont les plus à mêmes de prescrire, d'expliquer et d'inciter leur patient à pratiquer une activité physique régulière. Attalin, Romain, et Avignon (2012) ont réalisé une étude sur des médecins généralistes du Sud-Ouest de la France afin de mettre au jour leur éventuel sentiment d'efficacité face à l'obésité. Ils ont interrogé 203 praticiens de l'agglomération de Montpellier. Ils ont évalué quelles mesures leur semblaient plus importantes dans la prévention et la prise en charge de l'obésité. Il en est ressorti l'ordre suivant (allant du plus important au moins important) : les régimes (59%) ; un suivi thérapeutique comportemental (28%) ; l'activité physique (11%). Il a également été demandé aux médecins généralistes

d'indiquer quels bénéfices pouvaient trouver les patients dans la pratique d'une activité physique : amélioration de l'état de santé général (34%) ; mieux être psychologique avec une augmentation du sentiment de confiance en soi (20%) ; la perte de poids (19%) ; améliorations des conditions cardiovasculaires du patient (16%) ; stabilisation du poids (8%) ; amélioration générale de l'état physique du corps (4%).

Malgré l'ensemble des mesures, le soutien et la recommandation du corps médical et les infrastructures mises en place par les pouvoirs publics, la pratique d'une activité physique régulière semble très difficile à mettre en place pour les personnes obèses. Aussi, de nombreux auteurs se sont intéressés au changement de comportement, afin de conduire les individus obèses à entreprendre une activité physique. Amati, Patella, et Golay (2002) préconisent de situer les patients dans les stades de changement du comportement de Prochaska (Prochaska & Di Clemente, 1999 ; dans Scranton & Brook, 2005). Ainsi, si le patient se sent prêt ou a déjà adopté une activité physique régulière, le praticien apportera un soutien en travaillant particulièrement sur les bénéfices afin d'en encourager le maintien. Si les patients ne se sont pas projetés dans la mise en place de ce nouveau comportement ou du moins ne l'envisagent pas à court terme, le praticien se doit de les inciter à y réfléchir du point de vue de la faisabilité pour eux de la mise en place de ce nouveau comportement (i.e., « *Comment puis-je le mettre en place ?* » ; « *Quels sont les freins à la mise en place ?* »). Le praticien s'attardera tout particulièrement à motiver le patient à entrevoir les bénéfices de la pratique d'une activité physique régulière plutôt que les freins. Ainsi, les freins seront relativisés au profit de la mise en place d'un nouveau comportement, la pratique d'une activité physique, par exemple. L'idée développée par certains auteurs (Amati *et al.*, 2002) est de prendre en compte la réflexion et le niveau d'action du patient, afin d'adapter la prise en charge et le soutien à l'activité physique.

Ainsi, inciter un patient obèse à reprendre une activité physique régulière revient à considérer l'individu dans son environnement, dans ses cognitions quant à l'objet, mais aussi dans l'image que celui-ci à de lui-même (Amati *et al*., 2002 ; Ciangura, Faucher, & Oppert, 2014).

Néanmoins, l'incitation à l'activité physique reste difficile lorsque les patients ne sont pas prêts à s'y adonner. Aussi, lorsque les comorbidités entravent la qualité de vie des patients, lorsque les patients obèses sont en danger, une dernière solution, plus extrême, leur est proposée : la chirurgie bariatrique.

3.2. Chirurgie de l'obésité

La chirurgie de l'obésité (i.e., chirurgie bariatrique) est aujourd'hui préconisée aux personnes obèses nécessitant une perte de poids rapide et importante, pouvant ainsi leur éviter une mort précoce. Aussi, la prise en charge chirurgicale est-elle soumise à certaines conditions. Nous proposons dans cette partie de lister les conditions donnant lieu à une prise en charge chirurgicale, de décrire les différents types d'opérations existants et de détailler les risques liés à cette prise en charge.

Les conditions donnant lieu à la prise en charge chirurgicale

La décision de prendre en charge chirurgicalement un patient obèse demande une grande rigueur de la part des équipes médicales. Le premier critère de décision est le poids. Plus exactement, les patients ayant un IMC supérieur ou égal à 40 ont directement accès à la chirurgie bariatrique alors que les patients ayant un IMC compris entre 35 et 40 doivent présenter au moins une comorbidité associée à leur poids. Indépendamment de ces critères de

poids, la prise de décision se doit de suivre l'arbre décisionnel ci-dessous édité par (cf., Figure 1, Ciangura *et al.*, 2014).

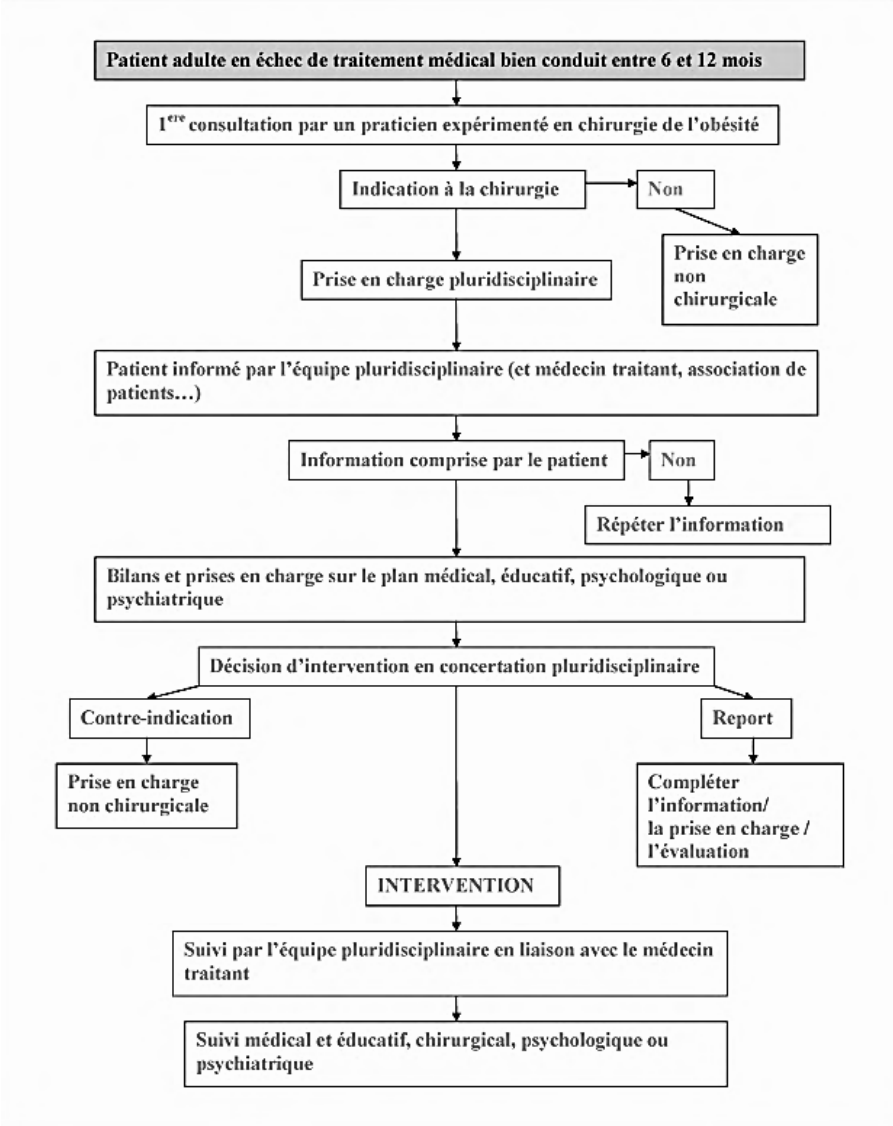


Figure 1. Arbre décisionnel donnant lieu à une prise en charge chirurgicale (Ciangura *et al.*, 2014).

Les différents types d'opérations et les facteurs motivant leurs choix

En France, trois principaux types de chirurgies sont pratiqués (Basdevant, 2011) : l'anneau gastrique, la sleeve et le bypass (cf., Figure 2 présentant visuellement ces trois types d'opérations).

- *L'anneau* : il s'agit de diminuer la quantité d'aliments absorbés. Pour ce faire un anneau est placé autour de l'estomac, sur la partie supérieure de celui-ci. L'anneau va permettre

de former une petite poche au niveau de l'estomac, n'empêchant pas la digestion, mais limitant la quantité d'aliments pouvant être contenue dans l'estomac. Un dispositif sous-cutané permet l'ajustement de l'anneau et donc d'augmenter ou de diminuer la taille de cette poche. C'est l'unique chirurgie bariatrique non définitive, puisque le dispositif peut être retiré si nécessaire (Ciangura & Corigliano, 2012).

- *La sleeve* : il s'agit ici de supprimer la partie de l'estomac contenant « *les cellules sécrétrices de ghréline, hormone impliquée dans la signalisation de la faim* » (Ciangura & Corigliano, 2012, p.319). Ainsi, avec un estomac réduit à un manchon, la sensation de faim chez le patient se trouve diminuée. Cette opération est irréversible.
- *Le Bypass* : Il s'agit de créer une dérivation de l'estomac vers l'intestin. En d'autres termes, seule une petite poche de l'estomac est conservée et directement reliée à l'intestin grêle. Aussi, l'absorption des aliments est modifiée.

Le choix d'une opération, ou d'une autre dépend de deux facteurs (Ciangura & Corigliano, 2012). Le premier facteur est l'aspect invasif de la chirurgie pratiquée. L'anneau, par exemple, étant réversible (i.e., peut être retiré en cas de besoin), sera le plus souvent utilisé chez des patients jeunes. Comparée à la sleeve ou au bypass, qui sont des opérations définitives. On préfèrera donc utiliser un anneau sur des patients jeunes, pour ensuite envisager une opération plus définitive. Notons que l'anneau conduit à une ré-intervention dans 30% des cas pour des raisons de « *repositionnement, changement ou ablation de l'anneau ou du dispositif d'accès à l'anneau* » (Ciangura & Corigliano, 2012, p.319). C'est pourquoi aujourd'hui, l'anneau est de moins en moins préconisé et pratiqué. Le second facteur est l'IMC des patients. En effet, plus l'IMC est élevé, plus les risques opératoires sont élevés. Aussi, pour des patients ayant un IMC supérieur à 60, une stratégie en deux temps peut être proposée. Aussi, le patient subira-t-il dans un premier temps une opération du type anneau, pour, dans second temps, subir une opération du type sleeve ou bypass.

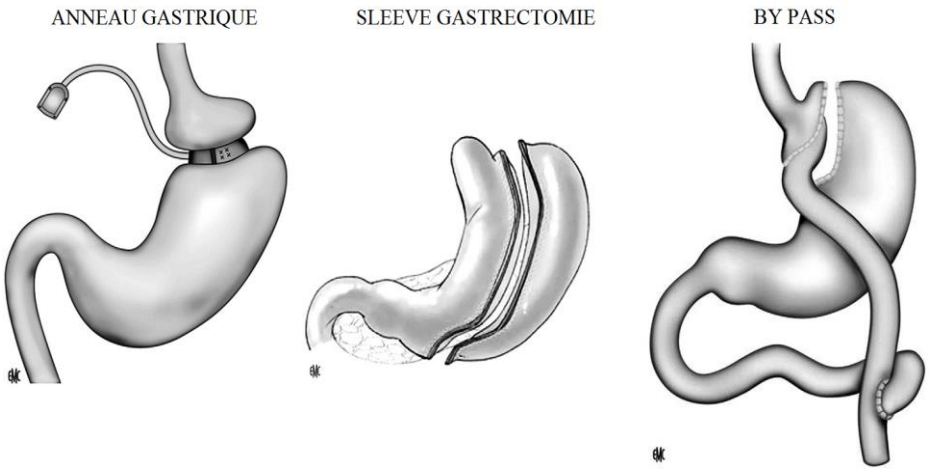


Figure 2. Les différents types d'opérations de Ciangura et Corigliano (2012)

Notons que la chirurgie bariatrique n'est pas sans risque de mortalité (Lazzati, Audureau, Hemery, Azoulay, & Iannelli, 2014). Plus exactement, sur 143 449 patients opérés d'une chirurgie bariatrique entre 2007 et 2012, dont 45 600 ont eu recours à une sleeve, 43 600 à l'anneau gastrique et 38 500 le bypass, la mortalité observée en fonction du type d'opération était de 0.20 % (sur 45 600) pour la sleeve, de 0.03 % (sur 43 600) pour l'anneau et de 0.35 % (sur 38 500) pour le bypass un an après l'opération. Lazzati et ses collaborateurs (2014) ont montré que les facteurs associés à cette mortalité étaient : le sexe masculin, l'âge, le volume d'actes par centre hospitalier, le type d'intervention, la conversion en une autre technique (i.e., choix d'un anneau puis d'un bypass par exemple), le diabète, l'insuffisance cardiaque et l'indice de masse corporelle. Ainsi, bien que comportant des risques mortels, l'opération de chirurgie bariatrique reste une solution pour les patients obèses.

En ce qui concerne maintenant l'efficacité des différents types de chirurgie bariatrique, il est à noter que ce taux de réussite varie d'une chirurgie à l'autre. Pour l'anneau gastrique, par exemple, bien que le moins mortel des types de chirurgie, il a été observé que seuls 11% des patients avaient perdus près de 50% de leur excès de poids dix ans après l'opération (Arapis *et al.*, 2012). Au-delà de ce constat peu avenant, 52% des patients observés sur une période de 10 ans par Arapis et ses collaborateurs (2012), ont dûs être de nouveau opérés afin

que l'anneau leur soit retiré. D'un point de vue de l'apport de la chirurgie bariatrique, il apparaît que suite à l'opération, il y ait une amélioration de l'autoévaluation de l'apparence physique, de la satisfaction par région du corps, impliquant un investissement accru dans l'apparence physique (Mathias *et al.*, 2015). Les auteurs ont observé que plus les participants perdaient du poids, plus ils avaient une évaluation positive de leur corps (de Zwaan et al., 2014). Les résultats observés dans la littérature restent contradictoires (Mathias *et al.*, 2015 ; Fernandez, Rubinstein, Dumet, Dargent, & Parrocchetti, 2015). Fernandez et ses collaborateurs (2015) ont montré, par une étude quantitative et une étude qualitative auprès de deux patients, une amélioration quantitative de l'image du corps, mais une détérioration qualitative de celle-ci. Les auteurs observent néanmoins un remaniement identitaire pouvant expliquer la différence d'évaluation entre les deux approches utilisées. A cela s'ajoute une amélioration de la qualité de vie associée à une amélioration de l'estime de soi et l'autoévaluation corporelle et à une diminution du sentiment de stigmatisation. Aussi, il semblerait que l'opération de chirurgie bariatrique améliore en partie le concept de soi. Il serait néanmoins intéressant de s'interroger sur l'origine de cette amélioration

Nous avons abordé à travers ce chapitre la complexité de l'obésité. Au-delà de l'aspect médical de cette pathologie, il est important de mieux cerner l'image sociale qu'elle véhicule afin d'adapter la prise en charge des patients obèses. Aussi, dans le chapitre suivant, aborderons-nous, dans un premier temps, les processus sociaux liés à la construction d'une image sociale. Dans un second temps, nous analyserons l'image sociale de l'obésité à travers la littérature, ainsi que ses conséquences sur les individus obèses.

Chapitre 2 - La catégorisation sociale et l'obésité

L'individu évolue au sein d'une société. Sa socialisation ne se fait pas en un huis clos. Elle commence au sein de sa famille, qui sera son premier groupe d'appartenance, puis par la suite à l'école, où son groupe d'appartenance et de référence ne cesseront d'évoluer tout long de sa vie. En somme, au cours de son existence, un même individu appartiendra à plusieurs groupes, il construira son identité par le biais de ses interactions avec les autres. La socialisation des personnes obèses ne semble pas être un long fleuve tranquille. En effet, les individus obèses se sentent discriminés, rejetés par autrui et la société. Aussi, l'individu obèse se retrouve-t-il intégré dans la catégorie « *personne obèse* » (Caroli & Sagone, 2013) et décrit selon une terminologie descriptive simpliste et simplificatrice que l'on retrouve dans ce que l'on peut dénommer le stéréotype de l'obésité (e.g., « *moche* », « *laid* », « *manque de sport* », « *gros* », « *gras* ») (Caroli & Sagone, 2013 ; Smith, Schmoll, Konik, & Oberlander, 2007). En effet, comme nous le verrons, l'individu obèse serait perçu trop souvent, selon le prisme de son appartenance au groupe des personnes obèses et non au travers d'éléments qui le définissent dans son individualité. Aussi, tout au long de ce chapitre, nous avons tenté de mettre en évidence les menaces identitaires subies par les personnes obèses du fait de leur catégorisation dans le groupe des personnes obèses.

La place du groupe est centrale dans la construction de l'individu. L'individu catégorise les personnes l'entourant en fonction de leur appartenance ou non à des groupes sociaux, eux-mêmes déterminés par les processus de socialisation[30]. Pour exemple, citons

[30]La socialisation est l' *« intériorisation des normes et des valeurs, afin de rendre possible une vie en société. Elle (la socialisation) apparaît soit comme un processus à sens unique où l'individu intègre les normes et les*

l'expérimentation de Tajfel, Flament, Billig, et Bundy (1971), dans laquelle les auteurs projetaient des peintures de deux peintres abstraits (i.e., Klee et Kandisky) à des élèves d'une même école, qui se connaissaient bien. Dans une première étape, Tajfel et ses collaborateurs demandaient aux élèves d'évaluer les peintures selon leurs préférences esthétiques. L'objectif était de constituer deux groupes, l'un préférant soit disant Klee, et le second préférant soit disant Kandinsky. En réalité les deux groupes étaient constitués arbitrairement par les expérimentateurs. L'appartenance à l'un des deux groupes était transmise à chaque élève individuellement. Ainsi les élèves ne savaient pas à quel groupe appartenaient leurs camarades. Dans la seconde étape de l'étude, les élèves devaient attribuer une rémunération : 1) aux camarades du même groupe qu'eux ; ou 2) aux camarades d'un groupe différent du leur ; ou 3) aux camarades des deux groupes. Intéressons-nous à la troisième condition (3). Les élèves n'ont pas cherché à donner une rémunération très élevée aux membres de leur groupe, ni la moins élevée aux membres de l'autre groupe, mais une rémunération impliquant une plus grande différence entre les deux groupes. Les deux tiers des participants étaient persuadés que ce système d'évaluation de rémunération était en faveur des membres de leur groupe. Tajfel et ses collaborateurs (1971) en ont tiré deux conclusions. La première est que lorsque l'individu pense appartenir à un groupe, il tente de distinguer ce groupe des autres groupes : on parle alors du biais de favoritisme endogroupe[31]. La seconde est que le simple fait de penser appartenir à un groupe, du fait d'une préférence esthétique (i.e., dans le cas de cette expérimentation, les participants croyaient que les groupes étaient constitués sur les préférences esthétiques entre des peintures de Klee et Kandisky), entraîne un biais de favoritisme endogroupe. Ce processus est nommé par Tajfel le paradigme minimal, qu'il

modèles culturels d'une société ; soit comme un processus interactif, où le « socialisé » dispose d'une marge de manœuvre par rapport à l'intégration et à l'application des valeurs et des normes. » (Marpeau, 2001, p.170).

[31] Le biais de favoritisme endogroupe se définit comme la « *tendance à favoriser son propre groupe au détriment de l'autre groupe et/ou à exagérer la différence intergroupe, même lorsque le bénéfice escompté s'en trouve réduit* » (N'Dobo, Gardair, & Lacassagne, 2005, p.339).

définit ainsi : « *Le simple fait de* [penser] *faire partie d'un groupe et non pas d'un autre, le sentiment de « nous », sont suffisants pour induire du favoritisme pour son propre groupe et provoquer des attitudes ou des comportements négatifs envers l'autre*.» (Aebischer & Oberlé, 2012, p.96).

La catégorisation sociale est donc un outil cognitif, qui permet aux individus de classer, de différencier et d'ordonner l'environnement social dans lequel ils évoluent et ce, afin de pouvoir agir sur lui (Tajfel & Turner, 1979). Comme nous l'avons vu dans l'exemple de Tajfel et ses collaborateurs (1971), les individus orienteraient leur prise de décision comportementale selon un biais de favoritisme endogroupe. Les individus auraient tendance à favoriser les membres de leur groupe au détriment des membres de l'exogroupe. Ainsi, la catégorisation permettrait aux individus de déterminer dans quelle mesure telle ou telle personne rencontrée appartient, ou non, à un groupe donné et de se construire une idée de ce que cette personne est, en fonction de son appartenance groupale. Si la personne rencontrée semble partager les mêmes valeurs et conceptions du monde que l'individu, alors un processus d'assimilation[32] sera mis en place. En somme, l'individu fera *fi* des différences entre lui et la personne rencontrée et tendra à accentuer les similitudes les liant. Il en sera de même entre les membres d'un même groupe (i.e., homogénéisation intragroupe). En revanche, si l'individu considère la personne rencontrée comme différente de lui, alors un effet de contraste[33] apparaîtra. Ainsi, il accentuera leurs différences et ignorera leurs ressemblances. Ce processus peut également être observé entre deux groupes (i.e. différenciation intergroupe). Prenons l'exemple de l'expérimentation princeps de Codol (1984). L'auteur a interrogé 53 sapeurs-pompiers et 43 employés de pompes funèbres sur leur degré de ressemblance. Trois questions étaient proposées : 1) « *est-ce vous pensez qu'entre*

[32] L'effet d'assimilation est la « *maximisation des ressemblances intracatégorielles* » (Pétard, 2007, p.339).

[33] L'effet de contraste est la « *maximisation des différences intercatégorielles* » (Pétard, 2007, p.339).

vous, vous vous ressemblez ? » ; les participants devaient ici déterminer dans quelle mesure ils pensaient ressembler à leur collègues ; 2) « *est-ce que vous pensez qu'entre eux, vos collègues se ressemblent ?* » ; les participants devaient ici évaluer le degré de ressemblance de leurs collègues, mais en s'excluant de l'évaluation ; 3) « *est-ce que vous pensez qu'entre eux, ils se ressemblent ?* », les participants par cette dernière question devaient déterminer le degré de ressemblance de l'autre groupe de professionnels (Aebischer & Oberlé, 2012, p.78). Codol (1984) a observé que les participants attribuaient une plus grande similitude entre les membres de leur propre groupe lorsqu'ils n'étaient pas eux-mêmes inclus dans ce groupe (*i.e*, question 2), en comparaison à la situation dans laquelle ils y étaient inclus (i.e., question 1). De plus, lorsque les participants devaient évaluer à la fois les similitudes entre les membres de leur propre groupe et les membres de l'autre groupe, il est apparu que les participants estimaient que l'autre groupe présentait plus de similitudes entre ses membres que les membres de leur propre groupe (i.e., différence entre la question 2 et 3). En d'autres termes, Codol (1984) en a conclu que, même si l'individu a besoin d'appartenir à un groupe, il a également besoin de pouvoir s'en différencier, de conserver une distance entre lui et les autres. Ainsi, l'individu perçoit comme plus homogènes les membres des autres groupes (i.e., tous les membres de l'autre groupe sont semblables), alors que les membres de son propre groupe sont perçus comme moins semblables (i.e., question 2). C'est ainsi que l'individu tente de préserver son identité propre.

Ces deux études nous montrent bien les implications de la catégorisation sociale dans l'appréhension de l'environnement social de l'individu, ainsi que dans sa construction identitaire. Aussi, les questions que nous nous posons sont les suivantes : Dans quelle mesure les individus obèses peuvent-ils se construire une identité détachée de celle qui leur est attribuée par les autres ? Quels processus, en jeu dans la catégorisation sociale, permettent d'expliquer les impacts identitaires auxquels sont confrontées les personnes ? Nous nous

sommes intéressés aux fonctions de la catégorisation sociale, telles qu'elles ont été décrites dans la littérature.

Tajfel et ses collaborateurs (Tajfel, 1972 ; Tajfel, 1981 ; Tajfel *et al.*, 1971 ; Tajfel & Turner, 1979) ont mis en évidence deux fonctions essentielles de la catégorisation sociale. La première vise à l'économie cognitive. Elle permet de simplifier l'environnement social de l'individu, afin qu'il puisse s'orienter au milieu de la multitude d'informations et d'évènements, auxquels il est confronté chaque jour. La catégorisation sociale a donc des fonctions de simplification et de connaissances. Ces connaissances sont sélectionnées, triées et ordonnées par rapport à des catégories pertinentes pour l'individu. C'est donc dans un souci d'économie cognitive, que nous catégorisons les éléments sociaux qui nous entourent. Ainsi, il est plus simple et rapide de faire allusion à une même personne comme « *membre du corps enseignant* » qu'en tant que « *Professeur des Universités en psychologie* ». Catégoriser un individu dans un groupe revient aussi à lui attribuer des propriétés ou traits de personnalité. Ainsi, percevoir un individu obèse, permettrait de lui attribuer comme caractéristiques d'être « *gros* » et « *laid* » (Agerström & Rooth, 2011 ; Klaczynski, Goold, & Mudry, 2004 ; Rothblum, Miller, & Garbutt, 1988).

La seconde fonction de la catégorisation sociale est identitaire. Elle s'appuie sur la différenciation que nous opérons entre le groupe d'appartenance (i.e., endogroupe) et le groupe de non appartenance (i.e., exogroupe) et ce, par le biais de la comparaison sociale. C'est le sentiment d'appartenance à un groupe et la possibilité de se différencier des autres et du groupe qui nous confère notre identité sociale. Si nous reprenons l'exemple de l'expérimentation de Tajfel, Flament, Billig, et Bundy (1971), le simple fait d'appartenir à un groupe ayant une préférence esthétique (i.e., Klee ou Kandisky) permet d'orienter la prise de décision sur une rémunération. Aussi, il s'agit, d'une part, pour l'individu de se différencier

des autres (i.e., auto-catégorisation[34]), et de différencier son groupe des autres groupes. D'autre part, si l'individu cherche à se différencier des autres membres de son groupe et à maintenir une identité individuelle, il cherche également à renforcer son appartenance groupale afin de maintenir une identité sociale positive. Codol (1984) a démontré ce phénomène dans une étude où les participants évaluaient leur propre groupe. Ainsi, lorsque les participants évaluaient les membres de leur groupe en s'y incluant, ceux-ci se considéraient comme plus représentatifs que lorsqu'ils évaluaient les membres de leur groupe en s'en excluant. Il a défini ce phénomène comme la conformité supérieure de soi, qui traduit la tendance à se sentir plus dans la norme que les autres ; se considérer comme le prototype de son groupe (Codol, 1975: *Primus Inter Pares*[35]). Or la question que l'on peut se poser est la suivante : comment un individu obèse peut-il se considérer comme étant le représentant de son groupe, alors que l'on sait que l'image sociale[36] des personnes obèses est fortement négative ? Nous tenterons de répondre à cette question dans l'étude 3 (cf., Partie 3, p.202).

Dans ce chapitre, nous nous sommes intéressés aussi bien à l'attribution de traits et de caractéristiques au groupe des personnes obèses, qu'aux conséquences identitaires de cette attribution.

Voyons à présent les éléments nous permettant de mieux comprendre le phénomène parfois vécu par les personnes obèses : la stigmatisation.

---

[34] L'auto-catégorisation peut être définie comme « *des groupements cognitifs de soi-même et de quelque classe de stimuli comme étant les mêmes (identiques, similaires, équivalents, interchangeables, etc.) en contraste avec quelque autre classe de stimuli* » (Turner, Hogg, Oakes, Reicher, & Wetherell, 1987, p.44, traduit par Licata, 2007, p.27).

[35] « *Primus Inter Pares* » traduit du latin par Aebischer et Oberlé (p.81, 2012) « *le premier d'entre les pairs* ».

[36] L'image sociale est la représentation non organisée que nous avons des éléments constituant l'environnement de l'individu. Plus exactement, alors que la représentation sociale implique une organisation des éléments la constituant, l'image sociale ne comporterait pas d'organisation.

1. La stigmatisation

La stigmatisation est définie comme « *le rejet et la disgrâce qui sont associés à ce qui est vu (l'obésité) comme une déformation physique et une aberration comportementale* » (Cahnman, 1968, p.293). Au-delà de la notion de rejet, il faut y voir un processus de discréditation qui touche tout individu considéré comme « *anormal* » et/ou « *déviant* » de la norme sociale (Goffman, 1975).

Ainsi, il est possible de penser que tout individu faisant partie d'un groupe minoritaire sera généralement[37] discriminé (Greenfield & Cocking, 2014). En effet, la stigmatisation d'un groupe est principalement le fait d'une majorité. En d'autres termes, c'est parce qu'un groupe est considéré comme différent des normes majoritaires que celui-ci sera généralement rejeté (Croizet & Leyens, 2003 ; Greenfield & Cocking, 2014). De ce fait, par sa simple appartenance à un groupe « *hors-norme* », un individu pourra être rejeté. Ce phénomène peut s'observer dans le cas de l'obésité (Brewis, Hruschka, & Wutich, 2011 ; Cossrow, Jeffery, & McGuire, 2001 ; Ebneter, Latner, & O'Brien, 2011 ; Latner *et al.*, 2005 ; Lewis *et al.*, 2011 ; Puhl & Heuer, 2009 ; Schafer & Ferraro, 2011). Notons que, même si un individu obèse n'estime pas appartenir au groupe des personnes obèses, son apparence physique l'apparentera et l'associera automatiquement à ce groupe. Aussi pouvons-nous, dans le cas de l'obésité, parler d'appartenance forcée au groupe.

Le danger de ce sentiment, (le fait d'être « *victime de discrimination* »), est que l'individu peut lui même à son tour, se dévaloriser, du fait de son appartenance à un groupe minoritaire (Crandall, Tsang, Harvey, & Britt, 2000 ; Crocker, 1999 ; Crocker, Cornwell, & Major, 1993 ; Crocker & Major, 1989 ; Lillis, Luoma, Levin, & Hayes, 2010). Il est important

[37] Notons néanmoins, qu'au cours de l'histoire il a été observé l'inverse. En effet, si l'on analyse le cas de l'apartheid, c'est une minorité qui a pris le pouvoir en légalisant la séparation des individus Noirs et des individus Blancs en Afrique du Sud.

de noter que ce sentiment de dévalorisation n'est pas directement lié aux sentiments d'appartenance et de discrimination, mais au fait de ne pas parvenir à se construire une identité sociale qui ne soit pas sous l'influence du regard de l'autre (i.e., du groupe dominant). Ce constat peut être également fait aux Etats-Unis où, bien que la population obèse soit plus nombreuse qu'en France, elle demeure minoritaire et véhicule une image négative (Crandall, Tsang, Harvey, & Britt, 2000 ; Crocker, 1999 ; Crocker, Cornwell, & Major, 1993 ; Crocker & Major, 1989 ; Lillis, Luoma, Levin, & Hayes, 2010). C'est donc parce que l'individu ne se perçoit que comme membre d'un groupe stigmatisé, qu'il développe une estime de soi négative. Nous verrons, dans la partie qui suit, comment se construit l'identité sociale négative. Nous analyserons les conditions nécessaires pour que l'appartenance au groupe minoritaire ne devienne pas un frein au maintien et à la construction d'une identité personnelle positive.

La conscience de la discrimination apparaît dès le plus jeune âge. Clark et Clark (1950, cités dans Croizet & Leyens, 2003) ont cherché à mettre en évidence la conscience de soi raciale d'enfants Afro-américains entre 3 et 7 ans. Pour cela, les expérimentateurs ont présenté quatre poupées aux enfants, deux de ces poupées étaient noires. Ils ont demandé aux enfants de dire quelle poupée était la plus jolie, avec quelle poupée ils aimeraient jouer, laquelle était la plus gentille, etc. Les expérimentateurs ont observé que dès 3 ans, les enfants préféraient non seulement jouer avec la poupée blanche, mais aussi qu'ils la trouvaient plus jolie et plus gentille que la poupée noire. Notons que, Clark et Clark ont montré que la poupée noire était majoritairement désignée comme « *laide* ». Ce qui ressort de cette étude est que les enfants intègrent dès leur plus jeune âge, non seulement la notion de différence raciale et catégorisent donc les poupées en fonction de la couleur de leur peau, mais qu'ils construisent également une préférence résultant de l'intégration de la discrimination. En effet, au lieu de

préférer une poupée qui va leur ressembler, ils en choisissent une qui est différente d'eux et qui fait partie d'un groupe non discriminé.

On observe dans cette étude que des enfants discriminés n'ont pas seulement compris la cause de la discrimination et les interprétations du stéréotype à la base de celle-ci. Ils ont également préféré les poupées représentant le groupe dominant. Aussi, la question sous-jacente est la suivante : dans quelle mesure des enfants appartenant à un groupe discriminé peuvent-ils parvenir à développer une image de soi positive ? De cette question en découle une autre qui est centrale dans cette thèse : quelles sont les conséquences à l'âge adulte de cette difficulté à se construire une image de soi positive ?

Tous les individus stigmatisés n'ont pas une faible estime de soi ; au contraire, certains développent une plus forte estime de soi que les individus non stigmatisés (Croizet & Leyens, 2003 ; Martinot, 2001). L'estime de soi serait dépendante également de l'image que les autres individus leur renvoient, on parle alors de soi miroir (Martinot, 2001). Dans ce cas, ce seraient les individus les plus proches de nous qui nous permettraient de construire une image de nous positive. C'est donc le groupe auquel l'individu appartient qui lui permet alors de garder un concept de soi positif. Néanmoins, pour des individus stigmatisés, dont le stigmate n'est pas visible, l'identification au groupe est plus difficile (Croizet & Leyens, 2003 ; Martinot, 2001 ; Stutterheim *et al.*, 2011). C'est pourquoi, selon Croizet et Leyens (2003), les individus homosexuels rencontreront plus de difficultés à conserver une estime de soi élevée que des individus obèses (Croizet & Leyens, 2003). La visibilité du stigmate interfèrerait donc dans la possibilité de s'identifier à un groupe de référence positif. En effet, lorsque le stigmate est visible, les individus se trouvent plus protégés par leurs proches et construisent une plus forte appartenance à leur groupe de référence, que les individus au stigmate peu visible. Lorsque la stigmatisation d'un individu se fait sur des critères dits invisibles, celui-ci se retrouve seul dans la construction d'une identité positive, car il ne peut compter sur les apports d'un groupe

de référence. Ce serait donc la socialisation de l'individu qui le conduirait à se construire un concept de soi plus ou moins positif. D'autres auteurs, tels que Stutterheim et ses collaborateurs (2011), ont montré, comme l'on fait Croizet et Leyens (2003), que l'impact de la stigmatisation sur l'image de soi variait selon la visibilité du stigmate. Selon les auteurs, les personnes ayant un stigmate visible, comme les personnes obèses, seraient davantage rejetées socialement que les personnes n'ayant pas de stigmate visible. Néanmoins, lorsque l'on s'intéresse à l'estime de soi et à la détresse émotionnelle vécue par ces personnes, on observe que l'influence directe de la visibilité sur ces dernières, serait médiatisée par le support social auquel ont accès les personnes stigmatisées. Aussi, le soutien social jouerait un rôle non négligeable dans le bien être de l'individu, au-delà même de la visibilité du stigmate (Stutterheim *et al.*, 2011).

Ainsi, la stigmatisation se compose-t-elle de trois dimensions que nous nous proposons d'aborder dans ce chapitre : a) le stéréotype qui permet aux individus d'attribuer des caractéristiques aux différents groupes sociaux ; b) les préjugés qui sont la forme évaluative des stéréotypes ; c) la discrimination qui est l'aspect comportemental des préjugés.

1.1. Le stéréotype et l'obésité

Le stéréotype renvoie à des « *croyances partagées concernant les caractéristiques personnelles, généralement des traits de personnalité, mais souvent aussi des comportements, d'un groupe de personnes* » (Leyens & Yzerbyt, 1996). Ainsi, l'utilisation du stéréotype à propos d'un groupe donné, revient à considérer que tous les membres du groupe sont identiques, on parle de processus de stéréotypicalisation. En somme, ce processus implique que le jugement des individus sur d'autres individus est imprégné d'un contenu stéréotypé. De ce fait, le processus de stéréotypicalisation « *rend ces individus interchangeables avec les*

autres membres de leur catégorie » (Leyens & Yzerbyt, 1996), puisqu'ils sont considérés comme identiques. Les individus, par soucis d'économie cognitive et pour des raisons identitaires, homogénéisent davantage les caractéristiques des membres de l'exogroupe que celles des membres du groupe auquel ils appartiennent, ne tenant pas compte des différences interindividuelles (Codol, 1984 ; Doraï & Deschamps, 1990, cités par Aebischer & Oberlé, 2012). L'homogénéisation est encore plus visible lorsqu'il s'agit de groupes stigmatisés (Brown & Williams, 1984, cités par Lorenzi-Cioldi, 2009). La stéréotypicalisation serait donc à la base du processus de catégorisation sociale, le stéréotype étant la cartographie de tous les traits et caractéristiques définissant un élément social (i.e., individu ou groupe).

La stigmatisation des personnes obèses est d'autant plus importante que ces populations sont plus stigmatisées que les minorités ethniques, les femmes, les handicapés ou que les personnes ayant un visage disgracieux (Allon, 1982 ; Crocker *et al.*, 1993). La discrimination des personnes obèses aurait augmenté de 66% ces dernières décennies (Puhl, Brownell, & De Pierre, 2012). Les personnes obèses sont parfois considérées comme « *fainéantes* » et « *manquant de volonté* » (Puhl & Brownell, 2012) ; elles sont également perçues comme les moins intelligentes, les moins travailleuses, les moins attirantes, les moins reconnues socialement et comme les moins athlétiques (Harris, Harris, & Bochner, 1982 ; Hebl & Heatherton, 1997). Ces caractéristiques seraient liées à l'apparence physique des personnes obèses (Hebl, King, & Perkins, 2009). Au-delà de leur usage comme moyen de catégoriser les personnes obèses, ces caractéristiques attribuées ont une fonction de justification du rejet social. Ainsi, Agerström et Rooth (2011), ont croisé des données, obtenues lors d'entretiens d'embauche avec des personnes obèses et des personnes non obèses, avec des scores obtenus à une tâche d'associations implicites (IAT)[38] ainsi que des

[38] La tâche d'association implicite consiste à faire associer aux participants de façon implicite des objets et des jugements. Par exemple, il est possible de forcer l'association entre le concept d'obésité et la notion de « *beau* ».

mesures de « *préférence à l'embauche* », dites explicites. Ils ont observé que les résultats à la tâche d'association implicite prédisaient la formation d'impression observée lors des entretiens d'embauches. Ainsi, plus les chasseurs de tête utilisaient implicitement le stéréotype de l'obésité (i.e., observation à partir de la tâche d'associations implicites), moins ils étaient enclins à embaucher une personne obèse. En d'autres termes, les chasseurs de tête ayant une vision négative de l'obésité, vision stéréotypée, avaient tendance à discriminer à l'embauche la personne obèse. On peut donc conclure de cet ensemble de recherches que les stéréotypes de l'obésité, peuvent prédire l'apparition de comportements discriminatoires.

Nous nous sommes aussi intéressés aux préjugés envers les personnes obèses.

1.2. Les préjugés et l'obésité

Les préjugés correspondent à des attitudes positives ou négatives envers les membres d'un exogroupe, perçus comme différents des membres du groupe d'appartenance. Du stéréotype dépend la valeur (positive ou négative) du préjugé. Les préjugés peuvent conduire à la discrimination. Néanmoins, la discrimination n'implique pas nécessairement les préjugés ou les stéréotypes (Aebischer & Oberlé, 2012). Aussi les préjugés correspondraient à la dimension affective de la stigmatisation. Au-delà de la simple caractérisation qu'apporte le stéréotype, les préjugés permettraient aux individus de déterminer clairement si « *j'aime bien les personnes obèses parce qu'elles sont « bonnes vivantes »* », ou bien si « *je n'aime pas les personnes obèses parce qu'elles sont fainéantes* ».

Enfin, Crandall (1994) dans des travaux plus anciens, a montré que les préjugés envers les personnes obèses étaient le fruit de trois composantes : a) les valeurs et croyances défendues par les individus ; b) le manque d'acceptation de la déviance en général ; c) le

---

La particularité de cette tâche est qu'elle permet de mesurer le temps de réponse des participants dans l'association et donc de mesurer implicitement l'effort cognitif demandé à celui-ci pour créer cette association.

manque d'intérêt envers le groupe des personnes obèses. Ce serait la combinaison de ces trois facteurs qui conduirait les individus à développer des comportements de discrimination.

De plus, De Caroli & Sagone (2013) ont relevé que 70% des enseignants de maternelle, primaire et collège avaient une évaluation négative de l'obésité. Les auteurs ont montré que les faibles préjugés envers les personnes obèses étaient liés à une caractérisation positive des personnes obèses (i.e., une femme obèse y était décrite comme « *heureuse* », « *douce* » et « *généreuse* »). Ainsi, la caractérisation de l'obésité et plus largement l'évaluation de ses caractéristiques, seraient déterminantes dans la mise en place des comportements de discrimination des personnes obèses. Nous avons ensuite abordé la discrimination de l'obésité et des personnes obèses.

1.3. La discrimination et l'obésité

Cette discrimination concerne l'embauche, le milieu médical, l'entourage des personnes obèses et ce, en fonction du sexe des personnes.

Discrimination à l'embauche

Dans l'étude de Rothblum, Miller et Garbutt (1988), les auteurs ont montré que les chances pour des personnes obèses ou non obèses d'être embauchées étaient égales si le facteur d' « *attrait physique* » n'était pas pris en compte. Dis autrement, les personnes obèses seraient moins susceptibles d'être embauchées à des postes où un contact visuel avec d'autres individus était requis (Amadieu, 2013). De même, Pingitore, Dugoni, Tindale, et Spring (1994), ont montré que les employeurs n'embauchaient pas d'individus obèses, lorsque le travail proposé impliquait un contact avec un public. Cette discrimination était justifiée du fait de l'attribution de caractéristiques personnelles négatives envers ces personnes obèses (e.g.,

« *moche* », « *manque de volonté* », « *brouillonne* », etc.) et de par l'attractivité des individus (Desrumaux & Pohl, 2014) . Ce constat a été confirmé par l'Observatoire des discriminations (2006). Les employeurs redouteraient que l'image négative d'un employé obèse vienne contaminer l'image de l'entreprise. Il existe, au-delà de l'embauche, des inégalités salariales entre les personnes obèses et les personnes non obèses. Il a été observé, aux Etats-Unis, que les employés obèses a) subissaient des pratiques d'embauche inéquitable ; b) avaient des rémunérations inférieures aux personnes non obèses, à compétences égales ; c) avaient moins accès à une éventuelle promotion et étaient bien souvent victimes de licenciements abusifs ; d) occupaient des postes à qualifications moins élevées que les personnes non obèses (Puhl & King, 2013). Notons que ce phénomène s'observe également en France (Amadieu, 2013) puisququ'une personne obèse aurait deux à trois fois moins de chances de décrocher un poste commercial qu'une personne non obèse. Même lorsque le poste n'inclut pas de contact visuel avec le client (i.e., un poste de télévendeur, par exemple), la personne obèse aurait deux fois moins de chance d'être embauchée. L'auteur ajoute que la teneur des préjugés envers les personnes obèses porte sur leur personnalité (i.e., fainéante) et leur état de santé (i.e., mauvaise santé). Cette discrimination des personnes obèses dans le monde du travail, souvent décrite dans la littérature américaine (Andreyeva, Puhl, & Brownell, 2012 ; Puhl & Brownell, 2001, 2012 ; Puhl *et al.*, 2008 ; Puhl & Heuer, 2012 ; Puhl & King, 2013 ; Roehling *et al.*, 2007), n'est pas sans conséquences. Une étude de Puhl et Brownell (2006) réalisée aux Etats-Unis auprès d'une population de femmes obèses, interrogées sur leur point de vue concernant leur expérience de stigmatisation a montré que 25% des participantes estimaient avoir été stigmatisées sur leur lieu de travail du fait de leur corpulence, 54% rapportaient avoir été victimes de stigmatisation de la part de leurs collègues de travail et 43% estimaient avoir été victimes de discriminations de la part de leurs supérieurs hiérarchiques. Cette stigmatisation au sein du milieu professionnel, s'exprime de différentes manières (commentaires sur leur

poids, « *blagues* » mettant en jeu les personnes obèses (Puhl & Brownell, 2006 ; Puhl & King, 2013).

Discrimination dans le milieu médical

La discrimination des personnes obèses s'observe également dans le milieu médical. En effet, il a été montré que le personnel médical (i.e., médecin, infirmier, diététicien, psychologue, etc.) « *adhère à des stéréotypes négatifs* » (Puhl, 2009, p.26) : les personnes obèses étant considérées comme paresseuses, incapables d'auto-contrôle et faibles. En témoigne le faible accès des personnes obèses aux installations médicales : « *blouses d'hôpital trop petites, brassards de prise de tension trop petits, tables d'examen trop étroites et balances inadaptées aux personnes de très grand poids.* » (Pulh, 2009, p.26).

Ainsi, un certain nombre d'études a mis en exergue l'image des patients obèses dans le milieu médical. Foster et ses collaborateurs (2003) avaient montré que sur 620 généralistes américains interrogés, plus de la moitié considérait les patients obèses comme moches, maladroits et pas conciliants. Un tiers de ces médecins interrogés caractérisait les patients obèses comme manquant de volonté, négligés, et fainéants. De plus, les médecins attribuaient l'obésité de leurs patients à un manque d'activité physique et à une suralimentation. Ainsi, plus de la moitié des médecins interrogés avait demandé à leurs patients obèses de perdre du poids, malgré le fait que seulement 14% d'entre eux estimaient que les personnes obèses y parvenaient (Foster *et al.*, 2003). Une étude, réalisée cette fois en France, il y a 10 ans, auprès de 600 médecins généralistes (Bocquier *et al.*, 2005) a montré qu'un tiers d'entre eux considérait les patients obèses comme plus fainéants et trop indulgents envers eux-mêmes comparativement, à des patients normo-pondérés. Ils estimaient également que les difficultés à traiter l'obésité s'expliquaient par un manque de motivation des patients obèses. Ces médecins justifiaient l'obésité par une suralimentation plutôt que par des facteurs génétiques

ou environnementaux. Notons que les médecins ayant une attitude négative envers les patients obèses étaient les moins enclins à s'informer sur les causes de l'obésité par le biais de journaux médicaux. Une autre étude réalisée sur des médecins généralistes de la Haute Vienne (Fayemendy *et al.*, 2014), met en évidence qu'une grande partie des médecins se sentait démunie face à la question de l'obésité. Ce sentiment de ne pouvoir faire face serait lié, d'après eux, à un manque de formation.

Qu'en est-il du point de vue des personnes obèses ? Un certain nombre d'études atteste que les personnes obèses sont conscientes d'être discriminées dans le milieu médical (Anderson & Wadden, 2004 ; Brandsma, 2005 ; Brown, Thompson, Tod, & Jones, 2006 ; Puhl & Brownell, 2006 ; Thompson & Thomas, 2000). Une étude de Puhl et Brownell (2006) a montré que 53% des femmes interrogées (N = 2449) avaient déjà été victimes de commentaires inappropriés sur leur poids de la part de médecins. Elles avaient également déclaré subir de la discrimination de la part des infirmiers (46%), des diététiciens (37%) et des professionnels de la santé mentale (21%). L'étude d'Anderson et Wadden (2004), a confirmé ces données et a ainsi montré que des patients ayant perdu du poids (i.e., soit par un traitement médical, soit par chirurgie bariatrique), estimaient avoir été traités par les professionnels de la santé de manière irrespectueuse. Plus des deux tiers des patients américains interrogés estimaient que les médecins ne comprenaient pas à quel point être obèse pouvait être difficile.

Schafer et Ferraro (2011) vont plus loin dans l'étude des implications de la discrimination de l'obésité dans le milieu médical. Ils ont tenté d'expliquer en quoi la perception de la discrimination pouvait expliquer l'augmentation des risques liés à l'obésité. Selon les auteurs, les personnes obèses, victimes de discrimination dans un contexte médical, auraient tendance à éviter de rencontrer des professionnels de la santé, ne se sentant pas écoutées. Ainsi, les personnes obèses auraient peu tendance à consulter un médecin en cas de

maladie. Sur une période de 10 ans, ce type de comportement d'évitement conduirait les personnes obèses à grossir davantage et à basculer parfois dans l'obésité morbide.

Discrimination de l'entourage

Les personnes obèses ne sont pas discriminées exclusivement dans le monde du travail et dans le milieu médical ; elles subissent également, parfois, un rejet de la part de leurs proches. En effet, Puhl et Brownell, (2006) ont montré que les personnes obèses pouvaient également être victimes de discrimination et de stigmatisation de la part de leurs proches. Les auteurs ont interrogé 2449 femmes américaines en situation d'obésité. Elles ont observé que 72% de ces femmes disaient avoir été victimes de stigmatisation par leurs familles. Elles se sentaient rejetées majoritairement par leur mère ou leur père, puis par leurs frères et sœurs et enfin par leurs enfants. Cette stigmatisation se manifeste par le biais de moqueries, de sobriquets inappropriés et par des commentaires péjoratifs venant des parents et des fratries (Puhl, Moss-Racusin, Schwartz, & Brownell, 2008).

La stigmatisation des personnes obèses ne s'observe pas que dans les familles. En effet des études ont montré que les personnes obèses étaient stigmatisées par leurs amis (Cossrow, Jeffery, & McGuire, 2001 ; Myers & Rosen, 1999). Carr et Friedman (2006), aux Etats-Unis, ont rapporté que 60% des personnes obèses interrogées avaient eu le sentiment d'être stigmatisées par leurs amis, et 47% par leurs conjoints. D'autres études américaines ont montré que les personnes obèses percevaient une pression pour perdre du poids bien qu'elles se sentaient peu soutenues par leurs proches dans cette démarche (Cossrow, Jeffery, & McGuire, 2001 ; Myers & Rosen, 1999). Notons que dans cette étude, aucune influence directe de l'IMC n'a été observée sur la qualité des relations perçues (i.e., relation familiale, amicale et professionnelle). Les personnes obèses évaluaient la qualité de leurs relations comme tout autant satisfaisante que les personnes non obèses.

Dans le domaine des relations amoureuses, il a été observé que la corpulence d'une femme diminuait significativement le nombre de rendez-vous galants que celle-ci pouvait avoir et qu'il existait une corrélation négative entre la corpulence d'une femme américaine et la satisfaction qu'elle avait vis-à-vis de ses relations amoureuses (Sheets & Ajmere, 2005). Dans une étude de Chen et Brown (2005), 449 étudiants américains devaient classer six photographies de personnes avec qui elles pourraient envisager une relation sexuelle. Les photographies représentaient une personne obèse, une personne en fauteuil roulant, une personne à qui il manquait un bras, une personne atteinte d'une maladie mentale et une personne ayant eu un vécu de maladie sexuellement transmissible. Les résultats ont montré que la personne obèse était le partenaire sexuel le moins souvent choisi. Les auteurs ont observé une différence entre les hommes et les femmes. Notons que les hommes choisissaient moins une femme obèse comme partenaire sexuel, que les femmes ne choisissaient un homme (Chen & Brown, 2005). Une étude récente, menée sur des adolescentes caucasiennes et afro-américaines, a révélé qu'une adolescente obèse caucasienne avait moins de probabilité d'avoir un rendez-vous galant, ainsi que des relations sexuelles, qu'une adolescente normo-pondérée caucasienne (Ali, Rizzo, Amialchuk, & Heiland, 2014). Cette différence de statut pondéral n'a pas été observée pour les participantes afro-américaines. Ainsi, alors que le rapport à l'autre est modulé par le statut pondéral chez les participantes caucasienne, ce rapport ne s'observe pas chez les participantes afro-américaines.

Une différence de sexe

La stigmatisation des personnes obèses est donc différente en fonction du fait que ce soit un homme ou une femme qui est évaluée (Cossrow *et al.*, 2001 ; Kraig & Keel, 2001 ; Tang-Péronard & Heitmann, 2008 ; Puhl, Andreyeva, & Brownell, 2008 ; Latner, Stunkard, & Wilson, 2005 ; Fikkan & Rothblum, 2011). En effet, compte tenu des normes existantes selon

lesquelles une femme doit être belle, mince et féminine, les femmes obèses auraient moins de chances que les hommes obèses de trouver un emploi (Caliendo & Lee, 2013 ; Rothblum *et al.*, 1988). L'étude de Bar-Tal et Saxe (1976) notamment, a montré que l'attrait pour une femme est jugé comme plus important que celui d'un homme. Pour un homme obèse, la position sociale semble primordiale (Bar-Tal & Saxe, 1976). Les hommes obèses n'estiment pas être discriminés du fait de leur poids, même si comparativement à des hommes non obèses, ils gagnent significativement moins d'argent (Frieze, Olson, & Good, 1990). Dans le domaine de l'orientation scolaire, Crosnoe (2007) a montré qu'il existait un effet de genre, les jeunes filles étaient moins enclines à entrer au lycée après le collège comparativement à leurs pairs. Les auteurs ont noté que les cas d'obésité chez les jeunes filles étaient plus fréquents au collège qu'au Lycée. Ainsi, lors du passage du collège au lycée, les jeunes filles obèses refusaient d'entrer au lycée, ne trouvant plus de repère identitaire. Au contraire, les jeunes garçons obèses ne se différenciaient pas de leurs pairs dans leur choix d'orientation scolaire.

2. Les conséquences de la stigmatisation

2.1. Les conséquences psychologiques de la stigmatisation

La discrimination des personnes obèses n'est pas sans conséquences. En effet elle témoigne d'une stigmatisation des individus ayant un poids hors-norme. Elle n'est pas non plus sans conséquences pour ces individus stigmatisés. Friedman et Brownell (1995) montrent que les individus obèses ont une plus faible estime de soi que les individus non obèses (Abdollahi & Talib, 2015 ; Salerno *et al.*, 2014). De plus, il a été observé qu'il existe une forte corrélation entre l'auto-perception de son poids et l'estime de soi et entre le poids réel et actuel, et l'estime de soi (Miller & Downey, 1999). Cette forte corrélation conduit à penser qu'une faible estime de soi conduit à une perception faussée de son poids réel. Les individus

se perçoivent plus corpulents qu'ils ne le sont réellement. On peut penser que cette fausse perception s'explique par l'implication du concept de soi dans la dimension « *image du corps et poids* » qui induirait une estime de soi plus ou moins élevée. En somme, plus l'individu investit de l'énergie dans le contrôle de son poids, plus il aurait une image faussée de son poids réel. Manipuler l'implication personnelle investie par les individus dans la dimension poids, et lorsque cette implication se révèle néfaste, serait donc un moyen de protéger l'estime de soi.

La stigmatisation de l'obésité aurait donc des conséquences psychologiques (Puhl & Heuer, 2009). Ces conséquences peuvent être regroupées en trois catégories qui concernent : la dépression, l'estime de soi et l'image du corps.

Dépression

Le lien entre dépression et l'augmentation de l'IMC des individus n'a pas clairement été montré. Néanmoins, des études ont démontré qu'il existait un lien entre les moqueries subies par les individus obèses et des symptômes dépressifs (Armstrong, Westen, & Janicke, 2014 ; Marmorstein, Iacono, & Legrand, 2014 ; Moran, 2003 ; Stunkard, Faith, & Allison, 2003). Friedman et ses collaborateurs ont également montré qu'il existait un lien positif entre la fréquence d'expériences stigmatisantes vécues et le niveau de dépression (Friedman *et al.*, 2005). Chez des patients voulant être opérés de l'obésité (i.e., chirurgie bariatrique), il existerait aussi un lien positif entre la fréquence d'expériences stigmatisantes et le niveau de dépression (Chen *et al.*, 2007). La stigmatisation vécue expliquerait davantage les symptômes dépressifs que l'IMC, le genre, l'âge du début de l'obésité, les maladies physiques et les troubles du comportement alimentaire (Chen *et al.*, 2007).

A contrario, Carr, Friedman, et Jaffe (2007) ont examiné le lien entre l'obésité et sentiment de bien-être. Ils ont interrogé plus de 3500 adultes. Plus de 40% des personnes en situation d'obésité sévère ont mentionné le fait d'être rejetées du fait de leur corpulence, et cette observation est corrélée avec une humeur[39] négative. Cette étude a également mis en avant que ce n'était pas la situation d'obésité en tant que telle qui influençait l'humeur mais l'ensemble des éléments stresseurs liés à l'obésité. De plus, il est à noter que le fait d'être obèse n'implique pas une humeur négative. En effet, l'humeur des participants obèses de type I (i.e., IMC compris 30 et 34.9), II (i.e., IMC compris 35 et 39.9) et III (i.e., IMC au-delà de 40) restait égale à celle des participants normo-pondérés.

L'estime de soi

Selon Verlhiac (2005) et Verlhiac, Bonnet et Ranucci, (2006), les personnes obèses auraient une faible estime de soi car elles seraient souvent exposées aux préjugés et aux stéréotypes. Aussi, elles se trouveraient moins compétentes que d'autres personnes. Cette faible estime de soi pourrait être due à la sensation de non contrôle de son poids, qui fait l'objet du stéréotype selon lequel elles manqueraient de volonté pour perdre du poids, et qu'elles auraient ce qu'elles « *méritent* » (croyances en un monde juste[40], Lerner, 1980).

Annis et ses collaborateurs (Annis, Cash, & Hrabosky, 2004) ont montré que plus les femmes obèses vivaient des situations stigmatisantes, plus faible était leur estime de soi. Carr et Friedman, sur une cohorte de 3000 adultes, ont constaté que les personnes obèses s'acceptaient moins que les personnes normo-pondérées. Ce résultat était médiatisé par le

[39] L'humeur se définit comme la « *disposition affective fondamentale, riche de toutes les instances émotionnelles et instinctives, qui donne à chacun de nos états d'âme une tonalité agréable ou désagréable, oscillant entre les deux pôles extrêmes du plaisir et de la douleur (J.Delay, 1947).* », (http://dictionnaire.academie-medecine.fr, 2015).

[40] La croyance en un monde juste est le fait de penser que l'on a ce que l'on mérite (Lerner, 1980).

sentiment d'être discriminé (Carr & Friedman, 2005). Ainsi, plus l'individu vivrait des situations stigmatisantes, plus son estime de soi diminuerait (Abdollahi & Talib, 2015 ; Friedman *et al.*, 2005 ; Salerno *et al.*, 2014).

En contrepartie, il a été observé que les personnes ayant une attitude négative envers les personnes obèses et/ou un stéréotype de l'obésité négatif, avaient une faible estime de soi, ces liens étaient médiatisés par l'attribution interne des causes de l'obésité. De plus le lien existant entre l'estime de soi et la croyance de la contrôlabilité du poids serait médiatisé par l'internalisation d'idéaux de minceur. Ainsi, plus les participants internalisent des idéaux corporels de minceurs, plus ils développent la croyance de la contrôlabilité du poids, et moins bonne est leur estime de soi (Klaczynski *et al.*, 2004).

Etudier des personnes obèses vivant bien leur obésité permettrait de mettre en avant les stratégies cognitives employées par celles-ci pour ne pas se sentir inférieures aux personnes non obèses. En revanche, il est à noter que la culture des individus influence particulièrement les manières dont sont perçue et vécue l'obésité. En effet, des études inter culturelles ont montré que la perception et l'acceptation de l'obésité étaient différentes selon les pays. Ainsi les individus Afro-Américains seraient plus tolérants face à l'obésité que les individus Nord-Américains (Jorgensen, 2012). Une étude longitudinale menée sur une cohorte de près de 2000 femmes caucasiennes et afro-américaines, montre que suite à une perte de poids, les jeunes femmes caucasiennes suite à une perte de poids n'ont pas une meilleure estime de soi et une meilleure image du corps (Mustillo, Hendrix & Schafer, 2012). Alors que les jeunes femmes afro-américaines connaissent une amélioration de leur estime de soi, mais pas de leur image du corps. Aussi la culture, ou plus exactement les normes dans lesquelles l'individu évolue, auraient-elle une influence importante d'une part, dans l'acceptation de l'obésité, d'autre part, dans le vécu de l'obésité. La norme sociale influencerait donc indirectement l'image que l'individu à de lui-même. C'est pourquoi nous reviendrons sur les

notions d'identité personnelle et sociale dans notre dernière partie (cf., 3.1 L'identité en psychologie).

L'image du Corps

Il existerait un lien entre la stigmatisation vécue et l'insatisfaction corporelle[41] des personnes obèses. C'est ce qui a été montré, aussi bien auprès de populations dites non cliniques, c'est-à-dire non hospitalisées (Annis *et al.*, 2004 ; Vartanian & Shaprow, 2008 ; Fonseca, Falcato, Martins, & Palmeira, 2014 ; Harriger & Thompson, 2012), que des populations cliniques, c'est-à-dire hospitalisées (Friedman *et al.*, 2005 ; Jackson, Grilo, & Masheb, 2000 ; Rosenberger, Henderson, & Grilo, 2006 ; Karcher & Cherikh, 2015). Une étude menée sur 60 femmes (i.e., 20 femmes normo-pondérées, 20 femmes obèses modérées et 20 femmes obèses sévères) a montré que plus les femmes tendaient vers l'obésité sévère, moins bien elles percevaient leurs corpulence et plus elles étaient insatisfaites de celle-ci, comparativement à une population de femmes normo-pondérées (Docteur, Urdapilleta, Defrance, & Raison, 2010). Ainsi, plus les femmes étaient corpulentes, plus elles avaient une image erronée de leur corpulence et plus elles en étaient insatisfaites.

Grilo et Masheb ont tenté de mettre en exergue les facteurs prédisant une insatisfaction corporelle (Grilo & Masheb, 2005). Notons que les moqueries sur le poids subies par les personnes obèses, prédiraient l'insatisfaction corporelle des femmes obèses (Matz, Foster, Faith, & Wadden, 2002 ; Rosenberger *et al.*, 2006 ; Wardle, Waller, & Fox, 2002 ; Thayer, 2014 ; Webb & Zimmer-Gembeck, 2014). Grilo et Masheb (2005) ont montré le lien entre les moqueries durant l'enfance et l'insatisfaction corporelle des femmes. Les auteurs ont toutefois

[41] L'insatisfaction corporelle se définit comme étant « *des préoccupations physiques et psychologiques liées à la poursuite d'idéaux physiques* », (Urdapilleta, Aspavlo, Masse, & Docteur, 2010, p.572).

remarqué que l'IMC était un bon prédicteur du niveau d'insatisfaction corporelle chez les hommes, mais l'était moins chez les femmes. Ceci s'expliquerait davantage par les brimades, liées au poids et à l'apparence physique, subies dans l'enfance.

2.2. Conséquences physiques de la stigmatisation

La stigmatisation de l'obésité n'aurait pas que des conséquences psychologiques, mais aussi des conséquences physiques (Puhl & Heuer, 2009). Ces conséquences peuvent être regroupées en deux catégories : Les comportements alimentaires et l'activité physique.

Comportements alimentaires

Dans une étude de Puhl, Moss-Racusin et Schwartz (2007), les 1013 femmes obèses interrogées ayant internalisé le stéréotype de l'obésité[42], avaient un comportement alimentaire hyperphagique et refusaient tout régime alimentaire, comparativement aux femmes ne l'ayant pas internalisé. Dans le même ordre d'idée, Ashmore, Friedman, Reichmann et Musante (2008) ont montré que les expériences de stigmatisation prédisaient les comportements alimentaires hyperphagiques de patients traités pour leur obésité. Aussi, les patients ayant vécu des situations stigmatisantes, expérimentaient davantage l'hyperphagie et faisait état d'une grande détresse émotionnelle.

D'autres recherches soulignent, qu'au-delà du vécu de situations stigmatisantes, ce serait la détresse émotionnelle des personnes obèses qui expliquerait ces comportements alimentaires hyperphagiques. Ainsi, plus les personnes obèses vivraient des situations

[42] Afin de mesurer le niveau d'internalisation du stéréotype, les auteurs ont demandé aux participants de lister des stéréotypes sur l'obésité et à partir de leur propre liste, d'évaluer dans quelle mesure ceux-ci étaient vrais ou faux.

stigmatisantes, plus elles seraient fragiles psychologiquement, ce qui augmenterait les risques d'apparition de tels comportements (Annis *et al.*, 2004 ; Ashmore *et al.*, 2008 ; Grilo & Masheb, 2005 ; Ostrovsky, Swencionis, Wylie-Rosett, & Isasi, 2013 ; Puhl & Suh, 2015 ; Stein, Corte, & Ronis, 2010 ; Womble *et al.*, 2001).

On peut conclure de cette revue de la question portant sur l'influence du sentiment de stigmatisation sur les comportements alimentaires, que la stigmatisation semble jouer un rôle dans le maintien et dans l'augmentation de l'obésité. Ainsi, il semble qu'on observe une forte prise de poids lorsque les individus obèses sont confrontés à un grand nombre de situations stigmatisantes. Pourtant, une étude menée par Latner, Wilson, Jackson et Stunkard (2009) montre le contraire. Les auteurs ont interrogé 185 adultes obèses participant à un programme d'amaigrissement (« *Trevose Behavior Modification Program* »[43]). Ce programme propose à des individus obèses de perdre un certain nombre de kilos par mois, et de maintenir ce poids après avoir atteint leur objectif. Les personnes obèses qui ne parvenaient pas à respecter le « *contrat* » de départ étaient exclues du programme. Les auteurs ont observé que plus les participants étaient corpulents, plus ils mentionnaient avoir vécu des situations stigmatisantes, moins ils étaient insatisfaits de leur corps et plus la peur du « *gros* » était associée à une grande perte de poids. Ainsi, les auteurs ont pu mettre en évidence que plus les participants avaient vécu des situations stigmatisantes, plus ils perdaient du poids. Les résultats de cette étude sont néanmoins à relativiser. En effet, la population étudiée reste singulière. Ces individus ont accepté de participer à un programme très contraignant, leur imposant d'accepter les conséquences de leurs engagements. Les résultats soulèvent un certain nombre de questions : comment peut-on expliquer l'échec et la réussite de ces individus ? Le poids perdu lors de ce contrat était-il maintenu suite au séjour ? Comment, les participants n'ayant pas

[43] Pour plus d'information sur « *Trevose Behavior Modification* » : http://www.tbmp.org/

réussi à respecter le « *contrat* » de départ, donc exclus du programme, ont-ils vécu l'exclusion du programme ?

Activités Physiques

Les effets de la stigmatisation perçue des personnes obèses, sur leur motivation ou sur leur pratique d'activités physiques, restent encore peu abordés (Hübner *et al.*, 2014 ; Puhl & Suh, 2015). Néanmoins une étude nous éclaire sur ce lien. Vartanian et Shaprow (2008) ont étudié le lien entre le fait que les participantes aient vécu une situation stigmatisante et leur motivation à pratiquer une activité physique. Pour ce faire, ils ont interrogé 100 collégiennes et ont observé que la fréquence d'expériences stigmatisantes vécues était corrélée positivement à la motivation à éviter toute activité physique. De plus, les comportements d'évitement de la pratique sportive étaient liés à une fréquence très faible d'une pratique d'activité physique d'intensité modérée ou intense. Cette étude n'indique pas de lien direct entre la fréquence de situations stigmatisantes vécues et la pratique d'une activité physique. Ici, seule la motivation à l'activité physique a pu être mise en lien avec le vécu stigmatisant. Néanmoins, notons que les résultats de cette étude ne peuvent être généralisés à l'ensemble des personnes obèses. En effet, il apparaît que la population étudiée était composée de 100 individus ayant un IMC compris entre 17 et 38.

Par contre, il semble que l'activité physique soit modulée par des facteurs psychosociaux (Guinhouya, 2012). En effet, on considère que les comportements de santé tels que pratiquer une activité physique, avoir une alimentation équilibrée ou le fait de fumer ou non, seraient influencés par l'environnement. C'est le postulat du modèle Biopsychosocial, dans l'étude des comportements de santé (Engel, 1977 ; Smith, 2002). On considère dans ce modèle, que les comportements de santé d'un individu sont les résultats d'une adéquation

d'éléments biologiques, psychologiques et environnementaux. Annis et ses collaborateurs (2004) ont montré que la pratique d'une activité physique chez les enfants était dépendante des attentes que ceux-ci avaient vis-à-vis de celle-ci. En d'autres termes, s'ils estimaient que l'activité physique allait être un moment agréable et qu'ils se sentaient capables physiquement de l'entreprendre, alors ils étaient plus enclins à la pratiquer. *A contrario*, les enfants n'ayant pas d'attentes positives de la pratique d'une activité physique et ne se sentant physiquement pas capables de suivre l'activité, étaient moins enclins à la pratiquer. Plus exactement ce serait le sentiment d'efficacité[44] à accomplir une activité physique qui induirait la pratique d'une activité physique (Allison, Dwyer, & Makin, 1999 ; Bandura, 1986 ; Trost, Pate, Ward, Saunders, & Riner, 1999 ; Hübner *et al.*, 2014).

3. La place de l'identité dans la stigmatisation

Nous avons vu jusqu'à présent que les personnes obèses subissaient un grand nombre de situations stigmatisantes et que ces situations avaient un impact sur leur image de soi. L'internalisation et l'acceptation de cette stigmatisation et de ce vécu se mettent progressivement en place, justifiant le fait d'être stigmatisé par les autres. Ainsi, la question suivante se pose : comment les individus obèses peuvent-ils arriver à se construire et à maintenir un concept de soi positif, alors qu'ils sont conduits à intérioriser des normes qui leur sont défavorables ?

Avant d'étudier les stratégies de construction et de maintien d'un concept de soi positif, nous avons présenté la notion de concept de soi chez les personnes obèses. Nous avons tenté de mettre en exergue l'impact de la stigmatisation sur ce concept de soi. Nous

[44] Le sentiment d'efficacité personnelle « *renvoie à la croyance de l'individu en sa capacité d'organiser et d'exécuter la ligne de conduite requise pour produire les résultats souhaités* » (Darnon, Butera, & Martinot, 2013, p.436).

avons commencé par définir l'identité personnelle et l'identité sociale qui composent le concept de soi.

3.1. L'identité en psychologie

Les premières définitions de l'identité nous viennent de la psychanalyse. Freud pensait la notion d'identité en termes d' « *identité objective* », il ne s'agit pas de savoir comment l'individu perçoit son vécu, mais comment ses expériences peuvent le conduire à se construire une identité « *objective* » (Renault, 2005). La notion d'identité objective fait référence aux connaissances que l'individu a de lui-même et comment elles sont reconnues par son entourage (Renault, 2005).

Ainsi, à travers sa conception de l'identité, Freud marquait déjà l'importance du « *social* » dans la construction identitaire. L'identité s'imprègnerait donc de l'expérientiel de l'individu et de ses interactions avec les autres. Dans la même optique, d'une construction identitaire au fil du temps et des expériences personnelles, Erikson (1972) définit l'identité comme étant le « *sentiment subjectif et tonique d'une unité personnelle (sameness) et d'une continuité temporelle (continuity)* » (Erikson, 1972, p.13). Aussi, ce sentiment serait le résultat d'un double processus : a) le jugement que l'individu porte sur lui-même au regard de ce qu'il perçoit du jugement des autres ; ce serait donc la comparaison de ces jugements qui le conduirait à se construire une image de lui-même ; b) du jugement que l'individu porte sur le jugement porté par l'autre, son statut, son importance dans sa sphère personnelle (Marc, 2005). Aussi, au-delà de ce regard, l'individu est amené à évaluer la justesse de ce regard porté sur lui-même et ce selon, ce qu'il pense de lui-même, mais aussi en fonction du statut que l'autre occupe. Ainsi, Erikson montre-t-il bien l'influence des statuts, de la comparaison sociale et des normes sociales dans la formation identitaire d'un individu.

L'identité des personnes se définit au travers des traits, caractéristiques, des relations sociales, des rôles et des statuts que les individus occupent dans les groupes sociaux d'appartenance (Oyserman, Elmore, & Smith, 2012). Ainsi, il n'y aurait pas une identité unique, mais plusieurs : l'identité personnelle et l'identité sociale. L'identité sociale fait référence à la place qu'occupe l'individu dans la société. Plus exactement se seraient son appartenance groupale et les groupes auxquels ils se réfèrent qui lui confèreraient cette identité (Deschamps, Morales, & Páez, 1999). L'identité personnelle serait les « *traits d'ordre personnel, des attributs plus spécifiques de l'individu* » (Deschamps, Morales, & Páez, 1999, p.151).

Nous avons décrit les concepts d'identité personnelle d'une part, et d'identité sociale d'autre part, pour aboutir sur la définition du concept de soi.

L'identité personnelle

L'identité personnelle se définit comme « *l'image que nous avons de nous-même, désignée sous le nom de Soi* » (Fischer, 2010, p.210). Ainsi, l'identité personnelle est la représentation que chaque individu a de lui-même. Cette représentation de soi confère à l'individu le sentiment d'exister dans le temps en tant « *qu'être singulier et d'être reconnu comme tel par autrui* » (Fischer, 2010, p.190). L'identité personnelle est la conscience de soi, orientée par les émotions, les cognitions et les comportements liés à la conception du Soi de l'individu et des facteurs biologique, physique et matériel, des intérêts et des compétences individuelles, des catégories sociales et des dimensions pouvant les affecter et de la personnalité (Ashmore, 1990).

Ainsi, Cheek (1989) définit l'identité personnelle comme la conception privée du Soi et les sentiments subjectifs associés. Elle serait dépendante des émotions, des cognitions et

des comportements des individus. Ces dimensions ne sont pas indépendantes du contexte social et environnemental dans lequel il s'inscrit. Autrement dit, les caractéristiques tant biologiques, physiques, psychologiques et les appartenances sociales sont constitutives de l'identité personnelle d'un individu qui serait alors doté d'un grand nombre d'images de soi. Ces différentes images de soi seraient fonction de l'ensemble de ces dimensions (Hagger, Anderson, Kyriakaki, & Darkings, 2007).

Hagger et ses collaborateurs (2007) ont examiné les effets de l'identité personnelle et de l'identité sociale sur les intentions comportementales et les comportements de santé (i.e., pratique d'une activité physique, régime alimentaire, sur-alcoolisation). Les auteurs pensaient que l'orientation des identités personnelles et sociales prédirait les intentions comportementales. Ces intentions seraient elles-mêmes influencées par le sentiment de contrôlabilité des comportements étudiés ainsi que par les normes internalisées. Ils supposaient également que les aspects de l'identité prédiraient directement les comportements de santé. Une cohorte de 525 participants a complété des mesures d'identité sociale et d'identité personnelle (i.e., Aspects of Identity Questionnaire, Cheek's, 1989), des mesures attitudinales sur les trois comportements étudiés, d'internalisation des normes, de perception de contrôlabilité de ces comportements et d'intention de planification. Les auteurs ont observé que l'identité personnelle influençait directement la perception de contrôlabilité des trois comportements. Par ailleurs, elle affectait positivement les attitudes et normes subjectives à propos de l'activité physique et agissait négativement sur les attitudes et les normes internalisées de suralcoolisation. Ainsi, les résultats de cette étude tendent à montrer que se centrer sur son identité personnelle influencerait positivement les comportements de santé de l'individu.

L'identité sociale

L'identité sociale a été définie pour la première fois par Tajfel (1972) comme étant la conscience pour un individu, d'appartenir à certains groupes sociaux. L'appartenance groupale donnerait du sens aux émotions et aux valeurs importantes pour le groupe. Depuis, d'autres approches de l'identité sociale ont été proposées. Ainsi, l'identité sociale serait la résultante de la place de l'individu dans la société. Elle se construirait en fonction des catégories d'appartenances de l'individu (i.e., catégories biopsychologiques, groupes socioculturels, statuts sociaux, convictions idéologiques, etc.).

La théorie de l'identité sociale, développée par Tajfel et Turner (1986), vise à mieux comprendre le biais de favoritisme endogroupe et le rejet intergroupe ; phénomènes directement liés à la catégorisation sociale. Ainsi, Tajfel et Turner considèrent que le simple fait d'appartenir à un groupe permettrait de se construire une identité sociale.

En ce qui concerne l'identité sociale, nous avons repris l'exemple précédemment cité dans l'étude sur l'identité personnelle par Hagger et ses collaborateurs (2007). Les auteurs ne se sont pas contentés d'étudier l'impact de cette identité sur les intentions comportementales et les comportements de santé (i.e., pratique d'une activité physique, régime alimentaire, suralcoolisation). En effet, ces auteurs ont examiné l'influence de l'identité sociale sur les comportements de santé. Ils ont observé que l'identité sociale avait une influence positive sur les attitudes envers les comportements ayant un impact sur la santé, les normes subjectives associées aux comportements et la perception de contrôlabilité, notamment du comportement de suralcoolisation. Ainsi les identités personnelles et sociales auraient une influence sur nos comportements et plus exactement sur nos intentions comportementales.

3.2. Le concept de soi

Le concept de soi renvoie aux éléments conceptuels et composants du Soi (Leary & Tangney, 2003). Il s'agit d'une structure cognitive incluant des attitudes, ou des jugements évaluatifs à propos de soi permettant à l'individu de donner du sens au monde, et l'aidant non seulement à focaliser son attention sur ses objectifs à atteindre mais aussi à se valoriser et/ou protéger la valeur qu'il s'attribue (Oyserman & Markus, 1998). Ce concept de soi renvoit à l'image passée, présente et future que l'individu a de lui-même.

Les connaissances qu'un individu a de lui-même ne sont pas forcément exactes et sont mises en avant en fonction du contexte. Ces connaissances lui permettent de conceptualiser une image de lui dans les différents contextes rencontrés (Martinot, 2001 ; Ruvolo & Markus, 1992). Ainsi, le concept de soi permet à l'individu d'adopter différents rôles sociaux et de s'attribuer diverses caractéristiques en fonction du contexte social dans lequel il évolue. L'ensemble de ces « *conceptions de soi sont emmagasinées en mémoire de façon plus ou moins organisée. Les rôles, les traits, les valeurs, les relations, et les expériences passées sont mélangés sans nécessairement être reliés les uns aux autres.* » (Martinot, 2001). Ceci n'implique pas qu'il y ait plusieurs concepts de soi, mais que le concept de soi soit multidimensionnel (Markus & Wurf, 1987).

Altschul, Oyserman, et Bybee (2006), Oyserman, Bybee, et Terry, (2006), ont montré que le concept de soi peut être positif ou négatif. La valeur du concept de soi va s'expliquer par le croisement de ce que pense l'individu de lui dans un domaine et les performances atteintes dans ce même domaine (Altschul, Oyserman, & Bybee, 2006 ; Daphna Oyserman, Bybee, & Terry, 2006). Ainsi, une personne obèse qui rencontre des difficultés à perdre du poids aura un concept de soi négatif sur la dimension poids. Un autre exemple est l'impact des performances scolaires sur le concept de soi. Ainsi, un élève qui rencontrera des difficultés en

mathématiques, aura tendance à avoir un concept de soi négatif dans ce domaine. Pour les domaines dans lesquels l'individu a échoué de façon continue, le concept de soi sera plutôt négatif, même si l'individu a une motivation à développer un concept de soi positif (Altschul *et al.*, 2006 ; Markus & Wurf, 1987 ; Martinot, 2001 ; Oyserman *et al.*, 2006 ; Ruvolo & Markus, 1992). Quelles sont donc les stratégies mises en place par l'individu pour maintenir un concept de soi positif ?

Nous proposons d'aborder les motivations du concept de soi ainsi que les stratégies de coping permettant de le protéger dans le chapitre suivant. Nous avons focalisé notre attention sur la stratégie d'auto-affirmation.

Chapitre 3 - Contrecarrer l'auto-stigmatisation : l'auto-affirmation

Lorsque le concept de soi est menacé, comme cela est le cas pour les personnes obèses, du fait de la stigmatisation de l'obésité, des processus de protection sont mis en place. Nous proposons d'aborder ces processus dans ce chapitre.

Rappelons, avant d'aborder les stratégies de coping, les principales motivations du concept de soi. Trois motivations sont reconnues pour agir de façon prédominante sur la construction et le maintien d'un concept de soi (Sedikides & Strube, 1997). La première motivation est la protection du Soi. Elle implique que l'individu recherche par diverses

stratégies à maintenir un concept de soi positif, quitte à construire ou modifier la réalité et à réinterpréter à son avantage des informations disponibles. Prenons l'exemple d'un message de prévention du type « *Manger-Bouger* » : un individu obèse, sachant qu'il met sa santé en jeu en s'alimentant mal, va continuer de manger parce qu'il a marché 20 minutes dans une journée. Ce qui importe pour l'individu est de sauvegarder une estime de soi positive et non pas de s'appuyer sur des informations vraies. La seconde motivation du Soi est la consistance du Soi, l'individu cherche à maintenir une image cohérente et stable à travers le temps (Brooks, 2011 ; Pelham & Swann, 1989 ; Swann, 2012 ; Swann, Griffin, Predmore, & Gaines, 1987 ; Swann, 1990). Cette motivation, comme la première, ne s'inscrit pas dans la conservation et dans le recueil d'informations exactes, mais plutôt dans la recherche de cohérence entre les informations recueillies et ce que l'individu pense de lui. Les individus manipulent leurs expériences personnelles et les informations afin de confirmer leur connaissance d'eux-mêmes. La dernière motivation de soi est l'évaluation de soi : l'individu cherche à développer des connaissances exactes sur lui-même. Cette motivation sous-entend que l'individu cherche à analyser toutes les informations le concernant sans biais et sans distorsion (Heider & Benesh-Weiner, 1988).

L'ensemble des motivations du Soi contribuerait au maintien ou à la mise en place d'un concept de soi positif. Au regard de la stigmatisation décrite précédemment, il est pertinent de mieux comprendre la construction de la catégorie sociale « *obésité* », du point de vue de son image sociale. Aussi, allons-nous aborder les stratégies de coping, et l'auto-affirmation en particulier, comme moyen de protection du concept de soi.

Rappelons que l'auto-affirmation apparait comme une stratégie de mise en place et de maintien du concept de soi des individus. Autrement dit, elle pourrait être apparentée à une stratégie de coping. Afin de mieux situer l'auto-affirmation dans le registre des stratégies de coping, nous avons abordé les principes clefs du concept de soi, puis mentionnerons diverses

stratégies de coping. Dans une dernière partie, nous nous sommes intéressés aux méthodes d'auto-affirmation, ainsi qu'à leurs effets réels dans le domaine de la prévention-action, en psychologie de la santé. Nous avons décrit trois études mettant en jeu l'auto-affirmation (Epton & Harris, 2008 ; Harris, Mayle, Mabbott, & Napper, 2007 ; Harris & Napper, 2005).

1. Stratégie de coping et stigmatisation

La stratégie de coping se définit comme l'effort fourni par un individu pour s'adapter à une situation stressante et délétère pour le concept de soi (Lazarus & Folkman, 1984). En d'autres termes, les stratégies de coping sont des mécanismes de défense utilisés afin de diminuer le conflit interne d'un individu (Cramer, 1998).

L'individu en situation de menace va, dans un premier temps, évaluer la menace, puis évaluer les ressources dont il dispose afin d'y faire face, enfin, il va mettre en place une stratégie comportementale ou cognitive afin de faire face à l'évènement menaçant (Lazarus & Folkman, 1984 ; Lyons, Mickelson, Sullivan, & Coyne, 1998).

1.1. Les stratégies de protection du Soi

L'objectif de la protection du Soi est de réussir à maintenir une bonne estime de soi. Ces stratégies de protection renvoient à des processus attributionnels, de comparaison sociale et d'implication personnelle[45].

[45] L'implication personnelle est « *le lien qui unit l'individu à l'objet* » (Demarque, Lo Monaco, Apostolidis, & Guimelli, 2011). En d'autres termes, l'implication personnelle est l'importance qu'attribue un individu à un objet. Dans l'étude des stratégies de coping, on considère que l'individu va investir un objet qui lui renverra positive de lui-même et/ou désinvestir un domaine lui renvoyant une image négative de lui-même.

Processus Attributionnels

Une des stratégies de coping est l'attribution d'un échec à des causes extérieures (Miller & Major, 2003). Dans le cas de l'obésité, un individu obèse va attribuer, par exemple, une absence de promotion au fait d'un jugement négatif de son supérieur et non pas à son obésité ou à ses caractéristiques extérieures ; on parle de biais d'auto complaisance (Van Ittersum & Wansink, 2013). Dit autrement, les personnes obèses ne vont pas attribuer leur échec à une discrimination du fait de leur poids, mais à un manque de jugement de leur supérieur. Ce biais conduit l'individu à s'attribuer la responsabilité de ses réussites et à rejeter la responsabilité de ses échecs. Le rejet de ses échecs passe, entre autre, par l'attribution de ceux-ci à des causes externes à l'individu. L'individu peut choisir ainsi, d'éviter des situations d'échecs. Il garde une image positive de lui en sélectionnant les tâches dans lesquelles il s'investit. Par exemple, s'il se considère meilleur en mathématiques qu'en sport, il va orienter ses efforts dans l'amélioration de ses performances en mathématiques et délaisser ou éviter les disciplines menaçant son concept de soi (Carels *et al.*, 2013 ; Carlson & Seacat, 2014 ; Phelan *et al.*, 2015).

Une autre stratégie de coping concerne la manière dont les personnes obèses justifient leur poids : l'attribution personnelle. Ainsi, l'attribution personnelle serait une manière de justifier ses échecs (Degher & Hughes, 1999). Degher et Hughes (1999) ont rapporté deux types d'attribution personnelle. Le premier type consiste, pour les personnes obèses, à admettre que leur statut pondéral n'est pas acceptable, mais en même temps à renier toute responsabilité dans la cause de ce statut pondéral. Ainsi, les personnes obèses vont accepter l'idée selon laquelle il ne faudrait pas qu'elles soient obèses, mais vont rejeter la cause de leur obésité vers des causes extérieures. En d'autres termes, elles vont refuser d'être tenues pour responsables de leur embonpoint. Cette stratégie, selon Miller et Major (2003), est nécessaire dans le maintien d'une estime de soi positive. En effet, les auteurs ont mis en exergue le fait

que de se considérer responsable de ses échecs (dans le cas des personnes obèses, leurs poids) conduirait à développer des émotions négatives et donc diminuerait l'estime de soi. En attribuant la responsabilité de leurs échecs à des éléments extérieurs, les personnes obèses se protègent d'émotions négatives et par la même occasion, protègent leur concept de soi.

Le second type d'attribution personnelle est l'acceptation d'être tenu pour responsable de ses échecs (Martinot, 2001). Contrairement au premier type d'attribution, les personnes obèses qui font ce type d'attribution, vont assumer le fait d'être responsables de leur statut pondéral. Néanmoins, afin que cela ne soit pas délétère, elles justifieront leurs échecs par des causes socialement acceptables. Par exemple, si ces personnes sont « *attaquées* » sur leur comportement alimentaire, elles justifieront en invoquant une tragédie personnelle ou des pressions sociales à la consommation alimentaire.

Le processus de comparaison sociale

Une seconde stratégie de protection du Soi est la comparaison sociale (Festinger, 1954). L'individu tente alors de maintenir une image positive de lui-même, soit en se comparant à « *moins performant* » que lui (comparaison descendante), ou en évitant toute comparaison avec une personne « *meilleure* » que lui (comparaison ascendante). Lorsqu'il se sent menacé ou bien en difficulté, l'individu préfère se comparer à moins bon que lui, plutôt qu'à mieux loti que lui (Wills, 1981). Cette préférence s'inscrit dans une stratégie de protection du concept de soi. En se comparant à un individu moins bon qu'eux, les individus minimisent ainsi la portée des difficultés qu'ils rencontrent. Ils peuvent ainsi modifier les perspectives et points de vue qui les concernent et relativiser aussi leur situation. Il est à noter que les individus, par le biais de la comparaison sociale, peuvent également parvenir à améliorer leurs performances ; on parle alors d'auto-amélioration (Alicke & Sedikides, 2011).

Cette auto-amélioration serait le fruit d'une valorisation du Soi, par la comparaison sociale. Paradoxalement, les individus en quête d'auto-amélioration ont une tendance à se comparer à des individus meilleurs qu'eux. En somme, ils ont recours à la comparaison ascendante (Buunk, Collins, Taylor, VanYperen, & Dakof, 1990 ; Buunk, Gibbons, & Buunk, 2013 ; Crocker & Major, 1989 ; Crocker, Thompson, McGraw, & Ingerman, 1987). Ainsi, la comparaison sociale, selon ses formes (ascendante ou descendante), affecterait le concept de soi dans un sens positif ou négatif (Buunk, Collins, Taylor, VanYperen, & Dakof, 1990). La comparaison sociale (ascendante ou descendante) est dépendante du contexte. Une étude menée sur des patients atteints d'un cancer a montré que ces patients évitaient une comparaison sociale descendante. En effet, le fait de se comparer à moins bien loti qu'eux, impliquait pour les patients de penser à ce qui pourrait également leur arriver (Buunk *et al.*, 1990). En d'autres termes, la comparaison sociale descendante est redoutée par les individus, lorsqu'elle signifie que la situation pourrait être encore pire pour eux. A contrario, la comparaison sociale ascendante peut être un moteur de motivation chez les individus ; notamment lorsque la comparaison ascendante montre les tenants d'une possible amélioration chez l'individu et que la réussite lui semble à portée (Lachman & Weaver, 1998).

Les domaines d'implication personnelle

Une troisième stratégie de protection du Soi est la minimisation des domaines menaçants pour le concept de soi de l'individu. L'individu va alors sélectionner les domaines dans lesquels il se considère comme bon et désinvestir ceux pour lesquels il se considère mauvais. Par exemple, un individu obèse qui échoue dans ses tentatives de perte de poids, mais s'épanouit dans sa vie de famille, aura tendance à désinvestir les domaines liés au poids. En contrepartie, il aura tendance à surinvestir sa vie de famille. Cette stratégie permet d'une

part, de renforcer le concept de soi sur des dimensions abordables, d'un point de vue comportemental et d'autre part, de protéger le concept de soi des situations menaçantes, en les désinvestissant des ressources cognitives et émotionnelles nécessaires pour les affronter.

Crandall, Tsang, Harvey, et Britt (2000) suggèrent que les stratégies de protection du Soi pourraient être efficaces, pour l'estime de soi des individus obèses faisant l'objet d'une stigmatisation, s'ils avaient le sentiment d'appartenir au groupe des personnes obèses. En d'autres termes, si le groupe des personnes obèses en général était perçu positivement, alors les individus obèses seraient moins réticents à s'identifier à ce groupe et de ce fait leur estime de soi augmenterait. Néanmoins, il est important de considérer que les individus obèses sont réticents à être associés à un groupe stigmatisé, car ils espèrent à long terme, non seulement perdre du poids mais également substituer cette étiquette sociale à une nouvelle identité sociale plus positive (Crandall *et al.*, 2000 ; Puhl & Brownell, 2003). Une étude menée par Major, Hunger, Bunyan, et Miller (2014), a montré que des femmes, se considérant comme corpulentes et exposées à un message stigmatisant l'obésité, avaient une tendance à consommer davantage d'aliments caloriques, à se sentir davantage corpulentes qu'auparavant et moins capables de contrôler leur alimentation que des femmes ne se sentant pas corpulentes au départ. Cette étude met en exergue deux éléments : 1) l'effet « *ironique* » des messages de prévention stigmatisant l'obésité ; 2) l'incapacité des individus à se protéger d'un message stigmatisant lorsqu'ils se sentent eux-mêmes impliqués dans l'objet de ce message. Aussi, appartenir à un groupe serait, pour les individus obèses, une manière de se défocaliser de la dimension « *poids* », de diminuer leur implication personnelle dans celle-ci. Néanmoins, l'identification à un autre groupe étant difficile du fait de l'attribution du stigmate de l'obésité à l'individu obèse, celui-ci rencontrerait une plus grande difficulté dans sa quête d'appartenance groupale. Ainsi, cette absence d'appartenance et d'identification significative à un groupe, l'insensibiliserait aux stratégies de protection du Soi et figerait négativement son

estime de soi. Crandall et ses collaborateurs (2000), ont par exemple observé des corrélations positives entre l'estime de soi et la stratégie de protection du Soi. Ainsi, les personnes obèses qui accepteraient d'appartenir à un groupe de personnes obèses et donc de partager une identité sociale négative, auraient une meilleure estime de soi. Inversement, les individus qui subiraient une stigmatisation sans l'avoir choisie, ne connaitraient pas de baisse de l'estime de soi, grâce à une stratégie de protection de soi (Buunk *et al.*, 2013 ; Puhl & Brownell, 2003). Crocker (1999), relativise les effets non significatifs de la stratégie de protection du Soi sur l'estime de soi, en introduisant la notion de « *situations spécifiques* ». L'auteur montre que l'efficacité des stratégies de protection du Soi, chez les individus stigmatisés est déterminée par l'adhésion, ou non, de ces individus aux croyances de contrôlabilité de l'obésité. En effet, plus un individu obèse adhère à l'idée qu'il est responsable de son état d'obésité, moins bonne est son estime de soi. Au contraire, les individus n'ayant pas internalisé ces croyances en leur responsabilité, voient leur estime de soi protégée de la stigmatisation vécue et des préjugés sociaux auxquels ils sont exposés. Dans ce second cas, les personnes vont attribuer leurs « *mauvais traitements* » à autrui et ne vont donc pas se considérer comme responsables de la stigmatisation vécue.

1.2. Compensation

La deuxième stratégie de coping que nous allons exposer est la compensation. Deux types de compensations sont décrits dans la littérature.

Le premier type de compensation, dit compensation primaire, implique que l'individu stigmatisé fournit un effort conséquent afin de modifier le regard que les autres ont sur lui (Myers & Rosen, 1999 ; Taub, Blinde, & Greer, 1999). Les efforts fournis par l'individu stigmatisé sont une tentative afin d'éviter le jugement négatif d'autrui. Dans le cas de l'obésité,

Myers et Rosen (1999) ont révélé qu'un certain nombre d'individus obèses utilisaient cette stratégie. Elle consiste à utiliser l'affirmation de soi pour compenser l'idée selon laquelle les personnes obèses sont moins affirmées que les autres et donc qu'elles sont moins extraverties, ou qu'elles sortent moins de chez elles que les autres personnes (Myers & Rosen, 1999).

La compensation secondaire consiste pour les individus stigmatisés à, par exemple, blâmer autrui du jugement négatif qu'il porte sur eux-mêmes, ou bien à comparer leur performance à celles d'autres personnes souffrant du même stigmate qu'eux (Miller & Myers, 1998). Dans ce second cas, il s'agit de rompre le *statut quo* de l'individu stigmatisé envers son groupe. En d'autres termes il s'agit pour celui-ci de se détacher du stigmate de son groupe et d'affirmer sa différence et sa propre performance. L'individu va tendre à affirmer qu'il est différent de son groupe, car lui-même peut réaliser une performance bien meilleure que d'autres individus souffrant du même stigmate que lui. Une étude de Miller, Rothblum, Felicio et Brand (1995) illustre bien la stratégie de coping de type « *compensatoire* ». Des femmes obèses et non obèses ont été mises en communication téléphonique avec des hommes. Deux conditions ont été opérationnalisées. Dans la première condition, les femmes (aussi bien obèses que non obèses) n'étaient pas visibles du partenaire téléphonique. Dans la seconde condition, les femmes l'étaient. Les interlocuteurs téléphoniques évaluaient les personnes obèses comme ayant moins de compétences sociales que les personnes non obèses. Les femmes obèses se sachant être vues par leur interlocuteur ont alors augmenté leur auto évaluation d'aptitudes sociales comparativement aux femmes non obèses. En d'autres termes, les femmes obèses, sachant qu'elles pouvaient être jugées sur leur corpulence par leur interlocuteur, se sentaient obligées de compenser en se montrant plus sociables. Ainsi, elles avaient l'impression d'avoir communiqué une meilleure image à leur interlocuteur. Cette façon de compenser face au jugement de l'autre montre d'une part, dans quelle mesure les personnes stigmatisées ont conscience qu'elles sont évaluées négativement du fait de leur

corpulence, mais d'autre part, la « *fausse* » image qu'elles sont capables de construire afin de pallier la peur d'être jugé négativement (Miller, Rothblum, Felicio, & Brand, 1995).

Notons que la compensation, comme stratégie de coping, ne peut être une solution à long terme. En effet, plus les conséquences de la stigmatisation seront importantes, plus il sera couteux pour l'individu stigmatisé de maintenir une stratégie de coping de type « *compensation* ». Si l'individu stigmatisé n'adapte pas ses performances à la hausse, il y aura alors des conséquences à long terme de la stigmatisation et la protection compensatoire deviendra inefficace, ou aura des effets délétères (Miller & Myers, 1998).

1.3. Négociation de l'identité

Une quatrième stratégie de coping est la négociation de l'identité sociale (Angouri, 2011 ; Deaux & Ethier, 1998 ; Toomey, Dorjee, & Ting-Toomey, 2013). Rappelons que l'identité sociale vient de l'appartenance à un groupe catégorisé et se définit par les attributs qui lui sont associés. Négocier son identité sociale revient à ajuster l'image de soi d'un individu stigmatisé en fonction de la situation vécue (Deaux & Ethier, 1998). Par ce biais, l'individu stigmatisé va tenter de renoncer à l'identité sociale partagée par l'ensemble des membres de son groupe stigmatisé (e.g., l'individu obèse se détachera de l'identité sociale, partagée par l'ensemble des membres de son groupe) et ainsi affirmer son identité personnelle.

Deaux et Ethier (1998) décrivent un certain nombre de stratégies de négociation de l'identité. Un premier type de stratégie de négociation de l'identité consiste à éliminer l'appartenance à un groupe social stigmatisé. Par exemple, pour une personne homosexuelle, cette stratégie consisterait à renier son homosexualité afin de ne plus être assimilé au groupe des personnes homosexuelles. Cette stratégie implique donc que le stigmate ne soit pas visible. Ainsi, les personnes obèses ne peuvent y avoir recours (Puhl & Brownell, 2003).

Une deuxième stratégie, dite de négociation de l'identité, va consister pour les individus stigmatisés à surinvestir le contraire du stéréotype (Deaux & Ethier, 1998). Ainsi, une personne obèse qui est généralement perçue comme fainéante, adoptera un comportement contraire au stéréotype et sera d'autant plus énergique. Un individu dont le stigmate n'est pas visible, pourra adopter ce type de stratégie.

Un dernier type de stratégie de négociation de l'identité va consister, pour une personne stigmatisée, à moduler les caractéristiques liées au stéréotype en fonction du contexte. Ainsi, une personne obèse va minimiser les traits qu'elle juge stéréotypés dans un contexte de menace, alors qu'en contexte non menaçant, elle aura tendance à accepter les stéréotypes associés à l'identité négative (Deaux & Ethier, 1998).

A contrario, certaines personnes stigmatisées vont donner une valeur positive à leurs stigmates. Ainsi, certaines personnes obèses vont valoriser le fait d'être obèse (Puhl & Brownell, 2003). Les personnes obèses vont transformer le stéréotype de l'obésité et les situations de rejet en un moyen de lutter contre l'image de soi négative. C'est ainsi que sont apparues, dès les années 90, des associations de lutte contre la discrimination de l'obésité (e.g., la National Association for the Advancement of Fat Acceptance –NAFAA- aux Etats-Unis et Allegro Fortissimo en France)[46].

2. L'auto-affirmation : une stratégie de coping

L'auto-affirmation a été étudiée dans le cadre de la dissonance cognitive (Festinger, 1957). Rappelons que la dissonance cognitive est la situation d'inconfort ressenti par un individu lorsqu'il se trouve confronté à un manque de cohérence entre ses actes et ses

[46] Pour plus d'informations sur ces associations, National Association for the Advancement of Fat Acceptance : http://www.naafaonline.com/dev2/about/index.html et Allegro Fortissimo : http://www.allegrofortissimo.com/

attitudes. Afin de réduire cet inconfort, l'individu a le choix entre modifier son attitude ou modifier son comportement. Cette situation d'inconfort va généralement conduire à une modification de l'attitude envers l'objet, plutôt qu'à la modification du comportement. En effet, alors que le comportement est plus difficile à modifier, l'attitude reste plus malléable. L'auto-affirmation[47] est un processus permettant la modification de l'attitude et donc la réduction de la dissonance cognitive (Festinger, 1957). Néanmoins, comparativement à d'autres stratégies (i.e., comme le biais d'auto complaisance), l'auto-affirmation n'a pas une visée éphémère et ne se limite pas qu'à l'objet de l'inconfort (Steele & Liu, 1983). Elle n'a pas pour seul objectif de réduire la dissonance cognitive. En effet, son second intérêt est qu'elle permet le maintien ou la mise en place d'une valorisation du Soi. L'auto-affirmation est donc une stratégie de protection et de valorisation du concept de soi.

2.1. Les méthodes d'auto-affirmation

La première méthode, utilisée dans l'étude de l'auto-affirmation, est une échelle de valeur employée pour la première fois dans l'expérimentation de Steele et Liu (1983) et inspirée de l'échelle d'Allport et Vernon (1960). Cette méthode consiste à demander aux sujets de déterminer parmi une liste de valeurs (i.e., économique, religieuse, social, politique, théorique et esthétique) celles étant les plus importantes pour eux. Cette échelle permet aux chercheurs de choisir des individus fortement impliqués dans un domaine particulier. Par exemple, dans une étude sur la dissonance cognitive, où la thématique de la dissonance discutée est « *pour ou contre le libéralisme* », les chercheurs considèrent les individus ayant

[47] L'auto-affirmation se définit comme un processus de protection de soi, de l'intégrité de soi et ce en accord avec les valeurs et les besoins d'auto-satisfacction de l'individu. Aussi, lorsque celui-ci se sent menacé, l'auto-affirmation lui permet de rétablir la confiance en soi et le sentiment d'intégrité (Steele, 1980, dans Sherman & Cohen, 2006)

un score d'implication élevé dans le domaine politique ou économique, comme des individus auto-affirmés et ceux ayant un faible score dans ces dimensions sont considérés comme faisant partie du groupe contrôle, donc non auto-affirmés (Liu & Steele, 1986). Avec cette méthode, l'auto-affirmation est induite par le niveau d'implication déclaré de l'individu dans un domaine. Le caractère induit de cette méthodologie est source de biais, de variabilité interpersonnelle et de critiques. En effet, induire l'auto-affirmation ne permet pas d'affirmer que les individus ont bel bien été auto-affirmés. Aussi, si aucune mesure contrôle n'est associée à l'induction de l'auto-affirmation, on ne peut que supposer l'affirmation des individus sur des aspects importants pour eux. Les autres méthodes règlent ce problème en manipulant l'auto-affirmation, qui n'est plus induite mais provoquée.

La seconde méthode (McQueen & Klein, 2006) est inspirée des travaux sur la réduction de la dissonance cognitive de Festinger (1957). Elle consiste en la rédaction d'un essai (McGuire & McGuire, 1996) : les participants identifient et décrivent des caractéristiques positives ou des expériences personnelles qu'ils considèrent importantes pour eux. Cette méthode conduit l'individu à se construire une image positive de lui-même. Contrairement à la première méthode, l'auto-affirmation est ici provoquée et non plus invoquée. Les chercheurs orientent la réflexion du sujet sur un thème en particulier, sur une dimension choisie. Ainsi, par cette méthode, il devient possible de contrôler les domaines nécessitant une revalorisation. Cette méthodologie, comparativement à la première, offre une plus grande ouverture quant au champ d'étude, de par la multiplicité des consignes possibles. Ces consignes permettent d'orienter le sens de l'essai et la production de l'individu. Ainsi, certains auteurs ont demandé aux sujets de rédiger un essai sur un évènement de leur vie où ils se sont sentis tout particulièrement fiers d'eux (Klein, Blier, & Janze, 2001, étude 1), ou encore de lister trois aspects positifs importants pour eux (Bos & Lind, 2001, étude 2). Dans ce type de protocole, le groupe contrôle doit, soit décrire ce qu'il a mangé les dernières 48

heures (Cohen, Aronson, & Steele, 2000), soit indiquer quelles sont les valeurs les moins importantes pour lui ou pour d'autres (Cohen *et al.*, 2000, étude 3 ; Harris et Napper, 2005). La tâche de rappel, choisie en fonction du thème de l'essai, est préférée d'une manière générale car même lorsqu'il n'est pas conduit à le faire, l'individu profite de toute occasion pour s'auto-affirmer (Cohen, Aronson et Steele, 2000). Lorsque l'on demande à celui-ci de référencer des caractéristiques, des valeurs, non importantes pour lui, l'individu se remémore par la même occasion celles qui le valorisent.

La dernière méthode est l'association des deux précédentes : les individus remplissent, dans un premier temps, l'échelle de valeurs d'Allport et Vernon (1960) et dans un second temps, il leur est demandé de rédiger un essai expliquant en quoi les valeurs choisies sont importantes pour eux (Cohen *et al.*, 2000 ; Harris & Napper, 2005 ; Sherman, Nelson, & Steele, 2000). Dans ce cas également, l'auto-affirmation n'est pas invoquée par les auteurs mais provoquée. Suivant cette méthodologie, Napper, Harris, & Epton (2009) ont développé un protocole d'auto-affirmation. La méthodologie mise en place par ces auteurs se divise en trois étapes. Dans un premier temps, les individus s'attribuent (ou pas), à partir d'un questionnaire, des qualités ayant une forte désirabilité sociale. Ce questionnaire est inspiré du VIA (Value in Action Strengths Scale, 1960). Les individus s'auto évaluent à partir d'une série d'items ayant été choisis par les auteurs, pour leurs aspects positifs (Peterson & Seligman, 2004). Les sujets s'auto évaluent donc uniquement sur des dimensions positives, ce qui les conduit à s'auto-évaluer positivement. Ces items recouvrent des dimensions comme la connaissance, le courage, l'humanité, la justice, etc. Cette première étape a pour objectif d'auto-affirmer l'individu, ce qui le conduit à renforcer son image dans un sens positif. S'ensuit un essai abordant les points forts que l'individu pense avoir et qui sont importants

pour lui. Cette seconde étape est directement inspirée de l'essai contre-attitudinal[48], utilisé comme mode de réduction de la dissonance cognitive. L'individu doit rédiger un essai le mettant en valeur. Cette étape sert de consolidation à l'auto-affirmation provoquée lors de la première étape (Cohen *et al.*, 2000). Enfin, les effets de l'auto-affirmation sont mesurés afin de contrôler les effets de celle-ci sur diverses dimensions, telles que l'estime de soi (Robins, Hendin, & Trzesniewski, 2001), le sentiment vis-à-vis de soi (Cohen *et al.*, 2000), et l'humeur du sujet après auto-affirmation (« *Mood Adjective Checklist* » de Raghunathan & Trope, 2002).

La condition contrôle s'organise de la même manière que la tâche d'auto-affirmation ; néanmoins l'individu ne doit plus se décrire, mais décrire un personnage connu et reconnu pour ses talents (e.g., David Beckam pour une population de Britanniques). Dans cette condition, l'individu ne s'auto-affirme pas positivement, mais valorise une tierce personne reconnue pour ses compétences. Afin de contrôler le niveau de connaissance sur le personnage, les participants répondent à des questions sur leur accès (i.e., Achetez-vous des magazines ? Regardez-vous la télévision), leur usage (i.e., Combien de magazine(s) achetez-vous par semaine ?, Quel type de lecture vous intéresse ? Combien d'heure passez-vous devant la télévision ?), ainsi que les types de médias qu'ils utilisent.

Une dernière méthode, particulièrement utilisée par Sherman et ses collaborateurs (Jaremka, Bunyan, Collins, & Sherman, 2011 ; Sherman *et al.*, 2000 ; Sherman & Cohen, 2006), utilise un autre moyen de contrôle. La condition d'auto-affirmation reprend un procédé classique. Les participants listent les valeurs et caractéristiques importantes pour eux. La première valeur importante est ensuite explicitée lors d'un essai. En condition contrôle, les

[48] « *Dans le paradigme de l'essai contre attitudinal, les participants sont invités à donner des arguments allant à l'encontre de leur attitude (Janis & King, 1954)* » (dans Vaidis, 2006, p.109).

expérimentateurs demandent aux participants d'expliciter en quoi la seconde valeur importante pour eux, peut être importante pour une personne du même groupe qu'eux.

Nous avons exposé les différentes méthodes permettant d'augmenter l'auto-affirmation des individus. Voyons à présent les effets de cette auto-affirmation. Le premier effet est celui de la réduction de la dissonance cognitive. En effet, l'auto-affirmation permet la réduction de l'inconfort créé par la dissonance cognitive et donc le renforcement d'une attitude (Galinsky & Moskowitz, 2000). Aussi, les individus auto-affirmés, par rapport au groupe contrôle, assument plus leurs actes, recherchent moins de causes extérieures (Liu & Steele, 1986), et sont moins sensibles aux jugements des autres individus (Sherman & Kim, 2005). L'auto-affirmation permet de faire prendre conscience des risques d'un comportement et d'amorcer une intention de changement de ce comportement nocif (e.g., risques de cancer pour les fumeurs, Harris *et al.*, 2007). Sherman et ses collaborateurs (2000) montrent que les effets de l'auto-affirmation, sur les comportements liés à la santé, sont immédiats. D'une manière générale, l'auto-affirmation permet à l'individu de se détacher du point de vue des autres et de s'attarder plus longuement sur son propre point de vue et ainsi d'amorcer une intention de modification du comportement. Les sujets auto-affirmés sont également plus sensibles aux messages de prévention ; ce qui en retour renforce leur intention de changement.

Néanmoins, McQueen et Klein (2006) ont mis en évidence qu'aucune étude ne montre que l'auto-affirmation pourrait influencer le comportement des individus sur le long terme. Les protocoles d'auto-affirmation n'auraient que des effets temporaires sur les intentions comportementales, ou bien sur les comportements observés immédiatement après induction (Sherman *et al.*, 2000, étude 2). Harris et ses collaborateurs (2007), dans une étude sur le comportement tabagique de jeunes universitaires, ont tenté d'observer les effets de l'auto-affirmation à long terme. Ils se sont interrogés sur la possibilité que le protocole d'auto-affirmation puisse réduire (ou non) la consommation de cigarettes des sujets. La conclusion

de cette étude est que, malgré la prise de conscience des risques liés au tabac, les individus, deux semaines après l'expérimentation n'ont significativement pas réduit leur consommation. L'auto-affirmation n'aurait donc pas le pouvoir de modifier les comportements sur le long terme. Elle ne ferait qu'amorcer une intention de modification. Une autre étude d'Epton et Harris (2008), ayant pour thème la consommation de fruits et légumes par des étudiants, vient confirmer le fait que l'auto-affirmation permet de rendre les participants plus sensibles aux messages de prévention et modifie leurs habitudes alimentaires. Ces résultats sont à relativiser car si l'auto-affirmation permet bel et bien une modification temporaire du comportement (i.e., jusqu'à 7 jours), rien ne permet de confirmer son maintien sur une échéance encore plus longue. De plus, on peut noter que dans ces études, les effets de l'auto-affirmation sont dépendants de l'importance et de la difficulté du changement demandé. Plus la demande de changement est perçue comme importante par le sujet, plus sa résistance sera forte. Ceci expliquerait alors la raison pour laquelle l'efficacité de l'auto-affirmation serait modérée pour l'arrêt de consommation tabagique et plus aisée pour la consommation de fruits et légumes. Cette résistance au changement pourrait expliquer la variabilité du lien entre intention de modification d'un comportement et son changement effectif.

2.2. Implication de l'auto-affirmation dans les comportements de santé

Une autre étude montre l'intérêt de l'auto-affirmation dans la modification et l'intention de modification des comportements de santé. Ainsi, Harris et ses collaborateurs (2007) ont montré son intérêt dans la prévention contre le tabagisme. L'auto-affirmation a permis de réduire les mécanismes de défense des fumeurs lors de la présentation de messages préventifs. Les auteurs ont étudié les mécanismes de défense lors de l'exposition aux messages de prévention des maladies liées à la consommation tabagique, de

types « *warning* », inscrits sur les paquets de cigarettes. Dans cette étude, Harris et ses collaborateurs (2007) avaient pour hypothèse que l'auto-affirmation renforcerait le Soi des individus sur des dimensions socialement importantes et désirables. Des fumeurs seraient plus réceptifs aux messages de prévention anti-tabac lorsqu'ils ont suivi au préalable le protocole d'auto-affirmation, par rapport à des sujets non amorcés positivement sur leur concept de soi. La problématique soulevée par ces auteurs est déterminante quand on sait que les fumeurs rationnalisent et justifient leurs comportements vis-à-vis du tabac, malgré les messages préventifs. Notons que ce penchant à la rationalisation et à la justification s'explique par un évitement constant des états de dissonance cognitive (i.e., l'individu va rechercher la cohérence entre ses actes et ses attitudes). Les auteurs sont donc partis du principe que la nouvelle politique européenne d'exposition à des images choquantes, imprimées sur les paquets de cigarettes, ne facilitaient pas la prise de conscience des risques, du fait des rationalisations et justifications du comportement tabagique. Afin de vérifier leurs hypothèses, les auteurs ont présenté aux sujets quatre paquets de cigarettes incluant la nouvelle norme européenne d'exposition à des images de type « *warning* ». Au préalable, les sujets étaient amenés soit à rédiger un essai sur leurs points forts (condition d'auto-affirmation), soit rappeler par écrit ce qu'ils avaient mangé durant les dernières 24 heures (condition contrôle). Les 4 photos « *warning* » présentées représentaient les maladies provoquées par le tabac. Un questionnaire portait sur le niveau de conscience du risque de maladie liée au tabac, l'intention d'arrêter de fumer et la pertinence perçue des images. Des questions complémentaires portaient sur la perception des risques de maladies liés à la consommation tabagique, les émotions négatives ressenties, les sentiments d'auto efficacité et de contrôle du comportement tabagique, l'intention de diminuer sa consommation, la motivation à l'arrêt du tabac. Les auteurs contrôlaient la consommation tabagique effective des participants. Les chercheurs observent un effet du protocole d'auto-affirmation sur les évaluations. En

condition d'auto-affirmation, par rapport à la condition contrôle, les sujets perçevaient plus de risques en lien avec la consommation tabagique et développaient une plus ferme intention d'arrêter de fumer. En revanche, l'auto-affirmation n'avait pas d'effet sur la pertinence perçue des images. L'auto-affirmation avait également un effet sur le sentiment de contrôle, le sentiment d'auto-efficacité et les pensées et émotions négatives. Le protocole d'auto-affirmation renforçait l'intention et le désir d'arrêter de fumer, le niveau de confiance dans ses possibilités de réussites au changement. Cette influence restait toutefois déclarative. Deux semaines après l'intervention, les chercheurs ne constataient pas de modification effective du niveau de consommation tabagique. L'auto-affirmation n'a pas donc permis la mise en œuvre du comportement sur du long terme.

Une étude de DiBello, Neighbors, et Ammar (2015) montre des résultats similaires à ceux observés par Harris et ses collaborateurs (2007). En effet, les individus auto-affirmés seraient plus sensibles aux messages de prévention « *anti-tabac* ». Au-delà de la simple sensibilité aux messages de prévention, les individus auto-affirmés, ont consommé moins de cigarettes suite à l'exposition aux messages de prévention et à la condition d'auto-affirmation, que les participants des autres conditions. Aussi, contrairement aux observations de Harris et ses collaborateurs en 2007, DiBello et ses collaborateurs ont observé un comportement tabagique différent lorsque les participants étaient auto-affirmés.

Une autre étude de Harris et Napper (2005), sur la consommation d'alcool, a en revanche montré un effet de l'auto-affirmation sur la consommation d'alcool d'étudiants. Toutefois, cette modification du comportement est restée transitoire. Quoi qu'il en soit, cette étude a mis en évidence un changement du comportement à risque. L'étude se déroulait sur une durée d'un mois. Dans une première étape, les individus répondaient à un questionnaire d'attitude et de consommation d'alcool. Les individus étaient ensuite auto-affirmés (ou non) par le biais d'un essai qu'ils rédigeaient portant sur les caractéristiques personnelles qu'ils

estimaient importantes pour eux. Après le protocole d'auto-affirmation ou de non auto-affirmation, un message de prévention des risques, liés à la consommation d'alcool, était présenté aux participants. Après leur exposition au message, les participants précisaient leur niveau de connaissance des risques liés à la consommation d'alcool, s'ils se sentaient concernés par ce message et s'ils pensaient que d'autres personnes pourraient l'être. Pour finir, leur intention de réduire leur consommation d'alcool et leur estime de soi, étaient mesurées. Une semaine après, les participants remplissaient de nouveau le questionnaire de consommation d'alcool, les questionnaires sur les risques liés à la consommation d'alcool et d'estime de soi. Ces dernières mesures étaient réitérées un mois après. Les résultats ont permis de classer les participants en deux groupes : ceux ayant une faible consommation d'alcool et ceux ayant une forte consommation. On observe que, comparativement à la condition contrôle, l'auto-affirmation a eu un effet sur l'intention de réduire la consommation d'alcool des participants ayant une forte consommation. A l'inverse, les individus, ayant une faible consommation, ont eu une intention moindre de réduire leur consommation d'alcool, comparativement au groupe contrôle. En ce qui concerne la consommation d'alcool, une semaine après la première passation, les comportements de chaque groupe n'avaient pas changé ; au bout d'un mois le comportement de consommation s'était même accru. Néanmoins, les sujets auto affirmés ayant une forte consommation d'alcool étaient davantage conscients du risque qu'implique ce comportement. L'auto-affirmation a donc permis de réduire de façon durable les mécanismes de défenses émergeants suite aux messages de prévention.

Cette étude a révélé d'une part, les effets durables de l'auto-affirmation sur la prise de conscience des risques liés à un comportement nocif et d'autre part, les limites de cette méthode quant au changement de comportement.

2.3 Implication de l'auto-affirmation dans la menace du stéréotype et de l'estime de soi

L'auto-affirmation n'a pas uniquement des effets sur les intentions et/ou comportements de santé. Un certain nombre d'études montre que l'auto-affirmation permettrait de réduire les menaces liées aux stéréotypes (Hanselman, Bruch, Gamoran, & Borman, 2014 ; Kost-Smith *et al.*, 2012 ; Lannin, Guyll, Vogel, & Madon, 2013 ; Martens, Johns, Greenberg, & Schimel, 2006 ; Taillandier-Schmitt, Esnard, & Mokounkolo, 2012). Une étude de Martens et ses collaborateurs (2006), ayant été menée sur les stéréotypes de performances en mathématiques (cf., étude 1) et en orientations spatiales (cf., étude 2) chez les femmes, a révélé que lorsque ces femmes se sentaient menacées, elles avaient des performances inférieures à celles des hommes et des femmes qui ne se sentaient pas menacées par le stéréotype. Lorsque les femmes se sentant menacées étaient auto-affirmées, leurs performances devenaient équivalentes à celles des hommes et à celles des femmes ne se sentant pas menacées. Une autre étude a montré des résultats similaires sur les performances en mathématiques d'infirmières (Taillandier-Schmitt, Esnard, & Mokounkolo, 2012). Ainsi, l'auto-affirmation permettrait-elle de se détacher du stéréotype lorsque celui-ci est menaçant.

Au-delà de limiter les effets délétères des stéréotypes sur le concept de soi, l'auto-affirmation permettrait de réduire le sentiment de stigmatisation. Une étude ayant été menée auprès d'étudiants souffrant de détresse émotionnelle, a montré que lorsque ceux-ci étaient auto-affirmés, ils se sentaient moins rejetés en raison de leur mal-être et avaient davantage tendance à accepter de suivre une thérapie, comparativement aux étudiants non auto-affirmés (Lannin, Guyll, Vogel, & Madon, 2013). En d'autres termes, ces étudiants étaient initialement réticents à une psychothérapie et se sentaient stigmatisés en raison de leur détresse émotionnelle. Grâce à l'auto-affirmation, ils ont modifié d'une part, leur attitude envers la psychothérapie et d'autre part, le regard qu'ils avaient sur eux-mêmes. Mais, pouvons-nous affirmer à travers cette étude que ces étudiants ont rehaussé leur estime de soi ? L'auto-

affirmation permettrait-elle une réévaluation du concept de soi ? Celle-ci conduit-elle à une augmentation du niveau d'estime de soi ?

McQueen et Klein (2006) se sont penchés sur ces questions (McQueen & Klein, 2006). En effet, si l'auto-affirmation permet d'investir positivement un domaine, la question qui se pose concerne l'augmentation réelle de l'estime de soi ? Rappelons que l'estime de soi est « *la valeur globale qu'une personne s'auto-attribue* » (Desrichard, 2013, p.89). Aussi, l'auto-affirmation permettant de lutter contre une menace extérieure, elle n'aurait pas pour objectif premier d'augmenter la valeur globale de l'estime de soi. Néanmoins, certaines études montrent que les effets de l'auto-affirmation seraient modérés par l'estime de soi, ce qui indiquerait l'existence de deux structures distinctes (McQueen & Klein, 2006). Une étude plus récente réalisée par Armitage (2012) auprès de 220 adolescents, a montré les effets de l'auto-affirmation sur l'image du corps et sur l'estime de soi. Les participants interrogés ont été placés en condition d'auto-affirmation ou de contrôle. Ils ont complété des mesures d'image du corps, de sentiments de menaces liés à la corpulence et au poids, d'insatisfaction corporelle et d'estime de soi. Il est apparu que les femmes auto-affirmées reportaient moins de sentiments de menaces liés au corps, une meilleure image du corps et une meilleure estime de soi, que les femmes de la condition contrôle. Aussi, l'auteur a montré que les effets de l'auto-affirmation, observés chez ces femmes, étaient modérés par l'estime de soi et l'image du corps. De plus, l'image du corps n'étant pas centrale pour les hommes, ceux-ci n'ont pas été sensibles aux conditions d'auto-affirmation. Ainsi, ne se sentant pas menacés, les hommes n'avaient pas besoin d'être auto-affirmés. Aussi, comme nous venons de le voir, s'il n'y a pas de menace, l'auto-affirmation s'avère inutile ; ce qui confirmerait que l'auto-affirmation permette une revalorisation de l'évaluation de soi sur des domaines précis, mais pas une revalorisation de l'estime de soi.

Problématique générale

Ce travail de thèse s'inscrit dans la compréhension d'une part, des processus de stigmatisation et d'auto-stigmatisation des personnes obèses, d'autre part, dans l'étude des stratégies mises en place, afin de limiter l'influence de la stigmatisation sur l'image de soi des personnes obèses. Aussi avons-nous orienté notre revue de question autour de ces phénomènes.

La littérature illustre parfaitement dans quels domaines et pourquoi les personnes obèses sont discriminées et stigmatisées. Ainsi, plusieurs éléments concernant ce rejet généralisé de l'obésité et plus exactement de la personne obèse, sont venus étayer notre argumentation. Nous retiendrons donc : 1) que la discrimination de l'obésité est présente aussi bien dans la sphère publique de la personne obèse que dans sa sphère privée ; 2) que cette discrimination est belle et bien perçue et ressentie par les personnes obèses ; 3) qu'elle n'est pas sans conséquences. En effet, notre revue de littérature a permis de mettre en évidence d'une part, que les personnes obèses sont affectées psychologiquement par ce rejet social, d'autre part, que ce rejet constant conditionne leurs comportements.

Aussi notre première interrogation sur le rejet de la personne obèse est la suivante : dans quelle mesure le contact intergroupe module l'image, les représentations, notamment sociales, de l'obésité et de la personne obèse ?

La littérature sur les préjugés montre l'efficacité d'un contact, notamment quand il s'agit d'aborder la question des relations intergroupes, dans la modification des préjugés. Ainsi, plus le contact est important (i.e., plus les individus sont proches les uns des autres ou participent à des activités communes) et plus nous sommes en mesure d'observer une

amélioration des jugements entre les personnes et les groupes. Aussi, compte tenu de ce que suggèrent les auteurs, c'est-à-dire qu'une personne obèse est stigmatisée, par autrui en général et par ses proches en particulier, nous nous sommes réinterrogés sur ce phénomène. En effet, si le contact permet de modifier le jugement, comment se fait-il que les personnes obèses s'estiment stigmatisées par leurs proches (non obèses) ? Pour répondre à cette première interrogation nous avons étudié l'influence du contact avec une personne obèse sur les représentations sociales de l'obésité et de la personne obèse en général. Les questions auxquelles nous avons tenté de répondre sont les suivantes : dans quelle mesure la connaissance ou non d'une personne obèse influence le contenu représentationnel et l'orientation attitudinale? Le contenu représentationnel observé est-il en adéquation avec les composantes du stéréotype de l'obésité ?

Aussi allons-nous tenter de répondre à l'ensemble de ces interrogations dans notre première partie expérimentale.

A partir de cette première observation, nous nous sommes interrogés sur le sentiment de stigmatisation des personnes obèses. La littérature a montré dans quels domaines les personnes obèses pouvaient se sentir rejetées. Nous apporterons donc notre contribution en analysant, d'une part, par une analyse qualitative, le discours d'individus obèses. A partir de cette analyse, d'autre part, nous nous proposons de construire et valider une échelle de sentiment de rejet. Ainsi, nous sommes-nous interrogés sur la nature du regard porté par les personnes obèses sur leur environnement social. La deuxième partie expérimentale a visé à répondre à ces objectifs.

Dans la dernière partie de ce travail de thèse nous avons voulu mieux comprendre le sentiment de rejet éprouvé par les personnes obèses. Aussi, nous sommes nous intéressés aux stratégies de coping comme moyen de diminuer le mal-être ressenti par les personnes obèses

lorsque le contexte social est menaçant pour elles. La littérature met en évidence un certain nombre de stratégies permettant aux personnes obèses de faire face aux menaces sociales (Puhl & Brownell, 2003). Une stratégie de coping utilisée tout particulièrement dans le domaine de la prévention a attiré notre attention : l'auto-affirmation. Cette stratégie permettrait aux individus de se centrer positivement sur eux-mêmes et de diminuer les résistances aux messages de prévention et aux changements comportementaux. Nous avons examiné plus exactement l'efficacité d'une méthode d'auto-affirmation sur l'image de soi. Aussi, avons-nous choisi d'utiliser la méthode d'auto-affirmation de Napper, Epton et Harris (2009) et l'avons complétée avec des mesures de l'image de soi. Nous avons vérifié si cette stratégie de coping, alors même qu'elle est principalement utilisée dans le domaine de la prévention, pouvait diminuer le sentiment de rejet des personnes obèses. En d'autres termes, l'auto-affirmation permet-elle une remise en question de l'identification (négative) personnelle et sociale à une personne obèse ? Nous avons également tenté d'étudier le niveau d'impact de l'auto-affirmation sur le lien observé entre les attitudes envers les personnes obèses, en tant que groupe faisant l'objet d'une stigmatisation, et l'identification des personnes obèses au groupe des personnes obèses. Aussi, dans le dernier chapitre expérimental nous proposons-nous de répondre à l'ensemble de ces questions.

Voyons à présent les trois parties expérimentales qui composent ce travail de thèse.

La première partie expérimentale a mis en évidence les propriétés stigmatisantes du contenu et de l'organisation des représentations sociales de l'obésité. Nous avons exploré l'hypothèse de l'effet de contact avec une personne obèse sur le contenu représentationnel de l'obésité et de la personne obèse

La deuxième partie expérimentale a visé à construire puis à valider un outil de mesure du sentiment de stigmatisation. La construction et validation de cet outil de mesure se sont

révélées nécessaires afin de pouvoir mieux appréhender et évaluer le sentiment de stigmatisation des personnes obèses, pour être en mesure d'estimer l'impact d'une stratégie d'auto-affirmation sur le sentiment de stigmatisation.

La dernière partie expérimentale a eu pour objet d'étudier les effets d'un protocole d'auto-affirmation (Epton & Harris, 2009) sur le sentiment de stigmatisation. Nous avons porté notre attention sur la condition contrôle de l'auto-affirmation et avons testé une nouvelle condition en la comparant aux conditions « *classiques* » d'auto-affirmation.

Partie 1 - Représentations Sociales de l'obésité et (ou) : influence du contact intergroupe [49]

L'obésité a été déclarée « *menace grandissante pour la santé dans l'ensemble des pays du monde* » par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2003, p.2). Si l'obésité a des conséquences sur la santé des personnes, elle entraîne également des conséquences sociales. Ainsi les personnes obèses subissent une forte discrimination (Brownell *et al.*, 2010 ; Puhl & Brownell, 2006 ; Puhl & Heuer, 2009), dans le milieu professionnel, par exemple (Puhl & King, 2013 ; Roehling, Roehling, & Pichler, 2007), où elles sont considérées comme moins compétentes que les personnes normo-pondérées (Lewis *et al.*, 2011 ; Paraponaris, Saliba, & Ventelou, 2005) et où elles sont moins rémunérées (Brunello & D'Hombres, 2007 ; DeBeaumont, 2009), que les personnes normo-pondérées. Dans le milieu médical, elles sont parfois tenues pour responsables de leur corpulence et en sont blâmées (Foster *et al.*, 2003 ; Keyworth, Peters, Chisholm, & Hart, 2012 ; Schwartz *et al.*, 2003). Que ce soit par le milieu médical (Avignon & Attalin, 2013 ; Puhl & Heuer, 2009 ; Schwartz *et al.*, 2003 ; Teachman & Brownell, 2001), ou professionnel, on leur attribue des traits de caractère négatifs comme être « *paresseux* », « *peu intelligent* » ou « *manquer de motivation* » (De Brún *et al.*, 2014 ; Schwartz *et al.*, 2003 ; Teachman & Brownell, 2001 ; Teachman, Gapinski, Brownell, Rawlins, & Jeyaram, 2003). Les études dans lesquelles les représentations des étudiants ont

[49] Pena Pena, M., Urdapilleta, I., Tavani, J. L., Pruzina, I., & Verlhiac, J.-F (2015). Représentations sociales de la personne obèse et de l'obésité : effets de la situation de contact. *Psychologie française*. http://dx.doi.org/10.1016/j.psfr.2015.05.003

été examinées fournissent des résultats ambivalents. Ainsi, de Caroli et Sagone (2013), montrent que les étudiants italiens interrogés, attribuent aux femmes obèses des traits positifs comme être heureuses, intelligentes, généreuses ou calmes, bien que ces personnes obèses soient considérées comme déficientes physiquement. Ces jugements sont contraires à ceux d'étudiants américains à propos de femmes obèses (Latner *et al.*, 2005 ; Smith *et al.*, 2007). Si la littérature reporte parfois que des attributs positifs désignent des personnes obèses (i.e., la personne obèse peut être décrite comme bonne vivante, joviale ou encore gourmande), elles restent malgré tout stigmatisées, ce qui constitue souvent un premier pas vers l'exclusion. Cette stigmatisation s'observe également de la part des proches de la personne obèse, de ses amis et parents (Carr & Friedman, 2006 ; Crandall, 1994 ; Myers & Rosen, 1999 ; Puhl, Moss-Racusin, Schwartz, & Brownell, 2008). Notons qu'elle touche particulièrement les femmes. Aux États-Unis, les femmes obèses déclarent être souvent jugées, et ce de manière négative, au point de se sentir rejetées, que ce soit par des proches ou des personnes qu'elles ne connaissent pas (Brewis, Hruschka, & Wutich, 2011). Chen et Brown (2005), montrent que si les femmes et les hommes déclarent qu'un partenaire obèse est peu choisi, les hommes sélectionnent davantage leur partenaire en fonction de leur minceur, que ne le font les femmes. Être corpulent devient une identité sociale (Becker, 1963), et ce particulièrement pour les femmes (Brewis *et al.*, 2011). Ainsi, nous pouvons conclure comme Brownell, Puhl, Schwartz et Rudd (2005), que les pensées négatives envers les personnes obèses sont puissantes dans beaucoup de sociétés contemporaines et ne sont pas sans conséquence.

Force est de constater que toutes les cultures n'ont pas la même lecture de la corpulence, même dans les cultures occidentales. Les fortes corpulences ont été, en d'autres temps, plus valorisées qu'elles ne le sont aujourd'hui. Pour passer d'un regard positif à la condamnation de la corpulence, il a donc fallu que, dans ces sociétés, un certain nombre d'individus réussissent à entraîner les autres à penser que cette situation était vraiment

problématique (Germov & Williams, 1996). L'obésité posée comme « *anormale* », comme « *déviance* », par rapport à la norme est donc, dans cette perspective, une construction sociale.

Ainsi, on peut penser que l'étude des représentations sociales en tant que système d'interprétation de la réalité, réalité qui gouverne les relations entre individus et groupes, dans leur environnement social et physique, et détermine croyances et pratiques (Abric, 1993, 2001 ; Rateau, Moliner, Guimelli, & Abric, 2011 ; Rateau & Weiss, 2011), pourrait fournir quelques éléments de compréhension concernant les attitudes stigmatisantes dont semblent être victimes les personnes obèses. C'est l'objet de cet article qui s'intéresse aux représentations de la personne obèse et de l'obésité chez des étudiantes.

Les représentations sociales : enjeux des consignes de substitutions

Les représentations sociales se définissent comme « *une forme de connaissance socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social* » (Jodelet, 1997, p.36). Étudier les représentations sociales, c'est chercher la relation que l'individu entretient au monde et aux choses (Dany & Apostolidis, 2002). L'étude des représentations sociales permet donc d'appréhender « *l'articulation entre systèmes de pensée et systèmes de comportements* » (Apostolidis, 2006, p.212) ; de comprendre dans quelle mesure les connaissances, croyances, attitudes et pensées naïves des individus influencent leurs comportements, comportements potentiellement stigmatisants. Aussi, la présente étude n'a pas pour objectif d'étudier les processus mis en œuvre dans les attitudes, préjugés, stéréotypes ou encore dans la discrimination, mais de mieux cerner l'ensemble des éléments conduisant les individus à ce processus de stigmatisation.

Du point de vue de la procédure, la méthode des associations verbales ou associatives très utilisée en France, consiste à demander à un sujet de produire, à partir d'un mot inducteur (l'objet de représentation étudié), les mots ou expressions qui lui viennent spontanément à l'esprit (Vergès, 1992 ; Dany, Urdapilleta, & Lo Monaco, 2015). Mais on peut penser que dans certaines conditions, lorsque les objets de représentation sont polémiques, les individus peuvent être amenés à masquer certaines opinions contre-normatives. C'est la raison pour laquelle certains auteurs utilisent la technique dite de substitution (Guimelli, 1998 ; Guimelli & Deschamps, 2000 ; Lo Monaco *et al.*, 2009 ; Flament & Milland, 2010), qui permet de manipuler les contextes d'expression. Cette technique consiste à demander au sujet son avis sur un objet de représentation puis de répondre comme le ferait une autre personne sur le même thème. La première consigne place le sujet en situation d'expression en son nom propre (condition standard) ; dans la seconde (dite de substitution), le sujet doit répondre *« comme le ferait un Français en général »*, par exemple. C'est dans ce contexte de substitution que l'on voit apparaître certains éléments qui ne sont pas exprimés avec des consignes dites « *standard* ». Les travaux sur la zone muette des représentations sociales ont permis de mettre en évidence des effets dits de « *masquage* » (à savoir non exprimés) ou de « *démasquage* » lorsque des individus s'expriment au sujet d'un objet de représentation sociale (Guimelli & Deschamps, 2000). C'est pourquoi, en utilisant des consignes de substitution (dans laquelle les individus sont amenés à répondre comme le ferait la majorité d'un groupe, le plus souvent les Français), des aspects contre-normatifs s'exprimeraient davantage que lorsque des consignes dites « *classiques* » leur sont proposées. On peut penser que la consigne de substitution viendrait alors atténuer les pressions en jeu dans la production d'un discours normatif à l'égard de l'objet de représentation, sans doute en réduisant l'implication personnelle des participants aux tâches d'association (Flament & Milland, 2010). Ainsi, des éléments négatifs, tels des stéréotypes, relatifs à un objet de représentation sociale qui

pouvaient être masqués avec une consigne standard, seraient mis au jour avec une consigne de substitution.

Cette technique a été utilisée pour étudier diverses populations potentiellement stigmatisées, comme les Gitans (Guimelli & Deschamps, 2000), ou les Musulmans (Flament, Guimelli, & Abric, 2006). En comparant les réponses associatives fournies au terme inducteur « *gitan* » en consigne standard (les participants répondent en leur nom) et celle fournie en consignes de substitution, Guimelli et Dechamps (2000) montrent que certaines productions sont spécifiques aux corpus produits avec la consigne de substitution, notamment celle exprimant des stéréotypes et des préjugés à l'égard des gitans (avec la consigne de substitution, on trouve les termes négatifs « *vols, sale, mendiants, étranger, non travail et vulgarité* », alors que seuls les deux premiers termes sont produits en consigne standard). L'utilisation de consignes de substitution nous a semblé importante dans le cadre d'une étude portant sur la personne obèse et l'obésité, parce que les représentations ou attitudes négatives envers ces objets s'expriment majoritairement de façon implicite (Bessenoff & Sherman, 2000 ; Teachman & Brownell, 2001 ; Teachman *et al.*, 2003). Les auteurs montrent que si des personnes ont des comportements (*anti fat attitude*, Hansson & Rasmussen, 2014 ; De Brún *et al.*, 2014), ou opinions négatives envers les personnes obèses, peu d'entre elles expriment ces opinions de manière explicite, bien que ces dernières soient corrélées à des comportements discriminants, comme l'est le fait de ne pas choisir un siège à côté d'une personne obèse (Bessenoff & Sherman, 2000).

On peut s'interroger sur les facteurs qui pourraient avoir un rôle dans ces comportements et préjugés. L'hypothèse de contact nous semble offrir une piste à explorer.

Le contact et la réduction des préjugés

Les recherches portant sur l'hypothèse de contact sont classiques en psychologie sociale, lorsque les auteurs s'intéressent aux préjugés (voir Pettigrew & Tropp, 2008 ; Pettigrew, Tropp, Wagner, & Christ, 2011). Selon cette hypothèse, que l'on doit à l'origine à Allport (1954), une interaction positive (contact) entre des membres de groupes différents améliore les relations intergroupes, particulièrement lorsque ces interactions ont lieu dans des conditions dites « *favorables* ». En effet, dans sa formulation originale, quatre conditions sont nécessaires pour obtenir des effets sur la réduction des préjugés (Allport, 1954). La première est que les groupes se perçoivent comme étant de statuts hiérarchiques équivalents (un étudiant et son professeur ne rempliraient pas cette condition) ; la deuxième est que les membres des deux groupes aient des buts communs ; la troisième est qu'ils n'entretiennent pas de rapports compétitifs pour atteindre leurs buts ; enfin le contact devrait avoir l'appui des autorités, de la loi ou des coutumes, car l'appui institutionnel fournit des conditions positives en instituant des normes, qui visent à l'acceptation de la différence. Mais notons que selon Abad-Merino et ses collaborateurs (2013), ces conditions doivent être vues comme facilitatrices des effets de contact, plutôt que comme essentielles. Cela signifie que les situations de contact, même si elles ne sont pas marquées par les états optimaux d'Allport (1954), sont associées à une réduction des préjugés (Pettigrew, 1998). Quoi qu'il en soit, la méta-analyse de Pettigrew et Tropp (2008), portant sur plus de 500 articles, permet d'appuyer l'effet du contact dans divers domaines (Heinze & Horn, 2009 ; Mata, Ghavami, & Wittig, 2010 ; Abad-Merino *et al.*, 2013). Par exemple, Collier, Bos et Sandfort (2012) s'intéressent à l'attitude envers l'homosexualité et l'acception d'une non-conformité des genres, en expérimentant auprès de 456 adolescents Néerlandais, âgés de 12 et 15 ans, hétérosexuels. Ils observent que les attitudes envers les hommes et femmes homosexuels sont modulées par la connaissance ou non d'une personne homosexuelle. Ainsi, lorsque les participants connaissent

une personne homosexuelle, ils ont une attitude significativement plus positive que ceux n'en connaissant pas. L'attitude envers le groupe des homosexuels se trouve donc influencée par le contact avec une personne homosexuelle. La stigmatisation apparaît ainsi comme inversement proportionnelle au degré de contact avec le groupe sur lequel portent les préjugés. La méta-analyse (41 études réalisées entre 1974 et 2009) de Smith, Axelton et Saucier (2009), portant sur les effets de contacts sur les préjugés liés à l'orientation sexuelle, confirme cette conclusion. Les effets de contact ont aussi été étudiés avec des personnes d'origine ethnique ou religieuse différentes, des Musulmans et l'Islam (Ata, Bastian, & Lusher, 2009 ; Bastian, Lusher, & Ata, 2012), des Américains d'origine Africaine ou Latino (Broad, Gonzalez, & Ball-Rokeach, 2014 ; Barreto, Gonzalez, & Sanchez, 2013), des Sud-Africains d'origine Caucasienne ou Africaine (Dixon *et al.*, 2010) ; une population immigrante (Jasinskaja-Lahti, Mähönen, & Liebkind, 2011 ; Schlueter & Scheepers, 2010) ; ou encore des étudiants d'origines ethniques différentes (Asiatiques, Européens, etc., Luksyte & Avery, 2010 ; Geeraert, Demoulinb, & Demes, 2014). Enfin ces effets ont été étudiés sur les préjugés envers les personnes atteintes de maladies mentales (Arn, Ottosom, & Perris, 1971 ; Angermeyer & Matschinger, 1996 ; Furnham & Blythe, 2012 ; Quintin, Klein, Carriere, & Narboni, 2001 ; Link & Cullen, 1986 ; voir aussi Couture & Penn, 2003 pour une revue de la question). Selon Pettigrew, (1998), la situation de contact permettrait donc d'apprendre à mieux connaître l'exogroupe, de changer les comportements de l'endogroupe et de créer des rapports affectifs entre les deux groupes. Ainsi, Pettigrew (1998), montre que les relations amicales permettent de réduire les préjugés et Hewstone (2003), précise que les relations d'adolescents avec leurs grands-parents prédisent les attitudes envers les personnes âgées. Ainsi, la situation de contact aurait des effets sur les comportements et opinions, et serait à ce titre, un facteur d'intégration sociale (Bastian, Lusher, & Ata, 2012). Mais, selon Pettigrew et Tropp (2008), ou Tausch et Hewstone (2010), les principaux effets du contact seraient de nature émotionnelle ou

affective. En effet, les affects négatifs, comme le sont l'anxiété ou le sentiment de menace, diminueraient au profit d'affects positifs comme l'empathie (voir aussi Paolini, Hewstone, Rubin, & Pay, 2004 ; Voci & Hewstone, 2003). L'intérêt d'étudier la situation de contact dans le cas de l'obésité réside dans le sentiment de stigmatisation vécu et décrit par les individus obèses eux-mêmes (Carr & Friedman, 2006 ; Crandall, 1994 ; Myers & Rosen, 1999 ; Puhl, *et al.*, 2008, Brewis *et al.*, 2011). En effet, les personnes obèses se sentent certes rejetées par la société, mais également par leurs proches. Aussi, on peut s'interroger sur les effets de la situation de contact sur les représentations sociales de personnes proches d'individus obèses.

L'objet de cette étude est de mettre en lumière, dans quelle mesure, la situation de contact intergroupe jouerait un rôle modulateur dans l'organisation des représentations sociales de la personne obèse et de l'obésité. On peut s'attendre à ce que les personnes ayant un contact avec une personne obèse, et donc ayant un lien avec l'obésité, aient une représentation sociale moins stéréotypée que les personnes ne côtoyant pas de personne obèse. Les résultats devraient mettre au jour une différence de contenu représentationnel, mais aussi d'orientation attitudinale. Afin de permettre aux participantes d'exprimer des opinions potentiellement non normatives, des consignes de substitution ont été utilisées.

1. Méthode

1.1 Participants

Deux cents étudiantes, inscrites en première année de psychologie dans une Université Parisienne, ont participé cette étude.

Les participantes ayant un Indice de Masse Corporelle (IMC = taille / poids^2) supérieur à 25 et inférieur à 18.25 ont été exclues des analyses, afin de ne conserver que des

participants normo-pondérés, dans la mesure où nous nous intéressons dans cet article aux représentations sociales stigmatisantes liées à l'obésité et non à l'auto-stigmatisation. Cette sélection a ainsi permis de ne pas interroger des participantes qui seraient potentiellement dans une situation d'auto-stigmatisation (cf. Ross, Shivy, Suzanne, & Mazzeo, 2009, pour les effets de l'IMC sur les jugements stigmatisants envers les personnes obèses). Afin d'opérationnaliser la variable contact, les participantes devaient déclarer la présence ou l'absence de personnes obèses dans leur entourage (amis, famille). Ainsi deux groupes ont pu être identifiés : 100 participantes déclaraient ne pas avoir de personnes obèses dans leur entourage ($M_{âge}$ = 23.74 $ET_{âge}$ = 7.8 ; M_{IMC} = 21.03 ; ET_{IMC} = 1.87), et 100 participantes déclaraient avoir au moins une personne obèse dans leur entourage ($M_{âge}$ = 21.26 $ET_{âge}$ = 3.91 ; M_{IMC} = 21.34 ET_{IMC}= 1.79).

1.2 Procédure et matériel

Les participantes primo entrantes à l'Université complétaient un questionnaire à la fin d'une séance de cours.

Deux consignes successives leur étaient présentées pour chacun des mots inducteurs (« *personne obèse* » et « *obésité* ») :

- Une consigne standard : « *Inscrivez en colonne 1 les cinq mots ou expressions qui vous viennent à l'esprit lorsque vous lisez le mot : « personne obèse/obésité* ».
- Une consigne de substitution : *« Si un étudiant homme de cette Université réalisait cette même tâche, quels seraient les cinq mots ou expressions qui lui viendraient à l'esprit à la lecture du mot : Personne obèse/obésité* ».

La seconde consigne a été utilisée afin de réduire la pression normative et de permettre aux personnes interrogées d'exprimer leur opinion. Elle permettait de se placer du point de vue d'une part, des étudiants de l'Université et d'autre part, du sexe opposé (les hommes). Aussi, les participantes répondaient-elles en se positionnant comme membre du groupe auquel elles appartenaient (i.e., les étudiants de l'Université), mais aussi du fait de la référence au groupe des hommes de leur Université, nous les placions, à la fois en contexte endogroupal et en contexte de comparaison sociale exogroupale. L'intérêt de placer les participantes à la place d'étudiants hommes réside surtout dans le fait que les hommes semblent avoir une attitude plus négative que les femmes concernant l'obésité et les personnes obèses (Crandall, 1994 ; Glenn & Chow, 2002 ; Lewis, Cash, Jacobi, & Bubb-Lewis, 1997 ; Morrison & O'Connor, 1999 ; Perez-Lopez, Lewis, & Cash, 2001). En procédant ainsi, nous laissions aux participantes la possibilité de libérer l'expression de pensées contre-normatives relatives à l'obésité.

Dans un deuxième temps, les participantes ont évalué sur une échelle de Likert le degré de caractérisation des mots produits (i.e., « *Évaluer de 0 à 10 les mots que vous avez produits en fonction de leur capacité à définir le mot inducteur* »). Cette tâche permettait une hiérarchisation *a posteriori* des éléments évoqués par les individus eux-mêmes. Elle permettait de classer les termes produits en fonction de l'importance accordée à chaque mot, pour définir l'objet de représentations étudié.

Dans un troisième temps, les participantes ont évalué sur une échelle de Likert la valence qu'elles associaient à leurs productions (i.e., « *Évaluer de -3 à +3 les mots que vous avez produits en fonction de leur connotation positive ou négative ; -3 le mot vous parait très négatif ; +3 le mot vous parait très positif* ; *0 le mot vous parait neutre* »), afin de fournir un

indice de la valeur positive ou négative des éléments associés aux mots inducteurs, que nous nommerons orientation attitudinale[50] (Lo Monaco & Guimelli, 2008).

Enfin les participantes devaient répondre à la question suivante : « *Connaissez-vous une ou des personnes obèses dans votre entourage (amis ou membres de votre famille) ?* Notons qu'aucune participante n'a déclaré avoir à la fois un ami et un membre de sa famille obèse. Au vu du nombre de participantes par groupe, nous avons regroupé pour l'analyse, les données en deux modalités : *« absence de contact»* ou *« présence de contact »*.

Le matériel est présenté dans l'annexe 1 (cf., Annexe 1.1 et Annexe 1.2 pages 345 et 346).

1.3. Analyses de données

Pour le mot inducteur « *personne obèse* », le corpus se composait de 1069 réponses associatives, parmi lesquelles 142 hapax (une seule occurrence dans le corpus). Pour le mot inducteur « *obésité* », le corpus se composait de 1137 réponses associatives, parmi lesquelles 148 hapax.

Dans un premier temps une lemmatisation a été opérée afin de regrouper les mots cités, les flexions, à savoir les différentes formes fléchées du même mot, en leurs lemmes, c'est-à-dire les mots non accordés ou conjugués (par exemple, « *grosse* » et *« gros »* ont été regroupés sous le terme « *gros* », *« mangé »* et *« manger »* sous le terme *« manger »*). Deux cent quarante-cinq réponses différentes ont ainsi été conservées pour le mot inducteur *« personne obèse »* et 254 pour le mot *« obésité »*.

[50] Comme le soulignent Galand et Salés-Wuillemin (2009), la première échelle en 10 points permet de s'adapter au caractère graduel de la caractérisation ; l'échelle de -3 à +3 rend compte du caractère bipolaire de l'évaluation de la valence.

Dans un deuxième temps, les probabilités associées[51] à la loi binomiale ont permis de choisir un seuil de production des mots au-delà duquel les mots produits ont été conservés, pour faire l'objet de l'analyse (Galand & Salès-Wuillemin, 2009 ; Mouret, Lo Monaco, Urdapilleta, & Parr, 2013 ; Salès-Wuillemin, Castel, & Lacassagne, 2002). La loi binomiale tient compte du nombre de participantes, du nombre maximum de mots cités par les participantes et du nombre de mots différents, cités lors de la tâche d'associations. En appliquant la loi binomiale pour sélectionner les réponses, nous avons conservé les types de réponses dont la fréquence est supérieure ou égale à 7 pour les deux mots inducteurs.

Dans un troisième temps, nous avons opéré une sélection des mots à forte caractérisation, de façon à ne conserver que ceux qui caractérisaient suffisamment les objets de représentation. Seuls les types de réponses avec un indice de caractérisation supérieur à 7 (médiane des indices pour chaque type de réponse) ont été conservés (voir seconde étape du protocole : évaluation des mots produits en fonction de leur capacité à définir le mot inducteur) ; 29 mots ont ainsi été conservés pour le mot inducteur *« personne obèse »*, et 27 pour le mot inducteur *« obésité »* ; ils ont été soumis à l'Analyse Factorielle des Correspondances (AFC).

L'AFC permet de traiter des variables modales, ce qui est le cas des données obtenues par la procédure des associations verbales (Benzécri 1976 ; Cibois, 1983 ; Lo Monaco, Piermattéo, Guimelli, & Abric, 2012). Cette analyse ne vise pas la mise au jour de l'organisation d'une représentation sociale, mais la mise en relation des productions verbales avec les variables, afin de mettre au jour le contenu représentationnel. Cette analyse permet de mettre en exergue les correspondances entre les mots et expressions produits par les

[51] Notons qu'il n'existe pas de norme. Ainsi, dans la plupart des articles publiés, le seuil utilisé n'est pas justifié ; il peut varier de 3% à 50% selon les études (Bovina, 2006 ; Garoscio, 2006 ; Michel-Guillou, 2006 ; Vergès, 1994), la loi binomiale peut aussi être utilisée. Nous avons choisi la loi binomiale afin que la sélection des mots ne soit pas réalisée de façon aléatoire, mais selon une norme statistique.

participantes et la variable que l'on peut considérer comme indépendante (Deschamps, 2003 ; Doise, Clémence, & Lorenzi-Cioldi, 1992).

L'analyse a été réalisée sur un tableau de contingence présentant en lignes les types de réponses et en colonnes les quatre modalités correspondant aux croisements de nos deux variables indépendantes, à savoir la variable « *contact* » (avec deux modalités : « *absence de contact* » ou « *présence de contact* », codées « *connaît* » ou « *ne connaît pas* ») et la variable type de consigne (avec les deux modalités « *standard* » et « *substitution* »).

Des analyses de la variance à mesure répétées ont permis d'étudier l'influence des consignes et de la situation de contact, sur l'orientation attitudinale (à savoir la valence des mots produits).

2. Résultats

2.1. Mot inducteur « *personne obèse* »

Rappelons que les mots significativement cités, par l'ensemble des participantes, ont été sélectionnés selon le seuil défini par la Loi Binomiale. Puis, nous avons conservé les productions ayant un indice de caractérisation supérieur à 7 (supérieur à la médiane des indices de caractérisation). Ainsi, 29 mots ont été soumis à l'Analyse Factorielle des Correspondances.

L'AFC (cf. Figure 3) met en évidence deux facteurs qui expliquent à eux deux 87.20 % de l'inertie totale (facteur 1 = 70.80 % et facteur 2 = 16.40 %).

Afin d'identifier si les réponses associatives ou le croisement des variables indépendantes contribuaient à la formation des facteurs, nous avons utilisé la contribution par

facteur (CPF ; cf. Deschamps, 2003 ; utilisée dans des études récentes, cf. Lo Monaco & Guimelli, 2008 ; Mouret *et al.*, 2013 ; Piermattéo, Lo Monaco, Moreau, Girandola, & Tavani, 2014). Si une réponse associative ou un croisement des variables indépendantes contribue à la construction d'un facteur, son CPF doit être plus haut que le CPF moyen (soit 0.25 pour les variables et 0.04 pour les réponses associatives).

Les variables qui contribuent à la construction du premier facteur sont les conditions *« Consigne Substitution - Connait »* et *« Consigne Standard - Ne connaît Pas » :* CPF *(Consigne Substitution - Connaît)* = 0.52 + CPF *(Consigne Standard – Ne connaît pas)* = 0.26, pour une contribution totale de 78% à la construction du premier facteur. Les variables qui contribuent à la construction du second facteur sont les conditions *« Consigne Standard - Connait »* et *« Consigne Standard - Ne connaît Pas » :* CPF *(Consigne Standard - Connaît)* = 0.55 + CPF *(Consigne Standard – Ne connaît pas)* = 0.43, pour une contribution totale de 98% à la construction du second facteur.

Les croisements de modalités *« Consigne Standard – Connaît pas »* et *« Consigne Substitution – Connait »* s'opposent sur le facteur 1. En consigne de substitution, les mots associés à la modalité *« Ne connaît pas de personne obèse »* (qui sont présentés en fonction de leur degré de caractérisation, indiqué entre parenthèses) sont « *danger* » (9.25), « *mauvaise santé* » (8.78), « *gras* » (8.41), « *fast food* » (8.33), « *manger* » (8.33) et « *États-Unis* » (7.78). En consigne standard, les mots associés à la modalité « *Connaît une personne obèse* » sont « *manger trop* » (8.56), « *moche* » (8.31), « *femme* » (8.30), « *manque de sport* » (8.12) et « *laid* » (8.00).

Les croisements de la modalité *« Consigne standard - Connait »* et *« Consignes Standard - Ne connait pas »)* s'opposent sur le facteur 2. En consigne standard, les mots associés à la modalité « *Ne connaît pas de personne obèse* » (présentés en fonction de leur degré de caractérisation, indiqué entre parenthèses) sont « *danger* » (9.25), « *mauvaise santé* »

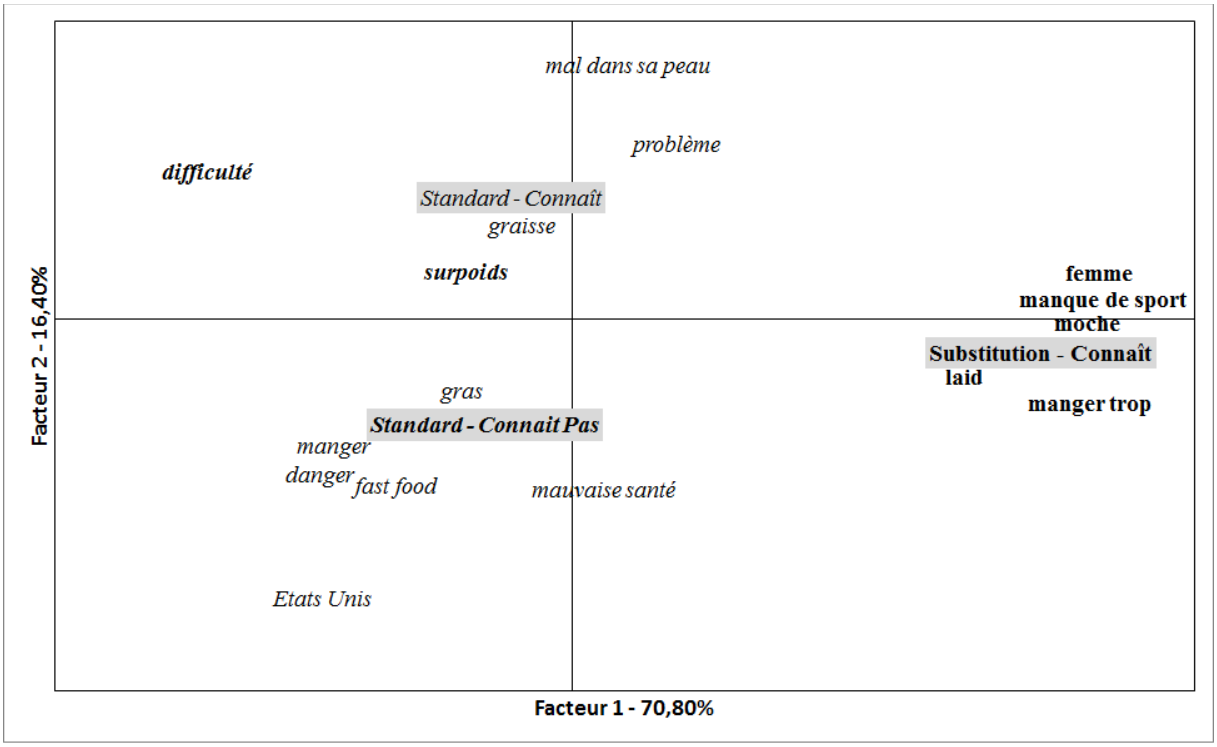


Figure 3. Cartographie de l'analyse factorielle des correspondances pour le mot inducteur « *personne obèse* »

Légende :

Le texte présent dans un encadré grisé renvoie aux croisements des modalités des variables. **Croisement** (en gras) permet d'identifier les croisements des modalités qui contribuent à la construction du facteur 1, *Croisement* (en italique) permet d'identifier les croisements contribuant à la construction du facteur 2, enfin ***Croisement*** (en gras et en italique) permet d'identifier les croisements contribuant à la construction du facteur 1 et du facteur 2. De la même façon, **Observation** (en gras) permet d'identifier les observations qui contribuent à la construction du facteur 1, *Observation* (en italique) permet d'identifier les observations contribuant à la construction du facteur 2, enfin ***Observation*** (en gras et en italique) permet d'identifier les observations contribuant à la construction du facteur 1 et du facteur 2.

(8.78), « *gras* » (8.41), « *fast food* » (8.33), « *manger* » (8.33) et « *États-Unis* » (7.78). En consigne standard, les mots associés à la modalité « *Connaît une personne obèse* » sont « *surpoids* » (9.20), « *mal dans sa peau* » (9.10), « *graisse* » (8.83), « *problème* » (8.80) et « *difficulté* » (7.40).

Nous avons réalisé une ANOVA (mesures répétées) afin d'étudier conjointement l'effet de la variable indépendante intra participants « *type de consigne* » et l'effet de la

variable inter participants « *contact* » sur la variable dépendante correspondant à l'orientation attitudinale des évocations (score moyen des valences accordées par les participants pour chacune de leurs productions). L'interaction entre la variable *type de consigne* et *contact* n'est pas significative ($F(1,198) = 0.02$; $p = 0.89$). La variable contact n'a pas d'effet sur la valeur attribuée aux réponses associatives produites avec la consigne standard ($F(1,198) = 0.03$; $p = .86$), ni sur celle attribuée aux réponses produites avec la consigne de substitution ($F(1,198) = 0.78$; $p = .38$). Mais l'analyse met en évidence que lorsque les participantes répondent à la tâche d'association libre avec la consigne standard (cf., tableau 1), elles attribuent une valeur plus positive aux mots produits que lorsqu'elles répondent à la même tâche avec la consigne de substitution ($F(1,198) = 9.06$; $p < .01$; $\eta^2 = 0.04$). Notons que la taille de l'effet est faible[52].

Tableau 1

Moyennes des valences et écart-types pour les mots inducteurs « personne obèse » et « obésité »

		Contact	Absence de contact
		M (*SD*)	**M** (*SD*)
Personne Obèse	Standard	**-1.44** (*1.37)*	**-1.41** (*1.39*)
	Substitution	**-1.85** (*1.50*)	**-1.78** (*1.55*)
	Total	**-1.60** (*1.08*)	**-1.57** (*1.20*)
Obésité	Standard	**-1.36** (*1.38*)	**-1.34** (*1.54*)
	Substitution	**-1.70** (*1.35*)	**-1.49** (*1.58*)
	Total	**-1.50** (*1.03*)	**-1.46** (*1.18*)

Légende :
« **M** » signifie moyenne. « *SD* » signifie écart-type.

[52] Les interprétations de l'Eta² sont les suivantes : $\eta^2 = .01$ est un effet faible, $\eta^2 = .06$ est un effet moyen et $\eta^2 = .14$ est un effet important (Guéguen, 2009).

2.2 Mot inducteur « *obésité* »

Comme pour l'inducteur précédent, nous avons sélectionné les productions associatives en appliquant une première sélection à l'aide de la loi binomiale (i.e., une fréquence supérieure ou égale à 7 ; $p < .05$). Puis, nous avons conservé, les productions ayant un indice de caractérisation supérieur à 7 (supérieur à la médiane des indices de caractérisation). Ainsi 27 mots ont été soumis à l'Analyse Factorielle des Correspondances.

L'AFC met en évidence 2 facteurs qui expliquent 84.12% de l'inertie (facteur 1 = 55.55% ; facteur 2 = 28.57%). Comme pour l'analyse précédente, nous avons conservé les types de réponses et les croisements des variables contribuant à la construction des facteurs (pour les croisements des variables CPF > 0.25 et pour les types de réponses CPF > 0.04). Les croisements des variables « *Standard – Ne connaît pas* » et « *Substitution – Ne connaît pas* » contribuent à la construction du premier facteur : CPF *(Consigne Standard – Ne Connaît pas)* = 0.49 + CPF *(Consigne Substitution – Ne connaît pas)* = 0.10, pour une contribution totale de 59% à la construction du premier facteur. Les croisements des variables « *Standard – connaît* » et « *Substitution – connaît* » contribuent à la construction du second facteur : CPF *(Consigne Standard – Connaît)* = 0.53 + CPF *(Consigne Substitution – connaît)* = 0.45, pour une contribution totale de 98% à la construction du second facteur.

Sur le facteur 1, nous n'observons pas d'opposition entre les croisements des modalités des variables, dit autrement, à droite du nuage (cf., figure 4), les conditions « *Ne connait pas de personnes obèses* » en consigne standard et de substitution, sont regroupées. Les mots associés sont « *manger trop* » (7.77), « *moche* » (7.95), « *problème* » (8.05) et « *manque de sport* » (8.32). Ils s'opposent sur le facteur 1 aux mots « *poids* » (8.20) et « *mauvaise alimentation* » (8.64). Sur le facteur 2, les consignes standard et de substitution s'opposent pour la modalité « *connaît une personne obèse* ». Pour la consigne standard, les

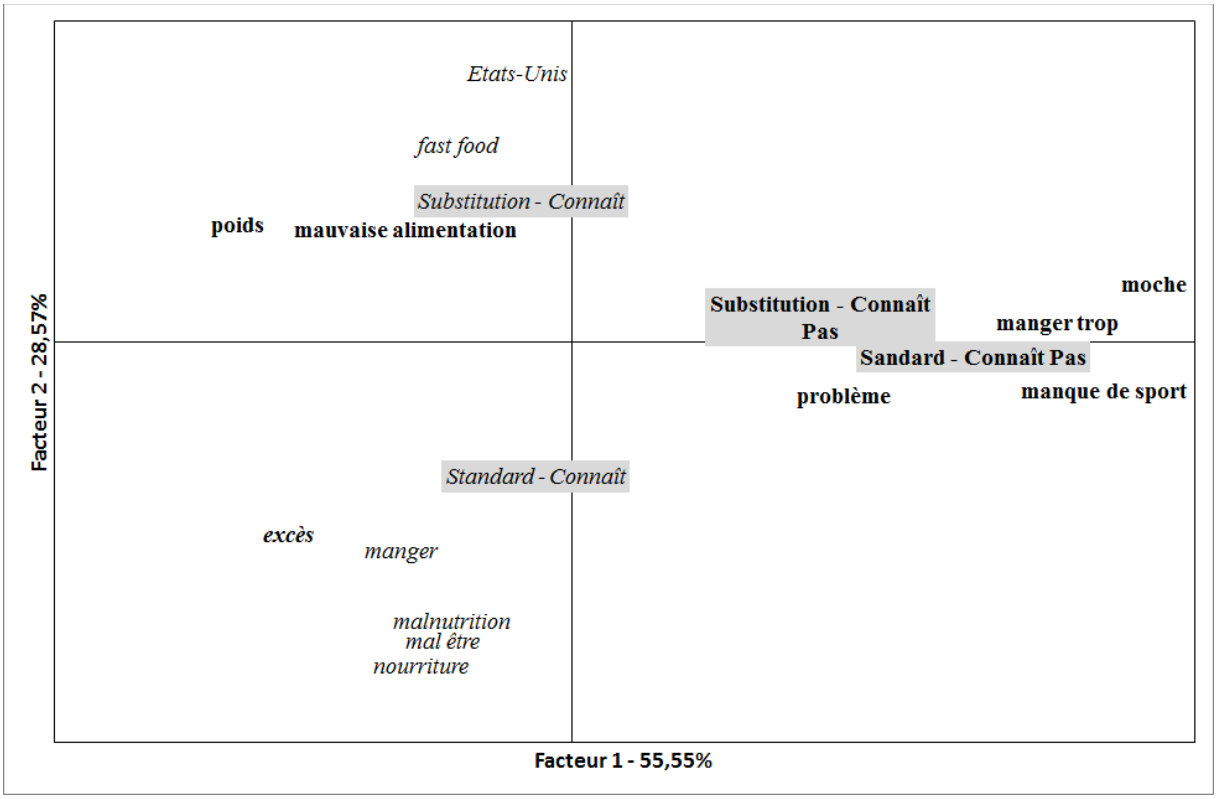


Figure 4. Cartographie de l'analyse factorielle des correspondances pour le mot inducteur « obésité »

Légende :

Le texte présent dans un encadré grisé renvoie aux croisements des modalités des variables. **Croisement** (en gras) permet d'identifier les croisements des modalités qui contribuent à la construction du facteur 1, *Croisement* (en italique) permet d'identifier les croisements contribuant à la construction du facteur 2, enfin ***Croisement*** (en gras et en italique) permet d'identifier les croisements contribuant à la construction du facteur 1 et du facteur 2. De la même façon, **Observation** (en gras) permet d'identifier les observations qui contribuent à la construction du facteur 1, *Observation* (en italique) permet d'identifier les observations contribuant à la construction du facteur 2, enfin ***Observation*** (en gras et en italique) permet d'identifier les observations contribuant à la construction du facteur 1 et du facteur 2.

mots associés sont « *excès* » (7.25), « *mal-être* » (7.83), « *manger* » (8.00), « *malnutrition* » (8.16), « *nourriture* » (8.40). Pour la consigne de substitution, les mots associés sont « *Etats-Unis* » (7.78), « *fast-Food* » (8.33), « *poids* » (8.71) et « *mauvaise alimentation* » (8.04).

Nous avons réalisé une ANOVA (mesures répétées) afin d'étudier conjointement l'effet de la variable indépendante intra participants « *type de consigne* » et l'effet de la variable inter participants « *contact* » sur la variable dépendante correspondant à l'orientation attitudinale des évocations (score moyen des valences accordées par les participants pour chacune de leurs productions). L'interaction entre la variable « *type de consigne* » et « *contact* » n'est pas significative ($F(1,193) = 0.57$; $p = 0.45$). La variable contact n'a pas d'effet sur la valeur attribuée aux réponses associatives produites avec la consigne standard ($F(1,194) = 0.01$; $p = .89$), ni sur celle attribuée aux réponses produites avec la consigne de substitution ($F(1, 194) = 0.98$; $p = .32$). Toutefois, l'analyse met en évidence (cf., tableau 1) que lorsque les participantes répondent à la tâche d'association libre avec la consigne standard, elles attribuent une valeur plus positive aux mots produits que lorsqu'elles répondent à la même tâche avec la consigne de substitution ($F(1, 193) = 4.29$; $p = .03$; $\eta^2 = 0.02$). Notons que la taille de l'effet est faible.

3. Discussion

L'objet de cette recherche était d'étudier les représentations sociales de la « *personne obèse* » et de l'« *obésité* », en fonction d'une part, de l'existence d'un contact entre les participantes et une personne obèse et d'autre part, de différentes consignes présentées aux participantes. Deux résultats majeurs ont été mis en évidence.

Le premier résultat observé concerne l'influence des consignes sur le contenu représentationnel de l'obésité. Pour le mot inducteur *« obésité »*, l'organisation de la représentation sociale met en avant une opposition entre la consigne dite standard et la consigne de substitution en condition de contact intergroupe (lorsque les individus connaissent une personne obèse). Les éléments associés avec la condition de substitution

renvoient à ce qui pourrait être des stéréotypes (l'obésité est associée aux États-Unis, aux Fast-Food et à une mauvaise alimentation), alors qu'en consigne standard des éléments descriptifs sont produits (la personne obèse mange, de la nourriture, elle se nourrit mal, fait des excès et souffre de « *mal-être* »). Notons que les réponses associatives en consignes standard et de substitution ne sont pas différenciées lorsque les participantes n'ont pas de contact avec une personne obèse. Enfin, l'orientation attitudinale est négative, quel que soit le type de consigne, mais elle est plus négative avec la consigne de substitution.

Les résultats concernant l'effet des consignes standard ou de substitution sont cohérents avec ceux précédemment mis en évidence dans le cadre des études portant sur la zone muette des représentations sociales (cf. notamment Chokier & Moliner, 2006 ; Deschamps & Guimelli, 2004 ; Guimelli & Deschamps, 2000 ; Piermattéo *et al.*, 2014). Selon les auteurs, lorsque les individus sont amenés à donner leur propre opinion, un biais de désirabilité sociale les conduit à donner une opinion plus tempérée que la leur. Les consignes de substitution ont été utilisées afin de faire exprimer un contenu socialement indésirable en réduisant la pression normative par la prise de distance entre soi et le propos (Guimelli & Deschamps, 2000). Le propos est ainsi prêté à un groupe plus élargi (i.e., les français en général chez Guimelli & Deschamps, 2000 ; Guimelli, Lo Monaco, & Deschamps, 2010 ; ou encore les étudiants en général, Lo Monaco *et al.*, 2009). Les auteurs préconisent donc l'utilisation d'une consigne de substitution, afin de conduire l'individu à se détacher du biais de désirabilité sociale. Augmenter la distance entre l'individu et un groupe de référence, lui permettrait de limiter son implication personnelle. Dans cette étude, nous pouvons observer qu'avec une consigne de substitution, les participantes (devant se mettre à la place d'un homme, étudiant à l'université) décrivent l'obésité et la personne obèse de façon différente de la façon dont elles les décrivent avec une consigne qui implique qu'elles répondent en leur nom (consigne standard). Une question demeure néanmoins : dans le cadre de cette étude, la

consigne, telle qu'elle est utilisée, renvoie-t-elle à de la substitution ou à une représentation du point de vue partagé par un exogroupe ? Il nous semble difficile de répondre à cette question et une autre étude dans laquelle seraient manipulées des consignes exogroupe et de substitution serait opportun.

Le second résultat observé dans cette étude concerne l'influence du contact intergroupe sur le contenu représentationnel de la « *personne obèse* » avec une consigne standard. Lorsque les participantes n'ont pas de contact avec une personne obèse, les mots induits sont de nature descriptive (les personnes obèses mangent, sont en danger, etc.) et suggèrent une représentation naïve puisque les mots « *fast-food* » et « *États-Unis* » sont associés aux personnes obèses. Lorsque les participantes sont en contact avec une personne obèse, une description à la fois descriptive (les personnes obèses sont en surpoids), mais aussi empathique apparaît (les personnes obèses ont des problèmes, difficultés et sont mal dans leur peau). Ces résultats s'inscrivent dans ceux précédemment mis en évidence sur les enfants à haut potentiel : la représentation sociale de ces mêmes enfants est davantage colorée par des éléments descriptifs pour ceux qui n'ont jamais rencontré d'enfants ou d'adolescents « *surdoués* », tandis que les personnes en contact avec ces derniers mettent en avant des aspects évaluatifs (Tavani, Zenasni, & Pereira-Fradin, 2009). Dans notre étude, la proximité avec une personne obèse tend à accentuer la conscience du mal-être de la personne obèse par sa famille et traduit ce qui pourrait être interprété comme une forme de compassion. Avec une consigne de substitution, on voit apparaître des éléments stéréotypiques puisque les personnes obèses « *mangent trop* », sont « *en mauvaise santé* » et ne font pas assez de sport. De même, un jugement portant sur les caractéristiques physiques est exprimé : elles sont qualifiées de « *moches et laides* ».

Ainsi, le postulat selon lequel la situation de contact intergroupe, et dans le cas présent, le fait de connaître une personne obèse, jouerait un rôle modérateur dans la

représentation sociale de la personne obèse semble pertinent. Ces résultats s'inscrivent dans la lignée des recherches menées sur les effets de contact intergroupe sur la modification des préjugés (Aronson & Bridgeman, 1979 ; Corrigan *et al.*, 2001 ; Licciardello, Castiglione, & Rampullo, 2011). Les théories sur la situation de contact ont montré que les attitudes, croyances et préjugés envers un groupe stigmatisé sont guidés par le degré de familiarité (Aronson & Bridgeman, 1979 ; Corrigan *et al.*, 2001). Par exemple, Licciardello et ses collaborateurs (2011) ont observé l'influence de la situation de contact avec une personne homosexuelle sur les représentations sociales associées à l'homosexualité. Les participantes (100 femmes), ayant le plus de personnes homosexuelles dans leur entourage, étaient celles qui manifestaient l'attitude la plus positive. Ceci conforte l'idée selon laquelle les représentations sont en prise permanente avec les interactions sociales (Valence & Roussiau, 2014), mais souligne une des limites de notre étude. Il serait intéressant dans de futures études, de distinguer plusieurs situations de contact et des degrés de familiarité entre les personnes interrogées et la cible (i.e., famille, amis proches, conjoint, voisin, collègue de travail, etc.). Il pourrait également être pertinent de s'intéresser à des situations de contact dans lesquelles les groupes se distinguent sur la base de leur niveau d'implication personnelle (Rouquette, 1998) ou plus largement sur leur distance à l'objet (Lionel Dany & Abric, 2007). En effet, les groupes peuvent avoir été en contact avec des personnes obèses, sans pour autant être particulièrement impliqués par cet objet de représentation. La prise en compte de ces variables, particulièrement importante dans les phénomènes représentationnels (Guimelli, 1999), permettrait ainsi d'améliorer nos connaissances sur la stigmatisation des populations obèses.

Il convient de noter que dans notre étude que l'orientation attitudinale est toujours négative et ce, indépendamment du degré de familiarité des participantes avec une personne obèse. Comment expliquer l'absence d'image positive, malgré la situation de contact ? Des

auteurs ont avancé l'idée selon laquelle la situation de contact ne se suffisait pas à elle-même (Desforges *et al.*, 1991 ; Dovidio & Gaertner, 1999 ; Sherif *et al.*, 1988) et certains d'entre eux se sont intéressés aux prérequis nécessaires, afin que la situation de contact soit efficace. Ils concluent que la diminution des préjugés ne peut s'opérer que par un contact intergroupe, impliquant que les individus soient amenés à passer de « *nous et eux* » à un « *nous* », englobant les deux groupes. Ceci ne semble possible que par la coopération groupale, ce que ne reflètent pas les mots produits par les participantes côtoyant une personne obèse. Ainsi, les participantes côtoyant une personne obèse semblent se distancier, se différencier de celle-ci. La personne obèse n'est donc pas intégrée dans le cercle proche, puisqu'elle est normativement incompatible avec le système de pensées sociétal. Ainsi, la stigmatisation de l'obésité par la société serait telle, que les personnes côtoyant une personne obèse ne pourraient jamais considérer celle-ci comme un proche.

Les théories sur la stigmatisation de l'obésité appuient cette idée. En effet, de nombreuses études ont montré que les personnes obèses étaient fortement mises à distance, même par leurs proches et que les personnes obèses s'estimaient stigmatisées par leur famille et leurs amis (Brewis, 2014 ; Holub, Tan, & Patel, 2011 ; Musher-Eizenman, Holub, & Young, 2007 ; Puhl et al., 2008 ; Puhl & Heuer, 2009) ; en premier lieu par leurs proches, puis par le personnel médical, leurs collègues et enfin les vendeurs (Puhl & Brownell, 2006).

Notons que les termes « obésité » et « personne obèse » renvoient pour le premier à la maladie et pour le second aux individus atteints d'obésité, ce qui peut expliquer certains des résultats que nous observons ; l'obésité est un phénomène de société, les personnes obèses sont des individus que l'on peut côtoyer. Si les théories, faisant référence au degré de familiarité, décrivent dans quelle mesure être en contact avec un membre d'un groupe stigmatisé influence les représentations sociales, les attitudes, les croyances et les préjugés envers ce groupe (Aronson & Bridgeman, 1979 ; Corrigan et al., 2001 ; Licciardello et al.,

2011), aucune d'entre elles n'explique l'influence de la situation de contact sur la représentation de la maladie en tant que telle. Les travaux menés sur la maladie portent en effet, sur les personnes atteintes de cette maladie (Jodelet & Moscovici, 1995 ; Pujol, 2009). Ainsi, les résultats observés dans cette recherche représentent un intérêt majeur dans l'étude de la situation de contact et des représentations associées. Étudier les représentations sociales de la maladie et des personnes atteintes de la maladie semble pertinent (Apostolidis, 2006), parce que le champ des représentations sociales offre différentes formes d'analyses de la pensée sociale, qui permettent d'appréhender « les mécanismes psychologiques et sociaux …/… selon une conception qui pose l'individu comme sujet-acteur, socialement et culturellement situé » (Apostolidis, 2006, p.212). L'étude des représentations sociales permet donc de comprendre dans quelle mesure les connaissances, croyances, attitudes et pensées naïves des individus influencent potentiellement leurs comportements.

Comme mentionné ci-avant, le regard social porté aux personnes obèses n'est pas sans conséquences. En effet, celles-ci se sentant rejetées, elles développent un regard négatif à propos d'elles-mêmes. Ce sentiment de rejet de l'autre, lié au poids, a été l'objet de la partie suivante de ce travail. Dans celle-ci, nous avons cherché à mieux appréhender le sentiment de rejet lié au poids en contexte social, par la construction et la validation d'un questionnaire de sentiment de rejet lié au poids.

Partie 2 - Validation d'une échelle d'auto-stigmatisation

L'objectif de cette deuxième étude était de construire un outil permettant la mesure du sentiment de stigmatisation, parfois vécu par les personnes obèses. Ce sentiment viendrait principalement du regard des autres, ce que Cooley (1964) et d'autres auteurs après lui ont montré (Brewis *et al.*, 2011 ; Puhl, Moss-Racusin, *et al.*, 2008) : les personnes obèses internaliseraient une image d'elle-même négative, image véhiculée par les médias et la société. Le regard social serait donc une dimension à prendre en compte lorsque l'on étudie l'obésité.

On parle ainsi d'auto-stigmatisation. La stigmatisation des personnes obèses s'exprime par les croyances et attitudes mobilisées par le stéréotype de l'obésité, les préjugés, ainsi que les traitements injustes envers les personnes obèses (Puhl & Heuer, 2009). L'auto-stigmatisation se définit comme l'internalisation des caractéristiques du stéréotype de l'obésité, associée à la peur de véhiculer cette image négative (Lillis *et al.*, 2010). Rappelons que l'auto-stigmatisation se manifeste par un sentiment d'auto-dépréciation, du fait de l'internalisation d'un stéréotype négatif (Puhl, Moss-Racusin, *et al.*, 2008). Mais comment mesurer ce sentiment d'auto-stigmatisation ? Notons qu'aucun outil n'a été, à notre connaissance, validé en langue Française. Deux outils validés en anglais ont été mis au point. Le premier est un questionnaire visant à contrôler la fréquence de situations stigmatisantes vécues par les personnes obèses (Myers & Rosen, 1999). Les auteurs de ce questionnaire proposaient 11 catégories d'items répertoriant des situations stigmatisantes recueillies lors de groupes de paroles, composés de participants obèses. Il est à noter néanmoins que l'outil n'a

pas fait l'objet d'une évaluation de la validité de construit. En effet, les auteurs ont vérifié que le questionnaire était corrélé avec l'échelle d'insatisfaction corporelle (Body Shape Questionnaire, Cooper, Taylor, Cooper, & Fairburn, 1987), l'échelle d'estime de soi de Rosenberg (Rosenberg, 1965) et une échelle répertoriant des symptômes tels que la somatisation, l'obsession-compulsion, la sensibilité interpersonnelle, la dépression, l'anxiété, l'anxiété phobique, l'hostilité, l'idéation paranoïde et le psychoticisme (Brief Symptom Inventory, Derogatis & Spencer, 1982). La critique que l'on peut donc faire à propos de ce questionnaire est que sa structure n'a pas été testée.

Le second outil développé par Lillis et ses collaborateurs (2010) a été validé, selon les critères de validations requis (validité de construit, homogénéité, validité convergente et divergente). Cette échelle a pour objectif de mesurer le niveau d'auto-stigmatisation des personnes obèses. Elle se compose de 12 items formulés négativement, et divisés en deux sous-dimensions, l'autodépréciation et la peur de promulguer la stigmatisation. La principale critique de cette échelle est que la tournure des items peut être parfois perçue, à notre avis, comme culpabilisante. En effet, l'emploi d'une tournure négative des items, ainsi qu'un contenu renforçant la culpabilisation (i.e., le sentiment de culpabilité) et la responsabilité (i.e., responsabilité de leur état d'obésité) des individus obèses à être obèses, ne nous paraissait pas pertinent (e.g., « *je suis responsable de mes problèmes de poids* » ; « *je suis responsable de mes problème de poids parce que je suis une personne faible* »). En d'autres termes, nous avons estimé que mesurer la culpabilité des personnes obèses par des items exclusivement négatifs est une façon de renvoyer les individus obèses à une image encore plus négative d'eux-mêmes. De plus, il semble important de prendre en considération les émotions associées aux situations stigmatisantes, vécues par les personnes obèses. En effet, la littérature sur les liens entre obésité et émotion a montré que les personnes obèses vivaient plus d'émotions et d'états émotionnels négatifs que les personnes non obèses. Ainsi, un grand

nombre d'émotions et d'états émotionnels tels que la colère (Appelhans, Whited, Schneider, Oleski, & Pagoto, 2011 ; Fassino, Leombruni, Pierò, Abbate-Daga, & Giacomo Rovera, 2003 ; Nichols, Rice, & Howell, 2011 ; Singh, 2011), l'anxiété (Bodenlos, Lemon, Schneider, August, & Pagoto, 2011 ; Ostrovsky *et al.*, 2013 ; Strine *et al.*, 2008 ; van Reedt Dortland *et al.*, 2013), la dépression et la solitude (Appelhans *et al.*, 2011 ; Arterburn *et al.*, 2012 ; Calamaro & Waite, 2009 ; de Wit *et al.*, 2010 ; Faith, Matz, & Jorge, 2002), était vécu et raconté par les personnes obèses. Il semblerait que ces émotions négatives ne soient pas sans conséquences. Il a été montré que les personnes obèses, vivant ces émotions négatives, étaient plus sujettes à une surconsommation alimentaire, du fait-même de ces émotions négatives (Barthomeuf, Droit-Volet, & Rousset, 2009 ; Canetti, Bachar, & Berry, 2002 ; Graff, 1965 ; Ozier *et al.*, 2008). C'est pourquoi, dans l'étude suivante, nous nous sommes proposé de valider un questionnaire d'auto-stigmatisation, associé aux émotions fondamentales que les personnes obèses déclareraient ressentir lors de ces situations. Nous avons procédé à la validation de ce questionnaire, en suivant le modèle de validation proposé par Schembre *et al.* (2009).

Notre démarche a été la suivante. Une revue de littérature a mis au jour le fait que le stéréotype de l'obésité comprenait deux versants. En effet, Galper et Weiss (1975) ont montré que la particularité du stéréotype de l'obésité était, d'une part, son versant négatif et d'autre part, son versant positif, et que cette dualité faisait partie intégrante du sentiment de stigmatisation.

Le versant négatif du stéréotype de l'obésité prend appui sur des comportements attribués aux personnes obèses concernant le contrôle de leur alimentation, ou de leur activité physique, par exemple. Ainsi une personne obèse « *mangerait trop* », « *serait trop fainéante* », « *serait bête* », « *ne pourrait pas occuper de poste à responsabilité car trop*

dépendante », etc. (Puhl, Andreyeva, & Brownell, 2008 ; Crandall, 1994 ; Teachman *et al.*, 2003).

Le versant positif du stéréotype implique que l'individu obèse serait « *un bon vivant* », « *gourmand* » (Galper & Weiss, 1975). Cette dualité de l'image que renvoient les personnes obèses semble liée aux causes de l'obésité. L'individu est-il obèse parce qu'il mange trop et qu'il ne saurait pas se contrôler, ou parce-ce qu'il aime trop la vie et ses plaisirs ?

Selon Puhl et ses collègues (2008), il existe une autre particularité du stéréotype de l'obésité. Le stéréotype est décliné variablement en fonction du genre de l'individu (Rothblum *et al.*, 1988). Un homme obèse n'est pas jugé de la même façon qu'une femme obèse et le genre influence aussi la valence du stéréotype. Un homme obèse serait considéré comme « *bon vivant* » et « *profitant des plaisirs de la vie* » ; sa corpulence s'accorde avec le fait d'avoir des responsabilités, d'être riche, etc. Inversement, une femme obèse serait perçue comme plus « *émotive* », comme « *se laissant aller à ses envies sans faire attention à elle* ». Cette notion d'auto-contrôle semble primordiale pour l'image de la femme et nous l'avons donc intégrée dans notre questionnaire.

La construction de ce questionnaire s'est faite en quatre étapes. La première a consisté en une analyse de contenu à partir de témoignages de personnes obèses, recueillies via internet. A partir de cette analyse, nous avons construit un premier questionnaire composé de 21 items, que nous avons soumis à une analyse inter-juge. De cette analyse, un second questionnaire, comprenant 14 items, a émergé. Il a fait l'objet d'analyses visant à tester les validités de construit et de critère. Ainsi, le questionnaire final comprenait 6 items. Nous avons détaillé ces quatre étapes ci-après.

Plusieurs étapes ont donc permis de valider notre questionnaire d'auto-stigmatisation.

Dans un premier temps, nous avons réalisé une analyse thématique de témoignages d'individus obèses. Cette analyse thématique nous a permis de relever les domaines dans lesquels les personnes obèses se sentaient rejetées par les autres. Dans un second temps, ces domaines illustrant le sentiment de stigmatisation nous ont permis de construire une première version de notre questionnaire. Dans cette seconde partie, nous nous sommes intéressés aux émotions décrites, associées aux situations sitgmatisantes. Ainsi, l'intérêt de cette première étape était double et répondait aux questions suivantes : quels sont les domaines dans lesquels les personnes obèses se sentent victimes de stigmatisation ? Quelles sont les émotions associées à ces situations stigmatisantes ? De ce double intérêt, nous avons pu déterminer un certain nombre de situations stigmatisantes et réaliser un questionnaire du sentiment de stigmatisation lié à l'obésité.

Dans un deuxième temps, nous avons soumis notre première version du questionnaire à un comité de juges. Nous lui avons demandé de déterminer quel groupe stigmatisé était susceptible de vivre les situations décrites (i.e., homme/femme, homme/femme obèse, homme/femme de couleur, homme/femme homosexuel(le)) ; puis les juges ont dû évaluer la validité des items construits. Ainsi, un premier tri au sein de nos items a été réalisé, à l'aide d'une analyse inter-juge. De cette analyse, une seconde version du questionnaire du sentiment de stigmatisation a été construite.

Dans un troisième temps, nous avons réalisé un test-retest, afin d'évaluer la validité de construit de notre questionnaire, ainsi que sa stabilité temporelle. Pour cela, une analyse en composantes principales a permis d'identifier la structure interne du questionnaire du sentiment de stigmatisation et une analyse à mesures répétées a permis de montrer la stabilité de nos items. L'homogénéité interne du questionnaire et des sous-dimensions ont été évaluées par le calcul d'un alpha de Cronbach (Cronbach, 1951). Une troisième version du questionnaire a émergé de ces analyses.

Enfin, la validité convergente et divergente, de la troisième version de notre questionnaire, a été évaluée par l'intermédiaire d'une analyse de corrélations inter-échelles, réalisée en deux temps. Dans un premier temps, le questionnaire du sentiment de stigmatisation a été associé à une échelle d'estime de soi sociale (Michaud, Bégin, & McDuff, 2006), de satisfaction de vie (Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985) et de monitorage de soi (Snyder & Gangestad, 1986). Le croisement avec ces échelles relève d'un intérêt théorique dans l'étude de la stigmatisation de l'obésité. En effet, il a été observé que les personnes obèses rencontraient des difficultés à développer une estime de soi sociale positive. Ce constat s'inscrit dans les études menées sur l'identité sociale négative des personnes obèses (Crocker *et al.*, 1993 ; Crocker & Major, 1989 ; Quinn & Crocker, 1999). Ainsi, du fait d'une identité sociale négative, les personnes obèses rencontreraient des difficultés à se construire et à maintenir une estime de soi sociale positive. Aussi, on peut supposer que les personnes obèses ne seraient pas totalement satisfaites de leur vie. De plus, les personnes obèses seraient sujettes à contrôler excessivement l'image sociale qu'elles projettent et ce, afin d'être positivement évaluées par autrui. Aussi, elles tenteraient d'être d'autant plus conformes aux normes sociales que les personnes non obèses. Cette hypothèse repose toujours sur la théorie de l'identité sociale, qui veut que lorsque l'on se sait appartenir à un groupe stigmatisé, l'une des stratégies de défense, dans un contexte social, est de se préserver en renvoyant une image d'autant plus conforme aux autres. Ainsi, les personnes obèses adopteraient un comportement hyper normatif. Dans un second temps, notre questionnaires a été croisé à des mesures de peur du jugement négatif d'autrui (Watson & Friend, 1969, validée par Monfette *et al.*, 2006), de niveau d'insatisfaction corporelle (Cooper *et al.*, 1987, validée par Rousseau, Knotter, Barbe, Raich, & Chabrol, 2005), d'estime de soi (Rosenberg, 1965 validé en français par Vallières & Vallérand, 1990) et du sentiment d'efficacité personnelle spécifique à l'obésité (Descamps, Hautekeete, Bougenière, Benaisa, & Romon, 2010). L'intérêt de ces mesures réside dans le

fait que les personnes obèses auraient une faible estime de soi et un faible niveau d'efficacité personnelle (Warziski, Sereika, Styn, Music, & Burke, 2008). De plus, elles seraient sujettes à une forte insatisfaction corporelle ainsi qu'à une forte peur du jugement négatif d'autrui (Docteur *et al.*, 2010 ; Monfette *et al.*, 2006).

Etude 2.1 - Recueil et analyse de témoignages d'individus obèses

2.1.1 Objectif et hypothèses de la première étape de validation : Analyse de contenu de témoignages

Il a été observé dans le premier chapitre expérimental de ce travail de thèse (étude 1), que les représentations sociales de l'obésité et de la personne obèse mobilisaient un registre descriptif relatif au physique, à l'esthétique, à la maladie et à l'alimentation. Par ailleurs, nous avons mis en évidence que la représentation sociale de la personne obèse était modulée par le niveau de familiarité des participantes avec une personne obèse. Cette familiarité se basait sur le fait soit de ne pas connaître de personne obèse, soit de connaître une personne obèse. Au-delà de la variabilité du contenu représentationnel, lié à la nature du lien établi avec la cible (ami ou membre de la famille), nous avons pu mettre en exergue que toutes les participantes avaient une représentation sociale stéréotypée de la personne obèse. Ainsi, la littérature nous montre que les personnes obèses se sentent rejetées par leur corpulence (Puhl & Brownell, 2001 ; Puhl, Moss-Racusin, *et al.*, 2008). Aussi, dans cette nouvelle série d'études, nous sommes nous intéressés à ce que pouvaient vivre et ressentir les personnes obèses dans leurs vies de tous les jours.

Beaucoup d'études ont pris le temps d'étudier le regard que portaient les individus obèses sur leurs environnements par le biais d'auto questionnaires (Brownell *et al.*, 2010 ; Puhl & Brownell, 2001, 2012 ; Puhl & Heuer, 2012). Néanmoins, peu d'études ce sont intéressées aux verbalisations de cette souffrance vécue par les personnes obèses. En effet, la majorité des études publiées à l'heure actuelle mettent l'accent sur le vécu de personnes obèses, vécu mesuré à l'aide de questionnaires validés. Il semble pourtant intéressant d'étudier le discours des personnes obèses, d'étudier le contenu de ce vécu et d'en discerner les différentes subtilités. Deux études, à notre connaissance, se sont fixées cet objectif, celle de Myers et Rosen (1999) et de Cossrow, Jeffery, et McGuire (2001). Ainsi, par le biais de la rédaction d'essai, Myers et Rosen (1999) ont identifié, dans un premier temps, un certain nombre de situations stigmatisantes rencontrées et racontées par les personnes obèses et dans un second temps, les différentes stratégies de coping mises en place par les personnes obèses face aux situations dites de menaces (i.e., les situations stigmatisantes). Ils ont ainsi mis en évidence onze types de situations de menaces rencontrées par les personnes obèses : « *commentaires des enfants* », « *les autres se faisant des idées négatives sur vous* », « *difficultés physiques* », « *être regardé(e) longuement* », « *commentaires inappropriés des médecins* », « *commentaires méchants de la part de la famille* », « *commentaires méchants de la part des autres* », « *être évité(e), exclu(e), ignoré(e)* », « *être embarrassé(e)s par votre taille* », « *discrimination au travail* », « *être physiquement attaqué(e)* ». Dans une autre étude, Cossrow et ses collaborateurs (2001) ont réalisé des entretiens de groupe et ont mis en évidence deux catégories de verbalisations : a) « *la stigmatisation du poids par la société* » et b) « *les expériences personnelles de stigmatisation par le poids* ». Au sein de la première catégorie, « *la stigmatisation du poids par la société* », les auteurs ont noté que les personnes obèses avaient la sensation d'être moins bien traitées que les personnes non obèses, elles étaient jugées d'après le stéréotype de l'obésité. Ils ont observé également que les femmes

étaient plus discriminées que les hommes. Ce consensus apparaissait aussi bien chez les femmes que chez les hommes. Les participants expliquaient ce phénomène du fait que les femmes ne répondaient pas à une norme sociale de minceur. Au sein de la seconde catégorie, « *expérience personnelle de stigmatisation par le poids* », les auteurs ont montré que les personnes obèses décrivaient un grand nombre de situations stigmatisantes, pouvant être répertoriées dans les catégories suivantes : la famille (i.e., les participants rapportaient se sentir traités différemment par les membres de leurs familles. Ils justifiaient cela par l'usage de surnoms, de commentaires sur leurs poids et de harcèlement au sujet de leur poids.), l'environnement social (i.e., les participants rapportaient avoir souffert de mauvais traitement en public, sous forme de harcèlement verbal, de manque d'opportunité de lier des relations et de mauvais traitement de la part de leurs amis.), le monde du travail (i.e., la plupart des expériences rapportées sur le monde du travail concernaient les relations avec les collègues de travail, brimades, blagues sur le poids et la discrimination à l'embauche du fait du poids), prestation de services (i.e., les individus rapportaient se sentir différents dans leurs interactions avec des prestataires de service entre autre dans le domaine de la santé) et d'autres situations de mauvais traitement (i.e., les participants rapportaient subir moins de discrimination lorsqu'ils perdaient du poids. Ils rapportaient également se sentir mis de côté lorsqu'ils étaient en groupe, et se demandaient si les autres étaient vraiment leurs amis).

Ainsi, à partir de ces deux études, nous sommes nous demandés ce qu'il en était des témoignages des individus lorsqu'il n'y avait pas de biais expérimentateur ? Le biais expérimentateur se définit comme le fait que « *l'expérimentateur peut fournir aux sujets des indices qui leur indiquent comment il voudrait qu'ils se comportent* » (Anne Myers & Hansen, 2003, p.219).

Aussi nous partions de l'hypothèse selon laquelle nous allions observer des thématiques semblables à celles relevées dans la littérature, lors de l'analyse des témoignages.

Les participantes, dont les témoignages ont été recueillis, répondraient à l'ensemble des catégories observées lors des précédentes études. Nous nous attendions à observer l'apparition d'un sentiment de rejet de la part des autres en général, un sentiment de rejet de la part de la famille et des proches, un sentiment de discrimination au travail, un sentiment de rejet dans le domaine des prestations de service (i.e., la santé), un environnement physique inadapté et le fait de se rejeter soi-même.

La mise en évidence de ces catégories devrait nous permettre, dans une seconde partie de notre analyse de mettre au point un questionnaire mesurant le sentiment de stigmatisation.

2.1.2 Méthode

Nous avons recueilli et analysé des témoignages d'individus obèses. Pour cela, nous avons analysé des témoignages et commentaires, écrits par des individus obèses, sur des forums spécialisés. Rappelons que l'analyse de ces témoignages avait pour objectif de nous permettre de construire un questionnaire d'auto-stigmatisation.

2.1.2.1 Participants

Quatorze témoignages d'internautes ont été analysés (cf., Tableau 2). Les témoignages de ces individus étaient issus des forums de 3 sites internet : Ronde et Jolie : www.rondeetjolie.com ; Vive les Rondes : www.vivelesrondes.com ; Allegro Fortissimo : www.allegrofortissimo.com (Annexe 2.1, page 347). L'intérêt de ces trois sites internet réside dans le fait qu'ils sont connus des personnes obèses pour différentes raisons. Le site « *Ronde et Jolie* » est un site de rencontre pour les hommes et les femmes ronds. Il est connu par la population obèse pour l'organisation de soirées entre personnes rondes. Le site internet « *Vive Les Rondes* » est connu de la population obèse pour être un forum où il y a échange

d'expériences sociales difficiles. Il constitue également un espace d'échange d'informations sur la mode pour les ronds et sur le bien-être des personnes obèses. Le site de l'association « *Allegro Fortissimo* » est connu pour ses actions dans le domaine de la lutte contre la discrimination des personnes obèses. Cette association milite depuis plus de 20 ans pour une meilleur accès aux infrastructures aux personnes obèses (e.g., agencement des sièges dans le métro parisien, etc.). Elle a un rôle important puisqu'elle joue le rôle de partie civile dans la majorité des procès de discrimination de l'obésité.

Tableau 2

Description de la population

	N	Age			IMC		
		M (*SD*)	Min	Max	**M** (SD)	Min	Max
Femme	14	**28.54** (*7.08*)	19	45	**36.54** (*7.89*)	24.8	44.1

Légende :
« Min » signifie minimum. « Max » signifie maximum. « **M** » signifie moyenne. « *SD*» signifie écart-type.

2.1.2.2 Matériel

Quatorze témoignages ont été sélectionnés de manière intégrale (Annexe 2.1, page 347).

2.1.2.3 Procédure

L'ensemble des témoignages choisis était destinés à obtenir un soutien ou une réponse de la part des lecteurs des forums. Nous avons choisi de prendre exclusivement des « *appels à réponse* », c'est-à-dire des témoignages de vie visant à être dans un premier temps partagés avec les lecteurs mais aussi réclamant des réponses, et des messages de soutiens.

2.1.3 Analyse de données

Après avoir recueilli les témoignages (c.f., Annexe 2.1, page 347), nous avons suivi trois étapes nécessaires à l'analyse de contenu (Bardin, 2013).

1. Dans un premier temps, nous avons relevé l'ensemble des thèmes présents dans les témoignages recueillis. Nous avons commencé par réaliser une analyse thématique.
2. Dans un deuxième temps, nous avons caractérisé les thèmes ressortis lors de l'analyse thématique. Nous avons organisé les thèmes selon des catégories et des sous-catégories.
3. Enfin, nous avons réalisé une analyse séquentielle. Nous avons sélectionné pour chaque témoignage les extraits illustrant chaque thème et sous-thème.

Suite à l'analyse de contenu, nous avons construit des items représentant l'ensemble de nos thèmes et sous-thèmes mis en évidence.

Les résultats présentent dans un premier temps l'ensemble des dimensions et sous-dimensions relevées lors des trois étapes de notre analyse. Dans un second temps, nous présenterons des items relatifs à l'ensemble des dimensions et sous-dimensions représentées et décrites.

2.1.4 Résultats

2.1.4. Les dimensions et sous-dimensions issues de notre analyse thématique

Cette première analyse, nous a permis de déterminer 6 dimensions représentées dans les témoignages recueillis (cf., Annexe 2.2, page 353). Les dimensions mises au jour étaient : la notion de contrôle, les émotions, l'insatisfaction corporelle, le regard des autres, l'acceptation de soi et l'accessibilité aux lieux publics.

Une seconde analyse, nous a permis d'extraire des sous-dimensions de chacune des dimensions citées précédemment. Ainsi, dans la dimension « *notion de contrôle* » apparaîssent deux sous-dimensions qui sont ***« la contrôlabilité du corps*** » et la « ***contrôlabilité de l'alimentation*** ». Il semblerait que les personnes obèses rencontrent des difficultés à se sentir « *maître* » (c.f., « *donc je ne suis pas maitre de mon corps* », Annexe 3.2, *extrait 1*) de leur corps. Cette absence de contrôle de leur corps, s'exprime, notamment, par un sentiment d'incontrôlabilité de leur alimentation (e.g., « [….] *En plus je pense que je suis une mangeuse compulsive, quand je vais pas bien ou que je m'ennuie ben je mange une connerie. et après je culpabilise*. […] », Annexe 3.2, *extrait 8*).

Emotion

On observe au sein de la dimension « *émotions verbalisées* » cinq sous-dimensions qui sont la « ***honte*** », la « ***dépression*** », le « ***bien-être*** », la « ***souffrance*** » et la « ***colère*** ». Il semblerait que les personnes obèses ressentent un grand nombre d'émotions négatives. Ces émotions sont verbalisées de la manière suivante :

- honte : « […] *j'ai trop honte de moi à tel point que je ne sors plus* […] » (Annexe 3.2, extrait 1)
- dépression : « *ne pas tomber dans la déprime la solitude* » (Annexe 3.2, extrait 4)
- souffrance : « *ça va pas du tout j'ai tout le temps envie de pleurer* » (Annexe 3.2, extrait 8)
- colère : « *Je me sens vraiment en colère et dégoutée* » (Annexe 3.2, extrait 12)

On observe, également au sein de la dimension « *émotions* », l'apparition d'une sous-dimension « ***bien-être*** », qui représente l'expression d'une émotion positive. Notons que l'expression de ce « *je me sens bien* » est relative à une tenue que la personne est censée porter pour un mariage. Ce sentiment de bien-être vient directement s'opposer au sentiment d'appréhension (e.g., « *tout le monde en robe de soirée et moi en tailleur puisque c'est la tenue dans laquelle je me sens bien* » (Annexe 3.2, extrait 6), qu'elle ressent du fait d'être habillée différemment. La tenue choisie lui procure un certain bien-être, puisqu'elle se sent à l'aise dans ce tailleur, mais elle considère que celui-ci n'est pas adapté au contexte. Ainsi, nous conserverons cette sous-dimension de « *bien-être* », mais nous garderons l'idée selon laquelle ce sentiment de bien-être peut être mal vécu, car non conforme au contexte.

Insatisfaction corporelle

Au sein de la dimension « *insatisfaction corporelle* », on relève deux sous-dimensions que sont « ***l'insatisfaction du corps (se regarder dans un miroir)*** » et « ***les problèmes liés à l'habillement*** ». Les personnes obèses témoignent d'une forte insatisfaction corporelle, de telle intensité qu'elles n'osent plus se regarder dans un miroir (e.g., « *j'ai souvent du mal à me regarder dans un miroir* », Annexe 3.2, extrait 6). Le reflet dans le miroir est insoutenable pour certaines d'entre elles, ce qui les conduit à fuir leur reflet (e.g., « *rien que le reflet dans un miroir je le supporte plus* », Annexe 3.2, extrait 8). Cette fuite s'explique par le fait qu'elles ne s'apprécient pas, qu'elles se trouvent « *moches* » (e.g., « *Je me trouve moche* », Annexe 3.2, extrait 8). Ainsi, l'insatisfaction corporelle des personnes obèses traduirait d'une part, par la fuite des miroirs et d'autre part, par un sentiment de mal-être dans leurs vêtements. En effet, une seconde sous-dimension est « *les problèmes liés à l'habillement* ». On observe que les personnes obèses rencontrent des difficultés à se sentir à l'aise dans leurs vêtements

(e.g., « *je ne suis à l'aise dans rien.* », Annexe 3.2, extrait 6) et ce malaise se traduit par un manque de volonté de s'habiller (e.g., « *j'ai même pas envie de faire d'efforts pour m'habiller* », Annexe 3.2, extrait 8). Cette insatisfaction est internalisée. En effet, elle est décrite comme étant dans leur tête (e.g., « *L'insatisfaction était dans ma tête.* », Annexe 3.2, extrait 2). Il semble que ce soit le regard des autres qui leur renvoie une image disgracieuse d'elles-mêmes (e.g., « *sans les gens qui critique je serais très bien dans ma peau car j'aime mes rondeurs malgré tout* », Annexe 3.2, extrait 7).

Regard des autres

Au sein de la dimension « *regard des autres* », apparaît huit sous-dimensions que sont « ***le regard des autres met mal à l'aise*** », « ***les autres raillent la personne obèse*** », « ***évitement d'interactions sociales*** », « ***commentaires des proches*** », « ***sentiment de mettre mal à l'aise ses proches*** », « ***difficulté d'avoir une vie amoureuse*** », « ***difficultés professionnelles*** » et « ***sentiment d'être incompris*** ». On observe que les personnes obèses vivent leurs corps à travers le regard des autres (e.g., « *je suis mal dans ma peau , je suis ronde et je n'arrive pas a vivre avec les regards des autres* », Annexe 3.2, extrait 3). L'impact de ce regard est déterminant, puisque si une personne obèse accepte ses rondeurs, les autres lui font sentir qu'elle a tort de se sentir bien dans sa peau (e.g., « *sans les gens qui critique je serais très bien dans ma peau car j'aime mes rondeurs malgré tout* », Annexe 3.2, extrait 7). C'est pourquoi nous avons pris en compte la sous-dimension « *le regard des autres met mal à l'aise* ». Une seconde sous-dimension vient s'ajouter à la première : « *les autres raillent la personne obèse* ». Le regard des autres les empêche de s'accepter, car elles se sentent raillées tous les jours et ce, du fait de leur corpulence (e.g., « *Il y aura toujours les insultes les moqueries je le vis tous les jours* », Annexe 3.2, extrait 4 ; « *je supportais plus le regard des autres les insultes les moqueries* », Annexe 3.2, extrait 4). Ces moqueries quotidiennes

conduisent un grand nombre de personnes obèses à éviter tout contact social afin de les fuir, c'est pourquoi nous avons pris en compte la sous-dimension « *évitement d'interactions sociales* » (e.g., « *Je ne sors plus, (boîte de nuit, soirée...) comme on fait à mon âge car j'ai tout le temps l'impression d'être regardée... Même pour moi allez chercher du pain en bas de chez moi me dérange.* », Annexe 3.2, extrait 7). Notons que ces moqueries, dont sont victimes les personnes obèses, ne sont pas exclusivement proférées par des inconnus, mais aussi par leurs proches. Ainsi, la sous-dimension « *commentaires des proches* » témoigne de cette observation. Il semblerait que les personnes obèses se sentent rejetées par leurs entourages proches (e.g., « *des amis qui me rejettent car je suis ronde* », annexe 3.2, extrait 11 ; « *je l'ai même entendu dire aujourd'hui que j'étais une honte sur patte qu'il refusait d'aller où que ce soit en vacances avec un boulet pareil... apparemment son erreur a été de me fabriquer, voilà le problème...* » [*Jeune personne parlant de son père*], Annexe 3.2, extrait 13). De ce fait, les personnes obèses ont bien souvent l'impression de mettre leurs proches mal à l'aise, en témoigne la sous-dimension « *sentiment de mettre mal à l'aise ses proches* » (c.f., annexe 3.2, extrait 13). On observe également dans la sous-dimension « *difficulté à avoir une vie amoureuse* », que les personne obèses rencontrent des difficultés à lier des relations intimes (e.g., « *En grandissant idem pas de petit copains ou très peu à comparer avec des copines qui ne savaient plus au donner de la tête.* », Annexe 3.2, extrait 10). Ces difficultés s'observent également dans le monde du travail. Au sein de la sous-dimension « *difficultés professionnelles* », on observe que les personnes obèses ont la sensation que le milieu professionnel n'est pas fait pour elles. Pour elles, elles sont rejetées du monde du travail (e.g., « *Chercher un emploi, ça parait simple mais dès que l'on met notre photo, notre CV est balancé car en haut à gauche, ça ne plait pas.* », Annexe 3.2, extrait 11 ; « *j'étudie le marketing et on m'a fait comprendre que vue mon physique je risquais de ne pas trouver de travail dans ce secteur.* » Annexe 3.2, extrait 12). En d'autres termes, les personnes obèses se

sentent incomprises par les autres. Ainsi, la dernière sous-dimension « *sentiment d'être incompris* » vient témoigner de cela. Le rejet des autres sous toutes ses formes (précédemment illustré) conduit les personnes obèses à penser que finalement les autres ne les comprennent pas, ce qui les fait se sentir d'autant plus isolées (e.g., « *je me sens tellement seule et j'ai l'impression que personne ne me comprend* », Annexe 3.2, extrait 3).

Acceptation de soi

Au sein de la dimension « *acceptation de Soi* », on observe une dichotomie. En effet, le dilemme de ces personnes obèses réside dans « *je m'accepte* » versus « *je ne m'accepte pas* ». Ainsi, les personnes obèses se demandent si elle doivent s'accepter, c'est-à-dire accepter leur corps et ce qu'il représente, ou bien si au contraire, elles doivent lutter contre ce corps (e.g., « *j'aimerai vous dire que je m'apprécie* », annexe 3.2, extrait 1 ; « *je me suis décidée à m'accepter tel que je suis.* », Annexe 3.2, extrait 4, « *je suis mal dans ma peau* » Annexe 3.2, extrait 3 ; *« je commence à regarder mon corps et à essayer de l'aimer* » Annexe 3.2, extrait 2 ; « *je m'assume mieux. Je me sens mieux dans ma peau et je ne me sens plus obligée de faire des régimes* », Annexe 3.2, extrait 9).

Accessibilité

La dernière dimension est l'accessibilité. Pour cette dernière dimension, aucune sous-dimension n'a été retenue. Néanmoins cette dimension nous semble importante dans la mesure où elle témoigne des difficultés d'accès à certains lieux publics, par les personnes obèses. En effet, il semble que les personnes obèses rencontrent un grand nombre de difficultés du fait de leur corpulence avec leur environnement physique (i.e.,« *Aller au cinéma, ça c'est sympa mais il faudrait que les sièges soient plus grands pour que mes fesses logent dedans.* », Annexe 3.2, extrait 11).

A partir de cette analyse de contenu, un premier questionnaire a été construit.

2.1.4.2 Construction d'items à partir des dimensions et sous-dimensions extraites

Le questionnaire comprenait 21 items (cf., Tableau 3). Il relatait des situations stigmatisantes. Les émotions étant transversales et communes aux situations relevées, nous les avons intégrées à chacun des items.

Afin de valider le choix de nos items, le questionnaire d'auto-stigmatisation a été soumis à un comité d'expert (analyse inter-juge).

2.1.5 Conclusion

L'analyse thématique a permis de mettre au jour 6 thématiques en lien avec le vécu des personnes obèses. Nous supposions que les thématiques observées lors de notre analyse thématique seraient proches voire semblables aux différents domaines de stigmatisation mis en évidence dans la littérature. Aussi, nous avions noté que Myers et Rosen (1999) relevaient comme dimensions : « *commentaires des enfants* », « *les autres se faisant des idées négatives sur vous* », « *difficultés physiques* », « *être regardé(e) longuement* », « *commentaires inappropriés des médecins* », « *commentaires méchants de la part de la famille* », « *commentaires méchant de la part des autres* », « *être évité(e), exclu(e), ignoré(e)* », « *être embarrassé(e)s par votre taille* », « *discrimination au travail* », « *être physiquement attaqué(e)* ». Notons que lors de notre analyse thématique l'intégralité de ces dimensions n'a pas été observée. En effet, ce qui ressort de l'analyse est un grand nombre de situations où la personne obèse se sent rejetée par les autres. Ce sentiment de rejet va au-delà de la discrimination, puisqu'elle s'étend sur un grand nombre de contextes (i.e., familial, à

Tableau 3

Items construits pour chacune des sous-dimensions

Dimension	Sous-dimension	Items
Notion de contrôle	Contrôlabilité du corps	Mes problèmes de poids font de moi une personne faible. Je pratique un sport.
	Contrôlabilité de l'alimentation	Je mange un plat calorique. Je ne suis pas capable de contrôler mon alimentation.
Insatisfaction corporelle	Insatisfaction du corps (se regarder dans un miroir)	Mon corps m'empêche de m'apprécier à ma juste valeur. J'apprécie mon corps et mes formes.
	Problème lié à l'habillement et se sentir bien dans ses vêtements	J'ai des difficultés à trouver des vêtements à ma taille. M'habiller est compliqué, je ne me sens à l'aise dans aucun d'eux.
Regard des autres	Le regard des autres met mal à l'aise, renvoie une image négative.	Je suis jugé(e) d'après mon apparence physique. Le jugement que les autres portent à mon apparence physique, m'empêche de m'apprécier.
	Les autres raillent la personne obèse	Je suis critiqué(e) pour mon apparence physique.
	Evitement d'interactions sociales.	Je préfère rester seul(e) plutôt que de devoir m'exposer aux autres.
	Commentaires des proches	Mes parents ou mes proches me font des commentaires négatifs concernant mon poids
	Sentiment de mettre mal à l'aise ses proches	Mes proches sont à l'aise avec moi dans les lieux publics.
	Difficulté d'avoir une vie amoureuse	J'ai des difficultés à me faire de nouvelles relations amicales et amoureuses.
	Difficultés professionnelles	Je ne trouve pas d'emploi qui me satisfait pleinement.
	Sentiment d'être incompris	Mes proches m'acceptent tel(le) que je suis.
« Acceptation de soi »		Je suis quelqu'un de dynamique. Je ne m'accepte pas avec ce corps.
Accessibilité		Mon physique m'empêche de m'installer dans des fauteuils. Je fais attention aux endroits où je vais, par peur ne pas pouvoir être confortablement installé(e).

l'embauche, médical, distractions). Notons également, que des dimensions telles que « *commentaires des enfants* », « *être physiquement attaqué(e)* » présentes dans l'article de Myers et Rosen (1999) n'ont pas été observées dans notre échantillon.

En ce qui concerne le second article de Cossrow, Jeffery, et McGuire (2001), les auteurs avaient relevé comme thème : « *la stigmatisation du poids par la société* » (i.e., les personnes obèses sont moins bien traitées que les personnes non obèses, jugées d'après le stéréotype de l'obésité) et « *expérience personnelle de stigmatisation par le poids* » (i.e., stigmatisation venant de : la famille, l'environnement social, le monde du travail, prestation de service et d'autres situations de mauvais traitement. Notons que ce que nous avons relevé lors de l'analyse de témoignages vient confirmer les dimensions relevées par Cossrow et ses collaborateurs (2001).

A partir de cette analyse, nous avons pu construire 21 items, que nous avons soumis à une analyse inter-juge. Cette analyse inter juge nous a permis de confirmer que les items construits correspondaient effectivement à un sentiment de stigmatisation des personnes obèses.

Etude 2.2 - Analyse inter-juges du questionnaire

Afin de valider la première version de notre questionnaire, nous l'avons soumis à un comité de juges.

2.2.1 Méthode

2.2.1.1 Participants

Quinze juges, étudiants en psychologie (i.e., étudiant de 3ème année de Licence et de Master 1), ont été sollicités pour juger le questionnaire préalablement construit (cf., Tableau 4). Tous ont répondu individuellement et de manière anonyme.

Tableau 4

Description de la population

	N	Age **M** (*SD*)	Min	Max	IMC **M** (*SD*)	Min	Max
Femme	11	**26.18** (*5.98*)	21	43	**26.72** (*11.91*)	16.8	60
Homme	4	**25.5** (*4.04*)	22	31	**22.57** (*2.24*)	19.8	25.1

Légende :
« Min » signifie minimum. « Max » signifie maximum. « **M** » signifie moyenne. « *SD* » signifie écart-type.

2.2.1.2 Matériel

Ont été évalués les items du questionnaire préalablement construit lors de l'analyse thématique des témoignages d'individus obèses (cf., Annexe 2.3, page 356 et Annexes 3.1, page 359 ; 3.2, page 361 ; et 3.3, page 363).

2.2.1.3 Procédure

L'évaluation inter juge des items avait lieu en deux temps. Dans un premier temps, nous avons voulu vérifier que les items présentés faisaient bien référence à la stigmatisation de l'obésité. Pour ce faire, nous avons proposé aux participants de catégoriser les items selon une définition de la stigmatisation : « *par stigmatisation, nous signifions le rejet et la disgrâce qui sont associés à ce qui est vu comme une déformation physique et une aberration*

comportementale » (Cahnman, 1968, p.293). Ainsi, les participants devaient déterminer si l'item construit correspondait à la stigmatisation : d'un homme/femme, d'un homme /femme obèse, d'un homme/femme de couleur, d'un homme/femme homosexuel(le). L'intérêt de cette classification était de pouvoir distinguer plusieurs stigmates souvent étudiés en fonction de la visibilité de celui-ci et comparés à un individu non stigmatisé (i.e., un homme).

Dans un second temps, chaque juge était invité à évaluer les items présentés sur une échelle de type Likert (i.e., 1 : « *Pas du tout représentatif d'une stigmatisation liée au poids* » à 5 : « *Totalement représentatif d'une stigmatisation liée au poids* »). La consigne était la suivante : « *Evaluez dans quelle mesure, les items présentés sont représentatifs d'une stigmatisation liée au poids d'un individu* ». Leur tâche était donc d'évaluer pour chacun des items, s'il correspondait ou non une situation de stigmatisation de l'obésité.

2.2.2 Analyses des données

Dans un premier temps, afin de mesurer le coefficient inter juge, nous avons évalué le degré de validité attribué aux items par nos juges. Pour ce faire, nous avons calculé pour chaque item la moyenne et l'écart-type. Dans un second temps, nous avons calculé le coefficient Kappa de Cohen (Cohen, 1960) pour chacun des items. Les items conservés ont été ceux ayant une médiane supérieure ou égal à 3, c'est-à-dire étant évalués comme fortement représentatifs d'une situation stigmatisante.

2.2.3 Résultats

2.2.3.1 Analyse descriptive

Seuls les items ayant une médiane supérieure ou égale à 3 peuvent être conservés (Brauer, 2002). Les items dont la réponse moyenne est inférieure 3 ne sont pas représentatifs de la problématique du sentiment de rejet lié au poids. La méthodologie utilisée ici est issue de la méthode de catégorisation de variables continues en variables catégorielles. Nous constatons que 18 items sur 21 répondent à ce critère (i.e., ils sont suivis d'une * dans le Tableau 5).

2.2.3.2 Coefficient Kappa de Cohen

Pour les 21 items nous avons calculé le coefficient kappa de Cohen. Rappelons que l'accord inter-juges s'étalonne de désaccord à accord presque parfait (Landis & Koch, 1977). Les valeurs Kappa sont comprises entre 0 et 1. Des valeurs égales à 0 impliquent un désaccord inter-juge, inférieures à .20 indiquent un accord très faible, entre .21 et .40 un accord faible, entre .41 et .60 un accord modéré, entre .61 et .80 un accord fort et entre .81 et 1 un accord presque parfait (Cohen, 1960 ; Landis & Koch, 1977).

On relève qu'aucun des items, n'a obtenu un coefficient Kappa suffisant pour conclure à un accord inter juge (cf., Tableau 6).

2.2.4 Conclusions

Dans une première étape, nous avons analysé 14 témoignages de personnes obèses, postés sur trois sites internet (cf., Annexe 2, page 346). Après une première analyse de

Tableau 5

Moyennes et écart-types

Items	**M** *(SD)*
1. Mes problèmes de poids font de moi une personne faible.*	**3.67** (*1.40*)
2. Je pratique un sport.*	**3.80** (*1.26*)
3. Je mange un plat calorique.*	**4.00** (*0.76*)
4. Je ne suis pas capable de contrôler mon alimentation.*	**3.93** (*0.93*)
5. Mon corps m'empêche de m'apprécier à ma juste valeur.	**2.07** (*1.10*)
6. J'apprécie mon corps et mes formes.	**2.71** (*1.27*)
7. J'ai des difficultés à trouver des vêtements à ma taille.*	**3.93** (*1.33*)
8. M'habiller est compliqué, je ne me sens à l'aise dans mes vêtements.	**2.00** (*1.00*)
9. Je suis jugé(e) d'après mon apparence physique.*	**4.13** (*0.92*)
10. Le jugement que les autres portent à mon apparence physique, m'empêche de m'apprécier.	**2.93** (*1.22*)
11. Je suis critiqué(e) pour mon apparence physique.*	**3.87** (*1.13*)
12. Je préfère rester seul(e) plutôt que de devoir m'exposer aux autres.	**1.93** (*1.16*)
13. Mes parents ou mes proches me font des commentaires négatifs concernant mon poids.*	**3.47** (*1.30*)
14. Mes proches sont à l'aise avec moi dans les lieux publics.*	**3.33** (*1.35*)
15. J'ai des difficultés à me faire de nouvelles relations amicales et amoureuses.*	**3.60** (*1.40*)
16. Je ne trouve pas d'emploi qui me satisfait pleinement.*	**3.13** (*1.13*)
17. Mes proches m'acceptent tel(le) que je suis.*	**3.53** (*1.36*)
18. Je suis quelqu'un de dynamique.*	**3.27** (*1.49*)
19. Je ne m'accepte pas avec ce corps.	**2.93** (*1.53*)
20. Mon physique m'empêche de m'installer dans des fauteuils.*	**4.00** (*1.20*)
21. Je fais attention aux endroits où je vais, par peur ne pas pouvoir être confortablement installé(e).	**1.93** (*1.28*)

Légende :
* indique les items conservés après calcul des moyennes. « **M** » signifie moyenne. « *SD* » signifie écart-type.

Tableau 6

Coefficient Kappa de Cohen

Items	**Indice κ**
1. Mes problèmes de poids font de moi une personne faible.*	.07
2. Je pratique un sport.*	.08
3. Je mange un plat calorique.*	.09
4. Je ne suis pas capable de contrôler mon alimentation.*	.07
5. Mon corps m'empêche de m'apprécier à ma juste valeur.*	.05
6. J'apprécie mon corps et mes formes.*	.04
7. J'ai des difficultés à trouver des vêtements à ma taille.*	.11
8. M'habiller est compliqué, je ne me sens à l'aise dans mes vêtements.*	.08
9. Je suis jugé(e) d'après mon apparence physique.*	.02
10. Le jugement que les autres portent à mon apparence physique, m'empêche de m'apprécier.*	.03
11. Je suis critiqué(e) pour mon apparence physique.*	.04
12. Je préfère rester seul(e) plutôt que de devoir m'exposer aux autres.*	.04
13. Mes parents ou mes proches me font des commentaires négatifs concernant mon poids.*	.06
14. Mes proches sont à l'aise avec moi dans les lieux publics.*	.05
15. J'ai des difficultés à me faire de nouvelles relations amicales et amoureuses.*	.04
16. Je ne trouve pas d'emploi qui me satisfait pleinement.*	.02
17. Mes proches m'acceptent tel(le) que je suis.*	.05
18. Je suis quelqu'un de dynamique.*	.06
19. Je ne m'accepte pas avec ce corps.*	.07
20. Mon physique m'empêche de m'installer dans des fauteuils.	.02
21. Je fais attention aux endroits où je vais, par peur ne pas pouvoir être confortablement installé(e).*	.09

Légende :
* indique que le kappa est significatif à $p < .05$.

contenu nous avons pu mettre en évidence 6 grandes dimensions (cf., Annexe 2.2, page 353). Au sein de 4 de ces dimensions, nous avons pu déterminer des sous-dimensions qui ont permis la création de 21 items. Les 21 items construits étaient soit positifs, soit négatifs (cf., Annexe 2.3, page 357).

Afin de tester l'accord inter-juges des items et afin de s'assurer que les items construits correspondaient bien à une stigmatisation liée au poids, nous les avons soumis à un panel de juges. L'analyse des coefficients de kappa de Cohen ne nous ont pas permis de retenir d'items. En effet, aucun item n'a été évalué avec un fort accord inter-juges. Il a été observé dans la littérature que l'usage du kappa de Cohen était une étape dans le choix des items à conserver, mais qu'il était également possible, lorsque les résultats n'étaient pas satisfaisants, d'utiliser l'analyse descriptive. Celle-ci est utilisée afin de déterminer quels items sont davantage représentatifs de l'objet étudié (Losier, Vallérand, & Blais, 1993). Après analyse des moyennes, nous avons sélectionné les items à partir de leur représentativité sur des dimensions extraites lors de l'analyse thématique. Ainsi, 14 items ont été sélectionnés parmi les 21 de départ. Les items sont les suivants :

1. Mes problèmes de poids font de moi une personne faible.
2. Je ne trouve pas d'emploi qui me satisfait pleinement.
3. Je suis jugé(e) d'après mon apparence physique.
4. Je mange un plat calorique.
5. Mes proches sont à l'aise avec moi dans les lieux publics.
6. Mon physique m'empêche de m'installer dans des fauteuils.
7. Je pratique un sport.
8. J'ai des difficultés à me faire de nouvelles relations amicales et amoureuses.
9. Je ne suis pas capable de contrôler mon alimentation.
10. Je suis quelqu'un de dynamique.

11. Mes parents ou mes proches me font des commentaires négatifs concernant mon poids.

12. Je suis critiqué(e) pour mon apparence physique.

13. Mes proches m'acceptent tel(le) que je suis.

14. J'ai des difficultés à trouver des vêtements à ma taille.

Nous avons ensuite mesuré la validité de construit, l'homogénéité du questionnaire créé, ainsi que la validité convergente et divergente de celui-ci.

Etude 2.3 - Sensibilité, validité de contenu, fiabilité test-retest et homogénéité du questionnaire d'auto-stigmatisation

2.3.1 Objectif

Rappelons que la sensibilité d'une échelle correspond à sa capacité à mesurer un objet que l'on étudie. Il s'agira de déterminer la répartition des scores des items. Ainsi, une répartition normale des scores, implique une bonne sensibilité puisqu'elle respecte les critères de normalisation de la Loi Normale (Courbe de Gauss).

La validité de contenu permet de vérifier la bonne adéquation du test quant à ce qu'il est censé mesurer (Falissard, 2008). Il s'agira donc d'observer si la structure factorielle de notre questionnaire correspond aux dimensions mises au jour lors de l'analyse thématique, ou bien si elle respecte le mode de construction des items (positifs/négatifs).

La fiabilité test-retest se définit comme la stabilité des scores d'un même individu entre deux passations, d'un même outil de mesure. En ce sens, une bonne fiabilité implique

que les scores au questionnaire, d'un individu, ne varient pas significativement d'une passation à l'autre.

L'homogénéité (cohérence interne) d'un questionnaire implique que les items mesurent globalement la même dimension. Ainsi une cohérence interne, dont l'alpha de Cronbach est compris entre .60 et .90, implique que les items mesurent la même dimension. Néanmoins, un alpha au-delà de .90 implique que les items mesurent exactement la même chose.

2.3.2 Méthode

2.3.2.1 Participants

Quatre-vingt-huit participants, âgés de 18 à 59 ans, étudiants de première année Licence en psychologie à l'Université de Paris Ouest Nanterre la Défense, ont participé à la première phase (test). Les participants n'ayant pas complété le questionnaire au quatre cinquième n'ont pas été comptabilisés dans l'étude, ainsi que ceux n'ayant pas spécifié leur IMC.

Parmi les 88 participants, 51 d'entre eux ont participé à la phase de re-test. Les caractéristiques des participants sont présentées dans le tableau 7.

Tableau 7

Description de la population

	N	Age			IMC		
		M (SD)	Min	Max	**M** (SD)	Min	Max
Test	88	**23.03** (*6.64*)	18	59	21.96 (*3.51*)	16.6	34.21
Re test	52	**22.14** (*4.03*)	18	45	21.3 (*2.77*)	17.16	30.35

Légende :
« Min » signifie minimum. « Max » signifie maximum. « **M** » signifie moyenne. « *SD* » signifie écart-type.

2.3.2.2 Matériel

Construction du matériel

Le questionnaire final comprenait 14 items auxquels nous avons ajouté 6 items dits de remplissage. Ces items avaient pour but de masquer l'objectif du questionnaire ainsi que la valence des items. Parmi ces 14 items, 10 sont négatifs (exemple : *« Mes problèmes de poids font de moi une personne faible. »*) et 4 sont positifs (par exemple : *« Mes proches sont à l'aise avec moi dans les lieux publics. »)* (Le questionnaire complet se trouve en l'annexe 2.3, page 357). Pour chacun des 14 items sont associées 3 émotions : **la tristesse** (exemples : *« Si mes proches sont à l'aise avec moi dans les lieux publics, cela me rend heureux(se). »* ; *« Si mes problèmes de poids font de moi une personne faible, cela me rend triste. »*) ; **la honte** (exemples : *« Si mes proches sont à l'aise avec moi dans les lieux publics, cela me rend fier(e). »* ; *« Si mes problèmes de poids font de moi une personne faible, cela me fait honte. »*) et la **colère** (exemple : *« Si mes proches sont à l'aise avec moi dans les lieux publics, cela me calme. »* ; *« Si mes problèmes de poids font de moi une personne faible, cela me met en colère. »*). Ces émotions ont été identifiées lors de l'analyse de contenu.

2.3.2.3 Procédure

Les participants ont rempli le questionnaire deux fois (test-retest) à trois semaines d'intervalle. La consigne du questionnaire était la suivante :

« Une série d'affirmations va vous être présentée. Votre tâche est de dire si ces affirmations représentent ce que vous vivez ou pas. S'il vous semble avoir « déjà vécu » une telle situation ou bien si vous estimez que cette situation pouvait vous arriver un jour, alors

entourez la réponse « MOI ». Dans le cas contraire si vous pensez que cette situation ne vous arrivera pas un jour, entourez la réponse « PAS MOI ».

Quand vous entourez la réponse « MOI » vous devrez préciser ensuite les sentiments que vous avez ressentis.

Quand vous entourez la réponse « PAS MOI », vous préciserez les sentiments que vous pourriez ressentir si une telle situation devait vous arriver.

Vous indiquerez ensuite sur une échelle de 1 à 7, l'émotion éprouvée.

La valeur 1 indique que l'émotion décrite n'est pas ressentie et la valeur 7 indique qu'elle est ressentie.

*Répondez à ce questionnaire **le plus honnêtement possible**, merci de votre participation. »*

Par exemple pour l'item **1. Mes proches m'acceptent tel(le) que je suis** :

Le participant devait dans un premier temps indiquer s'il avait vécu cette situation, en choisissant parmi les modalités de réponses « MOI » ou « PAS MOI ». Dans un second temps, il devait indiquer sur une échelle en 7 points si la situation décrite engendrait des sentiments du type heureux/triste ; calme/colère ; fier/honte

2.3.3 Analyse de données.

Elle visait à valider le questionnaire construit. Nous avons suivi la procédure de validation classique en 4 phases décrite par Shembre et Melanson (2009).

Elle a consisté à :

1- Vérifier la sensibilité de notre questionnaire. Rappelons que la sensibilité implique qu'une échelle soit en mesure d'identifier des variations entre des individus en fonction

de leurs caractéristiques qui leur sont propres. Dans le cadre de notre questionnaire, nous montrerons que plus l'IMC d'un individu augmente, plus il a un score élevé à notre échelle. Par une analyse des moyennes, écart-type, de l'aplanissement et de l'asymétrie, nous avons pu vérifier la répartition des items sur la courbe de la loi normale des items (Dany, Roussel, Carayon, Blois, & Apostolidis, 2009).

2- Vérifier la validité de construit du questionnaire. La validité de construit est la pertinence et la représentativité des éléments qui composent une échelle de mesure par rapport au concept mesuré (Dickes, Tournois, Flieller, & Kop, 1994) A ces fins, nous avons réalisé plusieurs analyses factorielles en composantes principales : (a) une première analyse dite non forcée et (b) une deuxième analyse factorielle en composante principales forcée à 2 niveaux sur le test (c) une troisième analyse factorielle en composante principales forcée à 2 niveaux sur le retest. Lors de ces analyses, le test de sphérécité de Bartlett (Bartlett, 1950) a été réalisé afin de vérifier qu'il existe bien un lien entre les items. Le test de Kaiser-Meyer-Olkin (Kaiser, 1974) a été opéré afin de s'assurer que les items étaient bien liés entre eux et donc que l'analyse factorielle en composantes principales était justifiée. Des corrélations inter-items ont été réalisées afin de confirmer les observations, faites lors des analyses factorielles.

3- L'alpha de Cronbach (Cronbach, 1951) a été calculé dans un premier temps sur l'ensemble des items pour les deux tests, afin de mesurer l'homogénéité du questionnaire, puis sur les facteurs révélés lors des analyses factorielles. Rappelons que l'homogénéité (ou cohérence interne) est le degré de cohérence entre les réponses fournies aux différents items[53].

[53] L'alpha de Cronbach doit être compris entre .70 et .95, pour que celui-ci soit déclaré bon. En dessous de .70, on considère que l'alpha de Cronbach est mauvais. Au-delà de .95, on considère que les items soumis à l'analyse sont trop redondant (Tavakol & Dennick, 2011).

4- Une comparaison entre le test et le re test a été évaluée à l'aide d'une analyse de la variance (ANOVA). Cette analyse nous a permis de tester la consistance dans le temps de notre questionnaire. Une absence de différence significative entre les passations nous indique une bonne stabilité temporelle.

2.3.4 Résultats

2.3.4.1 Phase 1 : sensibilité

*Analyse descriptive (*cf. *Annexe 4.1, page 365)*

L'analyse des effectifs révèle que la majorité des items construits a un aplatissement ou une symétrie compris entre -2 et 2, ce qui représente un très bon intervalle (Dany, *et al.*, 2009).

Trois items ont une asymétrie non comprise entre -2 et 2.

Les items, dont l'aplanissement n'est pas compris entre -2 et 2 :

- item 6, dimension tristesse : « *Lorsque mon physique m'empêche de m'installer dans des fauteuils, cela me rend triste.* », et dimension honte : *« Lorsque mon physique m'empêche de m'installer dans des fauteuils, cela me fait honte. »* ;
- Item 11 : « *Mes parents ou mes proches me font des commentaires négatifs concernant mon poids. » ;*
- Item 13, dimension tristesse : « *Mes proches m'acceptent tel(le) que je suis, cela me rend heureux(se).* ».

En conclusion, trois sous-dimensions d'items rencontrent un problème de sensibilité avec un aplatissement des moyennes non compris entre -2 et 2 (Dany *et al.*, 2009). La

sensibilité de l'ensemble des items va être soumise aux phases analyse de construit (phase 2 à 4).

2.3.4.2 Phases 2 et 3 : validité de construit et homogénéité

2.3.4.2.1 Première Analyse factorielle en composantes principales du test (T1) et Alpha de Cronbach

Afin d'analyser la structure factorielle du questionnaire d'auto-stigmatisation deux analyses factorielles en composantes principales ont été réalisées.

Rappelons que l'analyse factorielle en composantes principales nous permet de vérifier la validité de construit du questionnaire.

La première analyse factorielle en composantes principales, dite exploratoire a été non forcée afin de tester la structure du questionnaire sans a priori (cf. Tableau 8).

Dimension tristesse

L'indice de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) (Kaiser, 1974) et le test de Bartlett (Bartlett, 1950) indiquent que les données peuvent être soumises à l'analyse factorielle (KMO = .76 et test de Bartlett : $\chi^2 = 256.65$; $p < .01$). L'analyse factorielle en composantes principales révèle une solution à 3 facteurs pouvant expliquer 49.9% de la variance après rotation varimax.

Retenons que l'analyse factorielle en composantes principales a permis de retenir un total de 11 items. Ces 11 items ont été répartis sur trois facteurs pouvant expliquer 49.9% de la variance. Cette valeur est relativement faible. Cela provient vraisemblablement d'une partie des items extraits de l'analyse (items 6, 8 et 11) dont les valeurs ont une répartition pour l'ensemble de l'effectif qui ne respectent pas une distribution normale. En raison d'une faible

homogénéité interne des facteurs 2 et 4 (respectivement α = -.06 et α = -.12), nous n'avons pas conservé cette solution.

Dimension Colère

L'indice KMO et le test de Bartlett montrent que les données peuvent être soumises à l'analyse factorielle (KMO = .69 et test de Bartlett : χ^2 = 282.51 ; p < .01). L'analyse factorielle en composante principale révèle une solution à 4 facteurs pouvant expliquer 59.45% de la variance après rotation varimax.

Retenons que l'analyse factorielle en composantes principales a permis de révéler 4 facteurs comprenant 13 items. Ici encore, bien que l'indice KMO et le test de Barlett aient permis de retenir la solution à 4 facteurs, celle-ci ne nous semble pas viable. En effet, les alphas de Cronbach (Cronbach, 1951) des facteurs 3 et 4 (respectivement α = .60 et α = .46) sont insuffisants pour valider la solution à 4 facteurs de l'analyse factorielle en composantes principales.

Dimension honte

L'indice KMO et le test de Bartlett montrent que les données peuvent être soumises à l'analyse factorielle (KMO = 0.78 et test de Bartlett : χ^2 = 340.59 ; p < .01). L'analyse

Tableau 8

Synthèse des analyses factorielles avec rotation varimax pour chaque émotion (tristesse, colère, honte) avec identification des facteurs (CR : Contribution Relative (% de variances) et alpha de Cronbach) et poids factoriels pour chacun des items du questionnaire

Emotions (% variance totale)	Facteur 1		Facteur 2		Facteur 3		Facteur 4	
	Item (poids factoriels)	Contribution relative (% variance totale par facteur) (α)	Item (poids factoriels)	Contribution relative (% variance totale par facteur) (α)	Item (poids factoriels)	Contribution relative (% variance totale par facteur) (α)	Item (poids factoriels)	Contribution relative (% variance totale par facteur) (α)
Tristesse (49%)	3 (.53) 6 (.64) 9 (.59) 11 (.74) 12 (.75)	21.2% (.74)	5 (-.57) 8 (.74) 10 (.79) 13 (.61)	13.3% (-.06)	4 (.52) 7 (.79)	9.56% (-.12)		
Colère (59.45%)	4 (.53) 5(.81) 7(.62) 10(.77) 13 (.69)	24.4% (.73)	1 (.69) 6 (.75) 9 (.61)	16.8% (.67)	8 (.52) 11 (.7) 12 (.84)	9.8% (.60)	2 (.89) 3 (.64)	CR 7.9% (.46)
Honte (63.25%)	5 (.8) 7 (.79) 10 (.76) 13(.78)	30% (.80)	6 (.78) 11(.65) 12 (.73)	15.4% (.76)	1 (.65) 2 (.58) 3 (.69) 8 (.75)	9.38% (.71)	4 (.87) 9 (.58)	CR 8.82% (.32)

factorielle en composante principale révèle une solution à 4 facteurs pouvant expliquer 63.25% de la variance après rotation varimax.

Retenons que l'analyse factorielle en composantes principales a permis de révéler 4 facteurs composés de l'intégralité des items du questionnaire. Une fois encore, l'indice KMO et le test de Barlett permettent de retenir cette analyse. Néanmoins l'homogénéité du facteur 4, ($\alpha = .32$) ne nous permet pas de retenir cette solution.

Conclusion

Rappelons que les sujets devaient s'exprimer sur un ensemble de 14 situations renvoyant à une problématique de l'obésité et pour laquelle ils devaient préciser systématiquement s'ils éprouvaient trois émotions (tristesse, colère et honte). Nous avions pour objectif d'identifier pour chaque émotion ressentie, une structuration factorielle spécifique et commune aux différentes situations pour lesquelles ils s'étaient identifiés (i.e., me caractérise ou cela peut m'arriver un jour). Les premières analyses factorielles en composantes principales ne permettent pas de dégager une structure factorielle commune aux trois émotions analysées. En effet, l'objectif de cette première analyse était de mettre au jour les items où apparaissaient les trois émotions étudiées (i.e., tristesse, colère et honte). Ainsi, afin de valider l'analyse factorielle fallait-il que les trois émotions soient représentées lors de l'analyse. Tel ne fut pas le cas.

Pour la suite des analyses, nous avons jugé préférable de conduire l'analyse factorielle en imposant le tri des items sur deux facteurs. Deux arguments viennent conforter cette initiative. D'une part, les alphas de Cronbach observés pour chacun des facteurs ne satisfont pas les exigences requises à la validité de construit. En effet, deux alphas de Cronbach sont négatifs et deux autres sont inférieurs à .70 sur l'ensemble des 11 Alpha calculés. De plus,

aucune structure factorielle commune aux trois émotions n'a pu être mise en évidence par le biais de l'analyse factorielle en composantes principales non forcée. Dans la mesure où nos items ont une formulation positive *vs.* négative, l'analyse en deux facteurs pourrait être adaptée. Une analyse forcée en deux facteurs devrait nous permettre de tester cette structure bipolaire. Aussi, seuls les items représentés sur chacune des émotions (i.e., tristesse, colère et honte) ont été conservés pour cette seconde analyse.

En conclusion, l'analyse factorielle en composantes principales ne nous a pas permis de valider la validité de construit de notre questionnaire. Nous proposons donc de tester la validité de construit en procédant à une analyse en composantes principales forcée afin de nous assurer que le questionnaire répond aux exigences de la validité de construit. De plus, l'homogénéité de chacun des facteurs révélés, ne nous permet pas non plus de valider les solutions mises au jour par cette première analyse factorielle en composantes principales.

2.3.4.2.2 Seconde Analyse factorielle en composantes principales du test (T1) et Alpha de Cronbach

Une seconde analyse factorielle en composantes principales forcée a donc été réalisée (cf., Tableau 9).

Dimension tristesse

L'indice KMO et le test de Bartlett montrent que les données peuvent être soumises à l'analyse factorielle (KMO = .76 et test de Bartlett : χ^2 = 256.85 ; p < .01). L'analyse factorielle révèle une solution à deux facteurs expliquant 40.4% de la variance après rotation varimax.

La solution à deux facteurs a été validée par l'indice KMO et le test de Barlett. Le pourcentage de variance expliquée bien que peu élevé, est tout à fait acceptable pour une validation d'échelle en sciences sociales (Dany *et al.* 2009). Retenons également que 9 items sont fortement saturés sur cette première analyse factorielle et que l'homogénéité sur chacun des facteurs est satisfaisante ($\alpha_{\text{facteur 1}} = .74$ et $\alpha_{\text{facteur 2}} = .68$).

Tableau 9

Synthèse des analyses factorielles avec rotation varimax pour chaque émotion (tristesse, colère, honte) avec identification des facteurs (CR : Contribution Relative (% de variances) et alpha de Cronbach) et poids factoriels pour chacun des items du questionnaire

	Facteur 1			Facteur 2		
Emotions (% var. totale)	Item	Poids factoriels	CR % (α)	Item	Poids Factoriels	CR % (α)
Tristesse (40,4%)	3- Je suis jugé(e) d'après mon apparence physique.	.52	27.27 % (.74)	5- Mes proches sont à l'aise avec moi dans les lieux publics.	-.79	13.13 % (.68)
	6- Mon physique m'empêche de m'installer dans des fauteuils	.69		10- Je suis quelqu'un de dynamique.	-.69	
	9- Si je ne suis pas capable de contrôler mon alimentation	.58		13- Mes proches m'acceptent tel(le) que je suis.	-.60	
	11- Mes parents ou mes proches me font des commentaires négatifs concernant mon poids.	.71				
	12- Je suis critiqué(e) pour mon apparence physique.	.74				
	14- J'ai des difficultés à trouver des vêtements à ma taille.	.61				
Colère (41.76%)	1- Mes problèmes de poids font de moi une personne faible.	.66	24.81 % (.78)	4- Je mange un plat calorique.	.58	16.95 % (.74)
	2- Je ne trouve pas d'emploi qui me satisfait pleinement.	.52		5- Mes proches sont à l'aise avec moi dans les lieux publics.	.74	
	3- Je suis jugé(e) d'après mon apparence physique.	.61		7- Je pratique un sport.	.60	
	6- Mon physique m'empêche de m'installer dans des fauteuils.	.63		10- Je suis quelqu'un de dynamique.	.76	
	8- Si j'ai des difficultés à me faire de nouvelles relations amicales et amoureuses.	.69		13- Mes proches m'acceptent tel(le) que je suis.	.69	
	9- Si je ne suis pas capable de contrôler mon alimentation.	.62				
	12- Je suis critiqué(e) pour mon apparence physique.	.54				
	14- J'ai des difficultés à trouver des vêtements à ma taille.	.61				
Honte (45.1 %)	1- Mes problèmes de poids font de moi une personne faible.	.54	29.81 % (.78)	5- Mes proches sont à l'aise avec moi dans les lieux publics.	-.79	15.29 % (.81)
	3- Je suis jugé(e) d'après mon apparence physique.	.59		7- Je pratique un sport.	-.75	
	6- Mon physique m'empêche de m'installer dans des fauteuils.	.55		10- Je suis quelqu'un de dynamique.	-.81	
	8- Si j'ai des difficultés à me faire de nouvelles relations amicales et amoureuses.	.56		13- Mes proches m'acceptent tel(le) que je suis.	-.72	
	11- Mes parents ou mes proches me font des commentaires négatifs concernant mon poids.	.70				
	12- Je suis critiqué(e) pour mon apparence physique.	.80				
	14- J'ai des difficultés à trouver des vêtements à ma taille.	.75				

Dimension colère

L'indice KMO et le test de Bartlett montrent que les données peuvent être soumises à l'analyse factorielle (KMO = .69 et test de Bartlett : χ^2 = 282.51 ; p < .01). L'analyse factorielle en composantes principales laisse apparaître une solution à deux facteurs pouvant expliquer 42% de la variance après rotation varimax.

Retenons également que 13 items sur 14 sont retenus au travers de cette seconde analyse factorielle et que l'homogénéité sur chacun des facteurs est satisfaisante ($\alpha_{\text{facteur 1}}$ = .78 et $\alpha_{\text{facteur 2}}$ = .74). On peut mentionner le fait que le facteur 1 se compose des items négatifs, alors que le facteur 2 se compose des items positifs du questionnaire.

Dimension honte

L'indice KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) et le test de Bartlett montrent que les données peuvent être soumises à l'analyse factorielle (KMO = .78 et test de Bartlett : χ^2 = 340.59 ; p < .01). L'analyse factorielle en composantes principales montre une solution à deux facteurs expliquant 45% de la variance après rotation varimax.

Cette dernière analyse factorielle, validée par l'indice KMO et par le test de Barlett, a permis de retenir 11 items. L'homogénéité au sein des deux facteurs est bonne ($\alpha_{\text{facteur 1}}$ = .78 et $\alpha_{\text{facteur 2}}$ = .81).

Au vu des trois analyses factorielles, il est possible de retenir les items 3, 6, 12 et 14 pour le facteur 1, composé d'items négatifs. Pour le facteur 2, nous pouvons retenir les items 5, 10 et 13 (items positifs) (cf., Tableau 10).

Tableau 10

Répartition des items en fonction des facteurs

	Facteur 1	Facteur 2
Tristesse	3, 6, 9, 11, 12 et 14 (α = .74)	5, 10 et 13 (α = .68)
Colère	1, 2, 3, 6, 8, 9, 12 et 14 (α = .78)	4, 5, 7, 10 et 13 (α = .74)
Honte	1, 3, 6, 8, 11, 12 et 14 (α = .78)	5, 7, 10 et 13 (α = .81)

2.3.4.2.3 Troisième Analyse factorielle en composantes principales du re-test (T2) et Alpha de Cronbach

Afin d'analyser la structure factorielle du questionnaire d'auto-stigmatisation une analyse factorielle en composantes principales a été réalisée sur les réponses de 51 sujets, pour les items révélant leurs niveaux de tristesse, de colère et de honte (cf., Tableau 14).

Dimension tristesse

L'indice KMO et le test de Bartlett montrent que les données peuvent être soumises à l'analyse factorielle (KMO = .73 et test de Bartlett : χ^2 = 323.39 ; p < .01). L'analyse factorielle révèle une solution à deux facteurs expliquant 51.4% de la variance après rotation varimax.

Notons que les items conservés sont les items négatifs du questionnaire. L'homogénéité de ce facteur est bonne. Le second facteur regroupent les items positifs du questionnaire et son homogénéité est bonne également ($\alpha_{\text{facteur 1}}$ = .88 et $\alpha_{\text{facteur 2}}$ = .72).

Tableau 14

Synthèse des analyses factorielles avec rotation varimax pour chaque émotion (tristesse, colère, honte) avec identification des facteurs (CR : Contribution Relative, % de variances et alpha de Cronbach) et poids factoriels pour chacun des items du questionnaire

	Facteur 1			Facteur 2		
Emotions (% var. totale)	Item	Poids factoriels	CR % (α)	Item	Poids Factoriels	CR % (α)
Tristesse (52.3%)	1- Mes problèmes de poids font de moi une personne faible.	.69	39.3% (.88)	4- Je mange un plat calorique.	-.62	13% (.72)
	2- Je ne trouve pas d'emploi qui me satisfait pleinement.	.58		5- Mes proches sont à l'aise avec moi dans les lieux publics.	-.84	
	3- Je suis jugé(e) d'après mon apparence physique.	.64		7- Je pratique un sport.	-.62	
	6- Mon physique m'empêche de m'installer dans des fauteuils.	.77		10- Je suis quelqu'un de dynamique.	-.76	
	9- Je ne suis pas capable de contrôler mon alimentation.	.66				
	11- Mes parents ou mes proches me font des commentaires négatifs concernant mon poids.	.83				
	12- Je suis critiqué(e) pour mon apparence physique.	.81				
	14- J'ai des difficultés à trouver des vêtements à ma taille.	.7				
Colère (50.8%)	1- Mes problèmes de poids font de moi une personne faible.	.72	32.7% (.81)	4- Je mange un plat calorique.	-.63	18.1% (.80)
	2- Je ne trouve pas d'emploi qui me satisfait pleinement.	.59		5- Mes proches sont à l'aise avec moi dans les lieux publics.	-.81	
	3- Je suis jugé(e) d'après mon apparence physique.	.51		7- Je pratique un sport.	-.61	
	6- Mon physique m'empêche de m'installer dans des fauteuils.	.72		10- Je suis quelqu'un de dynamique.	-.77	
	9- Si je ne suis pas capable de contrôler mon alimentation.	.68				
	11. Mes parents ou mes proches me font des commentaires négatifs concernant mon poids.	.7				
	12- Je suis critiqué(e) pour mon apparence physique.	.53				
	14- J'ai des difficultés à trouver des vêtements à ma taille.	.64				
Honte (55.2%)	1- Mes problèmes de poids font de moi une personne faible.	.64	43.4% (.74)	5- Mes proches sont à l'aise avec moi dans les lieux publics.	-.64	11.8% (.75)
	2- Je ne trouve pas d'emploi qui me satisfait pleinement.	.63		7- Je pratique un sport.	-.52	
	3- Je suis jugé(e) d'après mon apparence physique.	.67		10- Je suis quelqu'un de dynamique.	-.86	
	4- Je mange un plat calorique.	.66		13- Mes proches m'acceptent tel(le) que je suis.	-.68	
	6- Mon physique m'empêche de m'installer dans des fauteuils.	.57				
	8- Si j'ai des difficultés à me faire de nouvelles relations amicales et amoureuses.	.61				
	9- Si je ne suis pas capable de contrôler mon alimentation.	.73				
	11- Mes parents ou mes proches me font des commentaires négatifs concernant mon poids.	.84				
	12- Je suis critiqué(e) pour mon apparence physique.	.77				
	14- J'ai des difficultés à trouver des vêtements à ma taille.	.80				

Dimension colère

L'indice KMO et le test de Bartlett montrent que les données peuvent être soumises à l'analyse factorielle (KMO = .75 et test de Bartlett : χ^2 = 283.85 ; p < .01). L'analyse factorielle en composantes principales laisse apparaître une solution à deux facteurs pouvant expliquer 50.6% de la variance après rotation varimax.

Retenons que les items retenus sur le facteur 1 sont les items négatifs du questionnaire et qu'ils possèdent une bonne homogénéité. Les items du facteur 2 sont les items positifs du questionnaire, ils remplissent également les exigences d'une bonne fidélité.

Notons que les items du facteur 1, se regroupant sur les deux premières analyses factorielles en composantes principales sont les items 1, 2, 3, 6, 9, 11, 12, et 14. Les items positifs se recoupant sur les deux premières analyses sont les items 4, 5, 7, 10 et 13 ($\alpha_{\text{facteur 1}}$ = .81 et $\alpha_{\text{facteur 2}}$ = .80).

Dimension honte

L'indice KMO et le test de Bartlett montrent que les données peuvent être soumises à l'analyse factorielle (KMO = .809 et test de Bartlett : χ^2 = 344.32 ; p < .01). L'analyse en composantes principales montre une solution à deux facteurs expliquant 55% de la variance après rotation varimax.

On observe, comme précédemment, que les items retenus dans le facteur 1 sont les items négatifs du questionnaire, alors que les items positifs apparaissent dans le facteur 2. L'homogénéité de ces deux facteurs est bonne.

Notons également que lorsque l'on recoupe les trois analyses factorielles en composantes principales les items négatifs retenus sont les items 1, 4, 6, 9, 11, 12 et 14. Les

items positifs retenus sont les items 5, 7, 10 et 13 ($\alpha_{\text{facteur 1}} = .87$ et $\alpha_{\text{facteur 2}} = .75$) (cf., Tableau 15).

Tableau 15

Répartition des items en fonction des facteurs

	Facteur 1	Facteur 2
Tristesse	1, 2, 3, 6, 9, 11, 12 et 14 (α = .88)	4, 5, 7 et 10 (α = .72)
Colère	1, 2, 3, 6, 9, 11, 12 et 14 (α = .81)	4, 5, 7, 10 et 13 (α = .80)
Honte	1, 4, 6, 9, 11, 12 et 14 (α = .87)	5, 7, 10 et 13 (α = .75)

Notons que suite à l'étude des différentes analyses factorielles en composantes principales, nous avons conservé 6 items. Ces items vont être soumis à des analyses de corrélations et des ANOVAs afin de tester, d'une part, la validité des analyses factorielles en composantes principales et d'autre part, la fidélité test-retest.

2.3.4.2.4 Corrélations inter items du test pour la première passation

L'analyse des corrélations, nous a permis dans un premier temps de vérifier que les items issus d'un même facteur étaient corrélés positivement entre eux. Dans un second temps, nous avons voulu vérifier que les items issus de deux facteurs différents étaient corrélés négativement. L'analyse des corrélations nous a donc permis de vérifier la validité de la structure factorielle testée dans la partie précédente.

Notons que seules les corrélations ayant un p-valeur inférieur à .05, ont été conservées.

Dimension Tristesse.

L'analyse des corrélations a révélé des liens positifs entre les items 3 et 6 ; 3 et 12 ; 5

Tableau 11

Corrélations inter item pour la dimension « Tristesse »

	3	5	6	12	13	14
3. Si je suis jugé(e) d'après mon apparence physique, cela me rend triste.						
5. Si mes proches sont à l'aise avec moi dans les lieux publics, cela me rend heureux(se).						
6. Lorsque mon physique m'empêche de m'installer dans des fauteuils, cela me rend triste.	.30** (N = 84)					
12. Lorsque je suis critiqué(e) pour mon apparence physique, cela me rend triste.	.39** (N = 84)		.34** (N = 83)			
13. Si mes proches m'acceptent tel(le) que je suis, cela me rend heureux(se).		.39** (N = 86)		-.27* (N = 84)		
14. Si j'ai des difficultés à trouver des vêtements à ma taille, cela me rend triste.			.38** (N = 83)	.34** (N = 83)		

Légende :
* indique que la p-valeur est inférieure à .05. ** indique que la p-valeur est inférieure à .01.

et 13 ; 6 et 12 ; 6 et 14 ; 12 et 14. Notons que les items liés positivement entre eux appartiennent au même facteur. On observe un lien négatif entre les items 12 et 13. Notons que ces deux items n'appartiennent pas au même facteur révélé lors de l'analyse factorielle en composantes principales. En effet, l'item 12 appartient au facteur 1 alors que l'item 13 appartient au facteur 2 (cf., Tableau 11).

Dimension Colère

L'analyse des corrélations a révélé des liens positifs entre les items 3 et 6 ; 3 et 14 ; 5 et 13, 6 ; 14, 12 et 14. Notons que l'ensemble des items liés positivement entre eux appartiennent au même facteur révélé lors de l'analyse factorielle en composantes principales.Un lien négatif a été observé entre les items 3 et 13 (cf., Tableau 12).

Tableau 12

Corrélations inter item pour la dimension « Colère »

	3	5	6	12	13	14
3. Si je suis jugé(e) d'après mon apparence physique, cela me met en colère.						
5. Si mes proches sont à l'aise avec moi dans les lieux publics, cela me calme.						
6. Lorsque mon physique m'empêche de m'installer dans des fauteuils, cela me met en colère.	.28** (N = 84)					
12. Lorsque je suis critiqué(e) pour mon apparence physique, cela me met en colère.						
13. Si mes proches m'acceptent tel(le) que je suis, cela me calme.	-.27* (N = 88)	.44** (N = 86)				
14. Si j'ai des difficultés à trouver des vêtements à ma taille, cela me met en colère.	.31** (N = 83)		.23* (N = 83)	.33** (N = 83)		

Légende :
* indique que la p-valeur est inférieure .05. ** indique que la p-valeur est inférieure à < .01.

Dimension Honte

Tableau 13

Corrélation inter items pour la dimension « Honte »

	3	5	6	12	13	14
3. Si je suis jugé(e) d'après mon apparence physique, cela me fait honte.						
5. Si mes proches sont à l'aise avec moi dans les lieux publics, cela me rend fier(e).						
6. Lorsque mon physique m'empêche de m'installer dans des fauteuils, cela me fait honte.						
12. Lorsque je suis critiqué(e) pour mon apparence physique, cela me fait honte..	.38** (N = 84)		.41** (N = 83)			
13. Si mes proches m'acceptent tel(le) que je suis, cela me rend fier(e).		.58** (N = 86)		-.27* (N = 84)		
14. Si j'ai des difficultés à trouver des vêtements à ma taille, cela me fait honte.	.33** (N = 83)		.38** (N = 83)	.60** (N = 83)	.23** (N = 83)	

Légende :
* indique que la p-valeur est inférieure à .05. ** indique que la p-valeur est inférieure à < .01.

On observe un lien positif entre les items 3 et 12 ; 3 et 14 ; 5 et 14 ; 6 et 12 ; 6 et 14 ; 12 et 14 ; 13 et 14. On observe un lien négatif entre les items 12 et 13 (cf., Tableau 13).

Conclusion analyse des corrélations

Afin de confirmer la structure à deux facteurs choisie lors des analyses factorielles en composantes principales, nous avons vérifié que les items négatifs issus du facteur 1 corrélaient positivement entre eux et négativement avec les items du facteur 2. De même, que nous avons vérifié que les items positifs de facteur 2 corrélaient positivement entre eux et négativement avec du ceux du facteur 1.

La structure factorielle à deux facteurs est corroborée par l'analyse des corrélations. Les items du facteur 1 s'opposent aux items du facteur 2, de même que les items d'un même facteur suivent la même ligne de réponse.

2.3.4.2.5 Corrélation inter items en du re test pour la première passation

Dans l'analyse des corrélations, il s'agit de vérifier que les items d'un même facteur sont corrélés positivement entre eux, alors que les items de facteurs différents seront corrélés négativement entre eux. Ces observations appuient notre solution à deux facteurs, et permettent de confirmer que notre questionnaire possède une bonne validité de construit.

Dimension tristesse

On observe un lien positif entre les items 3 et 6, 12 et 14 ; les items 5 et 13 ; les items 6 et 12 et 14. Un lien négatif a été observé entre les items 3 et 5 et 13 ; les items 5 et 6 ; les items 6 et 13 ; les items 13 et 14 (cf., Tableau 16).

Dimension colère.

On observe un lien positif entre les items 3 et 6, 12, et 14 ; les items 5 et 13 ; les items 6 et 12 et 14 ; les items 12 et 14. Un lien négatif est observé entre les items 3 et 13 (cf., Tableau 17).

Tableau 16

Corrélation inter-items pour la dimension « Tristesse »

	3	5	6	12	13
3. Si je suis jugé(e) d'après mon apparence physique, cela me rend triste.					
5. Si mes proches sont à l'aise avec moi dans les lieux publics, cela me rend heureux(se).	-.43** (N = 52)				
6. Lorsque mon physique m'empêche de m'installer dans des fauteuils, cela me rend triste.	.53** (N = 52)	-.28* (N = 52)			
12. Lorsque je suis critiqué(e) pour mon apparence physique, cela me rend triste.	.63** (N = 52)		.61** (N = 52)		
13. Si mes proches m'acceptent tel(le) que je suis, cela me rend heureux(se).	-.36** (N = 52)	.30* (N = 52)	-.37** (N = 52)	-.30* (N = 52)	
14. Si j'ai des difficultés à trouver des vêtements à ma taille, cela me rend triste.	.53** (N = 52)		.70** (N = 52)	.59** (N = 52)	-.30* (N = 52)

Légende :
* indique que la p-valeur est inférieure à .05. ** indique que la p-valeur est inférieure à < .01.

Tableau 17

Corrélation inter-items pour la dimension « Colère »

	3	5	6	12	13
3. Si je suis jugé(e) d'après mon apparence physique, cela me met en colère.					
5. Si mes proches sont à l'aise avec moi dans les lieux publics, cela me calme.					
6. Lorsque mon physique m'empêche de m'installer dans des fauteuils, cela me met en colère.	.30* (N = 52)				
12. Lorsque je suis critiqué(e) pour mon apparence physique, cela me met en colère.	.38** (N = 52)		.47** (N = 52)		
13. Si mes proches m'acceptent tel(le) que je suis, cela me calme.	-.38** (N = 52)	.71** (N = 52)			
14. Si j'ai des difficultés à trouver des vêtements à ma taille, cela me met en colère.	.25* (N = 52)		.57** (N = 52)	.36** (N = 52)	

Légende :
* indique que la p-valeur est inférieure à .05. ** indique que la p-valeur est inférieure à < .01.

Dimension la honte

Tableau 18

Corrélation inter-items pour la dimension « Honte »

	3	5	6	12	13
3. Si je suis jugé(e) d'après mon apparence physique, cela me fait honte.					
5. Si mes proches sont à l'aise avec moi dans les lieux publics, cela me rend fier(e).	-.35** (N = 52)				
6. Lorsque mon physique m'empêche de m'installer dans des fauteuils, cela me fait honte.		-.24* (N = 52)			
12. Lorsque je suis critiqué(e) pour mon apparence physique, cela me fait honte.	.26* (N = 52)	-.32* (N = 52)	.39** (N = 52)		
13. Si mes proches m'acceptent tel(le) que je suis, cela me rend fier(e).	-.44** (N = 52)	.44** (N = 52)	-.31* (N = 52)		
14. Si j'ai des difficultés à trouver des vêtements à ma taille, cela me fait honte.	.36** (N = 52)	-.31* (N = 52)	.40** (N = 52)	.53** (N = 52)	-.43** (N = 52)

Légende :
* indique que la p-valeur est inférieure à .05. ** indique que la p-valeur est inférieure à < .01.

On observe un lien positif entre les items 3 et 12 et 14 ; les items 5 et 13 ; les items 6 et 12 et 14 ; les items 12 et 14. Un lien négatif s'observe entre les items 3 et 5 et 13 ; les items 5 et 6, 12 et 14 ; les items 6 et 13 ; les items 13 et 14 (cf., Tableau 18).

Conclusion portant sur les corrélations

Afin de confirmer la bonne validité de construit de notre questionnaire, nous avons réalisé des analyses de corrélations inter-items. Ces analyses avaient pour objectif de vérifier si les items d'un même facteur étaient corrélés positivement entre eux, et si les items de facteurs différents étaient corrélés négativement entre eux.

A l'issue des analyses, nous sommes en mesure de confirmer la structure factorielle révélée par l'analyse en composantes principales. En effet, les items du facteur 1 sont corrélés

positivement entre eux et sont corrélés négativement avec les items du facteur 2. De même, les items du facteur 2 sont corrélés positivement entre eux.

Finalement l'analyse de corrélation nous permet d'asseoir la bonne validité de construit de l'échelle de d'auto-stigmatisation.

2.3.4.3 Phase 4 : Fidélité test re-test

Analyse de la variance, entre le Test et le re-test sur les 14 items de départ

Des analyses de la variance (ANOVA) ont été réalisées sur les 14 items de départ entre le test et le re-test pour chacune des catégories d'émotions ressenties (tristesse, colère et honte), prises séparément.

L'analyse de variance test/re-test, faite sur les 14 items pour l'émotion renvoyant à la « *tristesse* », ne révèle aucune différence significative entre les deux temps de mesure ($F(1, 50) < 1$; $p = .48$; $\eta^2 = .11$). Notons également que la taille de l'effet (i.e., η^2) est moyenne. En revanche, pour la mesure de la « *colère* », l'anova test/re-test est significative ($F(1,50) = 37,79$; $p < .01$; $\eta^2 = .99$). Notons également que la taille de l'effet (i.e., η^2) est importante. On observe que les individus sont significativement plus en colère en seconde phase (M = 5.06 ; *E.T* = 0.1), qu'en première phase (M = 4.58 ; *E.T* = 0.1). Pour la « *honte* » ressentie, l'analyse de variance ne révèle aucune différence significative entre les deux temps de mesure ($F(1,50) < 1$; $p = .59$; $\eta^2 = .08$). Notons également que la taille de l'effet (i.e., η^2) est moyenne.

Analyse de la variance, entre le test et le re test sur les 6 items retenus

Des analyses de la variance (ANOVA) ont été réalisées sur les 6 items sélectionnés, entre le test et le re-test pour chacune des catégories d'émotions ressenties (i.e., tristesse, colère et honte), prises séparément.

L'analyse des réponses aux items « *tristesse* » entre le test et le re test, ne révèle aucune différence significative ($F(1,50) < 1$; $p = .61$; $\eta^2 = .08$). Notons également que la taille de l'effet (i.e., η^2) est moyenne. L'analyse des items « *colère* » entre le test et le re-test, ne révèle également aucune différence significative ($F(1,50) = 2.809$; $p = .10$; $\eta^2 = .38$). Notons également que la taille de l'effet (i.e., η^2) est importante. De même que pour les items « tristesse » et « *colère* », l'analyse des items « honte » ne révèle aucune différence significative entre le test et le re-test ($F(1,50) < 1$; $p = .74$; $\eta^2 = .06$). Notons également que la taille de l'effet (i.e., η^2) est moyenne.

2.3.5 Conclusion

Nous avons procédé à l'analyse de validité du construit, de la fiabilité et de la consistance dans le temps du questionnaire du sentiment de stigmatisation. Ces analyses nous ont permis de valider le questionnaire du sentiment de stigmatisation.

En ce qui concerne la sensibilité du questionnaire, l'aplatissement de toutes les valeurs n'a pas été observée (pour un total de 42 sous-items, 8 items n'ont pas respecté cette norme). Une bonne sensibilité et le respect de la normalité (cf., analyse l'aplanissement et de l'asymétrie des moyennes) a été obtenue pour le reste des items du questionnaire. Retenons que les sept sous-items ayant rencontré un problème d'aplatissement des scores ont été conservés pour les analyses qui ont suivi. En effet, malgré leur problème d'aplatissement, ces items étaient significativement représentés dans la structure de notre questionnaire. Ainsi,

semble-t-il nécessaire de vérifier si ces items doivent être conservé, ou non, dans les prochaines analyses.

Le test de la pertinence et de la représentativité des items de l'échelle de mesure (*c.f.*, validité de construit des Tableaux 22 et 23) par rapport au concept mesuré (Dickes *et al.*, 1994) a été réalisé en trois grandes étapes.

Dans un premier temps, nous avons réalisé une analyse factorielle en composantes principales non forcée, afin de vérifier la structure initiale du questionnaire. L'homogénéité des facteurs n'a pas été suffisante pour conserver la structure mise au jour par cette première analyse. Certains items n'étaient pas fortement représentés sur chacune des émotions (i.e., tristesse, colère, honte). Un score unique ne pouvait être réalisé à partir de l'échelle.

L'étape suivante a consisté en l'identification a priori de deux facteurs correspondants à la formulation des items dans un sens positif vs. négatif. Dans cette seconde étape, nous avons ainsi retenu les items représentés sur chacune des émotions (i.e., tristesse, colère et honte). Quatre items communs aux trois émotions ont été retenus sur le facteur 1 (items formulés négativement) et deux items communs aux trois émotions ont été identifiés pour le facteur 2 (items formulés positivement). L'homogénéité des facteurs s'est avérée satisfaisante pour chacune des émotions. Cette structure a été confirmée par une troisième analyse factorielle en composantes principales sur les passations du re-test (i.e., sur les mêmes participants confrontés au questionnaire une seconde fois).

Une analyse sémantique des items conservés permet d'identifier des items de rejet social (facteur 1) et des items d'acceptation sociale (facteur 2). Les quatre items, retenus dans le premier facteur (i.e., le facteur de rejet social), renvoyaient tous au domaine du sentiment de rejet social. En ce qui concerne les items retenus en facteur 2 (i.e., le facteur de l'acceptation sociale), il subsistait un problème. Les items bien que proches d'un point de vue

statistique ne pouvaient être conservés tels quels. Nous avons préféré éliminer la question 10 et la remplacer par la question 13 (e.g., « *Mes proches m'acceptent tel(le) que je suis.* ») qui d'un point de vue statistique avait été pertinente sur une grande partie de l'analyse, et qui se rapprochait plus de l'affirmation 5 (e.g., « *Mes proches sont à l'aise avec moi dans les lieux publics.* ») d'un point de vue du contenu. En effet, on a noté que le contenu des items 5 et 13 faisait référence à l'impact du physique sur le sentiment d'acceptation sociale de l'individu stigmatisé. En ce qui concerne l'item 10, le terme de « *dynamisme* » renvoie aussi bien à la forme physique de l'individu qu'à un état d'esprit. L'item 10 a été évalué comme trop ambigu comparativement aux items 5 et 13. Les items conservés pour la seconde dimension ont été les affirmations 5 et 13.

L'analyse des tableaux de corrélation a conforté notre choix de retenir deux facteurs révélés. En effet, les quatre items appartenant au facteur 1 (i.e., rejet social) étaient toujours corrélés positivement entre eux. Les deux items appartenant au second facteur (i.e., acceptation sociale) étaient également corrélés positivement entre eux. Précisons que les items de rejet social (i.e., facteur 1) sont corrélés négativement avec les items du facteur d'acceptation sociale (i.e., facteur 2).

Le test de la fiabilité générale du questionnaire (*c.f.*, Tableau 19 & 20), s'est avéré satisfaisant. Le test de fiabilité par facteur l'est également une fois l'un des items (item 10 : *Je suis quelqu'un de dynamique.*) enlevé de l'analyse et remplacé par un autre item (item 13 : *Mes proches m'acceptent tel(le) que je suis.*) plus approprié du point de vue sémantique et statistique.

Le test de fidélité test-retest par analyse de la variance (ANOVA) permet de réduire l'échelle à 6 items pour atteindre un critère d'acceptation satisfaisant. En définitive, nous observons que ces items sont en relation étroite avec le sentiment d'acceptation ou de rejet

d'autrui et qu'ils pointent les difficultés rencontrées par les individus en lien avec leur apparence physique et l'image qu'ils projettent d'eux-mêmes aux autres.

Pour renforcer la qualité métrique de notre questionnaire nous avons modifié l'une des échelles de mesures employées. Rappelons que les sujets devaient évaluer au moyen d'une mesure discrète (moi vs pas moi) si chaque situation présentée leur correspondait. Ils devaient ensuite préciser s'ils ressentaient (i.e., en cas de réponse moi) ou s'imaginaient ressentir (i.e., en cas de réponse pas moi) trois types d'émotions (i.e., tristesse, colère, honte). Nous avons, pour la première partie du questionnaire, remplacé les réponses binaires par une échelle de mesure de type Likert afin de permettre une modulation des réponses des sujets. En raison de ce changement de format d'échelle de mesure, nous avons testé la validité convergente et divergente du nouveau questionnaire ainsi établi.

Tableau 19

Alpha de Cronbach des items retenus lors du test-re test

	Test		Re-Test	
	Facteur 1	Facteur 2	Facteur 1	Facteur 2
Items présents sur les facteurs des trois dimensions pour chaque passation.	**3** **6** **12** **14**	**5** **10** 13	1 2 **3** **6** 9 11 **12** **14**	4 **5** 7 **10**
Fiabilité	.82	**.41**	.85	.84
Fiabilité générale	.78		.79	
Fiabilité sur l'ensemble des facteurs avec l'item 10.	**.76**		.67	
Fiabilité si items 10 remplacé par l'item 13.	**.74**		.79	
Fiabilité sur l'ensemble des items si l'item 10 est remplacé par l'item 13.	**.73**		.59	

Tableau 20

Items retenus

Facteur 1	Facteur 2
3. Je suis jugé(e) d'après mon apparence physique.	5. Mes proches sont à l'aise avec moi dans les lieux publics.
6. Mon physique m'empêche de m'installer dans des fauteuils.	13. Mes proches m'acceptent tel(le) que je suis.
12. Je suis critiqué(e) pour mon apparence physique.	
14. J'ai des difficultés à trouver des vêtements à ma taille.	

Etude 2.4 - Validité convergente du questionnaire d'auto-stigmatisation

L'objectif de cette nouvelle étude a été de vérifier la validité convergente et divergente du questionnaire d'auto-stigmatisation, conçu lors de la précédente étude. A cette fin, le questionnaire d'auto-stigmatisation a été croisé, dans un premier temps, avec une échelle d'estime de soi sociale (Michaud *et al.*, 2006), une échelle de monitorage de soi (Snyder & Gangestad, 1986) et une échelle de satisfaction de vie (Blais, Vallérand, Pelletier, & Brière, 1989). Nous avons également évalué l'impact de l'IMC sur les réponses au questionnaire. Dans un second temps, nous avons croisé l'échelle d'auto-stigmatisation avec l'échelle d'estime de soi de Rosenberg (Rosenberg, 1965 ; traduite et validée Vallières & Vallérand, 1990), l'échelle d'auto efficacité (Descamps *et al.*, 2010), le Body Shape Questionnaire (Rousseau *et al.*, 2005) et une échelle évaluant la peur du jugement négatif d'autrui (Monfette *et al.*, 2006 ; Watson & Friend, 1969).

2.4.1 Phase 5 : Validité convergente, Estime de soi sociales, Monitorage de soi et Satisfaction de la vie

2.4.1.1. Méthode

2.4.1.1.1 Participants

Quatre cent trente et un participants, âgés de 17 à 46 ans, étudiants à l'Université de Nanterre Paris Ouest La Défense (en première année de psychologie), ont réalisé la première passation (test). Les critères d'exclusions étaient les suivants : les participants n'ayant pas complété le questionnaire aux quatre tiers, les participants n'ayant pas spécifié leur IMC.

Cent quarante-neuf participants ont pris part à la seconde phase.

Leurs caractéristiques sont présentées dans le tableau 21.

Tableau 21

Description de la population

	N	Age			IMC		
		M (*SD*)	Min	Max	**M** (*SD*)	Min	Max
Test	431	**19.7** (*2.48*)	17	46	**21.26** (*3.97*)	15.04	42.37
Re-test	149	**19.64** (*1.69*)	18	28	**21.3** (*2.77*)	16.23	37.11

Légende :
« Min » signifie minimum. « Max » signifie maximum. « **M** » signifie moyenne. « *SD* » signifie écart-type.

2.4.1.1.2 Matériel

Le questionnaire du sentiment de stigmatisation a été croisé à une échelle d'estime de soi sociale (Bégin, Michaud & Duff, 2006), de satisfaction de vie (Diener *et al.*, 1985) et de monitorage de soi (Snyder & Gangestad, 1986). Rappelons que le choix de ces échelles relève d'un intérêt théorique dans l'étude de la stigmatisation de l'obésité. En effet, les personnes obèses rencontreraient des difficultés à développer une estime de soi sociale positive, du fait d'une identité sociale négative (Crocker *et al.*, 1993 ; Crocker & Major, 1989 ; Quinn & Crocker, 1999). De ce même constat, on peut supposer que les personnes obèses seraient insatisfaites de leur vie. L'identité sociale négative des personne obèses, conduirait également celles-ci à contrôler excessivement l'image sociale projetée, afin d'espérer atteindre une évaluation positive de la part des autres. En ce sens, elles tenteraient d'être d'autant plus conformes aux normes sociales que les personnes non obèses.

Questionnaire du sentiment de rejet (Annexe 4.6, page 372)

Le questionnaire d'auto-stigmatisation, validé lors de la première étude, a été présenté aux participants. Le questionnaire se compose de 24 items. Rappelons que ce questionnaire avait pour objectif de mesurer le degré de sentiment d'acceptation et de rejet social. Il se compose de : a) quatre items situationnels négatifs, exprimant le sentiment d'exclusion sociale (par exemple, « *Je suis jugé(e) d'après mon apparence physique.* ») ; b) deux items situationnels positifs, exprimant le sentiment d'acceptation sociale (par exemple, « *Mes proches sont à l'aise avec moi dans les lieux publics.* »). A chaque situation décrite (i.e., deux items positifs et quatre items négatifs) sont associées trois émotions de bases que sont la « *tristesse/joie* », la « *colère/calme* » et la « *honte/fierté* ». Les réponses sont faites grâce à une échelle de type Likert allant de 1 (« *Ne me correspond pas du tout* ») à 7 (« *Me correspond tout à fait* »). Aussi, avons-nous pu calculer cinq scores à partir du questionnaire construit. Le premier score se référait à la moyenne des situations négatives vécues. Le deuxième score se référait à la moyenne des situations positives vécues. Le troisième score se référait aux émotions négatives ressenties face aux situations décrites. Le quatrième score se référait aux émotions positives vécues. Le cinquième score regroupait l'ensemble des items, considérés sous la forme suivante : (Situation 1 vécue X émotion 1 associée) + (Situation 1 vécue X émotion 2 associée) + (Situation 1 vécue X émotion 3 associée) + (Situation 2 vécue X émotion 1 associée), etc. Dans ce dernier score, la situation était considérée comme étant une fréquence à laquelle on associe l'ensemble des émotions ressenties aux situations. En ce sens, afin de rendre cohérent ce nouveau score, les items positifs ont-ils été inversés, afin d'obtenir un score général du sentiment de stigmatisation.

Estime de soi sociale (Annexe 5.1, page 375)

L'échelle d'estime de soi sociale permet de mesurer le sentiment de valorisation personnelle sur le plan social (par exemple, « *Je trouve difficile de me faire des amis.* ») (Traduite et validée par Bégin, Michaud & Duff, 2006). Les réponses sont présentées sur une échelle de type Likert allant de 1 (« *Pas du tout capable* ») à 5 (« *Tout à fait capable* »). L'échelle d'estime de soi sociale mesure deux dimensions : d'une part le sentiment de compétence sociale (α = .90) et d'autre part le sentiment d'acceptation sociale (α = .74). Trois scores d'estime de soi sociale ont été établis : un score général, un score de compétences sociales et un score d'acceptation sociale.

Monitorage de soi (Annexe 5.2, page 378)

L'échelle de monitorage (Snyder & Gangestad, 1986) permet de mesurer à quel point les individus exercent un contrôle de leur image sociale, ou au contraire, s'ils ne sont pas parvenus à garder le contrôle de cette image (par exemple, « *Je peux improviser des discours même à propos des sujets sur lesquels je n'ai presque pas d'informations.* »). Les réponses sont de type dychotomiques en « *OUI/NON* ». Les participants ayant un haut score à cette échelle sont plus aptes à adopter des comportements socialement adaptés, alors que les participants à faible score sont moins capables d'un tel contrôle. La cohérence interne est satisfaisante (α = .70).

Satisfaction de vie (Annexe 5.3, page 379)

Shin et Johnson (1978) ont défini la satisfaction de vie comme « *une évaluation globale de la qualité de vie d'une personne selon ses propres critères* » (Shin & Johnson, 1978, dans Shankland, 2012, p.118). L'échelle mise au point par Diener et ses collaborateurs (1985) et traduite en français par Blais et ses collaborateurs (1989), est un moyen de mesurer

de la satisfaction des individus quant à leur vie d'un point de vue général (par exemple, « *Jusqu'à maintenant j'ai obtenu les choses importantes que je voulais de la vie.* »). Les réponses sont sous la forme d'une échelle de type Likert allant de 1 (« *Fortement en désaccord* »), à 7 (« *Tout à fait d'accord* »). Le score total peut varier de 5 à 35 ; plus ce score est élevé, meilleur est le niveau de satisfaction de la vie. L'échelle de satisfaction de vie traduite par Blais et ses collaborateurs (1989) possède une bonne cohérence interne (α = .81) ainsi qu'une bonne fidélité test-retest (r = .64 ; p < .05).

2.4.1.1.3 Procédure

La procédure suivie a été la même que lors de la première validation du questionnaire d'auto-stigmatisation. La méthode test/re-test a été utilisée de nouveau, les participants remplissaient donc les questionnaires deux fois à 1 mois et demi d'intervalle.

La consigne a été conservée, seule la cotation a été modifiée, suite aux conclusions de la première partie de ce chapitre.

Elle devint la suivante :

« *Une série d'affirmations vous est présentée. Il vous est demandé d'établir sur une échelle de 1 à 7, si ces affirmations représentent ou pas ce que vous vivez. La valeur 1 indique que la situation décrite ne vous est jamais arrivée et que vous ne pensez pas qu'un jour elle puisse vous arriver. Alors que la valeur 7, indique que la situation a pu déjà vous arriver où qu'elle pourrait arriver.*

Si vous avez entouré un chiffre signifiant que la situation décrite a pu vous arriver, nous vous demandons dans un second temps de préciser les sentiments ressentis lors de celle-ci. Si vous avez entouré un chiffre indiquant que cette situation ne vous est jamais arrivée, nous

vous demandons d'indiquer les sentiments que vous pourriez ressentir si une telle situation vous arrivait.

Il vous suffit d'indiquer sur une échelle de 1 à 7 l'émotion éprouvée. La valeur 1 indique que l'émotion décrite n'est pas ressentie et la valeur 7 indique qu'elle est ressentie. ».

2.4.1.2 Analyse de données

Afin d'estimer la validité convergente de notre questionnaire nous avons réalisé des corrélations inter-échelles (Schembre & Melanson, 2009).

2.4.1.3 Résultats

2.4.1.3.1 Corrélation entre les échelles et le questionnaire d'auto-stigmatisation lors du Test (cf., Tableau 22)

Des corrélations inter échelles ont été réalisées entre l'échelle de satisfaction de vie, les deux sous échelles d'estime de soi sociale (le sentiment de compétence sociale et le sentiment d'acceptation sociale), l'échelle de monitorage de soi et quatre dimensions du questionnaire d'auto-stigmatisation, et sont présentées dans le tableau 22. La première dimension du questionnaire du sentiment de rejet regroupe les items positifs d'appropriation de l'expérience, la seconde les items négatifs. Une troisième dimension regroupe les items représentant les émotions négatives, enfin la dernière les émotions dites négatives.

L'analyse des corrélations inter échelles révèle que le sentiment d'acceptation du questionnaire du sentiment de rejet (i.e., la dimension positive du questionnaire de sentiment de rejet) est corrélé positivement avec le sentiment de compétences sociales ($r = .22$; $p < .01$) et la satisfaction de vie ($r = .21$; $p < .01$). Ainsi, plus les participants déclarent se sentir

acceptés par autrui, meilleur est leur sentiment de compétences sociales et plus ils sont satisfaits de leur vie.

L'analyse de corrélation montre que le sentiment de rejet (i.e., la dimension négative du questionnaire du sentiment de rejet) est corrélé négativement avec le sentiment de compétences sociales ($r = -.14$; $p < .01$) et avec la satisfaction de vie ($r = -.11$; $p < .05$). En ce sens, plus les participants déclarent se sentir rejetés par les autres, moins ils se sentent compétents socialement, et moins ils s'estiment satisfaits de leur vie. Notons, que ce résultat se maintien sur le score général du questionnaire du sentiment de rejet ($r_{\text{Sentiment de compétences sociales}} = -.25$; $p < .01$; $r_{\text{Satisfaction de la vie}} = -.24$; $p < .01$).

De même, on note que les émotions liées au sentiment d'acceptation sociale (i.e. la dimension émotionnelle positive du questionnaire d'auto-stigmatisation) sont corrélées positivement avec la satisfaction de vie ($r = .16$; $p < .05$). Ainsi, plus les émotions décrites lors d'expériences positive (i.e., émotions issues du questionnaire de sentiment de rejet) sont positives, plus les participants déclarent être satisfaits de leur vie.

On observe également une corrélation négative entre le sentiment de compétences sociales et les émotions négatives (i.e., du questionnaire de sentiment de rejet) ($r = -.19$; $p < .01$). Ainsi, plus les participants décrivent des émotions négatives, moins ils se sentent compétents socialement.

Le questionnaire de sentiment de rejet est lié avec l'IMC des participants ($r = .15$; $p < .01$). Plus les participants sont corpulents et plus ils se sentent rejetés par les autres. Ce résultat se confirme par la corrélation entre la dimension négative du questionnaire de sentiment de rejet et l'IMC des participants ($r = .18$; $p < .01$).

Tableau 22

Analyse des corrélations inter échelles

	IMC	Sentiment de compétences sociales	Sentiments d'acceptation sociale	Monitorage de soi	Satisfaction de vie
Auto-stigmatisation positive		0,22** (N = 428)			0,21** (N = 417)
Auto-stigmatisation négative	0,18** (N = 399)	-0,14** (N = 428)			-0,11* (N = 417)
Emotion positive					0,16** (N = 415)
Emotion négative		-.19** (N = 426)			
Score du sentiment de rejet	.15** (N = 399)	-.25** (N = 428)			-.24** (N = 417)

Légende :
* indique que la p-valeur est inférieure à .05. ** indique que la p-valeur est inférieure à < .01.

2.4.1.3.2 Corrélation entre les échelles et le questionnaire d'auto-stigmatisation lors du re- test (Tableau 23)

Les analyses de corrélations inter échelles réalisées ont été les mêmes que celles réalisées lors du test (n = 149) et sont présentées dans le tableau 23.

On observe que le sentiment de compétences sociales est lié à la dimension positive mesurée par le questionnaire de sentiment de rejet ($r = .23 ; p < .01$). Ainsi, plus les participants se sentent acceptés par les autres, plus ils se sentent compétents socialement.

L'analyse révèle que le sentiment d'acceptation sociale du questionnaire d'auto-stigmatisation est corrélé positivement avec le sentiment de compétences sociales mesurée par l'échelle d'estime de soi sociale ($r = .25 ; p < .05$). Ce résultat se complète par le lien entre les émotions positives relevées dans le questionnaire de sentiment de rejet et le sentiment de compétence sociale ($r = .18 ; p < .05$). Ainsi, plus les participants déclarent des émotions

positives liées au fait de se sentir accepté par autrui, plus ils se sentent compétents socialement.

Inversement, le sentiment de compétence sociale est lié négativement avec le sentiment de rejet et les émotions associées au sentiment de rejet ($r_{Sentiment\ de\ rejet} = -.27\ ;\ p < .01\ ;\ r_{Emotions\ négatives} = -.18\ ;\ p < .05$). Ainsi, plus les participants déclarent se sentir rejetés par autrui, plus ils associent des émotions négatives à ce rejet et plus ils se sentent incompétents socialement.

Lors des analyses de corrélations, on observe que les émotions positives liées au sentiment d'acceptation sociale sont corrélées positivement avec les sentiments d'acceptation sociales mesurée par l'échelle d'estime de soi sociale ($r = .29\ ;\ p < .01$). Ainsi, plus les participants déclarent des émotions positives sur la dimension positive de l'échelle du sentiment de rejet, plus ils se sentent acceptés socialement.

Un lien entre la satisfaction de vie et la dimension positive du questionnaire de sentiment de rejet a été observé ($r = .25\ ;\ p < .01$). Plus les participants se sentent acceptés, plus ils déclarent une forte satisfaction de vie.

Tableau 23

Analyse des corrélations inter échelles

	IMC	Sentiment de compétences sociales	Sentiments d'acceptation sociale	Monitorage de soi	Satisfaction de vie
Auto-stigmatisation positive		0.23** (N = 149)			.25** (N = 146)
Auto-stigmatisation négative					
Emotion positive		0.18* (N = 149)	.29** (N = 149)		
Emotion négative		-0.18* (N = 148)			
Sentiment de Rejet	.18* (N = 148)	-.27** (N = 149)			

Légende :
* indique que la p-valeur est inférieure à .05. ** indique que la p-valeur est inférieure à < .01.

2.4.2 Phase 5 bis : Validité convergente, Estime de soi, Auto efficacité, Body Shape Questionnaire et Peur du jugement négatif

2.4.2.1 Méthode

2.4.2.1.1 Participants

Cent quarante trois participants, âgés de 17 à 48 ans, étudiants à l'Université de Paris 8 Vincennes – Saint-Denis (en deuxième année de psychologie), ont participé à la première passation (test). Les critères d'exclusions étaient les suivants : les participants n'ayant pas complété le questionnaire au quatre cinquième et les participants n'ayant pas spécifié leur IMC.

Cent vingt-cinq participants ont pris part à la seconde phase. Les caractéristiques des participants sont présentées dans le tableau 24.

Tableau 24

Description de la population

	N	Age			IMC		
		M (*SD*)	Min	Max	**M** (*SD*)	Min	Max
Test	143	21.73 (*4.62*)	17	48	21.83 (*3.46*)	16.36	38.75
Re-test	125	21.55 (*1,69*)	17	45	21,67 (*2,3*)	15.9	35.16

Légende :
« Min » signifie minimum. « Max » signifie maximum. « **M** » signifie moyenne. « *SD* » signifie écart-type.

2.4.2.1.2 Matériel

Dans cette seconde étape de validation convergente, ont été croisés d'une part, le questionnaire du sentiment de stigmatisation d'autre part, des mesures de peur du jugement négatif d'autrui (Monfette *et al.*, 2006 ; Watson & Friend, 1969), de niveau d'insatisfaction corporelle (Rousseau, Knotter, Barbe, Raich, & Chabrol, 2005 ; Cooper *et al.*, 1987), d'estime de soi (Rosenberg, 1965 ; Vallières & Vallérand, 1990) et du sentiment d'efficacité personnelle spécifique à l'obésité (Descamps *et al.*, 2010). L'intérêt de ces mesures réside dans le fait que les personnes obèses ont une faible estime de soi (Crocker *et al.*, 1993) et un faible niveau d'efficacité personnelle (Descamps *et al.*, 2010). De plus, elles seraient sujettes à une forte insatisfaction corporelle (Docteur *et al.*, 2010), ainsi qu'à une forte peur du jugement négatif d'autrui (Elting & Hope, 1995).

Questionnaire d'auto-stigmatisation (Annexe 4.6, page 372)

Cette échelle a été présentée dans la partie méthode de l'étude 2.4 (page 182).

Echelle d'Estime de soi (EES) (Annexe 5.4, page 379)

L'échelle d'estime de soi de Rosenberg (1965) a été traduite par Vallières et Vallérand (1990). Elle se compose de dix items (e.g., « *Je pense que je suis une personne de valeur, au moins égal(e) à n'importe qui d'autre* », « *Je pense que je possède un certain nombre de belles qualités* », etc.). Les réponses sont sous forme d'échelle de Likert (1 : « *Tout à fait en*

désaccord » à 4 : « *Tout à fait en accord* »). Cette échelle permet une évaluation globale de l'estime de soi (Rosenberg, 1965).

Le Body Shape Questionaire (BSQ) (Annexe 5.5, page 380)

Le Body Shape Questionnaire permet de mesurer le niveau d'insatisfaction corporelle (Cooper, Taylor, Cooper, & Fairburn, 1987). Le BSQ a été traduit et validé en français par Rousseau et ses collaborateurs (2005). Ce questionnaire, composé de 34 items, met au jour les préoccupations excessives concernant le poids et la silhouette, l'embarras en public, l'interdiction de certaines activités, ou le sentiment de mal-être éprouvé après avoir mangé (e.g., « *Vous sentir remplie (après un copieux repas par exemple) vous a-t-il fait vous sentir grosse ?* », « *En présence de femmes minces, vous sentez-vous gênée, embarrassée par votre silhouette ?* », etc.). Les réponses à ce questionnaire sont sous la forme d'une échelle de Likert allant de 1 (« *Jamais* ») à 6 (« *Toujours* »). Ainsi, plus le score à ce questionnaire est élevé, plus les participantes sont préoccupées par leur corps. Ce questionnaire a une bonne validité test/re-test (Rousseau, *et al.*, 2005).

Le questionnaire de peur du jugement négatif d'autrui (Annexe 5.6, page 383)

Le questionnaire de peur du jugement négatif d'autrui (Watson & Friend, 1969 ; validation française par Monfette, *et al.*, 2006) se compose de 12 items. Il mesure le sentiment de peur que ressent un individu face au regard de l'autre (e.g., « *Je m'inquiète de ce que les gens vont penser de moi-même lorsque je sais que ça ne changera rien* », « *Je ne m'inquiète pas même lorsque je sais que les gens sont en train de se former une impression défavorable à mon sujet* », etc.). Les réponses sont sous forme d'échelle de Likert allant de 1 (« *Ne me décrit pas du tout* ») à 5 (« *Me décrit extrêmement bien* »). Un score élevé à cette échelle indique une peur importante du regard d'autrui.

Questionnaire émotionnel, cognitif et comportemental du Sentiment d'Efficacité Personnelle spécifique à l'Obésité (SEPOB) (Annexe 5.7, page 385)

Ce questionnaire a été développé et validé par Descamps, Hautekeete, Bougenière, Benaisa et Romon (2010). Il se compose de 40 items mesurant le sentiment d'efficacité personnelle spécifique à l'obésité. Les réponses sont sous la forme d'une échelle de type Likert allant de 0 (« *pas du tout capable* ») à 10 (« *tout à fait capable* »). Plus le score obtenu à ce questionnaire est élevé, plus il traduit un fort sentiment d'efficacité personnelle.

2.4.2.1.3 Procédure

La procédure suivie a été la même que lors de la première et deuxième étape de validation du questionnaire du sentiment de stigmatisation. La méthode test/re-test a été utilisée de nouveau, les participants remplissaient donc les questionnaires deux fois à un mois et demi d'intervalle.

La consigne a été conservée, seule la cotation a été modifiée suite aux conclusions de la première partie de ce chapitre.

Elle devint la suivante :

« *Une série d'affirmations vous est présentée. Il vous est demandé d'établir sur une échelle de 1 à 7 si ces affirmations représentent ou pas ce que vous vivez. La valeur 1 indique que la situation décrite ne vous est jamais arrivée et que vous ne pensez pas qu'un jour elle puisse vous arriver. Alors que la valeur 7, indique que la situation a pu déjà vous arriver où qu'elle pourrait arriver.*

Si vous avez entouré un chiffre signifiant que la situation décrite a pu vous arriver, nous vous demandons dans un second temps de préciser les sentiments ressentis lors de celle-ci.

Si vous avez entouré un chiffre indiquant que cette situation ne vous est jamais arrivée, nous vous demandons d'indiquer les sentiments que vous pourriez ressentir si une telle situation vous arrivait.

Il vous suffit d'indiquer sur une échelle de 1 à 7 l'émotion éprouvée. La valeur 1 indique que l'émotion décrite n'est pas ressentie et la valeur 7 indique qu'elle est ressentie. ».

2.4.2.2 Analyse de données

Afin d'estimer la validité convergente de notre questionnaire nous avons réalisé des corrélations inter-échelles (Schembre & Melanson, 2009).

2.4.2.3 Résultats

2.4.2.3.1 Corrélation entre les échelles et le questionnaire d'auto-stigmatisation lors du Test

L'ensemble des corrélations significatives observées sont présentées dans le tableau 25.

On observe un lien entre l'IMC et le sentiment de rejet. Plus exactement, l'IMC est corrélé positivement avec d'une part la dimension négative du questionnaire de sentiment de rejet ($r = .30 ; p < .01$) d'autre part avec le score général du questionnaire de sentiment de rejet ($r = .41 ; p < .01$).

Il a également été observé que l'estime de soi des participants était liée aux émotions négatives suscitées par le questionnaire de sentiment de rejet ($r = -.21 ; p < .01$). Ainsi, plus les participants déclarent ressentir des émotions négatives du fait du sentiment de rejet, moins bonne est leur estime de soi.

Le sentiment d'auto-efficacité est lié positivement avec la dimension positive du questionnaire de sentiment de rejet ($r = .18 ; p < .05$). Plus les participants déclarent vivre des situations d'acceptation sociale, plus leur sentiment d'auto-efficacité est élevé.

Le niveau de préoccupation corporelle est lié au sentiment de rejet. Plus exactement, plus le niveau de préoccupation corporelle augmente, plus les participants se sentent rejetés socialement ($r_{Dimension\ négative} = .27 ; p < .01 ; r_{Sentiment\ de\ rejet} = .43 ; p < .01$) et plus ils déclarent ressentir des émotions négatives du fait du sentiment de rejet ($r = .46 ; p < .01$).

Tableau 25

Analyse des corrélations inter échelles

	IMC	Estime de soi	Sentiments s'auto efficacité	Body Shape Questionnaire	Peur du jugement négatif d'autrui
Auto-stigmatisation positive			.18* (N = 143)		-.19* (N = 143)
Auto-stigmatisation négative	.30** (N = 140)			.27** (N = 143)	
Emotion positive					
Emotion négative		-.21** (N = 140)		.46** (N = 140)	.50** (N = 140)
Score du sentiment de rejet	.41** (N = 140)			.43** (N = 143)	.38** (N = 143)

Légende :
« Min » signifie minimum. « Max » signifie maximum. « **M** » signifie moyenne. « *SD* » signifie écart-type.

2.4.2.3.2 Corrélation entre les échelles et le questionnaire d'auto-stigmatisation lors du re-test

L'ensemble des corrélations observées sont présentées dans le tableau 26. On observe que l'IMC est corrélé positivement avec les émotions positives en lien avec le sentiment d'acceptation ($r = .19 ; p < .05$). Ainsi, plus les participants sont corpulents, plus ils éprouvent des émotions positives du fait d'être acceptés. On observe en parallèle que l'estime de soi est

corrélée négativement avec les émotions positives en lien avec le sentiment d'acceptation. Ainsi, les participants déclarant avoir des émotions 0positives vis à vis du sentiment d'acceptation, sont ceux ayant l'estime de soi la plus faible. Ce résultat peut s'expliquer par le fait que les participants qui éprouvent la nécessité de valoriser leurs expériences d'acceptation sociale, ainsi que les émotions accompagnant ces expériences, sont ceux qui généralement se sentent rejetés. Cette observation peut être comprise à travers la corrélation observée entre l'estime de soi et le score général du sentiment de rejet. En effet, il a été observé, que plus les participants avaient une faible estime de soi, plus ils se sentaient rejetés par les autres ($r = -.33 ; p < .05$). Notons également que l'estime de soi est liée négativement avec les émotions négatives liées au sentiment de rejet ($r = -.26 ; p < .01$). Ainsi, plus les participants déclarent se sentir affectés par le rejet des autres, moins bonne est leur estime de soi.

On observe également que le niveau d'insatisfaction corporelle est lié positivement avec la fréquence de situation de rejet ($r = .31 ; p < .01$) et le score général du sentiment de rejet ($r = .54 ; p < .01$). Ainsi, plus les participants se sentent rejetés, plus ils sont insatisfaits de leur corps. De plus, les émotions négatives liées au sentiment de rejet semblent également liées au niveau de préoccupation corporelle ($r = .50 ; p < .01$). Ainsi, plus les participants manifestent des émotions négatives liées au sentiment de rejet et plus ils déclarent un niveau élevé de préoccupation corporelle.

Notons que la peur du jugement négatif d'autrui est liée positivement avec les émotions négatives liées au sentiment de rejet ($r = .43 ; p <.01$) et avec le score général du sentiment de rejet ($r = .40 ; p < .01$). Ainsi, plus les participants se sentent rejetés par autrui, plus ils craignent le jugement négatif d'autrui.

Tableau 26

Analyse des corrélations inter échelles

	IMC	Estime de soi	Sentiments s'auto efficacité	Body Shape Questionnaire	Peur du jugement négatif d'autrui
Auto-stigmatisation positive					
Auto-stigmatisation négative				.31** (N = 124)	
Emotion positive	.19* (N = 120)				
Emotion négative		-.26** (N = 124)		.50** (N = 124)	.43** (N =122)
Score du sentiment de rejet		-.33** (N = 124)		.54 (N = 124)	.40** (N = 123)

Légende :
« Min » signifie minimum. « Max » signifie maximum. « **M** » signifie moyenne. « *SD* » signifie écart-type.

2.4.2.4 Conclusion validité convergente

Les résultats de la seconde passation nous ont permis de conclure à la validité convergente et divergente du questionnaire d'auto-stigmatisation. Ce questionnaire a été corrélé avec les échelles d'estime de soi sociale, de satisfaction de la vie et de monitorage de soi.

La validité convergente

Les analyses de corrélations ont montré que le sentiment d'acceptation sociale du questionnaire d'auto-stigmatisation était lié au sentiment de compétences sociales et au sentiment d'acceptation sociale du questionnaire d'estime de soi sociale. Ces résultats sont en adéquation avec l'objectif de départ et cohérents, puisque l'un des objets de notre questionnaire, mesuré par la dimension « *sentiment d'acceptation* », était l'une des dimensions de l'estime de soi sociale. Nous avons pu conclure que notre questionnaire était en

accord avec les observations faites lors de la première partie de cette étude (cf., Etude 2.1, page 133), mais aussi aux yeux de la littérature sur le sentiment d'auto-stigmatisation.

Les analyses de corrélations ont également montré que le sentiment d'acceptation sociale était corrélé avec la satisfaction de vie. Ces résultats sont en concordance avec l'objet de notre recherche, puisque le score à l'échelle de satisfaction de vie a indiqué une vision subjective positive de la vie des individus en général.

Nous avons observé que les émotions liées au sentiment d'acceptation sociale étaient également corrélées positivement avec l'estime de soi sociale et la satisfaction de la vie. Ces résultats nous ont montré que les émotions associées aux items étaient bien appropriées avec notre questionnaire, puisqu'elles évaluaient le niveau émotionnel de la situation vécue et donnaient ainsi une indication sur l'intensité du vécu par rapport à la situation proposée

Il faut également préciser que le sentiment de rejet impliquait une plus forte insatisfaction corporelle et un plus fort jugement négatif d'autrui. Ces résultats sont en adéquation l'ambition de ce travail.

La validité divergente.

Le sentiment de rejet, et les émotions qui lui sont associées, sont corrélés négativement avec l'estime de soi sociale et la satisfaction de la vie. Nous pouvons dire que la dimension négative du questionnaire d'auto-stigmatisation s'oppose à l'estime de soi sociale positive et à la satisfaction de vie. Ces résultats sont appuyés par un lien négatif observé entre l'estime de soi et le sentiment de rejet. Nous pouvons également en conclure de la pertinence d'utiliser une échelle d'auto-stigmatisation bi-factorielle.

Notons que le sentiment de rejet est lié négativement à l'estime de soi. Ainsi, les participants ayant un fort sentiment de rejet semblent avoir une faible estime de soi.

Conclusion de l'Etude 2

L'objectif initial de ces séries d'études (cf., Etudes 2.1 à 2.4, pages 133 à 201) était de mesurer la validité de notre questionnaire, afin de pouvoir l'utiliser pour la suite de notre programme de recherche.

Nous avons observé que le questionnaire possédait une bonne validité de construit, aussi bien dans la première passation que dans la seconde et cela aussi bien lors des phases de tests, que des phases de re-test. Il nous est donc possible de conclure que notre questionnaire d'auto-stigmatisation mesure bien deux dimensions de l'auto-stigmatisation : une dimension positive, se référant au sentiment d'acceptation par autrui et une dimension négative, se référant au sentiment de rejet par autrui. Rappelons que ce questionnaire décrit la façon dont chaque individu pense qu'autrui le perçoit et il est associé à des émotions (i.e., une affirmation dite positive est suivie d'émotions positives : joie, calme et fierté ; alors qu'une affirmation négative est suivie d'émotions négatives : tristesse, colère et honte).

D'un point de vue général, les analyses ont révélé une bonne validité de construit, une bonne fiabilité, ainsi qu'une consistance satisfaisante. Le questionnaire a également été corrélé avec une échelle d'estime de soi, de satisfaction de vie et de monitorage de soi.

Nous avons pu observer que ce questionnaire répondait bien aux exigences de la corrélation aux différentes échelles. En effet, les dimensions positives du questionnaire sont bien liées positivement avec les échelles à valeur positive et les dimensions négatives sont, quant à elles, liées négativement avec les échelles à valeurs positives. Nous avons également observé que notre questionnaire n'avait pas de lien avec l'échelle de monitorage de soi. Ce

résultat implique donc que le sentiment de rejet ou d'acceptation vis-à-vis d'autrui n'est pas une forme d'exercice ou d'aptitude au contrôle de l'image de soi, en fonction des situations sociales.

A travers la construction et la validation du questionnaire de sentiment de rejet lié au poids, nous avons pu confirmer les observations faites dans la littérature. Ainsi, nous avons pu observer, d'une part, que les personnes obèses témoignent d'un grand nombre de situation de rejet et ce, même en France et d'autre part, que ces situations de rejet font ressentir aux individus qui en sont victimes, une gamme d'émotions négatives. Aussi, reste-t-il à savoir si la technique d'auto-affirmation choisie a permis de contrer les émotions négatives associées aux situations de rejet vécues. Nous nous sommes proposé d'aborder ce thème dans la partie suivante.

Partie 3 - Etude du protocole d'auto-affirmation

Rappelons que l'auto-affirmation est une stratégie de coping dans laquelle l'individu centre ses cognitions sur ses aspects positifs (Steele & Liu, 1983). Le protocole développé par Napper, Harris et Epton (2009) a permis de mettre en évidence les apports de l'auto-affirmation concernant l'acceptation de messages de prévention dans le domaine de la santé. L'avantage de ce protocole est qu'il permet de diminuer les mécanismes de défenses des individus face à un message de prévention. L'auto-affirmation participe à la modification de l'intention comportementale, entraîne une diminution partielle, quoique non durable, du comportement tabagique (Harris *et al.*, 2007) et augmente la consommation de fruits et légumes (Epton & Harris, 2008). On relève enfin que l'auto-affirmation reste temporaire dans ses effets et qu'ils dépendent également de l'importance subjective que les individus donnent aux comportements étudiés.

L'objectif de cette dernière partie de notre travail de thèse est d'étudier le protocole d'auto-affirmation mis au point par Napper, Harris et Epton (2009), dans un nouveau contexte encore non exploré : l'image de soi. En effet, comme décrit ci-avant, l'auto-affirmation a un effet significatif sur l'acceptation des messages préventifs dans le domaine de la santé. Néanmoins, il n'existe à ce jour, d'après nos connaissances, aucune étude ayant tenté de mettre en lien l'auto-affirmation et plus exactement le protocole mis au point par Napper, Harris, & Epton (2009), et des mesures de l'image de soi. En effet, beaucoup d'auteurs ont avancé l'idée selon laquelle l'auto-affirmation permettrait une diminution des mécanismes de défense face aux messages de prévention (Epton & Harris, 2008 ; Jaremka *et al.*, 2011), mais

aucun, à notre connaissance n'a répondu à la question suivante : l'auto-affirmation pourrait-elle permettre de rehausser l'image de soi ? Dans le cas des personnes obèses, il conviendrait en effet, selon la littérature, de leur permettre de mettre à distance tant l'image sociale négative véhiculée par nos sociétés modernes, que l'image dépréciative qu'elles ont d'elles-mêmes. Il s'agirait en ce sens de leurs permettre de distinguer ce qu'elles pensent d'elles-mêmes et ce qu'elles perçoivent de la discrimination de l'obésité, à laquelle elles sont confrontées. Aussi, notre objectif est de les aider à créer une immunité cognitive chez les personnes obèses. C'est-à-dire, dans les termes de Crocker (1999), d'aider les personnes obèses à opérer une différenciation entre leur identité personnelle et leur identité sociale. De nombreuses études ont montré que les individus obèses s'auto-dépréciaient du fait de leur identification et plus précisément de leur intériorisation du stéréotype de l'obésité (Hebl *et al.*, 2009 ; Klaczynski *et al.*, 2004 ; Schafer & Ferraro, 2011). Ainsi, la question qui orientera ce chapitre est la suivante : le protocole d'auto-affirmation mis au point par Napper, Harris et Epton (2009), permet-t-il d'opérer une différenciation entre leur identité personnelle et leur identité sociale en augmentant leur immunité cognitive ?

Afin de pouvoir explorer ce protocole, dans son intégralité, quatre étapes d'analyses ont été nécessaires. Ces étapes étaient les suivantes : 1) exploration des mesures contrôles du protocole d'auto-affirmation ; 2) exploration des effets du protocole d'auto-affirmation sur des mesures d'attitudes, d'identification, de sentiment de rejet et de niveau de préoccupation corporelle des personnes obèses ; 3) analyse de la condition contrôle (i.e., condition Zinedine Zidane) et de son impact sur les mesures d'attitudes, d'identification, de sentiment de rejet et de niveau de préoccupation des personnes obèses ; 4) analyse des liens entre attitudes, identification et sentiment de rejet des personnes obèses en fonction des conditions d'auto-affirmation testées.

Méthode

Notre étude se déroulait en deux temps. Dans un premier temps, 491 participants ont rempli un ensemble de mesures. Les mesures étaient les suivantes : attitude envers le groupe des personnes obèses, l'identification au groupe des personnes obèses, le niveau de préoccupation corporelle et le sentiment de rejet lié au poids. Dans un second temps, une semaine plus tard, les participants étaient soumis à une condition du protocole d'auto-affirmation. Un premier groupe était auto-affirmé, un second groupe remplissait une tâche sur Zinedine Zidane et enfin un troisième groupe remplissait une tâche de rappel d'itinéraire quotidien. Suite à ces différentes amorces l'ensemble des participants répondait de nouveau aux mesures d'attitude, d'identification, de préoccupation corporelle et de sentiment de rejet. La procédure était la suivante.

Participants

Quatre-cent-quatre-vingt-onze participants ont pris part à la première étape (test).

Deux cents trente-huit participants issus des 491 de départ ont participé à la deuxième phase de l'étude (soit 48.47% de l'effectif initial). Ils étaient âgés de 17 à 75 ans (M = 32.01 ; *E.T.* = 10.59). Leur IMC moyen était de 27.23 (*E.T.* = 8.68). Etaient exclus les participants n'ayant pas indiqué leurs âge, sexe, poids et taille, ceux n'ayant participé qu'au premier temps de l'étude, ou ceux ayant participé aux deux temps de l'étude, mais ayant remplis moins de trois des quatre scores aux questionnaires. De plus, l'étude portant sur la population obèse, les protocoles des participants en sous poids et en surpoids ont été retirés de l'étude. Aussi avons-nous conservé uniquement les protocoles des participants normo-pondérés (i.e., ayant un IMC

compri sentre 18.5 et 24.9) et de ceux en situation d'obésité (i.e., ayant un IMC supérieur ou égal à 30) (cf., Tableau 27).

Tableau 27

Description de la population

Condition	Statut pondéral	Genre		IMC	Age
				M *(SD)*	**M** *(SD)*
AA	Normo-pondéré	Homme	20	**22.60** (*1.70*)	**37.60** (*7.90*)
		Femme	20	**21.20** (*1.75*)	**32.87** (*9.30*)
	Obèse	Homme	16	**36.06** (*6.19*)	**36.29** (*14.30*)
		Femme	20	**36.19** (*7.00*)	**33.24** (*11.16*)
SAA	Normo-pondéré	Homme	21	**21.36** (*1.68*)	**31.42** (*6.99*)
		Femme	21	**22.11** (*1.45*)	**34.91** (*10.19*)
	Obèse	Homme	20	**36.25** (*6.64*)	**27.88** (*11.60*)
		Femme	22	**39.55** (*7.83*)	**34.70** (*11.98*)
Contrôle	Normo-pondéré	Homme	20	**21.67** (*1.65*)	**31.14** (*6.87*)
		Femme	20	**20.22** (*.88*)	**24.05** (*2.59*)
	Obèse	Homme	17	**36.30** (*5.36*)	**34.75** (*17.27*)
		Femme	21	**36.95** (*7.45*)	**29.86** (*10.97*)

Légende :
« AA » signifie condition d'auto-affirmation. « SAA » signifie condition contrôle Zidane. « Contrôle » signifie condition sans auto-affirmation. « **M** » signifie moyenne. « *SD* » signifie écart-type.

Matériel

Protocole d'auto-affirmation

Le protocole d'auto-affirmation mis en place par Napper, Harris et Epton (2009) comprend trois étapes.

Dans un premier temps, les participants auto-affirmés remplissaient une échelle de valeurs positives auto-centrées (cf., Annexe 6.2, page 399) (e.g., « *L'un de mes points forts est d'être capable de construire mes propres idées et de les mener à bien* », « *Mes ami(e)s*

valorisent ma qualité de jugement », etc.), alors que les participants du groupe contrôle remplissaient la même échelle de valeurs, centrée sur Zinedine Zidane (e.g., *« L'un de ses points forts est d'être capable de construire ses propres idées et de les mener à bien »*, *« Ses ami(e)s valorisent sa qualité de jugement »*, etc.).

Dans un second temps, les participants auto-affirmés devaient rédiger un court essai sur un trait de caractère qu'ils considéraient important ; les participants du groupe contrôle devaient, quant à eux, décrire un chemin emprunté chaque matin, en tentant de se remémorer le maximum de détails.

Après cette tâche d'induction, des questions de contrôle de l'induction de l'auto-affirmation étaient données à tous les sujets. Afin de mesurer l'efficacité de la tâche d'auto-affirmation, trois groupes de mesures ont été construits par les auteurs (Napper, Harris & Epton, 2009).

Le premier groupe de mesure tente de mieux cerner les apports de la tâche quant au regard sur soi. Aussi, trois questions constituent ce groupe : 1) *« La tâche me fait penser à - Mes aspects négatifs - Mes aspects positifs* » - (sur une échelle en sept points allant de -3 à 3), sept couples sont ainsi présentés ; 2) « *La tâche me fait me sentir - Bête - Intelligent* » (sur une échelle en sept points allant de -3 à 3), sept couples ont été ainsi présentés ; 3) « *La tâche m'a ouvert les yeux sur - Mon entourage »* (sur une échelle en sept points allant de 1 : « *Pas du tout d'accord* » à 7 : « *Tout à fait d'accord* »), quatre propositions ont été présentées.

Le second groupe de questions se compose de deux étapes. Dans une première étape, il est demandé aux participants de répondre à la question : « *Comment vous sentez-vous vis-à-vis de vous-même ? »* (échelle de type Likert en 6 points allant de 0 : « *Mal* » à 5 : « *Très bien* »). Cette première mesure a été utilisée par Cohen, Aronson, et Steele, (2000) et Sherman, Nelson, et Steele (2000). Suite à cette question, dans une seconde étape, il est

demandé aux participants de déterminer parmi une liste d'adjectifs (huit adjectifs ont été présentés), l'humeur qui leur correspond mieux : « *Indiquez s'il vous plaît en entourant la réponse appropriée, dans quelle mesure les mots suivants décrivent ce que vous ressentez actuellement. – Heureux(se), Tendu(e), Triste, Fatigué(e), Déprimé(e), Calme, Exalté(e), Energique* » (échelle allant de 0 : « *Ne correspond définitivement pas à mes sentiments actuels* », à+3: « *Correspond définitivement à mes sentiments actuels* »). Cette seconde mesure est issue de la Mood Adjective Checklist (Raghunathan & Trope, 2002) et réadaptée par Napper, Harris et Epton (2009) pour mesurer les effets de l'auto-affirmation sur l'humeur.

Le troisième groupe de questions se compose d'une question permettant d'évaluer l'estime de soi : « *J'ai une haute estime de moi-même* » (échelles de type Likert en 6 points, allant de 0 : « *Pas tout à fait vrai pour moi* », à 5 : « *Tout à fait vrai pour moi* »). Cet item est tiré des travaux de Robins, Hendin, et Trzesniewski (2001) qui ont mis en évidence l'usage d'un item comme mesure valide de l'Estime de soi de (Rosenberg, 1965).

Dans la condition Zinedine Zidane, une série de questions portait sur le niveau d'information des participants quant à l'actualité et leur exposition aux médias (cf., Annexe 6.3, page 404) (lecture de magasine, heures passées devant la télé, etc.) et à trois questions relatives à leurs connaissances de Zinedine Zidane (« *A quel point êtes-vous confiant de l'exactitude de votre jugement sur Zinedine Zidane ?* », « *A quel point est-il facile pour vous d'établir un jugement sur le caractère de Zinedine Zidane ?* », etc.).

Afin de pouvoir mieux cerner la condition contrôle Zinedine Zidane, une condition sans auto-affirmation a été créée par nos soins (cf., Annexe 6.4, page 411). Les participants de cette condition réalisaient une tâche de rappel d'itinéraire quotidien et répondaient aux questions contrôle de la tâche d'auto-affirmation.

Tableau 28

Récapitulatif des groupes d'items constituants les mesures contrôles de l'auto-affirmation

Groupes d'items	Mesure	Exemple d'items	Alpha observé dans la littérature	Alpha calculé sur population
Groupe 1	Regard sur soi	La tâche me fait penser à	.74	.90
		La tâche me fait me sentir	.82	.87
		La tâche m'a ouvert les yeux sur	.74	.89
Groupe 2	Sentiment vis-à-vis de soi et Humeur	Comment vous sentez-vous vis-à-vis de vous-même ?		
		Dans quelle mesure les mots suivant décrivent ce que vous ressentez actuellement. – Heureux(se), etc.		.63
Groupe 3	Estime de soi	J'ai une haute estime de moi-même		

Attitudes Towards Obeses People (ATOP)

Le questionnaire de l'ATOP (Allison, Basile, & Yuker, 1991) est une mesure d'attitude envers les personnes obèses (« *La plupart des personnes obèses pensent qu'elles ne sont pas aussi bien que les autres* », « *Les personnes obèses sont tout autant joyeuses que les personnes non obèses* »). L'ATOP est constitué de 20 items, dont les réponses étaient présentées sous forme d'échelle de type Lickert allant de -3 (« *Fortement en désaccord* ») à +3 (« *Fortement d'accord* ») (Alpha de Cronbach calculé = .75 ; Alpha de Cronbach observé dans la littérature = .84).

Ce questionnaire a donc pour objectif de déterminer quelles sont les attitudes des individus envers le groupe des personnes obèses. Il permet de déterminer les niveaux (haut ou bas) de préjugés. Plus le score à ce questionnaire est élevé, plus les individus ont des préjugés envers le groupe des personnes obèses.

Questionnaire d'auto-stigmatisation

Le questionnaire d'auto-stigmatisation a été réalisé en tenant compte de la littérature liée au stéréotype de l'obésité, ainsi que de témoignages d'individus obèses (cf., Etude 2.1, page 133). Il se compose de 8 items (« *J'ai des difficultés à trouver des vêtements à ma taille* », « *Mes proches m'acceptent tel(le) que je suis* », etc.), dont 2 de remplissage. Les participants devaient indiquer (sur une échelle de type Likert allant de 1 : « *Ne me correspond pas du tout* », à 7 : « *Me correspond tout à fait* », si les situations proposées correspondaient à des évènements de leur vie. Par la suite, il était demandé aux participants de préciser le vécu émotionnel ressenti pour chacune de ces situations. Les participants devaient déterminer sur une échelle de type Likert allant de 1 (« *pas du tout* ») à 7 (« *totalement* ») les degrés de tristesse, de colère et de honte que les situations leur évoquaient. Les individus n'ayant pas vécu les situations citées, devaient s'imaginer ce que l'on peut ressentir dans de telles situations (Alpha de Cronbach calculé = .86).

Notons que trois scores peuvent être obtenus à partir de ce questionnaire : un score général du sentiment de rejet, lui-même composé des deux sous-scores : a) sentiment d'acceptation ; et (b) sentiment de rejet.

Plus le score à ce questionnaire est élevé, plus le sentiment d'être rejeté par les autres est important. Il a été montré ci-avant dans ce travail de recherche, que ce questionnaire possèdait une bonne cohérence interne ainsi qu'une bonne fiabilité.

Questionnaire d'identification au groupe des personnes obèses

Le questionnaire d'identification au groupe des personnes obèses est une adaptation du questionnaire d'identification au genre de Branscombe, Owen et Kobrynowicz (1993). La mesure d'identification porte sur le groupe des personnes obèses et se substitue à la mesure

d'identification au groupe de genre. Exemple de substitution pour l'item 2 : « *J'accorde de la valeur au fait d'être une fille* », devient « *J'accorde de la valeur au fait d'être obèse* ».

Le questionnaire se compose de 20 items (« *Je suis un(e) bon(ne) représentant(e) du groupe des obèses* », etc.). Les sujets répondent sur une échelle de Likert en 5 points (1 = « *Pas du tout d'accord* » à 5 = « *Tout à fait d'accord* ») (Alpha de Cronbach calculé = .82).

Plus le score à ce questionnaire est élevé, plus les individus s'identifient au groupe des personnes obèses.

Body Shape Questionnaire (BSQ)

Ce questionnaire a été décrit dans la méthode de l'étude 2.4.2 (page 191).

Procédure

Les participants étaient contactés par l'expérimentatrice via un forum, où un message d'appel à participation était posté, ainsi que les liens internet de l'étude. Ils pouvaient également être contactés par courriel ; dans ce cas, l'expérimentatrice envoyait un courriel explicatif, suivi des liens internet de l'étude. Il était expliqué à chaque participant que deux liens étaient disponibles.

L'expérimentation se déroulait en deux temps. Dans un premier temps, les participants se connectaient à un premier lien internet qui leur était communiqué par courriel (cf., Annexe 6.1, page 389). Ils donnaient leur consentement pour participer à l'étude et remplissaient l'ensemble des questionnaires. Dans un second temps, une semaine après la première connexion, les participants se connectaient à un second lien qui leur avait été également communiqué par messagerie. Ils étaient alors soumis au protocole d'auto-affirmation

(condition auto-affirmation vs. condition contrôle Zidane vs. sans auto-affirmation), suivi de l'ensemble des questionnaires.

Nous avons donc recueilli des mesures sur l'ensemble des échelles, à deux reprises, le protocole d'auto-affirmation (ou la condition Zidane, ou le protocole sans auto-affirmation) séparant les séquences de mesures (Napper, Harris & Epton, 2009).

Etude 3.1 - Analyse des mesures contrôles du protocole d'auto-affirmation de Napper, Harris et Epton (2009).

3.1.1 Objectif et Hypothèses

Dans cette première étude, nous avons testé l'efficacité du protocole d'auto-affirmation en fonction de plusieurs variables : le genre et le statut pondéral des participants.

Le protocole d'auto-affirmation validé par Napper, Harris et Epton (2009) a montré son efficacité sur trois groupes de mesures contrôles, validés par ces mêmes auteurs. De plus, la littérature a montré que l'obésité pouvait affecter l'image de soi. Ainsi, les personnes obèses auraient une plus faible estime de soi, une image de soi détériorée et un fort sentiment de dépression (Appelhans *et al.*, 2012 ; Crocker, 1999 ; Crocker *et al.*, 1993 ; de Wit *et al.*, 2010 ; Klaczynski *et al.*, 2004 ; Lewis *et al.*, 2011 ; O'Dea, 2006).

H1 : Effets du protocole d'auto-affirmation sur les mesures contrôles du protocole d'auto-affirmation.

Notre première hypothèse était que les participants auto-affirmés devaient avoir des scores plus positifs aux mesures contrôles de l'auto-affirmation (i.e., comparativement aux conditions Zidane et sans auto-affirmation) et ce, indépendamment du genre des participants.

H2 : Effets du statut pondéral des participants sur les mesures contrôles du protocole d'auto-affirmation.

Notre seconde hypothèse était donc que les participants normo-pondérés devaient toujours avoir des scores plus positifs que les participants obèses sur les mesures contrôles de l'auto-affirmation et ce, indépendamment des conditions expérimentales (i.e., auto-affirmation vs. Zidane vs. sans auto-affirmation).

3.1.2 Analyse de données

Des analyses de variances univariées ont été réalisées séparément sur chacune des questions de contrôle des effets de l'auto-affirmation : (auto-affirmation vs. Zinedine Zidane vs. sans auto-affirmation), compte tenu du statut pondéral (normo-pondéré vs. obèse) et du genre (homme vs. femme). Ainsi le plan de nos analyses était le suivant : 3 (conditions d'auto-affirmation) x 2 (statut pondéral) x 2 (Genre) facteurs intersujets.

Lorsque cela s'avérait nécessaire, des tests de comparaisons de moyennes (Test-t de Student) approfondissaient les effets mis en évidence par l'analyse de variance, notamment pour ce qui est de l'effet principal. L'auto-affirmation (auto-affirmation vs. Zinedine Zidane

vs. sans auto-affirmation) et des effets d'interaction entre cette première variable, ainsi que le statut pondéral (normo-pondéré vs. obèse) et/ou le genre (homme vs. femme).

Notons que les questions n'ont pas été traitées par groupe, comme décrit ci-dessus, mais individuellement comme réalisé dans l'étude de référence (cf., Napper, Harris & Epton, 2009 – study 1).

3.1.3 Résultats

3.1.3.1 La tâche me fait penser à

On observe une influence de la condition expérimentale sur la valence des pensées provoquées par la tâche ($F(2,224) = 27.98$; $p < .05$; $\eta^2 = .20$). Notons également que la taille de l'effet (i.e., η^2) est importante. Ainsi, les participants en condition d'auto-affirmation ont des pensées plus positives (M = 1.18 ; E.T = 1.23) que les participants en condition Zidane (M = .22 ; E.T = .83 ; D = .97 ; $p < .05$) et que les participants de la condition sans auto-affirmation (M = -.04 ; E.T = 1.11 ; D = 1.23 ; $p < .05$).

Ainsi, les participants auto-affirmés, indépendamment de leur genre et de leur statut pondéral, ont pensé à des aspects positifs vis-à-vis d'eux-mêmes suite à la tâche d'auto-affirmation (cf., Figure 5).

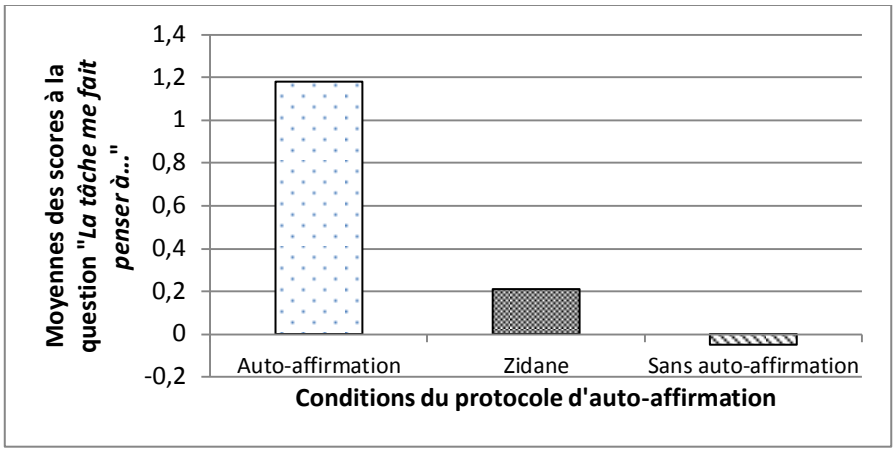


Figure 5. Effets des conditions d'auto-affirmation sur les moyennes de la mesure contrôle des aspects positifs.

3.1.3.2 La tâche me fait me sentir

On observe une influence de la condition expérimentale sur l'auto-attribution de qualités ($F(2,224) = 10.02$; $p < .05$; $\eta^2 = .08$). Notons également que la taille de l'effet (i.e., η^2) est moyenne. Ainsi, les participants en condition d'auto-affirmation se sont attribués plus d'émotions positives (M = .71 ; E.T = 1.05) que les participants en condition Zidane (M = .04 ; E.T = .77 ; D = .66 ; $p < .05$) et que les participants de la condition sans auto-affirmation (M = .08 ; E.T = 1.20 ; D = .63 ; $p < .01$).

Ainsi, l'auto-affirmation influence l'auto-attribution de qualités comparativement aux conditions contrôle Zidane et sans auto-affirmation (cf., Figure 6).

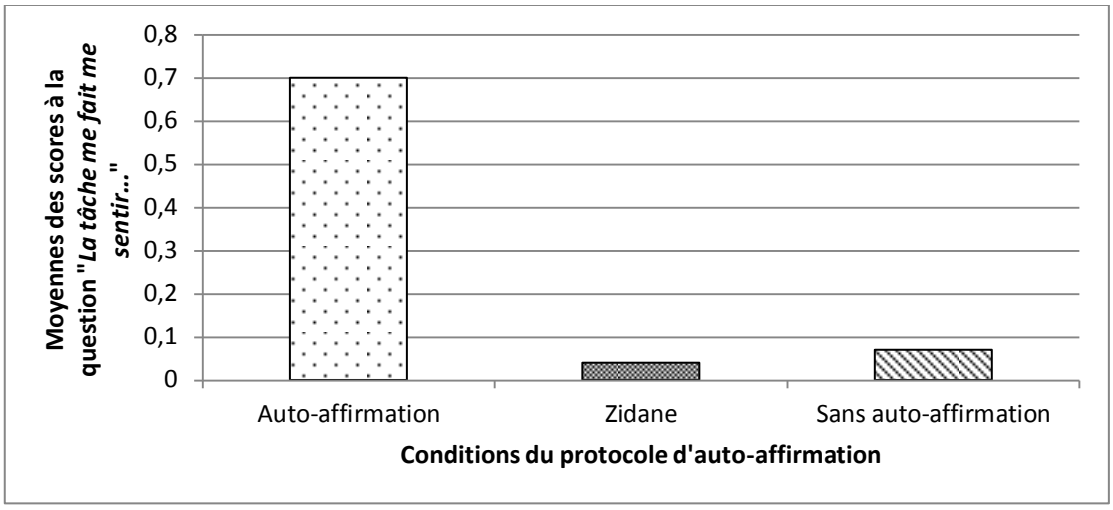


Figure 6. Effets des conditions d'auto-affirmation sur les moyennes de la mesure contrôle d'émotions suscitées par la tâche.

3.1.3.3 La tâche m'a ouvert les yeux

On observe un effet de la condition expérimentale sur la question « *la tâche m'a ouvert les yeux sur* » ($F(2,224) = 36.39$; $p < .05$; $\eta^2 = .25$). Notons également que la taille de l'effet (i.e., η^2) est importante. Les participants en condition d'auto-affirmation considèrent avoir ouvert les yeux sur des aspects plus positifs de leur vie (M = 3.53 ; E.T = 1.03) que les participants de la condition Zidane (M = 2.19 ; E.T = 1.03 ; D = 1.32 ; $p < .05$) et que les participants de la condition sans auto-affirmation (M = 2.48 ; E.T = 1.05 ; D = 1.03 ; $p < .05$) (cf., Figure 7).

On observe un effet d'interaction entre la condition expérimentale et le statut pondéral des participants sur leur réponse à la question « *la tâche m'a ouvert les yeux sur* » ($F(2,224) = 4.9$; $p < .05$; $\eta^2 = .04$) (cf., Figure 8). Notons également que la taille de l'effe (i.e., η^2) est faible.

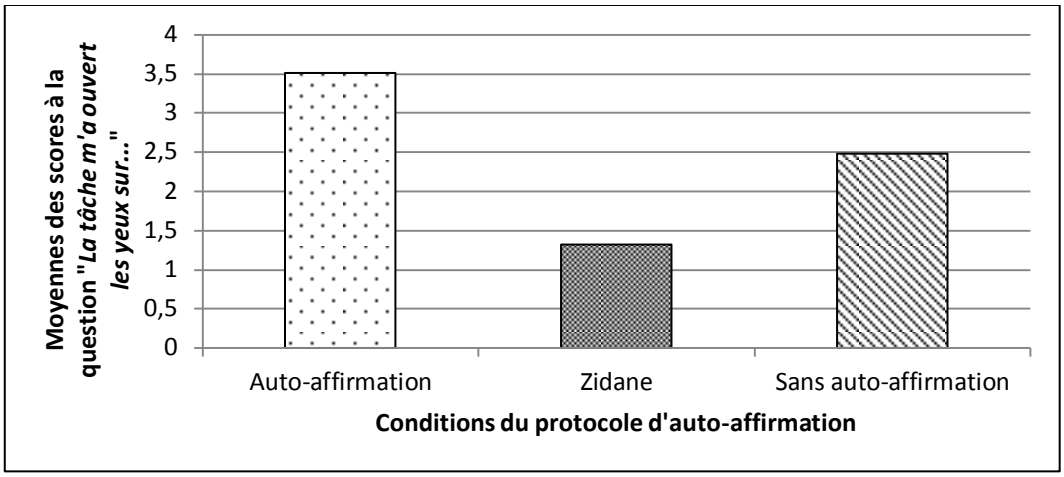


Figure 7. Effets des conditions d'auto-affirmation sur les moyennes de la mesure contrôle aspects positifs de la vie.

Les participants normo-pondérés déclarent avoir ouvert les yeux sur davantage d'aspects positifs de leurs vie en condition d'auto-affirmation (M = 3.60 ; E.T = .78), qu'en condition Zidane (M = 1.83 ; E.T = .85 ; $t(80) = 9.79$; $p < .05$), et qu'en condition sans auto-affirmation (M = 2.53 ; E.T = .99 ; $t(78) = 5.41$; $p < .05$). On observe également que les participants normo-pondérés ont davantage ouvert les yeux sur des aspects positifs de leur vie en condition sans auto-affirmation (M = 2.53 ; E.T = .99) qu'en condition Zidane (M = 1.83 ; E.T = .85 ; $t(80) = 3.4$; $p < .05$).

Les participants obèses déclarent davantage avoir ouvert les yeux sur des aspects positifs de leur vie en condition d'auto-affirmation (M = 3.44 ; E.T = 1.25) qu'en condition Zidane (M = 2.56 ; E.T = 1.07 ; $t(75) = 3.33$; $p < .05$) et qu'en condition sans auto-affirmation (M = 2.43 ; E.T = 1.12 ; $t(71) = 3.64$; $p < .05$) (cf., Figure 9).

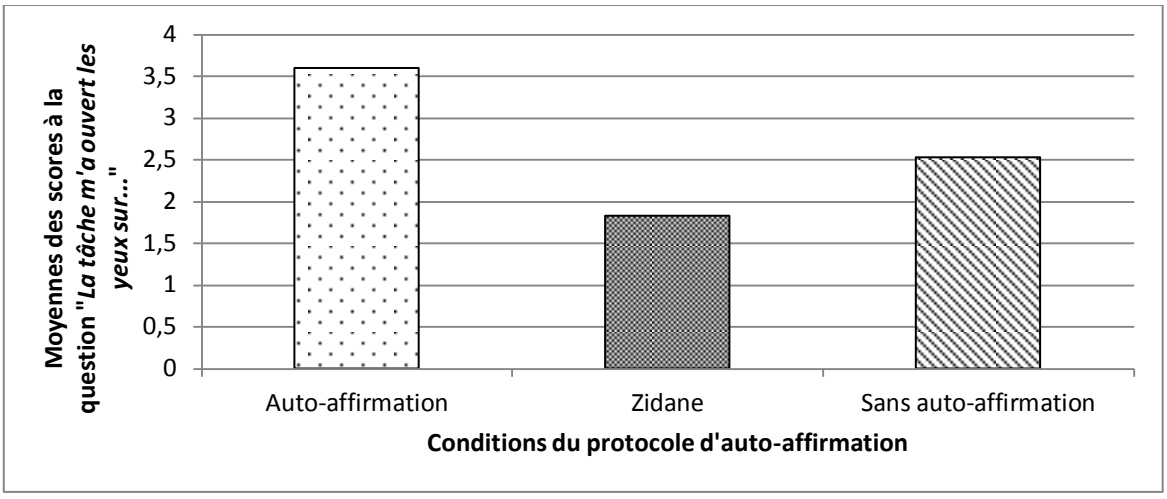


Figure 8. Effets des conditions d'auto-affirmation sur les moyennes de la mesure contrôle aspects positifs de la vie pour les participants normo-pondérés.

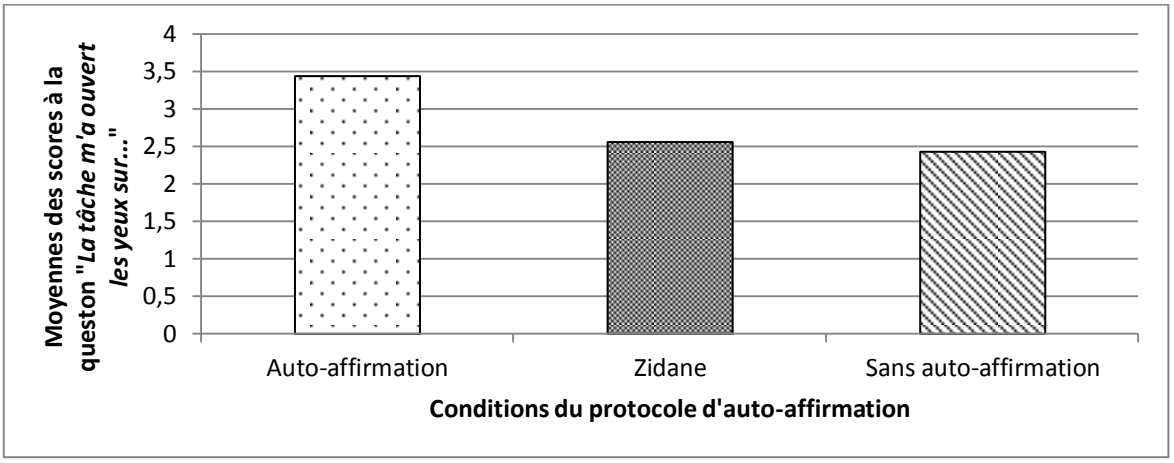


Figure 9. Effets des conditions d'auto-affirmation sur les moyennes de la mesure contrôle aspects positifs de la vie pour les participants obèses.

Dans la condition Zidane, les participants obèses déclarent avoir ouvert les yeux sur plus d'aspects positifs de leur vie (M = 2.56 ; E.T = 1.07) que les normo-pondérés (M = 1.83 ; E.T = .85 ; $t(81) = 3.42$; $p < .05$) (cf., Figure 10).

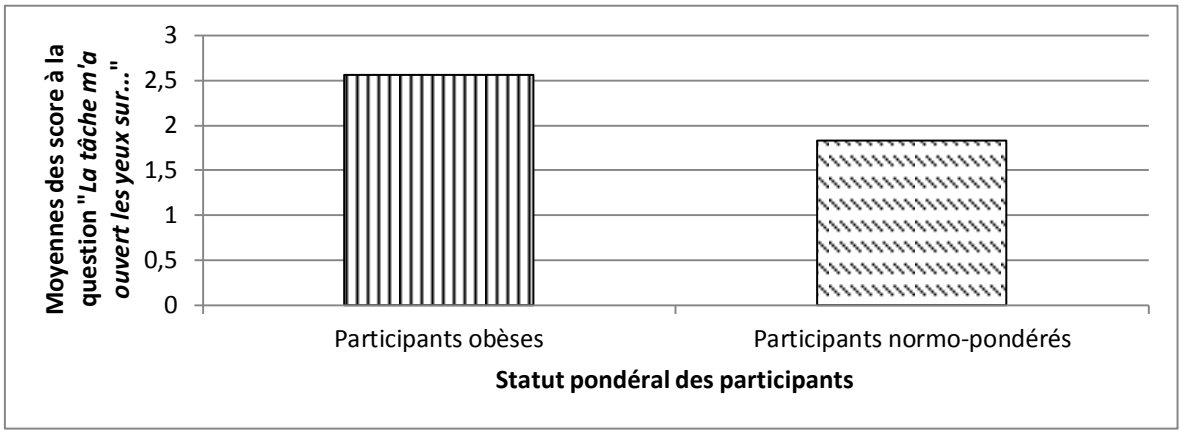


Figure 10. Effets du statut pondéral sur les moyennes de la mesure contrôle aspects positifs de la vie.

L'auto-affirmation permet d'ouvrir les yeux sur des aspects plus positifs que la condition Zidane et que la condition sans auto-affirmation. Un effet du statut pondéral confirme ce constat également pour les participants obèses et normo-pondérés. En revanche, la condition Zidane semble avoir un impact sur les participants obèses, comparativement aux participants normo-pondérés. En effet, dans cette condition, les participants obèses déclarent avoir davantage pris conscience de leurs aspects positifs de leur vie que les participants normo-pondérés.

3.1.3.4 Humeur

a. Humeur positive

On observe un effet de la condition expérimentale sur l'humeur positive, déclarée suite aux trois tâches d'auto-affirmation ($F(2,224) = 4.071$; $p < .05$; $\eta^2 = .04$). Notons également que la taille de l'effet (i.e., η^2) est faible. Ainsi, les participants auto-affirmés déclarent une humeur plus positive (M = 1.67 ; E.T = .57) que les participants de la condition Zidane (M =

1.50 ; E.T = .53 ; D = .17 ; p = .08) et que ceux de la condition sans auto-affirmation (M = 1.40 ; E.T = .75 ; D = .27 ; p < .05) (cf., Figure 11).

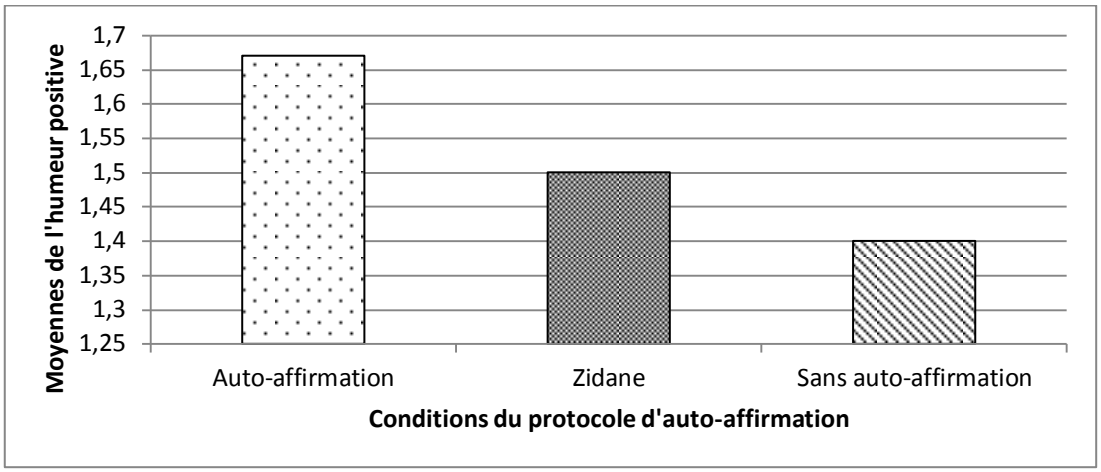


Figure 11. Effets des conditions d'auto-affirmation sur les moyennes de l'humeur positive.

On observe un effet du genre des participants sur l'humeur positive déclarée suite aux trois tâches d'auto-affirmation (F(1,224) = 14.08 ; p < .05 ; η^2 = .06). Notons également que la taille de l'effet (i.e., η^2) est moyenne. Ainsi, les hommes déclarent une humeur plus positive (M = 1.67 ; E.T = .51) que les femmes (M = 1.38 ; E.T = .69 ; D = .29 ; p < .05) (cf., Figure 12).

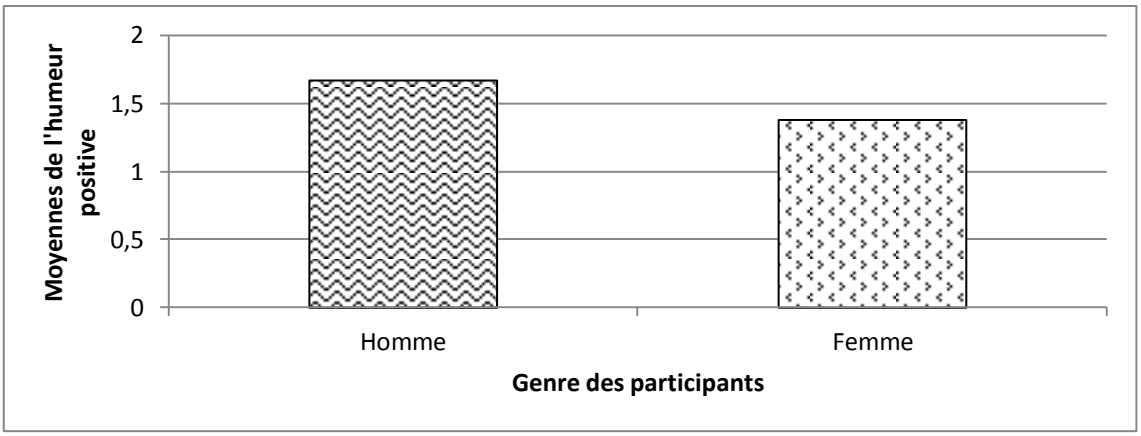


Figure 12. Effets du genre des participants sur les moyennes de l'humeur positive.

Le statut pondéral des participants et la condition expérimentale interagissent sur l'humeur positive ($F(2,224) = 5.24$; $p < .05$; $\eta^2 = .05$). Notons également que la taille de l'effet (i.e., η^2) est faible.

Les participants normo-pondérés ont une humeur plus positive dans la condition d'auto-affirmation (M = 1.75 ; E.T = .49) qu'en condition Zidane (M = 1.34 ; E.T = .54 ; $t(80) = 3.52$; $p < .05$) (cf., Figure 13).

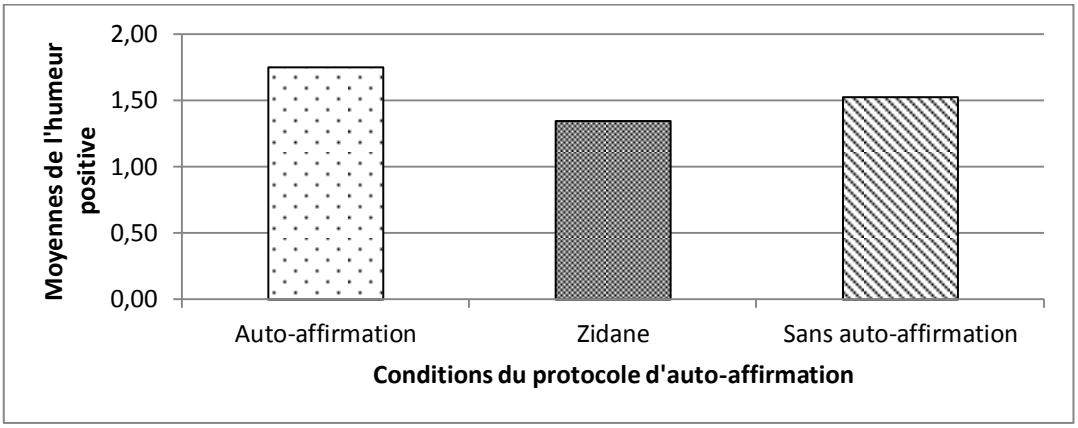


Figure 13. Effets des conditions d'auto-affirmation sur l'humeur positive des participants normo-pondérés.

Les participants obèses ont une humeur plus positive dans la condition auto-affirmation (M = 1.58 ; E.T = .65) et en condition Zidane (M = 1.66 ; E.T = .48) que dans la condition sans auto-affirmation (M = 1.24 ; E.T = .76 ; $t_{\text{Auto-Affirmation}}(71) = 2.053$; $p < .05$; $t_{\text{Zidane}}(76) = 2.91$; $p < .05$) (cf., Figure 14).

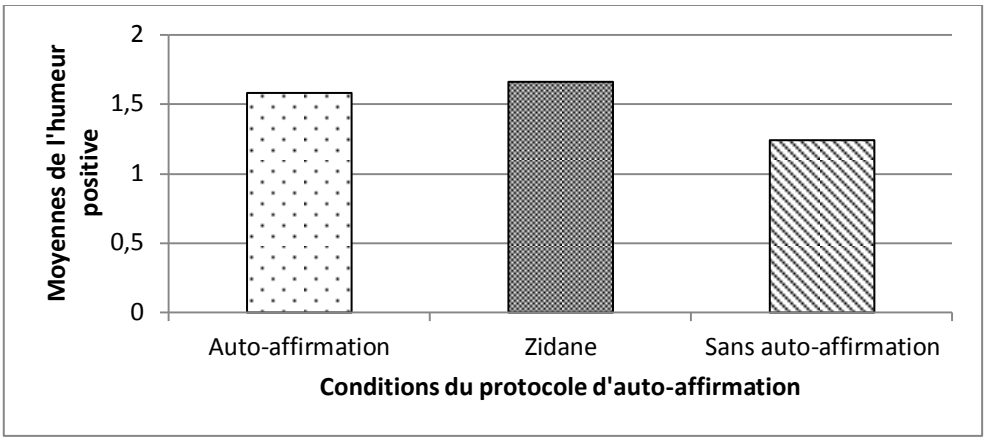


Figure 14. Effets des conditions d'auto-affirmation sur les moyennes de l'humeur positive des participants obèses.

Dans la condition Zidane, les participants obèses déclarent une humeur plus positive (M = 1.66 ; E.T = .48) que les participants normo-pondérés (M = 1.35 ; E.T = .54 ; $t(81) = 2.78$; $p < .05$) (cf., Figure 15).

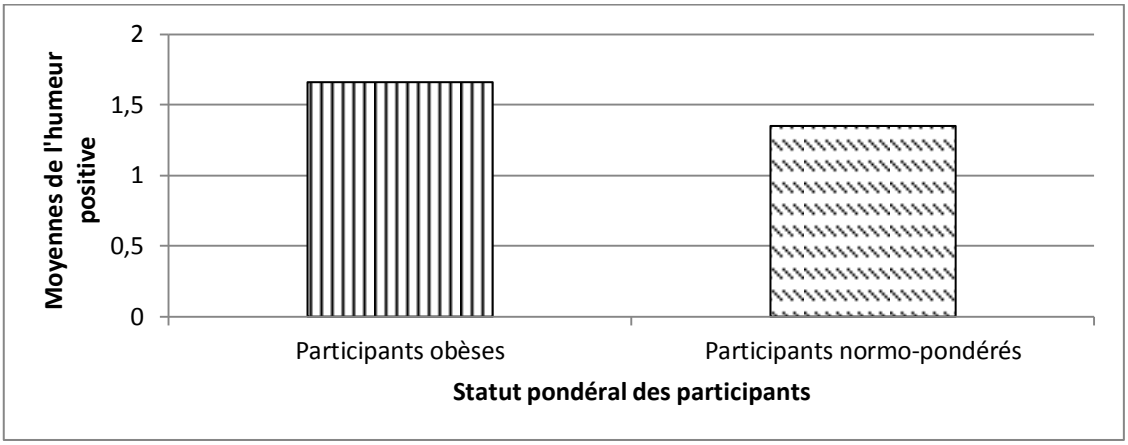


Figure 15. Effets du statut pondéral sur les moyennes de l'humeur positive des participants obèses en condition Zidane.

On observe un effet d'interaction proche du seuil de tolérance[54] du genre de participants et de la condition expérimentale sur l'humeur positive ($F(2,224) = 2.78$; $p = .06$; $\eta^2 = .02$). Notons également que la taille de l'effet (i.e., η^2) est faible.

Les femmes déclarent une humeur plus positive en condition d'auto-affirmation (M = 1.6 ; E.T = .63) qu'en condition sans auto-affirmation (M = 1.12 ; E.T = .81 ; $t(79) = 2.95$; $p < .05$) (cf., Figure 16).

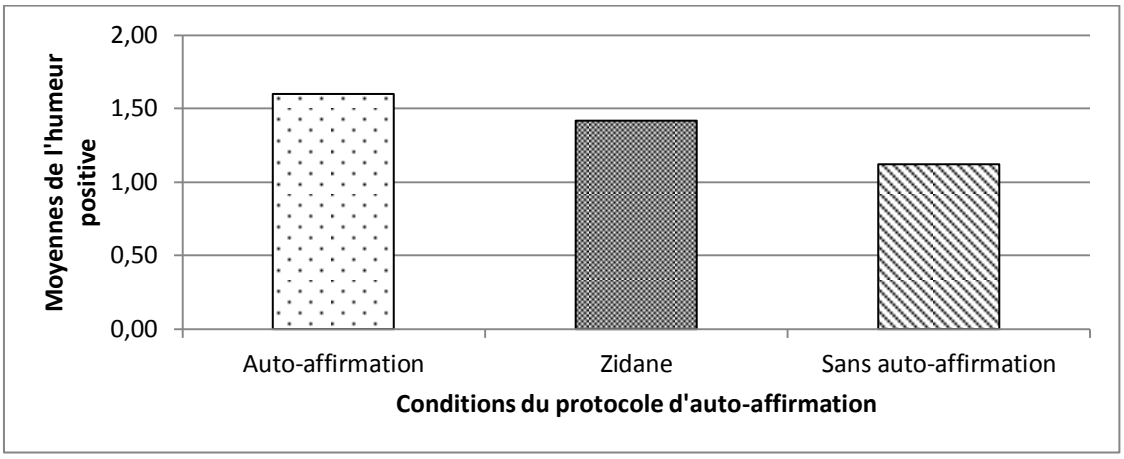


Figure 16. Effets des conditions d'auto-affirmation sur les moyennes de l'humeur positive des femmes.

En condition sans auto-affirmation, les hommes déclarent une humeur plus positive (M = 1.69 ; E.T = .53) que les femmes (M = 1.12 ; E.T = .81 ; $t(75) = 3.62$; $p < .05$) (cf., Figure 17).

[54] On entend par « *proche du seuil de tolérance* » une p-valeur supérieure à .05 et inférieure à .10.REF ????

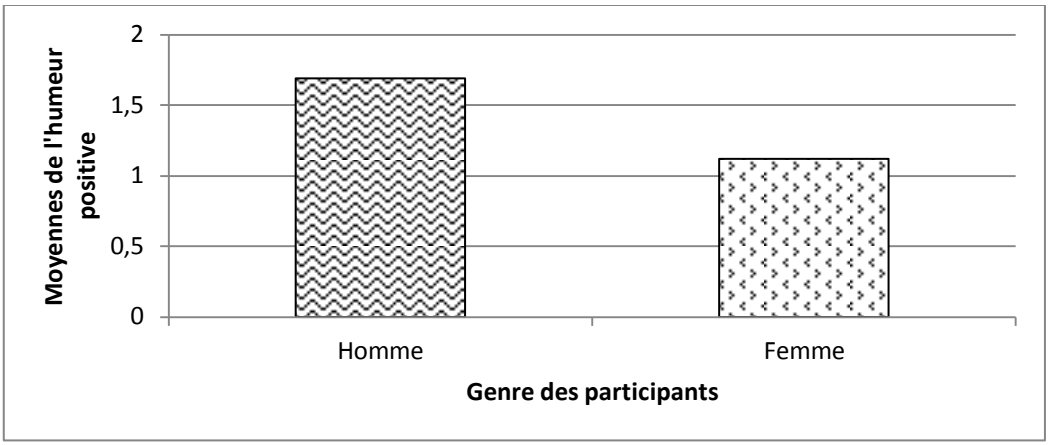


Figure 17. Effets du genre des participants sur les moyennes de l'humeur positive.

b. Humeur négative

On observe un effet de la condition expérimentale sur l'humeur négative déclarée suite aux trois tâches d'auto-affirmation ($F(2,226) = 116.05$; $p < .001$; $\eta^2 = .51$). Notons également que la taille de l'effet (i.e., η^2) est importante. Les participants auto-affirmés (M = 1.09 ; E.T = .79) et ceux de la condition sans auto-affirmation (M = 1.09 ; E.T = .87) déclarent une humeur moins négative que les participants de la condition Zidane (M = 4.90 ; E.T = 2.92 ; $D_{\text{Auto-Affirmation}} = 3.81$; $p < .001$; $D_{\text{Sans auto-affirmation}} = 3.82$; $p < .001$) (cf., Figure 18).

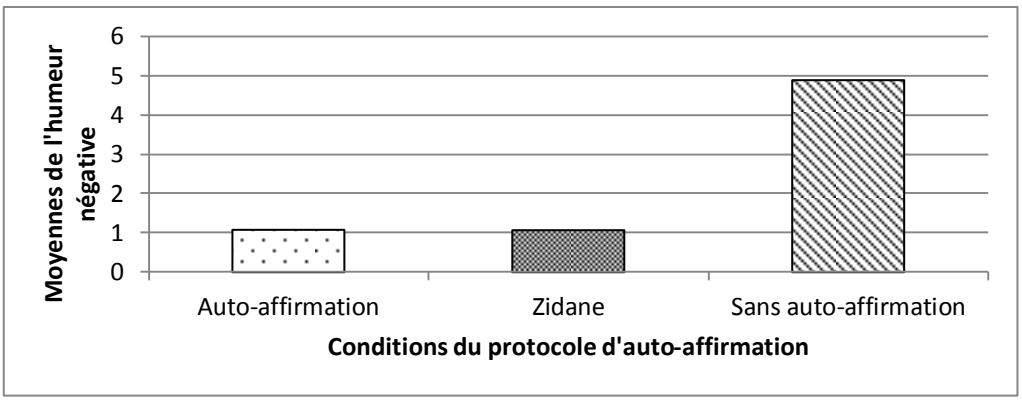


Figure 18. Effets des conditions d'auto-affirmation sur les moyennes de l'humeur négative.

On observe un effet du genre des participants sur l'humeur négative déclarée suite aux trois tâches d'auto-affirmation ($F(1,226) = 6.71$; $p < .05$; $\eta^2 = .03$). Notons également que la taille de l'effet (i.e., η²) est faible. Les femmes déclarent une humeur plus négative (M = 2.72 ; E.T = 2.80) que les hommes (M = 2.13 ; E.T = 2.33 ; D = .62 ; $p < .05$) (cf., Figure 19).

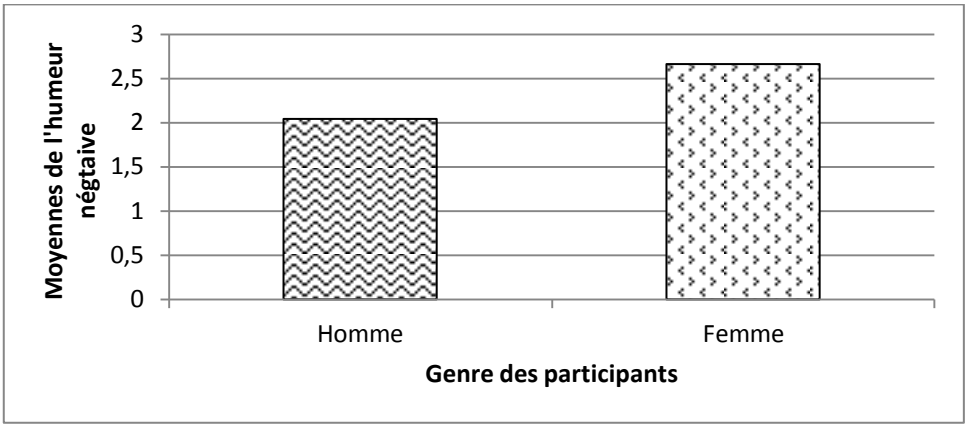


Figure 19. Effets du genre des participants sur les moyennes de l'humeur négative.

On observe un effet d'interaction proche du seuil de tolérance du genre des participants et de la condition expérimentale ($F(2,226) = 2.62$; $p = .08$; $\eta^2 = .02$) (cf., Tableau 29). Notons également que la taille de l'effet (i.e., η²) est faible.

Les hommes et les femmes déclarent une humeur plus négative en condition Zidane ($M_{Hommes} = 4.22$; $E.T_{Hommes} = 2.7$; $M_{Femmes} = 5.56$; $E.T_{Femmes} = 3$) qu'en condition d'auto-affirmation ($M_{Hommes} = 1.08$; $E.T_{Hommes} = .81$; $t_{Hommes}(75) = 6.71$; $p < .05$; $M_{Femmes} = 1.1$; $E.T_{Femmes} = .78$; $t_{Femmes}(81) = 9.11$; $p < .05$) et qu'en condition sans auto-affirmation ($M_{Hommes} = .84$; $E.T_{Hommes} = .76$; $t_{Hommes}(76) = 7.36$; $p < .05$; $M_{Femmes} = 1.32$; $E.T_{Femmes} = .91$; $t_{Femmes}(82) = 8.67$; $p < .05$).

Les femmes déclarent une humeur plus négative en condition Zidane (M = 5.56 ; E.T = 3) et en condition sans auto-affirmation (M = 1.32 ; E.T = .91) que les hommes (M_{Zidane} = 4.22 ; $E.T_{Zidane}$ =2.7 ; $t_{Zidane}(82) = 2.15$; $p < .05$; $M_{Sans\ auto\text{-}affirmation}$ = .84 ; $E.T_{Sans\ auto\text{-}affirmation}$ = .76 ; $t_{Sans\ auto\text{-}affirmation}(76) = 2.51$; $p < .05$).

Tableau 29

Moyennes et écart-types des participants sur la mesure d'humeur négative en fonction des conditions d'auto-affirmation et du genre

		AA	SAA	Contrôle
M (*SD*)	**Homme**	**1.08** (*.81*)	**4.22** (*2.7*)	**.84** (*.76*)
	Femme	**1.10** (*.78*)	**5.56** (*3*)	**1.32** (*.91*)

Légende :
« AA » Signifie Condition d'auto-affirmation. « SAA » Signifie Condition contrôle Zidane. « Contrôle » Signifie Condition sans auto-affirmation. « **M** » Signifie moyenne. « *SD* » Signifie écart-type.

Ainsi, il a été observé d'un point de vue général que l'auto-affirmation améliorait l'humeur. En effet, aussi bien dans la mesure positive que négative de l'humeur, les participants ont une humeur plus positive en condition d'auto-affirmation qu'en condition Zidane et sans auto-affirmation. Il a été également observé un effet de genre dans les mesures positives et négatives de l'humeur. Ainsi, les femmes ont une humeur plus négative que les hommes. Plus exactement, en condition Zidane et sans auto-affirmation, les femmes déclarent une humeur plus négative que les hommes. Ajoutons, que les femmes déclarent une humeur plus positive en condition d'auto-affirmation que dans la condition Zidane. C'est d'ailleurs en condition Zidane que les hommes et femmes déclarent l'humeur la plus négative par rapport aux conditions d'auto-affirmation et sans auto-affirmation. Ainsi, il est possible de conclure à la bonne efficience du protocole d'auto-affirmation sur l'humeur. En condition Zidane,

l'humeur est toujours moins positive et ce, aussi bien pour les hommes que pour les femmes, suggérant un effet spécifique aux propriétés de cette cible de comparaison qui amorcerait une humeur négative. Ce résultat ne se retrouve pas dans la condition sans auto-affirmation. Un effet d'interaction est apparu lors de nos analyses entre le statut pondéral des participants et les conditions expérimentales sur la mesure d'humeur positive. Ainsi, les participants normo-pondérés ont une humeur plus positive en condition d'auto-affirmation qu'en condition Zidane et sans auto-affirmation. En revanche, les participants obèses ont une humeur plus positive dans les conditions d'auto-affirmation et Zidane que dans la condition sans auto-affirmation. De plus, les participants obèses ont une humeur plus positive en condition Zidane que les participants normo-pondérés. Aussi, il est possible de conclure que la condition Zidane favoriserait l'humeur positive des participants obèses, mais ne favoriserait pas celle des participants normo-pondérés.

3.1.3.5 Le sentiment vis-à-vis de soi

On observe un effet du statut pondéral sur le sentiment relatif à Soi ($F(1,224) = 9.36$; $p < .05$; $\eta^2 = .04$). Notons également que la taille de l'effet (i.e., η^2) est faible. Ainsi, les participants normo-pondérés ont des sentiments vis-à-vis d'eux-mêmes plus positifs (M = 3.55 ; E.T = 1.05) que les participants obèses (M = 3.06 ; E.T = 1.33 ; D = .47 ; $p < .05$) (cf., Figure 20).

On observe un effet du genre sur le sentiment relatif à Soi ($F(1,224) = 3.91$; $p < .05$; $\eta^2 = .02$). Notons également que la taille de l'effet (i.e., η^2) est faible. Les hommes ont des sentiments plus positifs envers eux-mêmes (M = 3.50 ; E.T = 1.20) que les femmes (M = 3.15 ; E.T = 1.24 ; D = .31 ; $p < .05$) (cf., Figure 21).

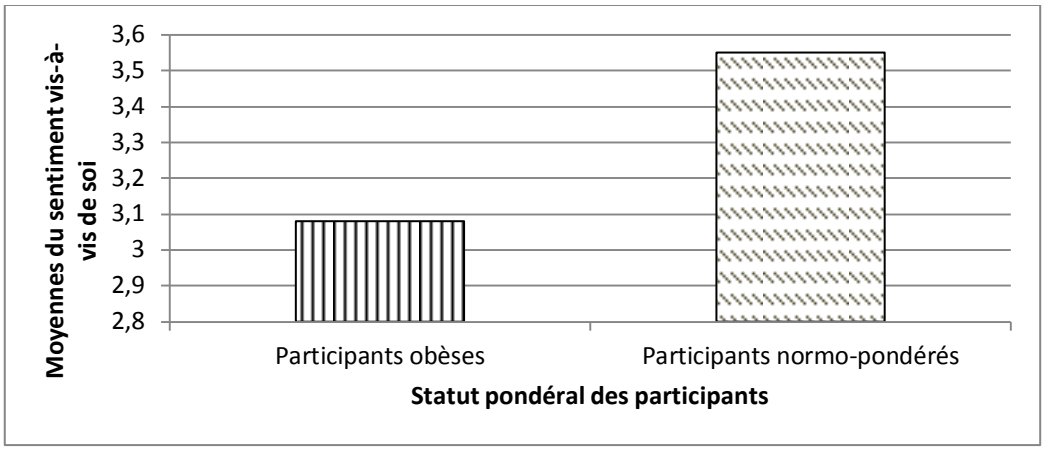


Figure 20. Effets du statut pondéral des participants sur les moyennes des sentiments vis-à-vis de Soi.

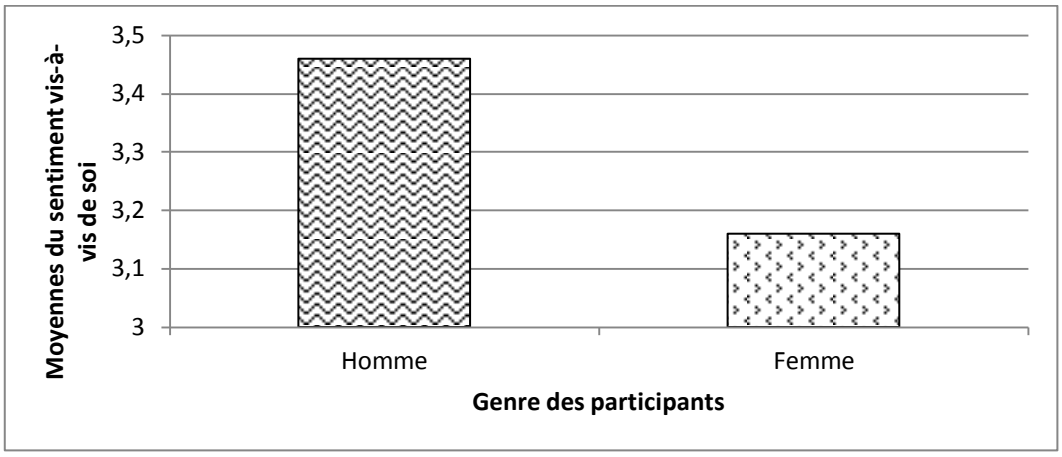


Figure 21. Effets du genre des participants sur les moyennes des sentiments vis-à-vis de Soi.

On observe un effet d'interaction proche du seuil de tolérance entre la condition expérimentale et le genre des participants sur leur sentiment vis-à-vis de Soi ($F(2,224) = 2.62$; $p = .08$; $\eta^2 = .02$). Notons également que la taille de l'effet (i.e., η^2) est faible.

Les femmes ont des sentiments envers elles-mêmes plus positifs en condition d'auto-affirmation (M = 3.38 ; E.T = 1.04) qu'en condition Zidane (M = 2.77 ; E.T = 1.27 ; $t(80) = 2.39$; $p < .05$) (cf., Figure 22).

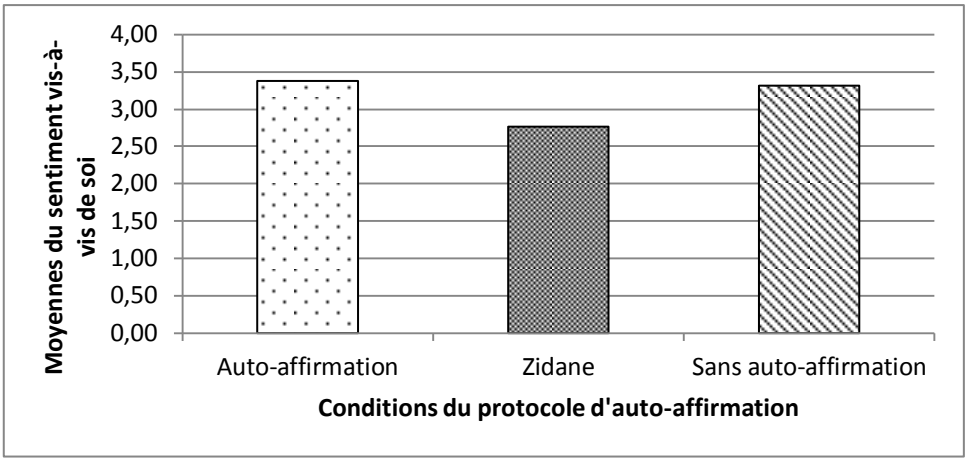


Figure 22. Effets des conditions d'auto-affirmation sur les moyennes des sentiments des femmes envers soi.

En condition Zidane, les hommes déclarent avoir davantage de sentiments positifs envers soi (M = 3.56 ; E.T = 1.18) que les femmes (M = 2.77 ; E.T = 1.27 ; $t(82) = 2.96$; $p < .05$) (cf., Figure 23).

Les sentiments des hommes envers soi sont plus positifs que ceux des femmes envers elles-mêmes. De plus, les normo-pondérés déclarent plus de sentiment positifs vis-à-vis d'eux-mêmes que les participants obèses. Par ailleurs, seules les femmes semblent être sensibles aux conditions expérimentales. En effet, elles ont déclaré plus de sentiments positifs vis-à-vis d'elles-mêmes en condition d'auto-affirmation qu'en condition Zidane. Aucune différence de cette nature n'est apparue pour les hommes. Finalement, en condition Zidane, les hommes ont déclaré plus de sentiments positifs vis-à-vis d'eux-mêmes que les femmes.

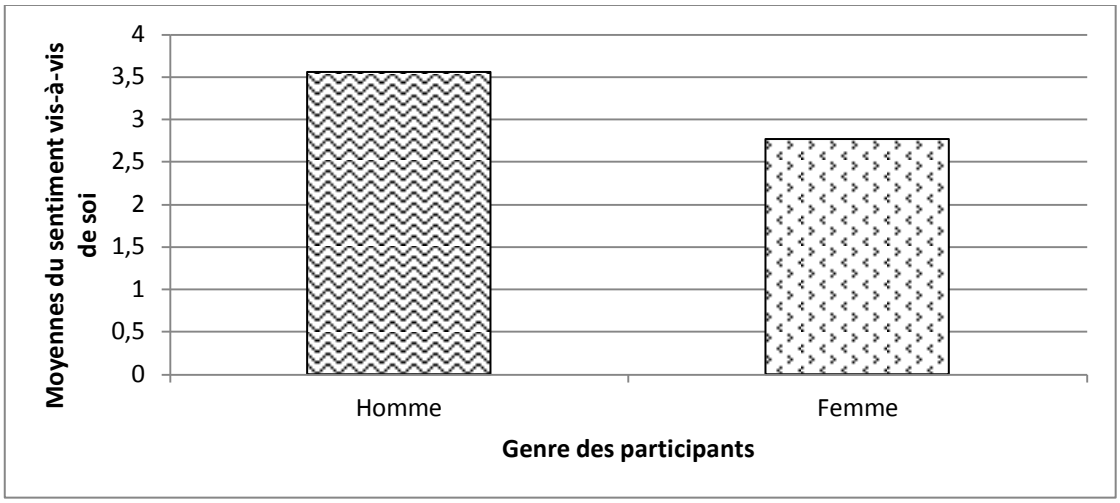


Figure 23. Effets de genre sur les moyennes des sentiments envers soi dans la condition Zidane.

3.1.3.6 Estime de soi

On observe un effet du genre des participants sur leur estime de soi ($F(1,225) = 6.07$; $p < .05$; $\eta^2 = .03$). Notons également que la taille de l'effet (i.e., η²) est faible. Les hommes ont une meilleure estime de soi (M = 2.61 ; E.T = 1.25) que les femmes (M = 2.19 ; E.T = 1.39 ; D = .42 ; $p < .05$) (cf., Figure 24).

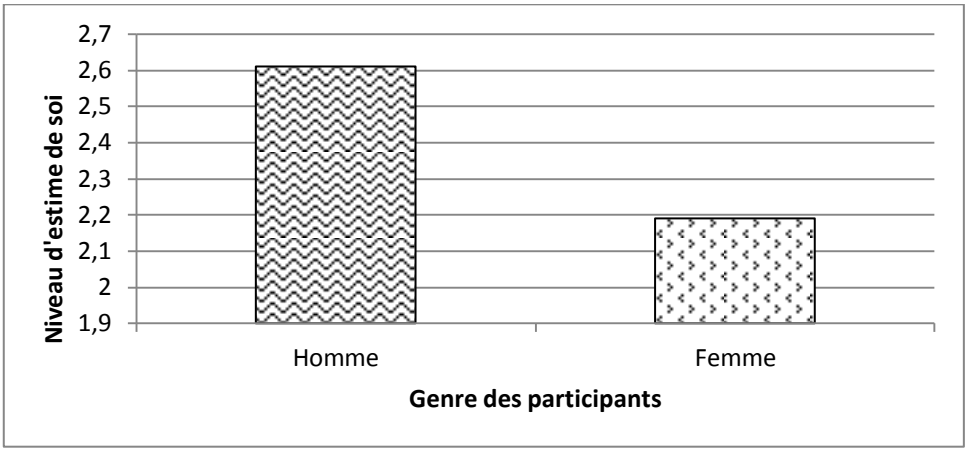


Figure 24. Effets de genre sur le niveau d'estime de soi.

On observe un effet d'interaction entre la condition expérimentale et le genre sur l'estime de soi ($F(2,225) = 4.07$; $p < .05$; $\eta^2 = .04$). Notons également que la taille de l'effet (i.e., η^2) est faible.

Les hommes ont une meilleure estime de soi en condition sans auto-affirmation ($M_{\text{Sans Auto-affirmation}} = 3.11$; $E.T_{\text{Sans Auto-affirmation}} = 1.17$) qu'en condition d'auto-affirmation ($M_{\text{Auto-Affirmation}} = 2.39$; $E.T_{\text{Auto-Affirmation}} = 1.26$; $t_{\text{Auto-Affirmation}}(71) = 2.56$; $p < .05$) et qu'en condition Zidane ($M_{\text{Zidane}} = 2.37$; $E.T_{\text{Zidane}} = 1.22$; $t_{\text{Zidane}}(76) = 2.73$; $p < .05$).

En revanche, aucune différence n'a été observée entre les différentes conditions expérimentales chez les femmes (Différence entre l'auto-affirmation et Zidane : $t(81) = 1.59$; $p = .12$; Différence entre l'auto-affirmation et sans auto-affirmation : $t(78) = 1.40$; $p = .17$; Différence entre Zidane et sans auto-affirmation : $t(81) = .09$; $p = .93$) (cf., Figure 25).

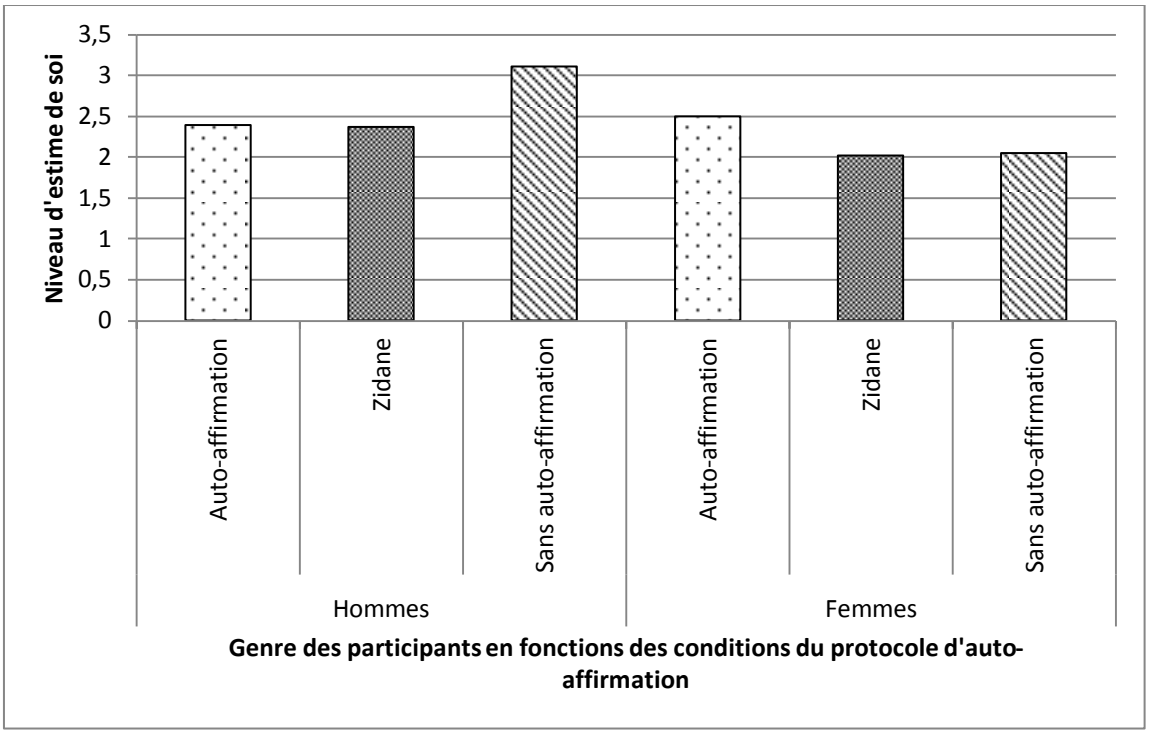


Figure 25. Effets des conditions d'auto-affirmation et du genre sur le niveau d'estime de soi.

En condition sans auto-affirmation, les hommes ont une meilleure estime de soi (M = 3.11 ; E.T = 1.17) que les femmes (M = 2.05 ; E.T = 1.43 ; $t(75) = 3.53$; $p < .05$) (cf., Figure 26).

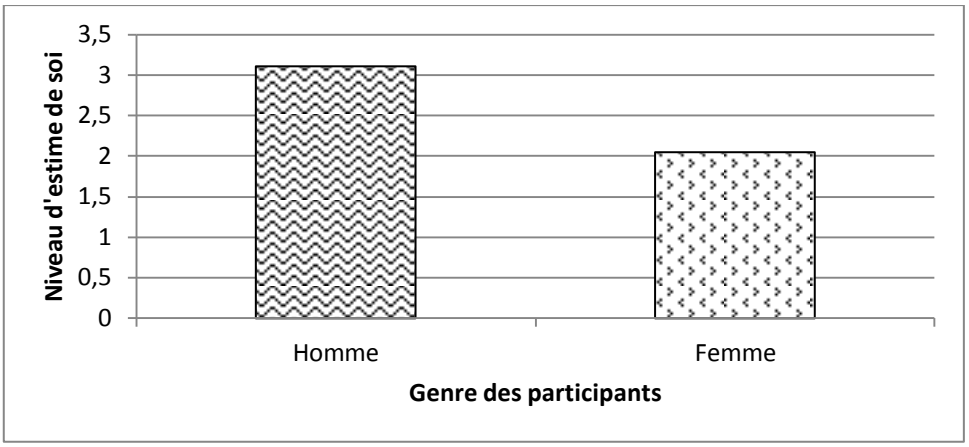


Figure 26. Effets de genre sur l'estime de soi des sujets de la condition sans auto-affirmation.

On observe un effet d'interaction, proche du seuil de tolérance, entre le statut pondéral et le genre des participants sur leur estime de soi ($F(2,225) = 2.95$; $p = .09$; $\eta^2 = .01$). Notons également que la taille de l'effet (i.e., η^2) est faible.

Les hommes normo-pondérés ont une meilleure estime de soi (M = 2.79 ; E.T = 1.2) que les femmes normo-pondérées (M = 2.08 ; E.T = 1.36 ; $t(120) = 3.04$; $p < .05$) (cf., Figure 27).

L'estime de soi des hommes est plus importante que celle des femmes. Plus exactement ce sont les hommes normo-pondérés qui ont une meilleure estime de soi que les femmes normo-pondérées. Aucune différence n'est apparue entre les hommes obèses et les

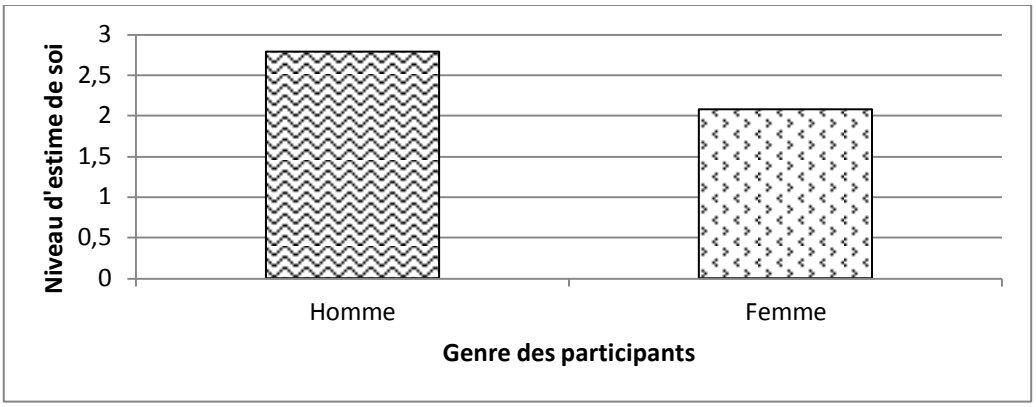


Figure 27. Effets de genre sur l'estime de soi des normo-pondérés.

femmes obèses. De plus, l'estime de soi des hommes semble ne pas être sensible à la condition d'auto-affirmation. En effet, c'est en condition sans auto-affirmation, que les hommes déclarent avoir une meilleure estime de soi, par rapport aux hommes placés dans les conditions d'auto-affirmation et en condition Zidane. En somme, l'auto-affirmation ne permettrait pas un renforcement de l'estime de soi des hommes en général (i.e., normo-pondérés ou obèses). L'auto-affirmation ne renforce pas non plus l'estime de soi des femmes en général, compte tenu de l'absence de différence entre les scores d'estime de soi recueillis dans les différentes conditions expérimentales.

3.1.4 Conclusion

L'objectif de cette première étude était de montrer l'efficacité du protocole d'auto-affirmation de Napper, Harris et Epton (2009) sur les mesures contrôles construites et validées par ces mêmes auteurs. Aussi, cette étude était orientée autour de deux hypothèses. Nous allons, à présent, discuter de ces hypothèses au regard des résultats observés et compte tenu des travaux menés sur ce sujet.

Les résultats observés ont montré que l'auto-affirmation permettait d'avoir un regard sur soi plus positif qu'en condition Zidane et qu'en condition sans auto-affirmation. En d'autres termes, les participants auto-affirmés ont déclaré avoir pensé à des choses plus positives sur eux-mêmes, avoir eu des émotions plus positives vis-à-vis d'eux-mêmes, avoir plus ouvert les yeux sur leur vie et avoir une humeur globalement plus positive que les autres participants. Ces premiers résultats vont dans le sens de nos attentes.

En revanche, si l'auto-affirmation a été efficace sur le premier groupe de mesures (i.e., « *la tâche me fait penser à* », « la tâche m'a ouvert les yeux sur » et *« la tâche me fait me sentir* »), cela n'est pas le cas pour les mesures du regard vis-à-vis de soi et de l'estime de soi. Tout d'abord, l'estime de soi et les sentiments envers soi dépendent du genre des sujets. Ainsi, les hommes ont une meilleure humeur et une meilleure estime de soi que les femmes. Ils ont également un sentiment vis-à-vis d'eux-mêmes plus positif que les femmes. Ensuite, ces effets du genre persistent indépendamment de l'auto affirmation ou non des participants. Finalement, ces effets du genre interagissent avec la condition d'auto-affirmation. En effet, les femmes ont des sentiments vis-à-vis d'elles-mêmes plus positifs en condition d'auto-affirmation, qu'en condition Zidane, et les hommes une meilleure estime de soi en condition sans auto-affirmation qu'en condition Zidane et d'auto-affirmation.

Ces derniers résultats divergent de ceux obtenus par Napper, Harris et Epton (2009). En effet, les auteurs avaient observé qu'après auto-affirmation, les femmes portaient moins leur regard sur elles-mêmes (cf. ., Etude 1, Napper *et al.*, 2009) et avaient une faible estime d'elles-mêmes (cf., Etude 2, Napper *et al.*, 2009). Dans notre étude les hommes et les femmes ne réagissent pas de la même manière à l'auto-affirmation. Ces résultats peuvent être appréhendés au travers du prisme de lecture des travaux sur le genre. En effet, d'un point de vue général, les travaux sur les différences de genre révèlent que les femmes sont plus anxieuses et plus sensibles au regard des autres que les hommes (Moksnes, Moljord, Espnes,

& Byrne, 2010). De ce fait, les hommes ont généralement une meilleure estime de soi que les femmes (Baldwin & Hoffmann, 2002 ; Moksnes, Moljord, Espnes, & Byrne, 2010). Aussi, pouvons-nous supposer que les femmes seraient plus sensibles à l'auto-affirmation car elles seraient plutôt à la recherche de la (re)valorisation de leur image de soi. Il a déjà été observé que les hommes et les femmes n'utilisaient pas les mêmes stratégies de coping dans des situations menaçantes (Moksnes *et al.*, 2010). En effet, alors que les femmes seraient focalisées sur leurs émotions, les hommes tenteraient, quant à eux, de reprendre le contrôle sur la tâche menaçante. Cette différence de gestion des menaces, impliquerait également que les hommes et les femmes ne font pas le même usage des stratégies de coping (i.e., les femmes se focaliseraient davantage sur les émotions ressenties face à une situation de menace alors que les hommes seraient davantage dans une optique de résolution de problème). En effet, il apparaît que les femmes seraient plus enclines à utiliser des stratégies de coping, du fait qu'elles déclarent vivre plus de situations stressantes, comparativement aux hommes (Crăciun, 2013 ; Keogh & Herdenfeldt, 2002 ; Lazarus & Folkman, 1984 ; Matud, 2004).

En ce qui concerne la place du statut pondéral des participants sur les mesures contrôles de l'auto-affirmation, notre seconde hypothèse stipulait qu'indépendamment de la condition d'auto-affirmation, les normo-pondérés auraient toujours une meilleure image de Soi que les participants obèses. En réalité, il a été observé que les participants obèses ont globalement le même regard sur soi, la même humeur et la même estime de Soi que les participants normo-pondérés. Néanmoins, ils déclarent avoir moins de sentiments positifs vis-à-vis d'eux-mêmes que les participants normo-pondérés. De plus, ces participants obèses semblent répondre de la même manière au protocole d'auto-affirmation que les participants normo-pondérés. En effet, comme pour les normo-pondérés, ils déclarent avoir ouvert les yeux sur plus d'aspects positifs de leur vie et une humeur plus positive en condition d'auto-affirmation qu'en condition Zidane et sans auto-affirmation.

En ce qui concerne notre seconde hypothèse, nous supposions qu'indépendamment de la condition d'auto-affirmation, les participants normo-pondérés auraient toujours une meilleure image de soi que les participants obèses. Cependant il apparaît qu'en condition Zidane, les participants obèses ont déclaré avoir ouvert davantage les yeux sur leur vie et ont exprimé une humeur plus positive que les participants normo-pondérés. Ainsi, notre seconde hypothèse n'est pas validée. En effet, la différence entre les participants obèses et les participants normo-pondérés n'est pas constante. Non seulement les participants obèses répondent de la même façon au protocole d'auto-affirmation que les participants non obèses, mais leurs réponses dans la condition Zidane révèle qu'ils ont une humeur positive et un regard porté sur leur vie plutôt favorable. Aussi, est-il nécessaire de mieux comprendre l'influence de la condition contrôle (i.e., Zinedine Zindane) sur l'image de soi des participants normo-pondérés et obèses. Nous proposons de le faire dans l'étude suivante (cf., étude 3.3).

Etude 3.2 - Analyse de l'effet du protocole d'auto-affirmation sur l'attitude, l'identification, le sentiment de rejet et le niveau des préoccupations corporelles des personnes obèses

3.2.1 Objectif et Hypothèses

Notre objectif était de montrer l'influence du protocole d'auto-affirmation (i.e., protocole de Napper, Harris & Epton, 2009) sur différentes mesures liées à l'image de Soi des individus. Nous avons également procédé à une comparaison entre les participants obèses et normo-pondérés et entre les hommes et les femmes. L'auto-affirmation devait, selon le niveau

d'obésité des personnes, affecter leurs attitudes relatives à l'obésité (ATOP : Attitudes Toward Obese People de Allison, Basile & Yuker, 1990), leur identification au groupe des personnes obèses et leur sentiment de rejet (cf., Partie 2, page 127). Nous vérifierons également si l'auto-affirmation peut affecter l'image du corps des participants (Body Shape Questionnaire de Rousseau, Knotter, Barbe, Raich & Chabrol, 2005).

Nos hypothèses étaient les suivantes :

H1 : Effet de l'auto-affirmation sur les attitudes envers les personnes obèses en fonction du statut pondéral des participants.

Les attitudes envers les personnes obèses devaient être moins saturées de préjugés, après auto-affirmation, que sans auto-affirmation, dans le cas des individus obèses. En revanche, nous n'attendions pas d'effets de l'auto-affirmation sur le niveau de préjugés des individus normo pondérés.

H2 : Effet de l'auto-affirmation sur l'identification au groupe des personnes obèses

Nous attendions un effet modérateur de l'auto-affirmation sur l'identification au groupe des personnes obèses. Cet effet de modération devait dépendre également du niveau d'obésité des personnes. Les individus obèses auto-affirmés devaient moins s'identifier au groupe de personnes obèses que les individus non auto-affirmés. L'identification au groupe des personnes obèses devait rester néanmoins plus importante pour le cas des individus obèses par rapport aux participants normo-pondérées. L'auto-affirmation ne devait pas affecter l'identification perçue des individus normo-pondérés. Cette identification devait rester faible par rapport aux deux autres groupes d'individus obèses.

H3 : Effet de l'auto-affirmation sur le sentiment de rejet

Les individus auto-affirmés devaient avoir un moindre sentiment de rejet que les individus non auto-affirmés. Les individus obèses ayant été auto-affirmés, ou non, devaient toujours avoir un sentiment de rejet plus élevé que les individus normo-pondérés.

H4 : Effets du poids et de l'auto-affirmation sur l'insatisfaction corporelle (Body Shape Questionnaire).

Les individus auto affirmés devaient être moins insatisfaits de leur image corporelle que les individus non auto affirmés. Nous nous attendions à ce que le score d'insatisfaction corporelle soit dépendant du niveau d'obésité des personnes (les personnes les plus obèses auraient des scores d'insatisfaction corporelle les plus élevés). Le protocole d'auto-affirmation, par rapport au groupe contrôle, devait permettre de modérer les effets statut pondéral sur le niveau insatisfaction corporelle.

3.2.2 Procédure

Rappelons que les participants étaient contactés par l'expérimentatrice via un forum, où un message d'appel à participation était posté, ainsi que les liens internet de l'étude. Ils pouvaient également être contactés par courriel, dans ce cas l'expérimentatrice envoyait un courriel explicatif suivi des liens internet de l'étude. Il était expliqué à chaque participant que deux liens étaient disponibles.

L'expérimentation se déroulait en deux temps. Dans un premier temps, les participants se connectaient à un premier lien internet qui leur était communiqué par courriel (cf., Annexe 6.1, page 389). Ils donnaient leur consentement pour participer à l'étude et remplissaient l'ensemble des questionnaires. Dans un second temps, une semaine après la première connexion, les participants se connectaient à un second lien qui leur avait été également

communiqué par messagerie. Ils complétaient alors le. protocole d'auto-affirmation (condition auto-affirmation vs. condition contrôle Zidane vs. sans auto-affirmation), suivi de l'ensemble des questionnaires.

Nous avons donc recueilli des mesures sur l'ensemble des échelles, à deux reprises, le protocole d'auto-affirmation (ou la condition Zidane, ou le protocole sans auto-affirmation) séparant les séquences de mesures (Napper, Harris & Epton, 2009).

3.2.3 Analyse de données

Des analyses de variances ont été réalisées sur chacune des échelles complétées par les participants (i.e., attitude envers le groupe de personnes obèses, l'identification au groupe des personnes obèses, le sentiment de rejet et le niveau de préoccupation corporelle), en fonction de variables indépendantes : les conditions d'auto-affirmation (auto-affirmation vs. Zinedine Zidane vs. sans auto-affirmation), du statut pondéral (normo-pondéré vs. obèse) et du genre (homme vs. femme). Le plan de nos analyses était le suivant : 3 (conditions d'auto-affirmation) x 2 (statut pondéral) x 2 (Genre) [facteurs intersujets] x 2 (Temps de la mesure) [facteur intrasujet]. Cette dernière variable renvoie à la réalisation des mesures avant, puis après l'induction d'auto-affirmation des sujets

Lorsque cela s'avérait nécessaire, des comparaisons de moyennes (Test-t de Student) approfondissaient les effets mis en évidence par l'analyse de variance, notamment pour ce qui est de l'effet principal. L'auto-affirmation (auto-affirmation vs. Zinedine Zidane vs. sans auto-affirmation) et des effets d'interaction entre cette première variable, ainsi que le statut pondéral (normo-pondéré vs. obèse) et/ou le genre (homme vs. femme).

3.2.4 Résultats

3.2.4.1 L'attitude envers le groupe des personnes obèses

On observe un effet d'interaction entre le moment de la mesure et la condition expérimentale d'auto-affirmation sur l'attitude des sujets envers le groupe des personnes obèses ($F(2,226) = 3.85$; $p < .05$; $\eta^2 = .03$) (cf., Figure 27). Notons également que la taille de l'effet (i.e., η^2) est faible.

Après l'auto-affirmation, les participants ont une attitude plus positive envers le groupe des personnes obèses (M = 64.61 ; E.T = 16.83) que les participants de la condition Zidane (M = 59.37 ; E.T = 10.05 ; $t(158) = 2.42$; $p < .05$).

Lors du second temps de mesure, les participants de la condition sans auto-affirmation ont une attitude plus positive envers le groupe des personnes obèses (M = 66.47 ; E.T = 15.6) que les participants de la condition Zidane (M = 59.37 ; E.T = 10.05 ; $t(160) = 3.47$; $p < .05$).

En condition Zidane, les participants ont une attitude envers le groupe des personnes obèses qui se dégrade avec le temps de la mesure ($M_{Temps\ 1} = 63.87$; $E.T_{Temps\ 1} = 9.76$; $M_{Temps\ 2} = 59.37$; $E.T_{Temps\ 2} = 10.05$; $t(83) = 5.28$; $p < .05$) (cf., Figure 28).

Ainsi, les participants de la condition Zidane se différencient des participants auto-affirmés et sans auto-affirmation. Avec le temps, leur attitude devient plus négative envers le groupe des personnes obèses alors que l'attitude des participants dans les conditions auto-affirmation et sans auto-affirmation reste plutôt stable dans le temps. Autrement dit, l'auto-affirmation n'améliore pas l'attitude des participants envers les personnes obèses par rapport à la condition sans auto-affirmation. La condition contrôle (i.e., Zinedine Zidane) semble correspondre à l'amorçage d'une attitude négative envers le groupe des personnes obèses.

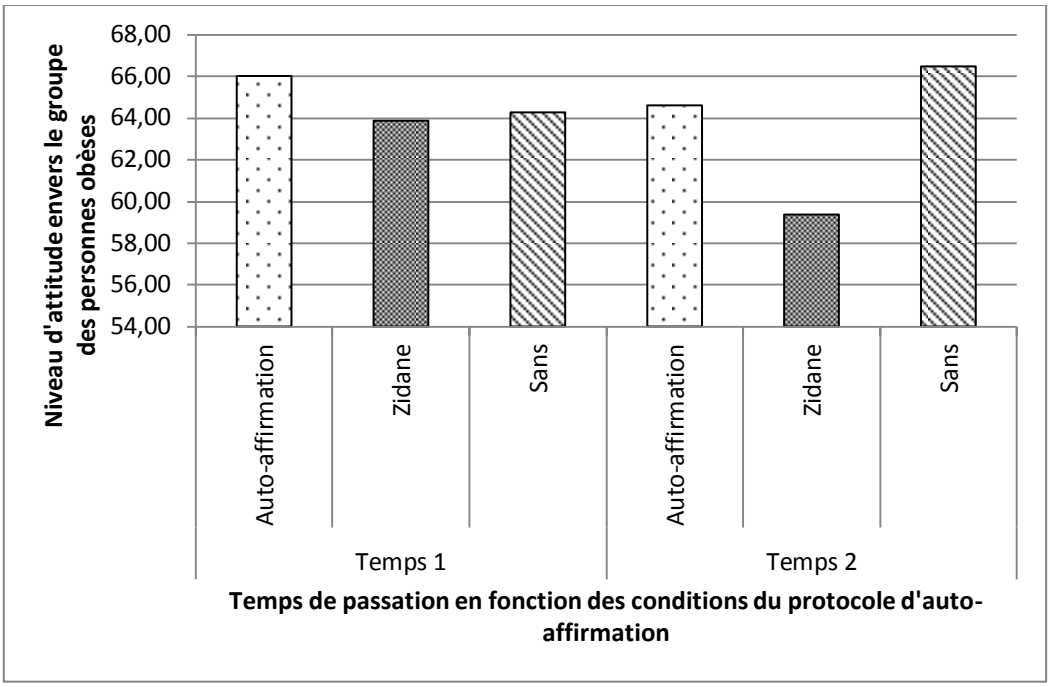


Figure 28. Niveau d'attitude envers le groupe des personnes obèses en fonction de la condition expérimentale d'auto-affirmation et le temps de la mesure d'attitude.

3.2.4.2 L'identification au groupe des personnes obèse

On observe un effet d'interaction, proche du seuil de tolérance, entre le moment de la mesure et la condition expérimentale d'auto-affirmation sur l'identification au groupe des personnes obèses ($F(2,224) = 3.9$; $p < .05$; $\eta^2 = .03$). Notons également que la taille de l'effet (i.e., η^2) est faible.

Lors du premier temps de passation, les participants de la condition auto-affirmation s'identifient davantage aux personnes obèses (M = 2.59 ; E.T = 1.15) que les participants de la condition Zidane (M = 2.18 ; E.T = .78 ; $t(156) = 2.67$; $p < .05$). Ces différences disparaissent ensuite lors de la seconde mesure d'identification. En effet, l'identification des participants, de la condition Zidane, aux personnes obèses augmente lors du second temps de

la mesure ($M_{Temps\ 1}$ = 2.52 ; $E.T_{Temps\ 1}$ = 1 ; $M_{Temps\ 2}$ = 2.18 ; $E.T_{Temps\ 2}$ = .78 ; $t(81) = 2.55$; $p < .05$). Précisions que le niveau d'identification des participants de la condition auto-affirmation reste stable avec le temps ($M_{Temps\ 1}$ = 2.59 ; $E.T_{Temps\ 1}$ = 1.15 ; $M_{Temps\ 2}$ = 2.39 ; $E.T_{Temps\ 2}$ = .93 ; $t(75) = 1.13$; $p = .26$) (cf., Figure 29).

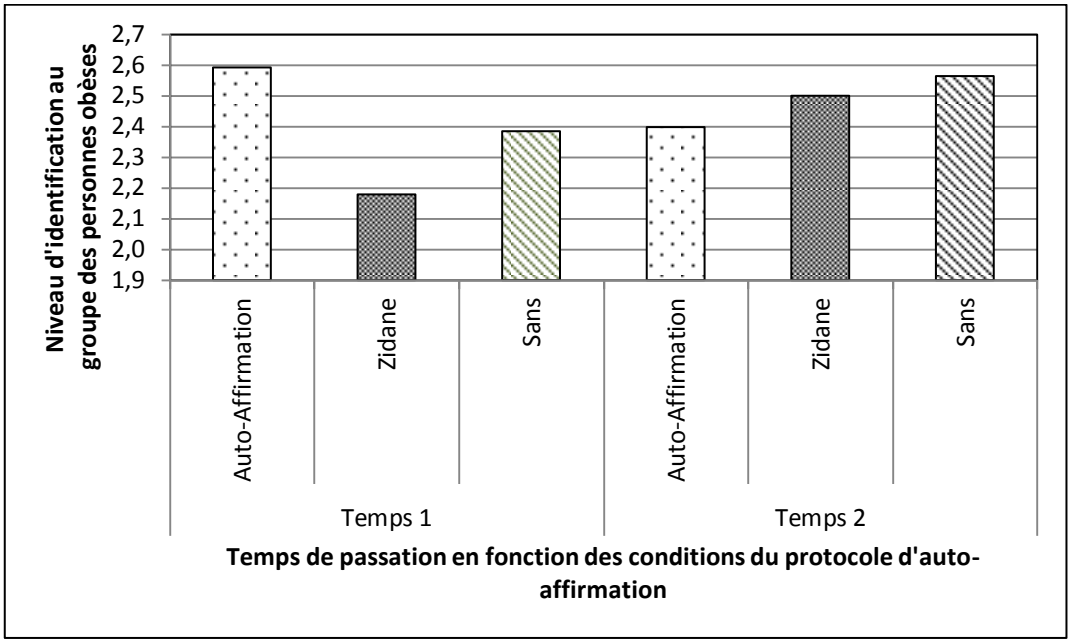


Figure 29. Niveau d'identification au groupe des personnes obèses en fonction du temps de passation et de la condition expérimentale d'auto-affirmation.

On observe un effet d'interaction entre le moment de mesure et le statut pondéral des participants sur la mesure d'identification au groupe des personnes obèses ($F(2,224) = 5.86$; $p < .05$; $\eta^2 = .03$). Notons également que la taille de l'effet (i.e., η^2) est faible.

Les participants obèses connaissent une évolution de leur niveau d'identification au groupe des personnes obèses, par rapport aux participants normo-pondérés. En effet, l'identification des participants obèses, vis-à-vis du groupe des personnes obèses, augmente

avec le temps ($M_{Temps\ 1}$ = 2.78 ; $E.T_{Temps\ 1}$ = .99 ; $M_{Temps\ 2}$ = 2.47 ; $E.T_{Temps\ 2}$ = .95 ; $t(115)$ = 2.63 ; $p < .05$) et devient significativement différent de celle des participants normo-pondérés lors de la seconde mesure ($M_{Obèse}$ = 2.78 ; $E.T_{Obèse}$ = .98 ; $M_{Normo\text{-}pondéré}$ = 2.21 ; $E.T_{Normo\text{-}pondéré}$ = .85 ; $t(236)$ = 4.82 ; $p < .05$) (cf., Figure 30).

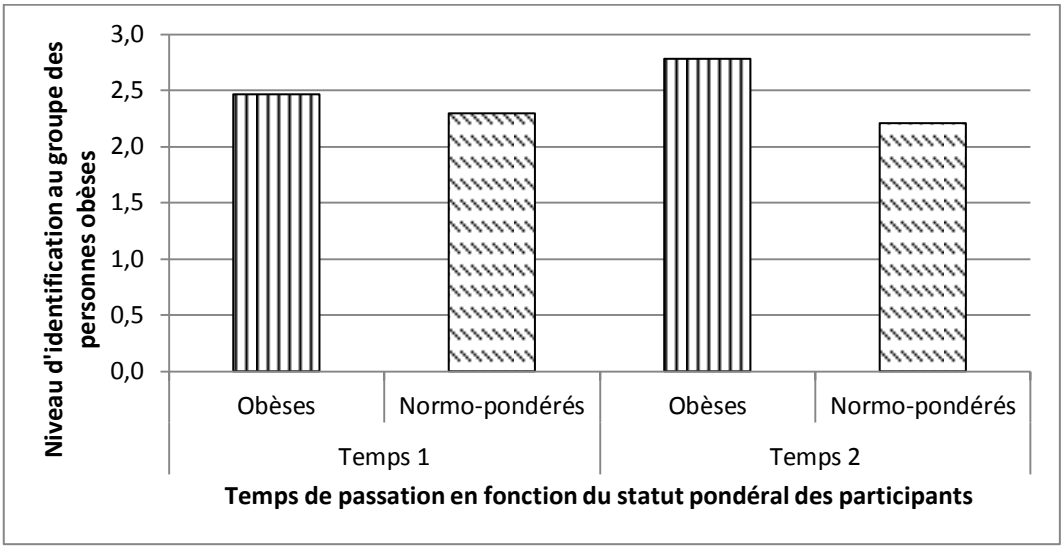


Figure 30. Niveau d'identification au groupe des personnes obèses en fonction du temps de mesure et du statut pondéral des participants.

On observe un effet d'interaction d'ordre 2 entre le temps de passation, la condition expérimentale d'auto-affirmation et le statut pondéral des participants sur leur niveau d'identification au groupe des personnes obèses ($F(2,224)$ = 4.31 ; $p < .05$; η^2 = .04) (cf., Tableau 30). Notons également que la taille de l'effet (i.e., η^2) est faible.

Dans un premier temps de mesure d'identification, les participants normo-pondérés s'identifient davantage au groupe des personnes obèses en condition d'auto-affirmation (M = 2.7 ; E.T = 1.16) que les participants en condition Zidane (M = 2.09 ; E.T = .73 ; $t(78)$ = 2.81 ; $p < .05$) et que les participants sans auto-affirmation (M = 2.1 ; E.T = .78 ; $t(78)$ = 8.02 ; $p <$

.05). De plus, les participants obèses s'identifient davantage dans la condition sans auto-affirmation (M = 2.68 ; E.T = .87) que dans la condition Zidane (M = 2.26 ; E.T = .83 ; $t(78) = 2.22$; $p < .05$).

Dans un second temps de mesure d'identification, les participants obèses, en condition d'auto-affirmation, s'identifient davantage au groupe des personnes obèses (M = 2.69 ; E.T = .99) que les participants normo-pondérés (M = 2.14 ; E.T = .79 ; $t(74) = 2.68$; $p < .05$). Les participants obèses en condition Zidane, quant à eux, s'identifient davantage au groupe des personnes obèses (M = 2.9 ; E.T = .98) que les participants normo-pondérés (M = 2.1 ; E.T = .85 ; $t(82) = 4.04$; $p < .05$).

Si nous considérons les effets de l'auto-affirmation chez les personnes obèses, nous constatons que lors du premier temps de la mesure, les participants obèses s'identifient davantage au groupe des personnes obèses (M = 2.68 ; E.T = .87) que les participants normo-pondérés (M = 2.1 ; E.T = .77 ; $t(76) = 3.12$; $p < .05$). Ces derniers, quant à eux, connaissent une diminution de leur identification au groupe des personnes obèses avec le temps de mesure ($M_{Temps\ 1} = 2.7$; $E.T_{Temps\ 1} = 1.16$; $M_{Temps\ 2} = 2.14$; $E.T_{Temps\ 2} = .79$; $t(39) = 2.54$; $p < .05$). Une telle diminution de l'identification au groupe des personnes obèses est également observée pour les participants obèses placés en condition Zidane ($M_{Temps\ 1} = 2.26$; $E.T_{Temps\ 1} = .83$; $M_{Temps\ 2} = 2.9$; $E.T_{Temps\ 2} = .98$; $t(41) = 3.07$; $p < .05$).

En condition sans auto-affirmation, les participants normo-pondérés s'identifient davantage au groupe des personnes obèses lors du second temps de passation (M = 2.4 ; E.T = .90) que lors du premier temps de passation (M = 2.1 ; E.T = .78 ; $t(39) = 2.31$; $p < .05$).

On observe un effet d'interaction d'ordre 2 entre le moment de la mesure d'identification, la condition expérimentale d'auto-affirmation et le genre des participants sur

Tableau 30

Moyennes et écart-types de l'identification en fonction du temps de passation, de la condition expérimentale et du statut pondéral des participants

		Temps 1	Temps 2
		M (*SD*)	**M** (*SD*)
AA	Obèse	**2.47** (*.15*)	**2.14** (*.15*)
	Normo-pondéré	**2.70** (*.14*)	**2.69** (*.15*)
SAA	Obèse	**2.25** (*.14*)	**2.91** (*.14*)
	Normo-pondéré	**2.07** (*.14*)	**2.12** (*.15*)
Contrôle	Obèse	**2.68** (*.15*)	**2.72** (*.15*)
	Normo-pondéré	**2.10** (*.14*)	**2.40** (*.15*)

Légende :
« AA » signifie condition d'auto-affirmation. « SAA » signifie condition contrôle Zidane. « Contrôle » signifie condition sans auto-affirmation. « **M** » signifie moyenne. « *SD* » signifie écart-type.

la mesure d'identification au groupe des personnes obèses ($F(2,224) = 3.36$; $p < .05$; $\eta^2 = .04$) (cf., Tableau 31). Notons également que la taille de l'effet (i.e., η^2) est faible.

En ce qui concerne le premier temps de mesure, les hommes s'identifient davantage en condition d'auto-affirmation (M = 2.63 ; E.T = 1.07) et en condition sans auto-affirmation (M = 2.57 ; E.T = .77) qu'en condition Zidane (M = 1.91 ; E.T = .67 ; $t_{Auto\text{-}affirmation}(73) = 3.57$; $p < .05$; $t_{Sans\ auto\text{-}affirmation}(74) = 4.0$; $p < .05$).

De plus, les femmes, amorcées par la tâche Zidane, s'identifient davantage (M = 2.43 ; E.T = .80) que les hommes (M = 1.91 ; E.T = .67 ; $t(80) = 3.18$; $p < .05$).

En condition Zidane, le temps de mesure améliore le niveau d'identification des hommes ($M_{Temps\ 1} = 1.91$; $E.T_{Temps\ 1} = .67$; $M_{Temps\ 2} = 2.59$; $E.T_{Temps\ 2} = 1.09$; $t(38) = 3.34$; $p < .05$). Le même constat est observé pour les femmes de la condition sans auto-affirmation ($M_{Temps\ 1} = 2.22$; $E.T_{Temps\ 1} = .94$; $M_{Temps\ 2} = 2.54$; $E.T_{Temps\ 2} = 1.08$; $t(40) = 2.39$; $p < .05$).

Tableau 31

Moyennes et écart-types de l'identification en fonction du temps de passation, de la condition expérimentale et du genre des participants

		Temps 1	Temps 2
		M (*SD*)	**M** (*SD*)
AA	Hommes	**2.62** *(.15)*	**2.44** *(.15)*
	Femmes	**2.55** (.14)	**2.39** *(.14)*
SAA	Hommes	**1.90** *(.15)*	**2.58** *(.15)*
	Femmes	**2.43** *(.14)*	**2.46** *(.14)*
Contrôle	Hommes	**2.57** *(.15)*	**2.59** *(.15)*
	Femmes	**2.21** *(.14)*	**2.53** *(.14)*

Légende :
« AA » signifie condition d'auto-affirmation. « SAA » signifie condition contrôle Zidane. « Contrôle » signifie condition sans auto-affirmation. « **M** » signifie moyenne. « *SD* » signifie écart-type.

Pour résumer, en condition d'auto-affirmation et en condition Zidane, les participants obèses s'identifient davantage au groupe des personnes obèses que les participants normo-pondérés. Cette tendance n'a pas été observée dans la condition sans auto-affirmation. Ce constat implique donc que ce seraient les conditions d'auto-affirmation et Zidane qui influenceraient le niveau d'identification au groupe des personnes obèses parmi les participants obèses et les participantes normo-pondérés.

Il semble que ce soit le groupe des participants obèses qui ajuste son niveau d'identification en fonction de la cible d'auto-affirmation. La condition Zidane favoriserait un investissement identitaire au groupe des personnes obèses et les participants obèses s'investiraient davantage dans cette identité que les participants normo-pondérés. Enfin, les hommes investiraient davantage l'identité du groupe des personnes obèses, en condition d'auto-affirmation et sans auto-affirmation, comparativement à ce que nous observons dans la condition Zidane. En ce qui concerne les femmes en condition sans auto-affirmation, celles-ci investiraient davantage l'identité du groupe des personnes obèses dans le temps.

3.2.4.3 Le sentiment de rejet

On observe un effet du moment de la mesure sur le sentiment de rejet ($F(1,226)$ = 10.07 ; $p < .05$; $\eta^2 = .04$). Notons également que la taille de l'effet (i.e., η^2) est faible. Les participants connaissent une dégradation de leur sentiment de rejet avec le temps ($M_{Temps\ 1}$ = 172.25 ; $E.T_{Temps\ 1}$ = 8.45 ; $M_{Temps\ 2}$ = 212.34 ; $E.T_{Temps\ 2}$ = 8.07 ; D = 40.09 ; $p < .05$) (cf., Figure 31).

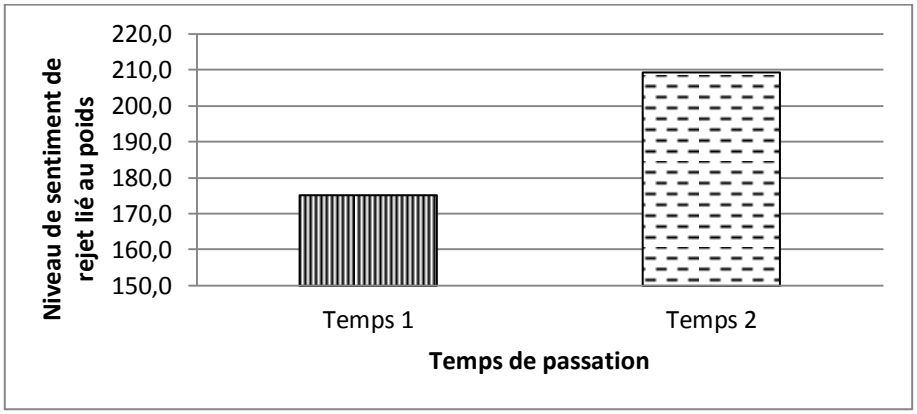


Figure 31. Sentiment de rejet lié au poids en fonction du moment de la mesure.

On observe un effet d'interaction entre le moment de la mesure et le statut pondéral des participants sur leur sentiment de rejet ($F(1,226)$ = 31.72 ; $p < .05$; $\eta^2 = .12$) (cf., Tableau 32). Notons également que la taille de l'effet (i.e., η^2) est moyenne.

Les participants obèses déclarent se sentir davantage rejetés ($M_{Temps\ 1}$ = 192.81 ; $E.T_{Temps\ 1}$ = 149.51 ; $M_{Temps\ 2}$ = 288.79 ; $E.T_{Temps\ 2}$ = 151.56) que les participants normo-pondérés ($M_{Temps\ 1}$ = 159.43 ; $E.T_{Temps\ 1}$ = 108.63 ; $t_{Temps\ 1}(236) = 1.98$; $p < .05$; $M_{Temps\ 2}$ = 132.52 ; $E.T_{Temps\ 2}$ = 81.94 ; $t_{Temps\ 2}(236) = 9.96$; $p < .05$), quel que soit le temps de passation.

Les participants normo-pondérés connaissent une amélioration de leur sentiment de rejet dans le temps ($M_{Temps\ 1}$ = 159.43 ; $E.T_{Temps\ 1}$ = 108.63 ; $M_{Temps\ 2}$ = 132.52 ; $E.T_{Temps\ 2}$ = 81.94 ; $t(121) = 2.27$; $p < .05$). Alors que les participants obèses connaissent une dégradation de leur sentiment de rejet dans le temps ($M_{Temps\ 1}$ = 192.81 ; $E.T_{Temps\ 1}$ = 149.51 ; $M_{Temps\ 2}$ = 288.79 ; $E.T_{Temps\ 2}$ = 151.66 ; $t(115) = 5.23$; $p < .05$).

Tableau 32

Moyennes et écart-types du sentiment de rejet en fonction du temps de passation et du statut pondéral des participants

	Temps 1	Temps 2
	M (*SD*)	**M** (*SD*)
Obèse	**191.06** (*11.66*)	**285.83** (*11.15*)
Normo-pondéré	**159.38** (*11.3*)	**132.9** (*10.8*)

Légende :
« **M** » signifie moyenne. « *SD* » signifie écart-type.

On observe un effet d'interaction d'ordre 2 entre le moment de la mesure, la condition expérimentale et le statut pondéral des participants sur le sentiment de rejet ($F(2,226) = 3.87$; $p < .05$; $\eta^2 = .03$) (cf., Tableau 33). Notons également que la taille de l'effet (i.e., η^2) est faible.

Lors du premier moment de la mesure, les participants normo-pondérés ont un plus fort sentiment de rejet en condition d'auto-affirmation (M = 196.28 ; E.T = 145.36) et en condition Zidane (M = 162.45 ; E.T = 84.87), qu'en condition sans auto-affirmation (M = 119.4 ; E.T = 69.72 ; $t_{Auto\text{--}affirmation}(78) = 3.02$; $p < .05$; $t_{Zidane}(80) = 2.5$; $p < .05$).

Alors que dans le second moment de la mesure, ils ont un plus fort sentiment de rejet en condition sans auto-affirmation (M = 145.08 ; E.T = 83.91) qu'en condition Zidane (M = 109.81 ; E.T = 73.45 ; $t(80) = 2.03$; $p < .05$).

Lors du second moment de mesure, les participants obèses ont un plus grand sentiment de rejet ($M_{Auto\text{-}affirmation}$ = 305.58 ; $E.T_{Auto\text{-}affirmation}$ = 172.48 ; M_{Zidane} = 280.43 ; $E.T_{Zidane}$ = 139.63) que les participants normo-pondérés ($M_{Auto\text{-}affirmation}$ = 143.83 ; $E.T_{Auto\text{-}affirmation}$ = 85.26 ; $t(74) = 5.26$; $p < .05$; M_{Zidane} = 109.81 ; $E.T_{Zidane}$ = 73.45 ; $t_{Zidane}(82) = 7.01$; $p < .05$), en condition d'auto-affirmation et en condition Zidane.

En condition sans auto-affirmation, les participants obèses ont un plus fort sentiment de rejet ($M_{Temps\ 1}$ = 222.63 ; $E.T_{Temps\ 1}$ = 167.09 ; $M_{Temps\ 2}$ = 282,13 ; $E.T_{Temps\ 2}$ = 146.11) que les participants normo-pondérés ($M_{Temps\ 1}$ = 119.4 ; $E.T_{Temps\ 1}$ = 69.72 ; $t_{Temps\ 1}(76)$ = 3.59 ; $p < .05$; $M_{Temps\ 2}$ = 145.08 ; $E.T_{Temps\ 2}$ = 83.91 ; $t_{Temps\ 2}(76) = 5.11$; $p < .05$), indépendamment du moment de la mesure.

En condition d'auto-affirmation, les participants obèses connaissent une dégradation de leur sentiment de rejet dans le temps ($M_{Temps\ 1}$ = 197.56 ; $E.T_{Temps\ 1}$ = 1 65.24 ; $M_{Temps\ 2}$ = 305.58 ; $E.T_{Temps\ 2}$ = 172.48 ; $t(35) = 2.41$; $p < .05$).

Dans la condition Zidane, les participants normo-pondérés connaissent une amélioration de leur sentiment de rejet dans le temps ($M_{Temps\ 1}$ = 162.45 ; $E.T_{Temps\ 1}$ = 84.87) ($M_{Temps\ 2}$ = 109.81 ; $E.T_{Temps\ 2}$ = 73.45 ; $t(41) = 3.2$; $p < .05$). Alors que les participants obèses connaissent une dégradation de leur sentiment de rejet dans le temps ($M_{Temps\ 1}$ = 161.76 ; $E.T_{Temps\ 1}$ = 111.2 ; $M_{Temps\ 2}$ = 280.43 ; $E.T_{Temps\ 2}$ = 139.63 ; $t(41) = 4.04$; $p < .05$).

Indépendamment du statut pondéral, dans la condition sans auto-affirmation, le sentiment de rejet se dégrade avec le temps (Temps 1 : $M_{Normo\text{-}pondérés}$ = 119.4 ; $E.T_{Normo\text{-}pondérés}$ = 69.72 ; $t_{Normo\text{-}pondérés}(39) = 2.57$; $p < .05$; $M_{Obèses}$ = 222.63 ; $E.T_{Obèses}$ = 167.09 ; $t_{Obèse}(37) = 3.59$; $p < .05$; Temps 2 : $M_{Normo\text{-}pondérés}$ = 145.08 ; $E.T_{Normo\text{-}pondérés}$ = 83.91 ; $M_{Obèses}$ = 282.13 ; $E.T_{Obèses}$ = 146.11).

Tableau 33

Moyennes et écart-types du sentiment de rejet lié au poids en fonction du temps de passation, de la condition expérimentale et du statut pondéral des participants

		Temps 1	Temps 2
		M (*SD*)	**M** (*SD*)
AA	Obèse	**196.63** (*20.92*)	**301.93** (*20.01*)
	Normo-pondéré	**196.28** (*19.73*)	**143.83** (*18.86*)
SAA	Obèse	**162.46** (*19.27*)	**279.13** (*18.43*)
	Normo-pondéré	**162.45** (*19.25*)	**109.81** (*18.41*)
Contrôle	Obèse	**214.10** (*20.35*)	**276.44** (*19.46*)
	Normo-pondéré	**119.40** (*19.73*)	**145.10** (*18.86*)

Légende :
« AA » signifie condition d'auto-affirmation. « SAA » signifie condition contrôle Zidane. « Contrôle » signifie condition sans auto-affirmation. « **M** » signifie moyenne. « *SD* » signifie écart-type.

Il a été observé que quelle que soit la condition expérimentale d'auto-affirmation les participants obèses déclaraient un plus fort sentiment de rejet que les participants normo-pondérés. De plus, la condition d'auto-affirmation ne semble pas jouer un rôle pondérateur dans le sentiment de rejet. En effet, le sentiment de rejet ne diminue pas suite à l'auto-affirmation. Notons également que le sentiment de rejet augmente dans sa globalité toutes conditions d'auto-affirmation, de contrôle et sans auto-affirmation confondues, lors du second temps de la mesure. Ainsi, la condition d'auto-affirmation n'a pas atténué le sentiment de rejet des participants.

3.2.4.4 Le niveau de préoccupation corporelle

On observe un effet d'interaction entre le moment de la mesure et le statut pondéral des participants sur leur préoccupation corporelle ($F(1,226) = 6.21$; $p < .05$; $\eta^2 = .03$). Notons également que la taille de l'effet (i.e., η^2) est faible.

Les participants obèses ont un niveau de préoccupation corporelle supérieur ($M_{Temps\ 1}$ = 3.03 ; $E.T_{Temps\ 1}$ = 1.21 ; $M_{Temps\ 2}$ = 3.28 ; $E.T_{Temps\ 2}$ = 1.28) aux participants normo-pondérés ($M_{Temps\ 1}$ = 2.15 ; $E.T_{Temps\ 1}$ = 1.0 ; $t_{Temps\ 1}(236) = 6.14$; $p < .05$; $M_{Temps\ 2}$ = 2.07 ; $E.T_{Temps\ 2}$ = 1.06 ; $t_{Temps\ 2}(236) = 7.98$; $p < .05$), indépendamment du temps de passation.

Les participants obèses ont un niveau de préoccupation corporelle qui augmente avec le temps ($M_{Temps\ 1}$ = 3.03 ; $E.T_{Temps\ 1}$ = 1.21 ; $M_{Temps\ 2}$ = 3.28 ; $E.T_{Temps\ 2}$ = 1.28 ; $t(115) = 2.38$; $p < .05$), alors qu'il reste stable pour les participants normo-pondérés (cf., Figure 32).

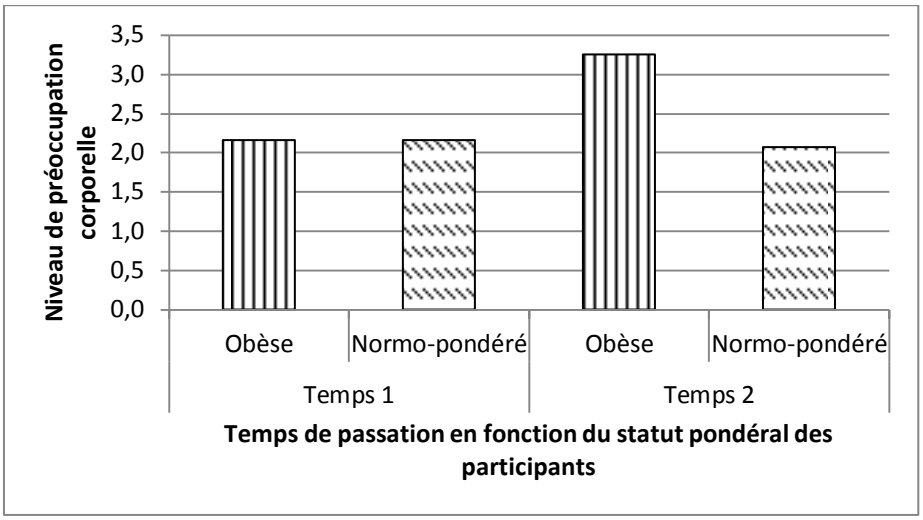


Figure 32. Niveau de préoccupation corporelle en fonction du temps de passation et du statut pondéral.

On observe un effet d'interaction d'ordre 2 entre le moment de la mesure, la condition expérimentale d'auto-affirmation et le statut pondéral des participants sur leurs niveaux de préoccupations corporelles ($F(2,226) = 4.16$; $p < .05$; $\eta^2 = .04$) (cf., Tableau 34). Notons également que la taille de l'effet (i.e., η^2) est faible.

Lors de la première mesure, les participants normo-pondérés sont davantage préoccupés par des questions d'ordre corporel en condition d'auto-affirmation (M = 2.4 ; E.T = 1.88) qu'en condition Zidane (M = 1.88 ; E.T = .64 ; $t(80) = 2.65$; $p < .05$). Alors, qu'à l'inverse, les participants obèses ont davantage de préoccupations corporelles en condition sans auto-affirmation (M = 3.29 ; E.T = 1.37), qu'en condition d'auto-affirmation (M = 2.69 ; E.T = 1.09 ; $t(72) = 2.06$; $p < .05$). Notons que pour ces mêmes participants, les préoccupations corporelles suivent un pic lors de la seconde mesure ($M_{Temps\ 1} = 2.69$; $E.T_{Temps\ 1} = 1.09$; $M_{Temps\ 2} = 3.31$; $E.T_{Temps\ 2} = 1.29$; $t(35) = 2.21$; $p < .05$).

Lors de la seconde mesure, les participants obèses ont des préoccupations corporelles accrues (M = 3.31 ; E.T = 1.29) par rapport aux normo-pondérés (M = 2.1 ; E.T = .96 ; $t(74) = 4.67$; $p < .05$), dans la condition d'auto-affirmation.

En condition Zidane, les participants obèses ont des préoccupations corporelles plus importantes à tous les moments de la mesure ($M_{Temps\ 1} = 3.1$; $E.T_{Temps\ 1} = 1.1$; $M_{Temps\ 2} = 3.17$; $E.T_{Temps\ 2} = 1.12$) par rapport aux participants normo-pondérés ($M_{Premier\ temps} = 1.88$; $E.T_{Temps\ 1} = .64$; $t_{Temps\ 1}(82) = 6.21$; $p < .05$; $M_{Temps\ 2} = 1.93$; $E.T_{Temps\ 2} = .87$; $t_{Temps\ 2}(82) = 5.65$; $p < .05$).

Un résultat analogue est observé en condition sans auto-affirmation, pour les participants obèses ($M_{Temps\ 1} = 3.29$; $E.T_{Temps\ 1} = 1.37$; $M_{Temps\ 2} = 3.37$; $E.T_{Temps\ 2} = 1.44$), par rapport aux participants normo-pondérés ($M_{Temps\ 1} = 2.2$; $E.T_{Temps\ 1} = 1.14$; $t_{Temps\ 1}(76) = 3.82$; $p < .05$; $M_{Temps\ 2} = 2.18$; $E.T_{Temps\ 2} = 1.32$; $t_{Temps\ 2}(76) = 3.82$; $p < .05$).

D'un point de vue général, les participants obèses ont davantage de préoccupations corporelles que les participants normo-pondérés. Cette tendance est maintenue dans toutes les conditions de manipulation de l'auto-affirmation. Notons cependant que la situation d'auto-affirmation accroit les préoccupations corporelles des participants obèses par rapport aux

Tableau 34

Moyennes et écart-types du sentiment de rejet lié au poids en fonction du temps de passation, de la condition expérimentale et du statut pondéral des participants

		Temps 1	Temps 2
		M (*SD*)	**M** (*SD*)
AA	Obèse	**2.69** (*.17*)	**3.31** (*.19*)
	Normo-pondéré	**2.4** (*.16*)	**2.11** (*.17*)
SAA	Obèse	**3.08** (*.16*)	**3.15** (*.17*)
	Normo-pondéré	**1.88** (*.16*)	**1.93** (*.17*)
Contrôle	Obèse	**3.22** (*.17*)	**3.29** (*.18*)
	Normo-pondéré	**2.2** (*.16*)	**2.18** (*.17*)

Légende :
« AA » signifie condition d'auto-affirmation. « SAA » signifie condition contrôle Zidane. « Contrôle » signifie condition sans auto-affirmation. « **M** » signifie moyenne. « *SD* » signifie écart-type.

autres participants. Autrement dit, l'auto-affirmation ne viendrait pas pondérer le niveau de préoccupation corporelle des personnes obèses, mais viendrait plutôt amplifier leur intérêt pour des questions liées à l'apparence physique.

3.2.5 Conclusion

L'objectif de cette deuxième étude était de montrer les effets du protocole d'auto-affirmation sur l'attitude envers le groupe des personnes obèses, l'identification au groupe des personnes obèses, le sentiment de rejet lié au poids et les préoccupations corporelles. Aussi allons-nous à présent discuter nos résultats à la lumière des quatre hypothèses, que nous avons testées dans ce chapitre et compte tenu de l'état d'avancement des travaux actuels dans ce domaine.

Notre première hypothèse était que l'auto-affirmation permettrait de contrecarrer l'attitude négative envers le groupe des personnes obèses, uniquement pour les participants obèses. Il a été observé que les participants en condition d'auto-affirmation et en condition

sans auto-affirmation avaient une attitude plus positive, que les participants de la condition Zidane. Ainsi l'auto affirmation, par rapport à la condition contrôle, n'a pas amélioré l'attitude envers le groupe des personnes obèses. Les changements d'attitude ne sont pas liés au statut pondéral des participants. En effet, aucune différence attitudinale n'a été observée entre les participants normo-pondérés et les participants obèses.

En ce qui concerne la condition Zidane, par rapport à la condition d'auto-affirmation, nous constatons que la spécificité de cette cible a suscité une attitude négative des participants envers les personnes obèses. Vraisemblablement, l'image de Zinedine Zidane renvoie à l'excellence dans le domaine de l'activité physique et sportive. Les participants ont pu être amorcés sur ce domaine qui contraste avec les représentations que nous pouvons avoir de l'obésité en tant que symbole de l'inactivité et de la paresse (Agerström & Rooth, 2011 ; Bessenoff & Sherman, 2000 ; Harris *et al.*, 1982). L'image dégagée par la cible de contrôle (i.e., Zinedine Zidane) contraste donc avec celle de l'obésité. Les normes et valeurs annexées au statut de sportif auraient prévalues sur la neutralité du personnage que nous lui conférions. Les participants dans cette condition auraient donc utilisé l'image de Zidane comme une cible de référence qui désapprouverait l'obésité. Aussi, serait-il intéressant de mieux cerner les effets d'une forte adhésion à l'image de Zidane sur l'attitude envers le groupe des personnes obèses. Il est à noter également que les participants obèses ne se sont pas démarqués des participants normo-pondérés. En condition Zidane, les participants obèses ont une attitude envers le groupe des personnes obèses tout autant négative que les participants normo-pondérés. Aussi est-il nécessaire de s'interroger sur la place de l'attitude envers le groupe des personnes obèses, dans l'identité des personnes obèses. En effet, comment ces individus peuvent-ils conserver une image de soi positive quand ils rejettent d'autant plus ce qu'ils sont eux-mêmes ? Des études permettent de mieux comprendre ce phénomène et d'intégrer également la notion de comparaison sociale (Bosch, Buunk, Siero, & Park, 2010 ; Buunk,

Zurriaga, & González, 2006 ; Buunk *et al.*, 1990 ; Vartanian & Dey, 2013). Ici, l'attitude la plus négative a été déclarée suite à la présentation de la cible Zidane. Aussi, comme pour les participants normo-pondérés, cette cible pourrait être représentative d'un phénomène « *anti-fat* ». Néanmoins, comparativement aux participants normo-pondérés qui peuvent prétendre approcher la cible Zidane, les participants obèses s'en détachent de par leur « *appartenance forcée* » au groupe des personnes obèses. Ces résultats nous suggèrent soit, qu'a eu lieu un phénomène d'intégration normative et plus particulièrement d'intégration des stéréotypes de l'obésité des participants obèses (qui rejettent les personnes obèses), soit qu'un sentiment de non appartenance au groupe des personnes obèses a été suscité par la peur d'être associé à un groupe dont l'image est négative. Dans tous les cas, nous notons une forme de désengagement des participants obèses vis-à-vis du groupe des personnes obèses. Les deux études suivant cette première ont eu pour vocations d'examiner ces explications qui constituent une alternative à la façon dont les participants obèses s'identifient, rejettent ou bien intègrent leur identité de personne obèse.

Notre deuxième hypothèse était que l'auto-affirmation modulerait le niveau d'identification au groupe des personnes obèses. Ainsi, les individus obèses devaient utiliser la condition d'auto-affirmation pour diminuer leur niveau d'identification, comparé aux participants obèses non auto-affirmés. Nous avions également émis l'hypothèse complémentaire, que les participants normo-pondérés, s'identifiant peu/pas au groupe des personnes obèses, ne devaient pas être sujets à l'auto-affirmation comme moyen de réajustement identitaire. Il a été observé qu'en condition d'auto-affirmation et en condition Zidane, les participants obèses s'identifiaient davantage au groupe des personnes obèses que les participants normo-pondérés. De plus, en condition d'auto-affirmation, seuls les participants normo-pondérés réajustaient leur niveau d'identification. Aussi, on observe bien un effet de l'auto-affirmation sur le niveau d'identification, mais uniquement pour le groupe

des participants normo-pondérés. De plus, notre deuxième hypothèse supposait l'existence d'une différence entre les participants normo-pondérés et les participants obèses, or cette différence ne semble effective qu'après les inductions expérimentales. Aussi, notre deuxième hypothèse n'a-t-elle pas été validée. L'auto-affirmation permet bien un réajustement identitaire des participants normo-pondérés, mais ne le permet pas parmi les participants obèses. Rappelons que le niveau d'identification au groupe des personnes obèses était identique pour les participants obèses et pour les participants normo-pondérés ; est-il possible de nous interroger sur la place de l'obésité dans la construction identitaire et plus exactement dans l'intériorisation des stéréotypes dans celle-ci ? Dans la dernière partie de cette étude, nous avons tenté de mettre en lien le statut pondéral des participants avec leur attitude et leur identification au groupe des personnes obèses.

Notre troisième hypothèse portait sur le sentiment de rejet lié au poids, vécu par les personnes obèses et sur les potentiels effets de l'auto-affirmation sur ce sentiment. Ainsi, nous supposions que l'auto-affirmation permettrait une diminution du sentiment de rejet, aussi bien chez les participants obèses que parmi les participants normo-pondérés. De plus, nous supposions que le sentiment de rejet des participants obèses serait plus important que celui des participants normo-pondérés. Il a été observé, d'une part, qu'indépendamment de la manipulation de l'auto-affirmation, les participants obèses témoignaient toujours d'un plus fort sentiment de rejet que les participants normo-pondérés. De plus, les participants obèses connaissaient une dégradation de leur sentiment de rejet suite à leur auto-affirmation ou suite à l'évocation de Zidane. Aussi, notre troisième hypothèse n'a été que partiellement validée. En effet, bien que les participants obèses aient toujours un sentiment de rejet supérieur aux participants normo-pondérés, il semble que la valorisation de soi (i.e., auto-affirmation) n'ait pas infléchi leur sentiment de rejet. Aussi est-il important de nous interroger sur ce résultat. En effet, l'auto-affirmation, perçue comme stratégie de coping, aurait dû permettre aux

participants obèses de relativiser le sentiment de rejet. Néanmoins, il est possible que le sentiment de rejet ne puisse être relativisé du fait d'une stigmatisation trop importante de l'obésité. En effet, Lewis et ses collaborateurs (2011) ont montré que les personnes obèses avaient conscience du stigmate de l'obésité (Lewis *et al.*, 2011). Au-delà de ce constat ils ont pu observer que les personnes obèses percevaient différentes formes de stigmatisation : une stigmatisation directe (i.e., attitudes ou comportements négatifs à leur encontre venant aussi bien d'étrangers que de proches), une stigmatisation indirecte (i.e., attitudes ou comportements témoignant d'un rejet implicite de la personne obèse) et une stigmatisation environnementale (i.e., environnement physique inadapté à la corpulence des personnes obèses). Ces différentes dimensions, mesurées dans le sentiment de rejet, prennent une part importante dans la vie des personnes obèses (Lewis *et al.*, 2011). En d'autres termes, l'auto-affirmation permettrait d'augmenter la conscience de soi, mais ne diminuerait pas le sentiment d'être différent, du fait de la constante mise en avant de la déviance de l'obésité. Aussi, auto-affirmer les participants obèses, reviendrait à leur rappeler que même s'ils s'acceptent ou se valorisent, ils restent différents et donc ne pourraient relativiser leur sentiment de rejet.

Notre dernière hypothèse était que l'auto-affirmation permettrait de diminuer le niveau de préoccupation corporelle. Nous avions également émis l'hypothèse que les personnes obèses auraient toujours un niveau de préoccupation corporelle supérieur aux participants normo-pondérés. Il a été observé que la condition d'auto-affirmation ne modifiait pas le niveau de préoccupation corporelle des participants normo-pondérés. En ce qui concerne les participants obèses, l'auto-affirmation ne permet pas de diminuer le niveau de préoccupation corporelle, mais au contraire l'augmente. Il a également été observé que les participants obèses avaient un niveau de préoccupation corporelle supérieur aux participants normo-pondérés. Ainsi, notre dernière hypothèse, est-elle partiellement validée. En effet, la condition d'auto-affirmation n'a pas permis une réévaluation du niveau de préoccupation corporelle ni

des participants normo-pondérés, ni des participants obèses. Aussi, est-il possible de supposer que le niveau de préoccupation corporelle répondrait aux mêmes lois que le sentiment de rejet. L'auto-affirmation recentrant l'individu sur lui-même, ne permettrait pas une remise en question de l'image du corps, mais au contraire une recherche de véracité. Il est ainsi possible de supposer que les participants et plus particulièrement les participants obèses, ne pourraient renoncer à ce niveau de préoccupation du fait de leurs expériences corporelles. En somme, auto-affirmer les individus obèses les conduirait à une prise de conscience de leur obésité, ne réduirait donc pas les dimensions de l'obésité et cette dernière serait perçue comme inchangeable. Il est possible d'expliquer ces résultats par les études sur le concept de soi et sa centralité dans la construction du Soi. En effet, beaucoup d'études ont montré qu'un individu se sentait d'autant plus menacé que la dimension visée était importante dans la définition du Soi. Si l'on considère que l'image du corps est une dimension importante dans la définition du concept de soi d'une personne obèse. Ainsi, cette dimension étant supposée centrale, elle ne serait pas sujette au changement sans une vraie remise en question volontaire de l'individu. Aussi, serait-il nécessaire de mieux comprendre la place de l'image du corps dans la façon dont se définit un individu obèse.

Dans l'étude suivante, nous avons proposé de mieux comprendre l'implication de la condition Zidane dans l'attitude, l'identification, le sentiment de rejet et le niveau de préoccupation corporelle. En effet, il a été observé par ce chapitre que la condition Zidane avait une influence particulière sur le niveau d'identification au groupe des personnes obèses. Aussi, nous proposons-nous de mieux comprendre dans quelle mesure d'une part, le niveau de proximité à Zidane ressenti par les participants et d'autre part, la tendance à la comparaison à Zidane jouent un rôle sur les différentes mesures.

Etude 3.3 - Analyse de l'effet de la condition Zidane du protocole d'auto-affirmation sur les mesures contrôle de l'auto-affirmation et sur l'attitude, l'identification, le sentiment de rejet et le niveau de préoccupation corporelle des personnes obèses.

3.3.1 Objectif et Hypothèses

L'objectif de cette nouvelle était de mieux comprendre l'influence du sentiment de proximité à Zidane et de celle de la tendance à la comparaison à Zidane dans l'attitude et l'identification au groupe des personnes obèses, le sentiment de rejet lié au poids et le niveau de préoccupation corporelle. La littérature a montré que la comparaison sociale influence le concept de soi (Bosch *et al.*, 2010 ; Buunk *et al.*, 2006 ; Buunk *et al.*, 1990 ; Crocker *et al.*, 1987 ; Festinger, 1954 ; Smith & Sachs, 1997). En effet, la comparaison sociale peut avoir des conséquences positives ou négatives sur le concept de soi. Cette comparaison sociale peut être particulièrement délétère lorsque l'individu se compare à meilleur que lui (i.e., comparaison sociale ascendante), dans un domaine où il est fortement impliqué. Prenons l'exemple de l'obésité. Si une femme obèse, dont l'implication dans le domaine du poids est importante, se compare à des mannequins dans un magazine, alors l'évaluation qu'elle fera d'elle même sera négative (Dany & Urdapilleta, 2012 ; Vartanian & Dey, 2013). Néanmoins, rappelons que la comparaison sociale ascendante peut se révéler positive si l'individu voit dans la cible de comparaison une possibilité de mieux être pour lui. Aussi, la comparaison sociale peut-elle influencer positivement ou négativement le concept de soi.

La question ici est de savoir dans quelle mesure se comparer à une cible éloignée des participants va influencer leur image de soi. Aussi, l'ensemble de nos analyses ne portera que sur les participants de la condition Zidane (c.f., rappel de leurs caractéristiques tableau 35).

Tableau 35
Description de la population

	Statut pondéral	Normo-pondéré		Obèse	
	Genre	Homme	Femme	Homme	Femme
	Effectif	21	21	20	22
IMC	**M** *(SD)*	**21.67** *(1.65)*	**20.22** *(.88)*	**36.3** *(5.36)*	**36.95** *(7.45)*
Age	**M** *(SD)*	**31.14** *(6.87)*	**24.05** *(2.59)*	**34.75** *(17.27)*	**29.86** *(10.97)*

Légende :
« **M** » signifie moyenne. « *SD* » signifie écart-type.

Nos hypothèses sont les suivantes :

H1 : Effet de genre sur le niveau de proximité à Zidane et la tendance à la comparaison à Zidane

Les hommes devraient déclarer un niveau de proximité à Zidane et une tendance à la comparaison à Zidane plus élevée que les femmes.

H2 : Effet du statut pondéral sur le niveau de proximité et la tendance à la comparaison à Zidane

Les participants obèses, par rapport aux participants normo-pondérés, se protègeraient de l'image positive de Zidane en déclarant un plus faible niveau de proximité envers lui et une plus faible tendance à se comparer à lui.

H3 a et b : Effet de la proximité à Zidane sur l'attitude et l'identification au groupe des personnes obèses, le sentiment de rejet et le niveau de préoccupation corporelle

Le sentiment de proximité à Zidane et la tendance à la comparaison à Zidane entraîneraient des conséquences négatives, à savoir : une attitude plus négative, une moindre identification, un fort sentiment de rejet et un fort niveau de préoccupation corporelle, pour l'ensemble des participants.

3.3.2 Analyse de données

Afin de répondre à nos hypothèses, deux types d'analyses ont été réalisées. Dans un premier temps nous avons conduit des analyses de régression linéaires afin de montrer les effets respectifs des variables entre elles. Dans un second temps, des analyses de médiations ont été conduites afin de mieux appréhender l'influence médiatrice de : 1) l'IMC sur l'effet du sentiment de proximité à Zidane sur le niveau de préoccupation corporelle ; 2) l'attitude sur l'effet de l'identification au groupe des personnes obèses sur la tendance à la comparaison à Zidane ; 3) l'IMC sur l'effet de la tendance à la comparaison à Zidane sur l'identification ; 4) l'identification sur l'effet la tendance à la comparaison à Zidane et le sentiment de rejet ; 5) l'IMC et de l'identification sur l'effet la tendance à la comparaison à Zidane et le sentiment de rejet. Pour cette dernière analyse, nous avons utilisé la méthode du bootstrapping en contrôlant l'intervalle de confiance (MacKinnon, Lockwood, & Williams, 2004 ; Preacher & Hayes, 2004). Dans ces analyses, l'intervalle de confiance de l'effet indirect était fixé à 95%, et était obtenu par 5000 essais du bootstrap (Preacher & Hayes, 2008).

3.3.3 Résultats

3.3.3.1 Influence du statut pondéral et du genre sur le sentiment de proximité à Zidane et la tendance à la comparaison à Zidane

Effet de Genre et du statut pondéral sur le sentiment de proximité à Zidane

On observe un effet du statut pondéral des participants sur le sentiment de proximité à Zidane ($F(1,80) = 9.97$; $p < .05$; $\eta^2 = .11$). Ainsi, les participants obèses ont déclaré se sentir plus proches de Zidane (M = 2.36 ; E.T = .18) que les participants normo-pondérés (M = 1.57 ; E.T = .18 ; D = .79 ; $p < .05$).

Aucun effet du genre n'a été observé sur le sentiment de proximité à Zidane ($F(1,80) = 1.7$; $p = .20$; $\eta^2 = .02$).

Effet de Genre et du statut pondéral sur la comparaison avec Zidane.

On observe un effet du statut pondéral des participants sur le degré de comparaison à Zidane ($F(1,80) = 17.6$; $p < .05$; $\eta^2 = .18$). Ainsi, les participants obèses se sont davantage comparés à Zidane (M = .17 ; E.T = .01) que les participants normo-pondérés (M = .13 ; E.T = .01 ; D = .42 ; $p < .05$).

On observe également un effet, proche du seuil de tolérance, du genre des participants sur le degré de comparaison à Zidane ($F(1,80) = 3.61$; $p = .06$; $\eta^2 = .04$). Ainsi, les hommes se sont davantage comparés à Zidane (M = .16 ; E.T = .01) que les femmes (M = .14 ; E.T = .01 ; D = .02 ; $p = .06$).

3.3.3.2 Influence du sentiment de proximité à Zidane sur les mesures d'attitude, d'identification au groupe des personnes obèses, de sentiment de rejet et de préoccupation corporelle

On observe un lien entre le niveau de préoccupation corporelle et le sentiment de proximité à Zidane (r = .27 ; p < .05). Plus les participants ont déclaré se sentir proches de Zidane, plus ils ont déclaré un fort niveau de préoccupation corporelle.

Médiation de l'IMC entre le sentiment de proximité à Zidane et le niveau de préoccupation corporelle

Des analyses de régressions multiples ont été réalisées sur chaque variable proposée dans ce modèle de médiation. Il a été observé, dans un premier temps, que le sentiment de proximité à Zidane était associé positivement au niveau de préoccupation corporelle (β = .27 ; t(83) = 2.53 ; p < .05). Il a également été observé que le sentiment de proximité était positivement associé à l'IMC (β = .26 ; t(81) = 2.48 ; p < .05). Dans un second temps, les résultats ont montré que la variable médiatrice, IMC, était associée positivement avec la variable niveau de préoccupation corporelle (β = .39 ; t(81) = 3.82 ; p < .001). Les résultats confirment une médiation entre le sentiment de proximité à Zidane et le niveau de préoccupation corporelle (β = .10 ; CL = .02 et .22). De plus, il a été observé que l'effet direct entre le sentiment de proximité et le niveau de préoccupation corporelle devenait non significatif (β = .16 ; t(82) = 1.62 ; p = .11) lorsque l'on contrôlait l'influence de la variable attitude envers le groupe des personnes obèses, ceci suggère une bonne médiation (cf., Figure 33).

Ainsi, il a été observé que plus les participants se sentaient proches de Zidane, plus leurs niveau de préoccupation corporelle était élevé. Ce lien est médiatisé par l'IMC. Aussi,

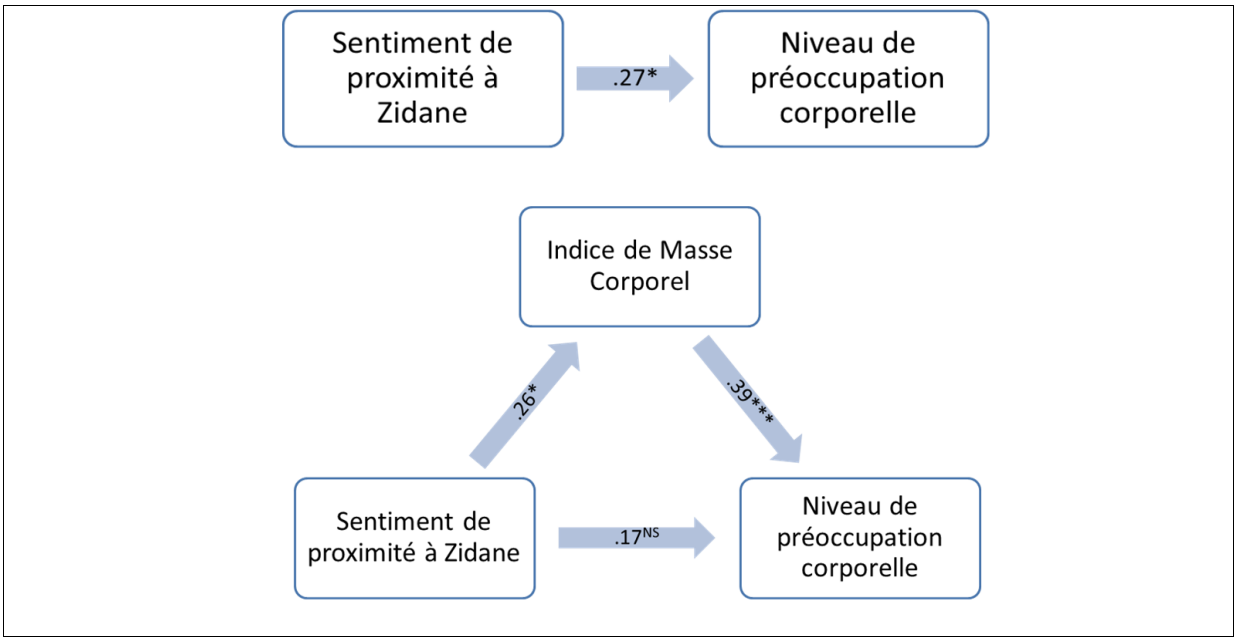


Figure 33. Effet indirect du sentiment de proximité à Zidane sur le niveau de préoccupation corporelle, médiatisé l'IMC.

Légende :
* implique une p-valeur inférieure à .05. ** implique une p-valeur inférieure à .01. *** implique une p-valeur inférieure à .001. NS implique que la valeur est non significative.

plus les participants se sentaient proches de Zidane, plus ils étaient corpulents et plus ils déclaraient un fort niveau de préoccupation corporelle.

3.3.3.3 Influence de la la comparaison à Zidane sur les mesures d'attitude, d'identification au groupe des personnes obèses, de sentiment de rejet et de préoccupation corporelle

On observe un lien entre le niveau d'attitude envers le groupe des personnes obèses et le degré de comparaison à Zidane (r = .34 ; p < .05). Ainsi, plus les participants se sont comparés à Zidane, plus leur attitude envers le groupe des personnes obèses était positive.

On observe un lien entre le niveau d'identification au groupe des personnes obèses et le degré de comparaison à Zidane (r = .25 ; p < .05). Ainsi, plus les participants se sont comparés à Zidane, plus ils se sont identifiés au groupe des personnes obèses.

On observe un lien entre le niveau de sentiment de rejet et le degré de comparaison à Zidane (r = .26 ; p < .05). Ainsi, plus les participants se sont comparés à Zidane, plus ils ont déclaré se sentir rejetés.

Médiation de l'attitude envers le groupe des personnes obèses entre l'identification au groupe des personnes obèses et la tendance à la comparaison à Zidane

Des analyses de régressions multiples ont été réalisées sur chaque variable proposée dans ce modèle de médiation. Il a été observé, dans un premier temps, que l'identification au groupe des personnes obèses était associée positivement à la tendance à la comparaison à Zidane (β = .25 ; t(82) = 2.29 ; p < .05). Il a également été observé que l'identification était positivement associée avec l'attitude envers le groupe des personnes obèses (β = .27 ; t(82) = 2.58 ; p < .05). Dans un second temps, nous avons constaté que la variable médiatrice attitude envers le groupe des personnes obèses, était associée positivement avec la variable tendance à la comparaison à Zidane (β = .30 ; t(81) = 2.79 ; p < .01). Les résultats confirment une médiation entre l'identification au groupe des personnes obèses et la tendance à la comparaison à Zidane (β = .08 ; CL = .01 et .21). De plus, il a été observé que l'effet direct entre l'identification au groupe des personnes obèses et la tendance à la comparaison à Zidane devenait non significatif (β = .16 ; t(82) = 1.53 ; p = .13), lorsque l'on contrôlait l'influence de la variable attitude envers le groupe des personnes obèses, ceci suggère une bonne médiation (cf., Figure 34).

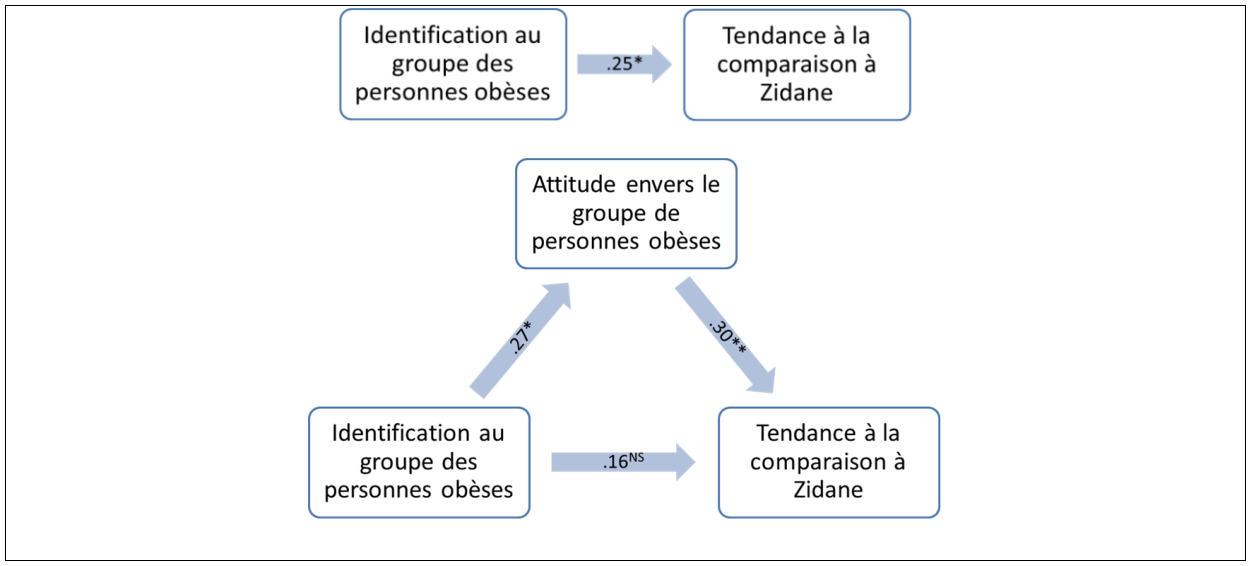


Figure 34. Effet indirect de l'identification au groupe des personnes obèses sur la tendance à la comparaison sociale, médiatisé par l'attitude envers le groupe des personnes obèses.

Légende :
* implique une p-valeur inférieure à .05. ** implique une p-valeur inférieure à .01. *** implique une p-valeur inférieure à .001. NS implique que la valeur est non significative.

Aussi, plus les participants s'identifiaient au groupe des personnes obèses et plus ils avaient une tendance à se comparer à Zidane. Ce constat est médiatisé par l'attitude envers le groupe de personnes obèses. Ainsi, plus les participants s'identifiaient au groupe des personnes obèses, plus leur attitude envers ce groupe était positive et plus ils avaient tendance à se comparer à Zidane.

Médiation du niveau d'identification au groupe des personnes obèses entre la tendance à la comparaison à Zidane et le sentiment de rejet.

Des analyses de régressions multiples ont été réalisées sur chaque variable proposée dans ce modèle de médiation. Il a été observé, dans un premier temps, que la tendance à la comparaison sociale était associée positivement au sentiment de rejet (β = .26 ; t(82) = 2.43 ; p < .05). Il a également été observé que la tendance à la comparaison à Zidane était positivement associée au niveau d'identification au groupe des personnes obèses (β = .25 ;

t(82) = 2.29 ; *p* < .05). Dans un second temps, nous avons constaté que la variable médiatrice identification au groupe des personnes obèses, était associée positivement avec la variable sentiment de rejet (β = .60 ; *t*(81) = 6.86 ; *p* < .001). Les résultats confirment une médiation entre la tendance à la comparaison à Zidane et le sentiment de rejet (β = .15 ; CL = .05 et .32). De plus, il a été observé que l'effet direct entre la tendance à la comparaison à Zidane et le sentiment de rejet devenait non significatif (β = .11 ; *t*(81) = 1.26 ; *p* = .21) lorsque l'on contrôlait l'influence de la variable niveau d'identification au groupe des personnes obèses, ceci suggère une bonne médiation (cf., Figure 35).

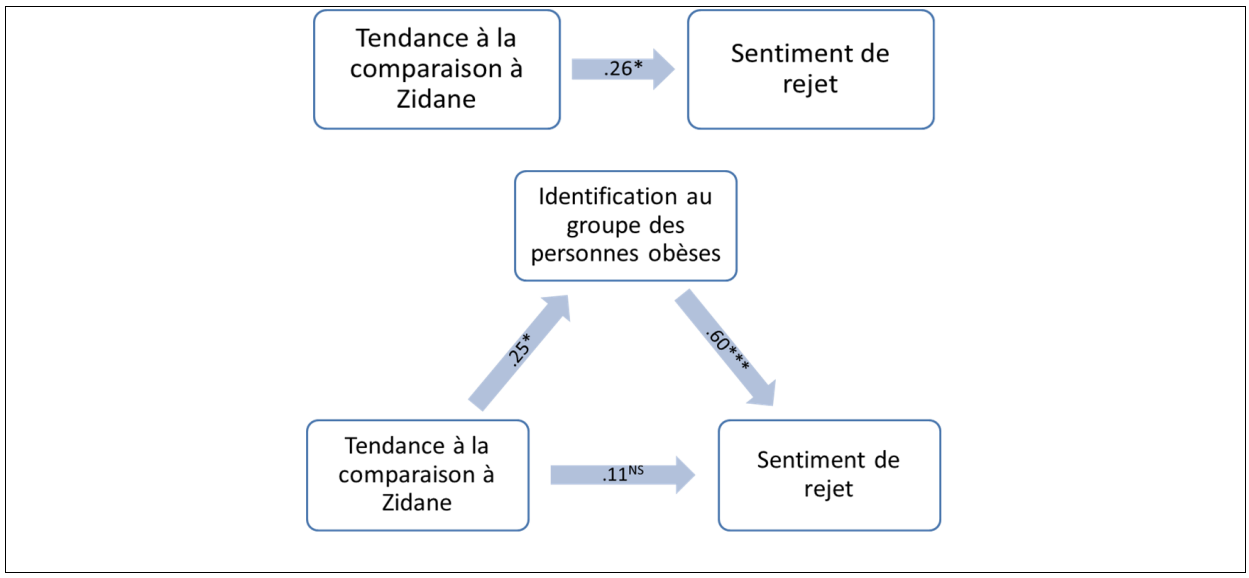


Figure 35. Effet indirect du sentiment de proximité à Zidane sur l'IMC, médiatisé par le niveau de préoccupation corporelle.

Légende :
* implique une p-valeur inférieure à .05. ** implique une p-valeur inférieure à .01. *** implique une p-valeur inférieure à .001. NS implique que la valeur est non significative.

Nous pouvons dire que plus les participants ont tendance à se comparer à Zidane, plus ils se sentaient rejetés. Ce constat est médiatisé par le niveau d'identification au groupe des personnes obèses. Ainsi, plus les participants ont tendance à se comparer à Zidane, plus ils

s'identifient au groupe des personnes obèses et plus ils se sentent rejetés du fait de leur corpulence.

Médiation de l'IMC des participants entre la tendance à la comparaison à Zidane et le sentiment de rejet

Des analyses de régressions multiples ont été réalisées sur chaque variable proposée dans ce modèle de médiation. Il a été observé, dans un premier temps, que la tendance à la comparaison sociale était associée positivement au sentiment de rejet (β = .26 ; t(82) = 2.43 ; p < .05). Il a également été observé que la tendance à la comparaison à Zidane était positivement associée à l'IMC des participants (β = .47 ; t(82) = 4.82 ; p < .001). Dans un second temps, nous avons observé que la variable médiatrice, IMC, était associée positivement avec la variable sentiment de rejet (β = .69 ; t(81) = 7.29 ; p < .001). Les résultats confirment une médiation entre la tendance à la comparaison à Zidane et le sentiment de rejet (β = .32 ; CL = .19 et .52). De plus, il a été observé que l'effet direct entre la tendance à la comparaison à Zidane et le sentiment de rejet devenait non significatif (β = -.06 ; t(81) = -.68 ; p = .50) lorsque l'on contrôlait l'influence de la variable IMC ; ceci suggère une bonne médiation (cf., Figure 36).

Nous pouvons dire que plus les participants avaient tendance à se comparer à Zidane, plus ils se sentaient rejetés. Ce constat est médiatisé par l'IMC des participants. Ainsi, plus les participants ont tendance à se comparer, dans le cas de cette analyseà Zidane, plus ils étaient corpulents et plus ils se sentaient rejetés.

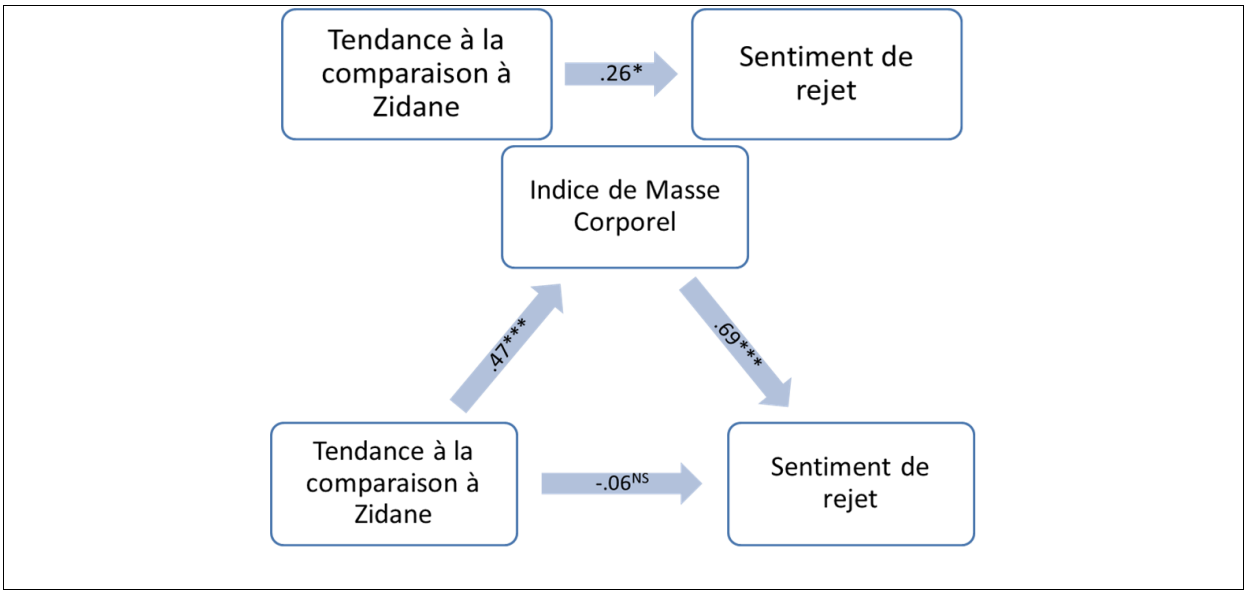


Figure 36. Effet indirect du sentiment de la tendance à la comparaison à Zidane sur le sentiment de rejet lié au poids, médiatisé par l'IMC.

Légende :
* implique une p-valeur inférieure à .05. ** implique une p-valeur inférieure à .01. *** implique une p-valeur inférieure à .001. NS implique que la valeur est non significative.

Médiation de l'IMC des participants entre la tendance à la comparaison à Zidane et l'identification au groupe des personnes obèses

Des analyses de régressions multiples ont été réalisées sur chaque variable proposée dans ce modèle de médiation. Il a été observé, dans un premier temps, que la tendance à la comparaison sociale était associée positivement à l'identification au groupe des personnes obèses (β = .25 ; $t(82) = 2.29$; $p < .05$). Il a également été observé que la tendance à la comparaison à Zidane était positivement associée à l'IMC des participants (β = .47 ; $t(82)$ = 4.82 ; $p < .001$). Dans un second temps, les résultats ont montré que la variable médiatrice, IMC, était associée positivement avec la variable identification au groupe des personnes obèses (β = .45 ; $t(81) = 4.01$; $p < .001$). Les résultats confirment une médiation entre la tendance à la comparaison à Zidane et l'identification au groupe des personnes obèses (β = .21 ; CL = .09 et .39). De plus, il a été observé que l'effet direct entre la tendance à la comparaison à Zidane et l'identification au groupe des personnes obèses devenait non

significatif (β = .03 ; t(81) = .32 ; p = .75) lorsque l'on contrôlait l'influence de la variable IMC ; ceci suggère une bonne médiation (cf., Figure 37).

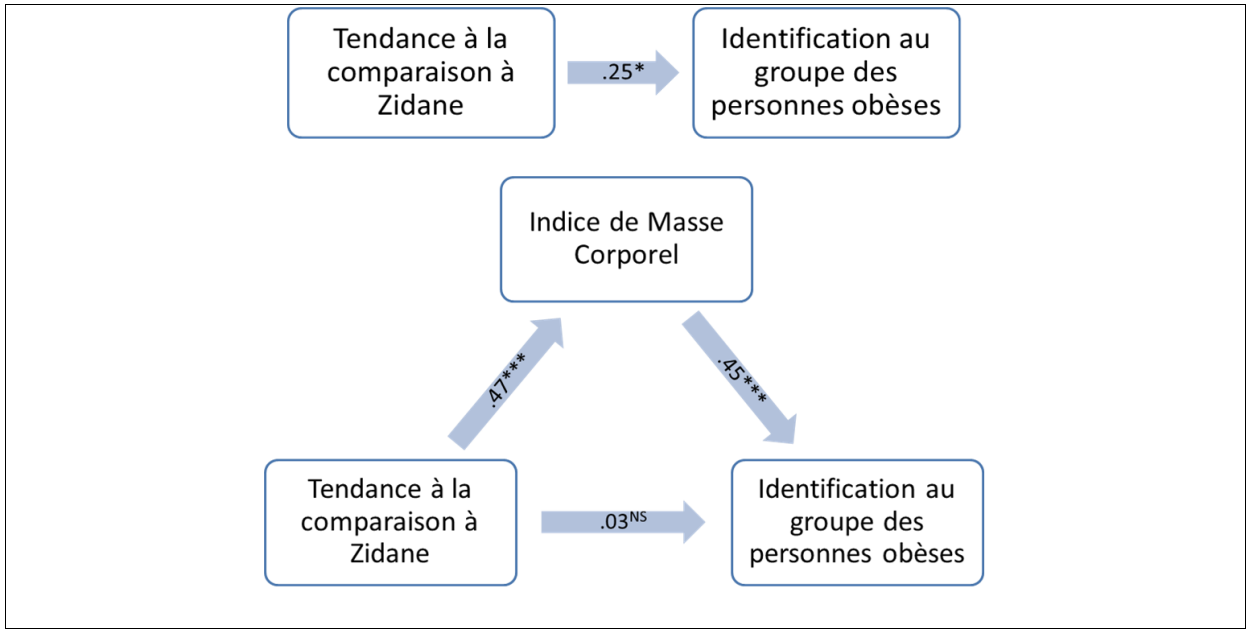


Figure 37. Effet indirect de la tendance à la comparaison à Zidane sur l'identification au groupe des personnes obèses, médiatisé par l'IMC.

Légende :
* implique une p-valeur inférieure à .05. ** implique une p-valeur inférieure à .01. *** implique une p-valeur inférieure à .001. NS implique que la valeur est non significative.

Nous pouvons dire que plus les participants avaient tendance à se comparer à Zidane, plus ils s'identifiaient au groupe des personnes obèses. Ce constat est médiatisé par l'IMC des participants. Ainsi, plus les participants avaient tendance à se comparer à Zidane, plus ils étaient corpulents et plus ils s'identifiaient au groupe des personnes obèses.

Médiation entre la tendance à la comparaison et le sentiment de rejet, via l'IMC et l'identification au groupe des personnes obèses

Des analyses de régressions multiples ont été réalisées sur chaque variable proposée dans ce modèle de médiation. Il a été observé, dans un premier temps, que la tendance à la

comparaison sociale était associée positivement au sentiment de rejet lié au poids (β = .26 ; t(82) = 2.43 ; p < .05). Il a également été observé que la tendance à la comparaison à Zidane était positivement associée à l'IMC des participants (β = .47 ; t(82) = 4.82 ; p < .001). Un lien positif a été observé entre l'IMC des participants et l'identification au groupe de personnes obèses (β =.45 ; t(82) = 4.00 ; p < .001). Un autre lien positif a été observé entre l'identification au groupe des personnes obèses et le sentiment de rejet (β = .42 ; t(82) = 5.08 ; p < .001). Les résultats confirment une médiation entre la tendance à la comparaison à Zidane et le sentiment de rejet (β = .09 ; CL = .04 et .18), via l'IMC et l'identification au groupe des personnes obèses. De plus, il a été observé que l'effet direct entre la tendance à la comparaison à Zidane et le sentiment de rejet devenait non significatif (β = -.08 ; t(82) = -.96 ; p = .34) lorsque l'on contrôlait l'influence de l'IMC et de l'identification ; ceci suggère une bonne médiation (cf., Figure 38).

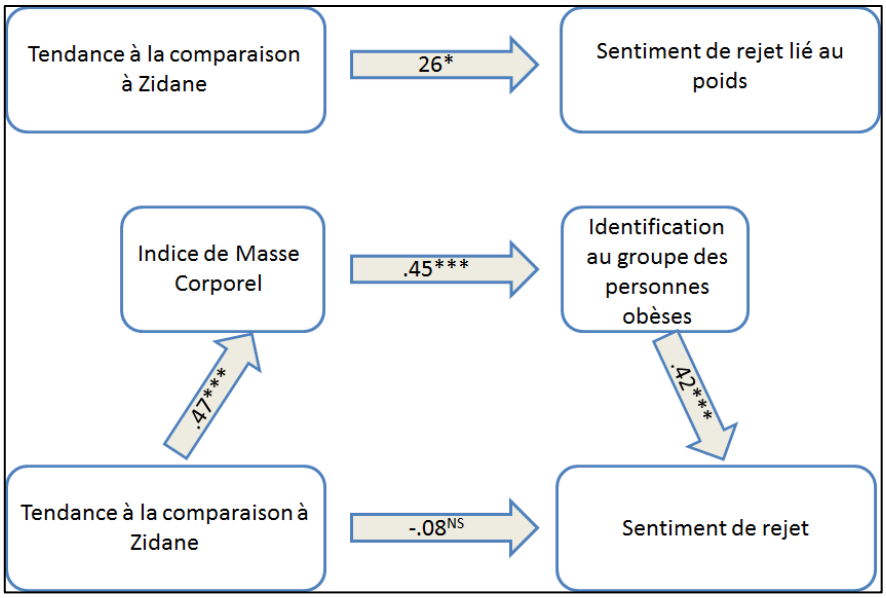


Figure 38. Effet indirect de la tendance à la comparaison à Zidane sur le sentiment de rejet lié au poids, médiatisé par l'IMC et l'identification au groupe des personnes obèses.

Légende :
* implique une p-valeur inférieure à .05. ** implique une p-valeur inférieure à .01. *** implique une p-valeur inférieure à .001. NS implique que la valeur est non significative.

Aussi, il a été observé que plus les participants avaient tendance à se comparer à Zinedine Zidane, plus leur sentiment de rejet lié au poids augmentait. Ce constat est modulé par l'IMC et l'identification au groupe des personnes obèses. Ainsi, plus les participants avaient tendance à se comparer, plus les participants étaient corpulents. De même que plus l'IMC augmentait et plus le niveau d'identification au groupe des personnes obèses augmentait. Enfin, plus l'identification au groupe des personnes obèses augmentait, plus le sentiment de rejet lié au poids augmentait.

3.3.4 Conclusion

L'objectif de cette troisième étude était de mieux comprendre la condition contrôle Zidane. Nous voulions, plus exactement, comprendre dans quelle mesure l'affirmation, des qualités de Zinedine Zidane, pouvait influencer l'image de soi. Aussi, avons-nous conclu cette troisième étude en discutant nos hypothèses, en lien avec la littérature et au regard des résultats observés.

Notre première hypothèse était que les hommes déclareraient une plus grande proximité et une plus grande tendance à la comparaison sociale vis-à-vis de la cible de comparaison que les femmes. Il a été observé que les hommes avaient en effet tendance à se comparer davantage à Zinedine Zidane que les femmes. Néanmoins, malgré cette forte tendance à la comparaison, les hommes ne se sont pas différenciés des femmes quant à leur sentiment de proximité envers la cible de comparaison Zinedine Zidane. Ainsi, il conviendrait de faire la distinction entre les concepts de sentiment de proximité vis-à-vis d'une cible de comparaison d'un côté, et la tendance à la comparaison, de l'autre. La cible de comparaison Zinedine Zidane est suffisamment lointaine pour les participants de sorte qu'ils ne se sentent pas proches de celle-ci, même s'ils sont conduits à se comparer à elle. En somme, les hommes

se sont trouvés en situation de comparaison sociale ascendante forcée[55], contrairement aux femmes pour qui Zinedine Zidane n'est pas une cible proche de soi, ni une cible de comparaison à laquelle une comparaison serait pertinente. Ce résultat sera discuté aux yeux de la littérature lors de l'explicitation de la quatrième hypothèse.

Notre deuxième hypothèse était que les participants obèses auraient tendance à vouloir se protéger de l'image positive de Zinedine Zidane, en évitant de se comparer à lui et en percevant cette cible comme éloignée. Or, il a été observé que les participants obèses s'estimaient plus proches et avaient davantage tendance à se comparer à Zinedine Zidane que les participants normo-pondérés. Il est possible de considérer que les participants obèses étaient également en situation de comparaison sociale ascendante. Cette comparaison sociale a-t-elle été « *néfaste* » pour eux ? Les études sur la comparaison sociale ascendante montrent qu'une comparaison à une cible meilleure que soi peut comporter des bénéfices pour les individus. Se comparer à meilleur que soi permettrait de maintenir un certain niveau de motivation à améliorer ses performances (Buunk *et al.*, 1990 ; Yperen, Brenninkmeijer, & Buunk, 2006). En général la comparaison sociale ascendante est perçue comme néfaste pour le concept de soi. Prenons l'exemple de l'influence médiatique sur l'image du corps et le concept de soi. Il a été montré que les femmes exposées à des modèles de minceurs devenaient plus insatisfaites de leurs corps et développaient une moins bonne estime d'elles-mêmes (Vartanian & Dey, 2013). Néanmoins, des travaux ont montré que l'estime de soi et le sentiment d'auto-efficacité n'étaient pas négativement affectés par une activité de comparaison sociale ascendante, utilisée comme moyen de promotion sociale et de motivation au changement (Smith & Sachs, 1997). Néanmoins, compte tenu des liens observés entre la tendance à la comparaison à Zinedine Zidane, le sentiment de rejet et l'IMC, la comparaison

[55] Nous entendons, par comparaison sociale ascendante, le fait que les participants se soient comparés à meilleur que Soi.

sociale ascendante enclenchée dans notre étude produit les résultats classiques de la littérature, à savoir une dégradation de l'image de soi (Buunk *et al.*, 1990 ; Festinger, 1954).

Notre troisième hypothèse était que plus les participants s'estimeraient proches de Zidane, et/ou plus ils se compareraient à Zidane, plus leur attitude envers le groupe des personnes obèses serait négative, moins ils s'identifieraient au groupe des personnes obèses, plus ils se sentiraient rejetés et plus ils seraient préoccupés par leurs corps. Nous avons observé que plus les participants s'estimaient proches de Zinedine Zidane, plus ils étaient préoccupés par leur corps. De plus, contre toute attente, une analyse de médiation a révélé que l'IMC était une variable médiatrice, du lien entre sentiment de proximité et le niveau de préoccupation corporelle. Ainsi, plus les participants se sentaient proches de Zinedine Zidane, plus ils étaient corpulents et plus ils déclaraient être préoccupés par leur corpulence. Notons qu'aucun effet du sentiment de proximité n'a été observé sur l'attitude, l'identification au groupe des personnes obèses et le sentiment de rejet lié au poids. En effet, il semble que le sentiment de proximité à Zidane influence tout particulièrement le niveau de préoccupation corporelle. Ce niveau de préoccupation corporelle est d'autant plus important que l'individu interrogé est corpulent. Aussi, ce résultat rejoint-il les observations de notre deuxième hypothèse. En effet, les participants obèses ont estimé être d'autant plus proches de Zinedine Zidane qu'ils s'étaient comparés à lui. Ainsi, les participants obèses ressentiraient-ils le besoin de s'estimer proches de Zinedine Zidane. Il est possible de comprendre ce phénomène par le biais des théories de la stigmatisation. En effet, il est possible de penser que les participants obèses ne parviennent pas à se protéger de l'image positive de Zinedine Zidane. Là encore un processus de comparaison sociale interviendrait, leur permettant de se situer dans une réalité sociale. Ainsi, en présentant l'image positive de Zinedine Zidane, conduirions-nous les participants obèses à prendre conscience de leur statut social négatif, au travers d'une comparaison sociale induite. De ce fait, le rappel de ce statut social ferait

directement référence aux situations de stigmatisations vécues. Rappelons que la littérature nous montre dans quelle mesure l'obésité est fortement rejetée socialement dans de nombreuses strates de la société. En effet, diverses sphères sociales sont touchées par le rejet de l'obésité. De nombreuses études montrent que l'obésité est rejetée dans le milieu médical (Bocquier, Paraponaris, *et al.*, 2005 ; Keyworth *et al.*, 2012 ; Puhl & Heuer, 2009), et le milieu professionnel (Puhl & Heuer, 2009 ; Puhl & King, 2013 ; Rudolph, Wells, Weller, & Baltes, 2009) comme dans la sphère amicale et familiale (Lewis *et al.*, 2011 ; Myers & Rosen, 1999 ; Puhl & Heuer, 2009). En d'autres termes, échapper à la stigmatisation de l'obésité pour les personnes obèses serait de l'ordre de l'impossible. Ainsi, on peut supposer que l'exposition à un personnage médiatique, impliquant une comparaison sociale ascendante, serait fortement délétère pour les personnes obèses.

Néanmoins, la tendance à se comparer à Zidane jouerait un rôle dans l'attitude envers le groupe des personnes obèses, l'identification au groupe des personnes obèses et le sentiment de rejet. Aussi, en ce qui concerne l'attitude envers le groupe des personnes obèses, les participants ayant manifesté une forte tendance à la comparaison sociale avaient une attitude très positive envers le groupe des personnes obèses. Nous pouvons expliquer ce résultat par le fait que les individus confrontés à Zinedine Zidane aient tenté de se rapprocher de ce modèle. En effet, si l'on revient sur le parcours de cette personnalité, il fait partie des personnes célèbres françaises s'étant fortement investies lors d'actions humanitaires. Ainsi, est-il possible de supposer que les participants ne s'imaginaient pas que Zinedine Zidane puisse stigmatiser l'obésité. Au contraire, peut-être ont-ils cru que ce personnage ne rejetterait pas l'obésité. Cette croyance serait véhiculée par l'image de bienfaiteur[56] de Zinedine Zidane.

[56] D'après nos recherches, celui-ci est investi depuis les années 2000 comme parrain dans l'Association Européenne contre les Leucodystrophies. Il est également parrain officiel de la Danone Nations Cup, qui met en place des compétitions de football international pour les jeunes de 10 à 12 ans. En mars 2001, il est nommé Ambassadeur de bonne volonté pour la lutte contre la pauvreté dans le cadre du Programme des Nations Unies

Aussi, cette image positive serait à l'encontre même du phénomène de stigmatisation. En ce qui concerne l'identification au groupe des personnes obèses, il a été observé que plus les participants se comparaient à Zinedine Zidane, plus ils s'identifiaient au groupe des personnes obèses. Cette tendance est médiatisée par l'IMC des participants. Ainsi, plus les participants se comparaient à Zidane, plus ils étaient corpulents et plus ils s'identifiaient au groupe des personnes obèses. Il a également été observé que l'identification pouvait prédire la tendance à la comparaison si l'on tenait compte de l'attitude envers le groupe des personnes obèses. Ainsi, plus les participants s'identifiaient au groupe des personnes obèses, plus leur attitude envers ce groupe était positive et plus ils avaient tendance à se comparer à Zinedine Zidane. L'image positive véhiculée par Zinedine Zidane, à laquelle les participants obèses auraient tendance à se comparer, aurait alors accru la menace induite au niveau de l'image de soi, compte tenu du contraste ressenti entre leur corpulence et celle de la cible de comparaison. Ainsi, afin de parer au sentiment de mal-être véhiculé par la menace de l'image de soi, les participants obèses auraient tenté de s'investir d'une identité sociale non menaçante. Rappelons que l'identité « *obèse* » a été présentée de manière positive au travers de notre échelle, ainsi un sentiment de désirabilité sociale a pu être donné à l'identité « *obèse* ». Ce biais de désirabilité sociale aurait pu faciliter l'ensemble des participants à répondre positivement aux items présentés. Aussi, afin de diminuer le sentiment de mal-être, les participants obèses auraient opéré un réajustement identitaire (Deaux & Ethier, 1998 ; Martinot, 2001 ; Puhl & Brownell, 2003). Ainsi, une fois l'ajustement opéré, les individus ont jugé le groupe des personnes obèses positivement afin de protéger leur investissement pour cette nouvelle identité. En ce qui concerne le sentiment de rejet, il a été observé que plus les participants avaient tendance à se comparer, plus ils se sentaient rejetés du fait de leur poids. Ce constat était médiatisé d'une part, par l'identification au groupe des personnes obèses,

pour le Développement. Ainsi, depuis le début de sa carrière, Zinedine Zidane s'est développé une image de bienfaiteur.

d'autre part, par l'IMC des participants. Ainsi, plus les participants se comparaient à Zinedine Zidane, plus ils avaient tendance à s'identifier au groupe des personnes obèses et plus ils se sentaient rejetés du fait de leur poids. De même, plus ils se comparaient à Zinedine Zidane, plus leur corpulence était importante et plus ils se sentaient rejetés. Ce résultat, comme le précédent peut s'expliquer au regard de la négociation identitaire et de la stigmatisation. Comme mentionné ci-avant, les participants obèses se sentant menacés par l'image positive de Zinedine Zidane, ont réajusté leur identité afin de se référer au groupe des personnes obèses. Néanmoins, malgré une vision positive de ce groupe, les participants n'ont pas été en mesure d'échapper à la stigmatisation de l'obésité inhérente à la façon dont la société traite cette question. Ainsi, en s'identifiant au groupe des personnes obèses, les participants auraient également ressenti de façon accrue la saillance des caractéristiques stigmatisantes de l'obésité les liant à ce groupe. De ce fait, le sentiment de rejet serait lié à un double processus d'identification aux personnes obèses et d'acceptation de sa propre discrimination (Crocker, 1999 ; Lewis *et al.*, 2011 ; Puhl & Brownell, 2003). Aussi, peut-on considérer que les individus obèses en condition Zinedine Zidane aient souffert d'une double peine : tout d'abord, une menace du Soi, induite par la comparaison ascendante à l'image positive de Zinedine Zidane, et ensuite, l'incorporation au sens propre comme au sens figuré, des propriétés et caractéristiques négatives associées au groupe des personnes obèses.

Suite à cette étude, nous avons abordé l'auto-affirmation, non plus comme amorce de coping, mais comme ressources individuelles, dans l'attitude, l'identification, le sentiment de rejet et le niveau de préoccupation corporelle. Nous avons mis en relation ces concepts.

Etude 3.4 - Analyse de médiation entre les mesures contrôles de l'auto-affirmation, l'attitude, l'identification, le niveau de préoccupation corporelle et le sentiment de rejet.

3.4.1 Objectif et Hypothèses

L'objectif de cette dernière exploration était de mieux comprendre l'influence des mesures entre elles. En effet, il convient de considérer que l'attitude, le niveau d'identification, le sentiment de rejet et le niveau de préoccupation corporelle sont liés de par leurs intrications avec le concept de soi. Plus exactement, la question ici est de déterminer le niveau et la nature des influences que les variables exercent mutuellement entre elles, ainsi que leur relation avec les variables démographiques (i.e., genre et statut pondéral). Nous avons également interrogé la mesure de l'auto-affirmation. En effet, il convient de considérer, compte tenu de la faible efficacité de l'auto-affirmation (cf., étude 3.1 et 3.2), que certains participants étaient déjà auto-affirmés (i.e., ceux ayant eu des scores élevés aux mesures contrôle de l'auto-affirmation). Ici, il ne s'agissait plus de considérer l'auto-affirmation comme une amorce, mais comme une ressource personnelle, mobilisée en partie par les participants. Pour ce faire, nous avons considéré que les mesures contrôles de l'auto-affirmation étaient un moyen valide de mesurer le degré d'auto-affirmation des participants. Nous avons donc considéré cette mesure contrôle de l'auto-affirmation comme une variable médiatrice de l'attitude, du niveau d'identification, du sentiment de rejet et des préoccupations corporelles des participants.

Aussi, compte tenu des résultats précédents (cf., Etude 3.2, page 235), nos hypothèses étaient les suivantes :

H1 : Effet de l'IMC sur les mesures d'identification, du sentiment de rejet et du niveau de préoccupation corporelle.

Nous avons supposé l'existence d'un lien entre l'IMC des participants et les différentes mesures que sont : l'attitude envers le groupe des personnes obèses, l'identification au groupe des personnes obèses, le sentiment de rejet et le niveau de préoccupation corporelle.

H2 : Effet du genre des participants sur l'identification et le niveau de préoccupation corporelle

Nous avons supposé l'existence d'un lien entre le genre des participants et l'identification et le niveau de préoccupation corporelle. Les femmes devaient être celles ayant un plus fort niveau de préoccupation corporelle, induisant lui-même un fort niveau d'identification au groupe des personnes obèses.

H3 : Effet de la proximité à Zidane sur l'attitude et l'identification au groupe des personnes obèses, le sentiment de rejet et le niveau de préoccupation corporelle

Nous avons supposé un lien entre nos trois mesures contrôles de l'auto-affirmation et les mesures d'attitude, d'identification, de sentiment de rejet et de niveau de préoccupation corporelle. Plus les participants auraient une centration positive sur eux-mêmes, une humeur positive, ainsi qu'une estime de soi positive, meilleure sera leur attitude envers les personnes obèses, moins ils s'identifieraient au groupe des personnes obèses, moins ils se sentiraient rejetés et ils auraient moins de préoccupations corporelles.

3.4.2 Analyse de données

Dans un premier temps, afin de mesurer le degré d'auto-affirmation, trois scores ont été calculés. Le premier score correspondait au premier groupe de questions, mentionné dans la méthodologie de ce chapitre (cf., description du matériel, page 205). Ainsi, le premier score consistait en une moyenne des trois questions suivantes : 1) *« La tâche me fait penser à »* (sept items ; α = .90) ; 2) « *La tâche me fait me sentir* » (Sept items ; α = .87) ; 3) « *La tâche m'a ouvert les yeux sur »* (quatre items ; α = 89).

Le deuxième score renvoie à une pondération de l'humeur (huit items ; α = .63) et des sentiments vis-à-vis de soi chez les participants (un item). Nous avons calculé la différence entre l'humeur négative et l'humeur positive, puis ce dernier score a permis de faire une moyenne avec le score du sentiment vis-à-vis de soi. Le troisième score, mesurant l'estime de soi, était conservé tel quel (i.e., mesuré à l'aide d'un seul item).

Dans un second temps, afin de répondre aux hypothèses, des analyses de médiation ont été réalisées. Nous avons utilisé la méthode bootstrapping en contrôlant l'intervalle de confiance (MacKinnon, Lockwood, & Williams, 2004 ; Preacher & Hayes, 2004). Dans ces analyses, l'intervalle de confiance de l'effet indirect était fixé à 95%, et était obtenu par 5000 essais du bootstrap (Preacher & Hayes, 2008).

3.4.3 Résultats

3.4.3.1 Influence de l'IMC

L'IMC est lié positivement à l'identification au groupe des personnes obèses (β = .33 ; ($t(236) = 5.33$; $p < 001$). L'IMC est liée positivement au sentiment de rejet des participants (β = .60 ; $t(236) = 11.61$; $p < .001$). Le sentiment de rejet est lié positivement au niveau

d'identification du sentiment de rejet des participants (β = .41 ; t(236) = 5.73 ; p < .001). Quand il y a ajout de la variable médiatrice (le sentiment de rejet) alors le lien entre l'IMC des participants et l'identification au groupe des personnes obèses devient non significatif (β = .08 ; t(236) = 1.07 ; p = .28). La médiation est donc confirmée (β = .25 ; CL = .15 à .37) (cf., Figure 39).

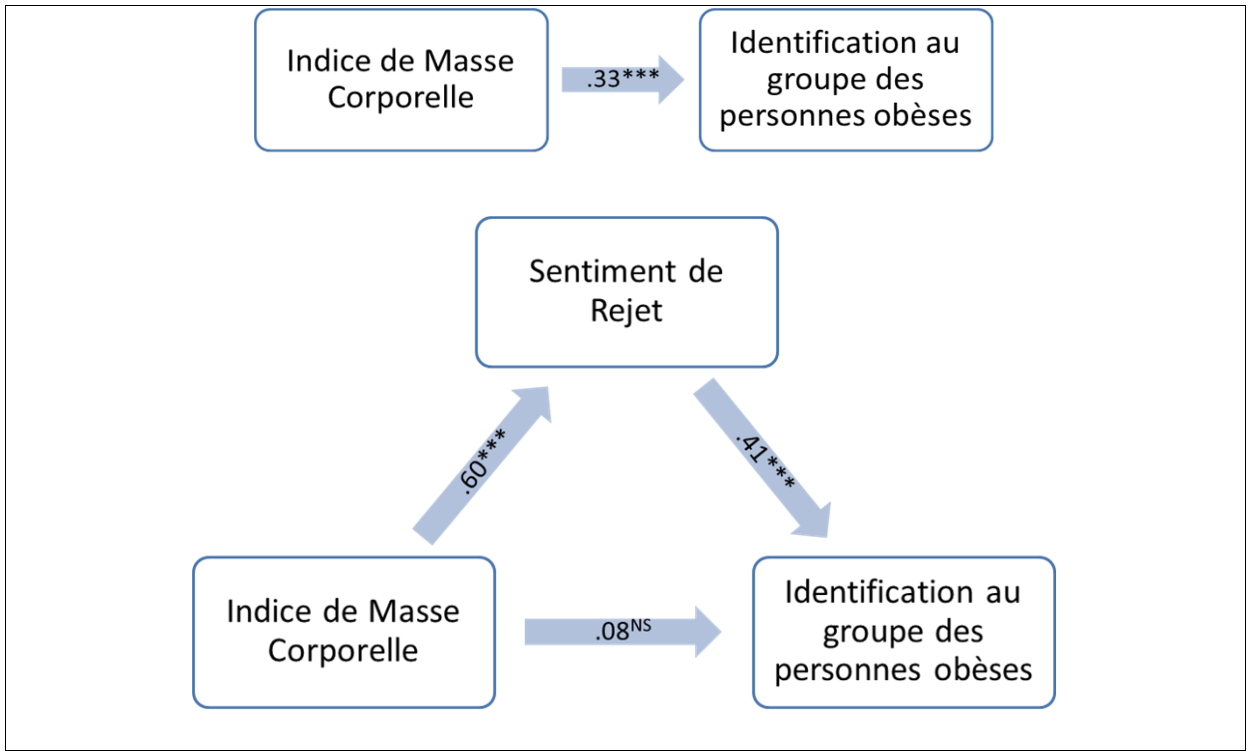


Figure 39. Effet indirect de l'IMC sur l'identification au groupe des personnes obèses, médiatisé par le sentiment de rejet lié au poids.

Légende :
* implique une p-valeur inférieure à .05. ** implique une p-valeur inférieure à .01. *** implique une p-valeur inférieure à .001. NS implique que la valeur est non significative.

Aussi, d'un point de vue général, plus les participants sont corpulents, plus ils ont tendance à s'identifier au groupe des personne obèses. L'analyse, ci-avant, nous montre que le sentiment de rejet serait le médiateur entre l'IMC et l'identification au groupe des personnes

obèses. Plus exactement, plus les participants sont corpulents, plus ils se sentent rejetés du fait de leur corpulence et plus ils ont tendance à s'identifier au groupe des personnes obèses.

L'IMC est associé positivement au niveau de préoccupation corporelle (β = .38 ; t(236) = 6.35 ; p < .001). L'IMC est associé positivement au sentiment de rejet (β = .60 ; t(236) = 11.61 ; p < .001). Le sentiment de rejet est associé positivement au niveau de préoccupation corporelle (β = .70 ; t(236) = 11.64 ; p < 001). Après avoir ajouté le sentiment de rejet comme variable médiatrice dans le modèle de régression, le lien entre l'IMC des participants et leur préoccupation corporelle devient non significatif (β = -.04 ; t(235) = -.67 ; p = .50). La médiation est donc confirmée (β = .42 ; CL = .32 à .54) (cf., Figure 40).

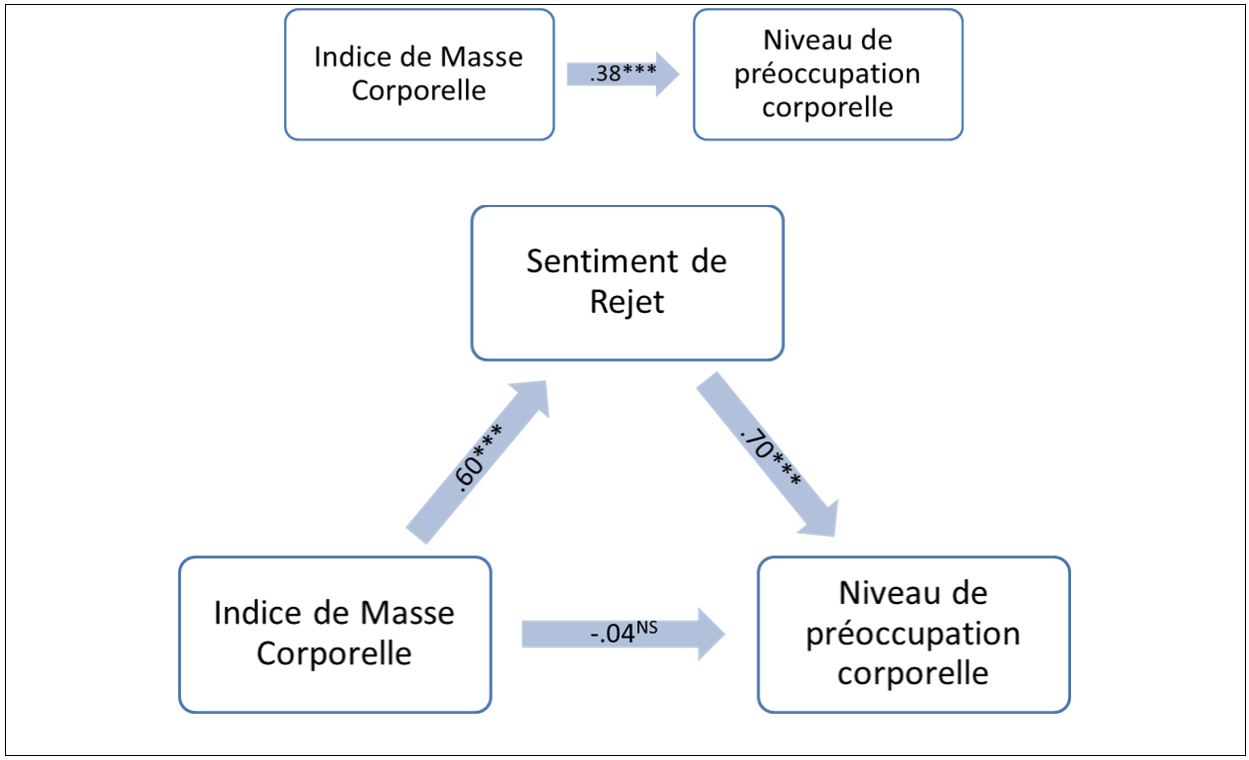


Figure 40. Effet indirect de l'IMC sur le niveau de préoccupation corporelle, médiatisé par le sentiment de rejet lié au poids.

Légende :
* implique une p-valeur inférieure à .05. ** implique une p-valeur inférieure à .01. *** implique une p-valeur inférieure à .001. NS implique que la valeur est non significative.

Ainsi, l'analyse de médiation montre que la corpulence des participants induit des sentiments de rejet liés au poids qui en retour attisent leurs préoccupations corporelles.

3.4.3.2 Influence du genre des participants

On observe des effets directs du genre sur le sentiment de rejet (β = .16 ; t(236) = 2.50 ; p < .05) et sur les préoccupations corporelles des participants (β = .66 ; t(236) = 5.36 ; p < .001). Les préoccupations corporelles sont également positivement liées au sentiment de rejet (β = .70 ; t(236) = 13.79 ; p < .001). Après avoir ajouté les préoccupations corporelles des participants comme variable médiatrice dans le modèle de régression, nous observons que le lien entre le genre et le sentiment de rejet devient non significatif (β = -.14 ; t(235) = -1.38 ; p = .17). La médiation est donc confirmée (β = .46 ; CL = .29 à .66) (cf., Figure 41).

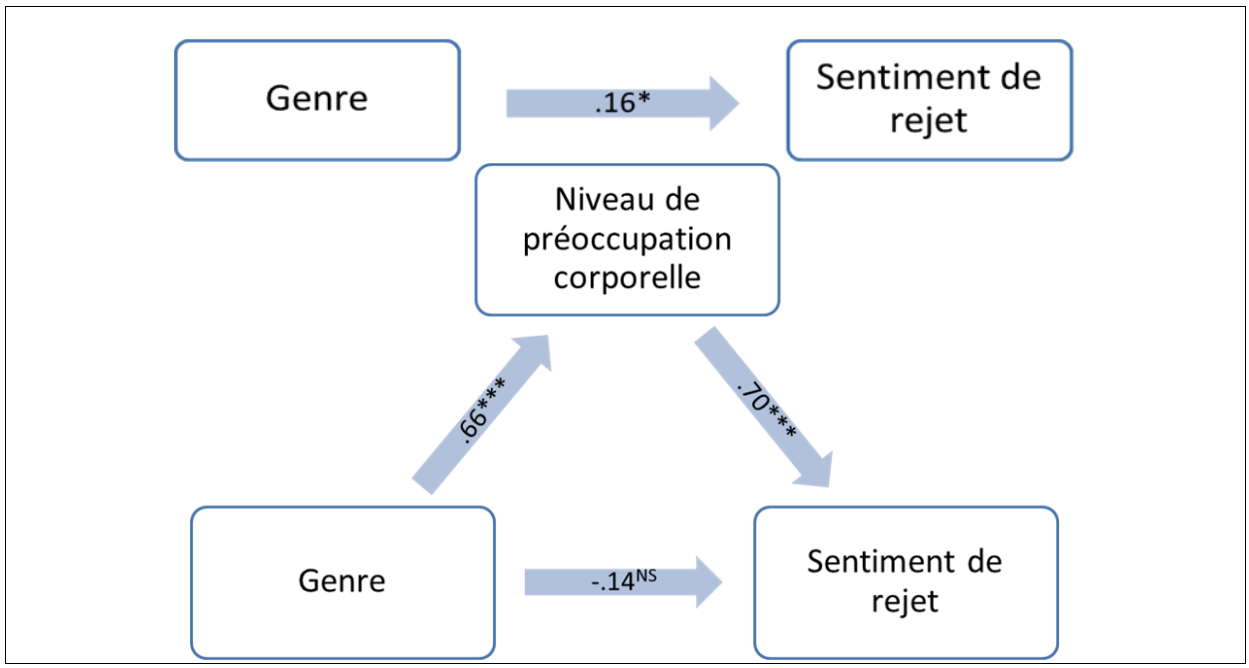


Figure 41. Effet indirect du genre des participants sur le sentiment de rejet lié au poids, médiatisé par le niveau de préoccupation corporelle.

Légende :
* implique une p-valeur inférieure à .05. ** implique une p-valeur inférieure à .01. *** implique une p-valeur inférieure à .001. NS implique que la valeur est non significative.

Ainsi, l'analyse de médiation nous révèle que les femmes ont davantage de préoccupations corporelles, par rapport aux hommes, et que celles-ci induisent davantage de sentiments de rejets liés au poids.

3.4.3.4 Influence du niveau de préoccupation corporelle

On observe des effets directs des préoccupations corporelles sur l'identification au groupe des personnes obèses (β = .36 ; t(237) = 5.99 ; p < .001) et sur le sentiment de rejet (β = .67 ; t(237) = 14.1 ; p < .001). Le sentiment de rejet exerce également un effet direct sur l'identification au groupe des personnes obèses (β = .39 ; t(236) = 5.07 ; p < .001). Après avoir ajouté le sentiment de rejet des participants comme variable médiatrice dans le modèle de régression, nous observons que le lien entre le niveau de préoccupation corporelle et d'identification au groupe des personnes obèses disparait (β = .09 ; t(235) = 1.21 ; p = .23).La médiation est donc confirmée (β = .27 ; CL = .15 à .39) (cf., Figure 42).

Ainsi, l'analyse de médiation nous révèle que les préoccupations corporelles des participants, induisent des sentiments de rejet liés au poids qui en retour renforcent le niveau d'identification au groupe des personnes obèses.

3.4.3.5 Influence de l'estime de soi

On observe des liens directs entre l'estime de soi sur l'attitude envers le groupe des personnes obèses (β = .14 ; t(236) = 2.08 ; p < .05) et sur le niveau de préoccupation corporelle (β = -.21 ; t(235) = -3.20 ; p < .01). Le niveau de préoccupation corporelle exerce

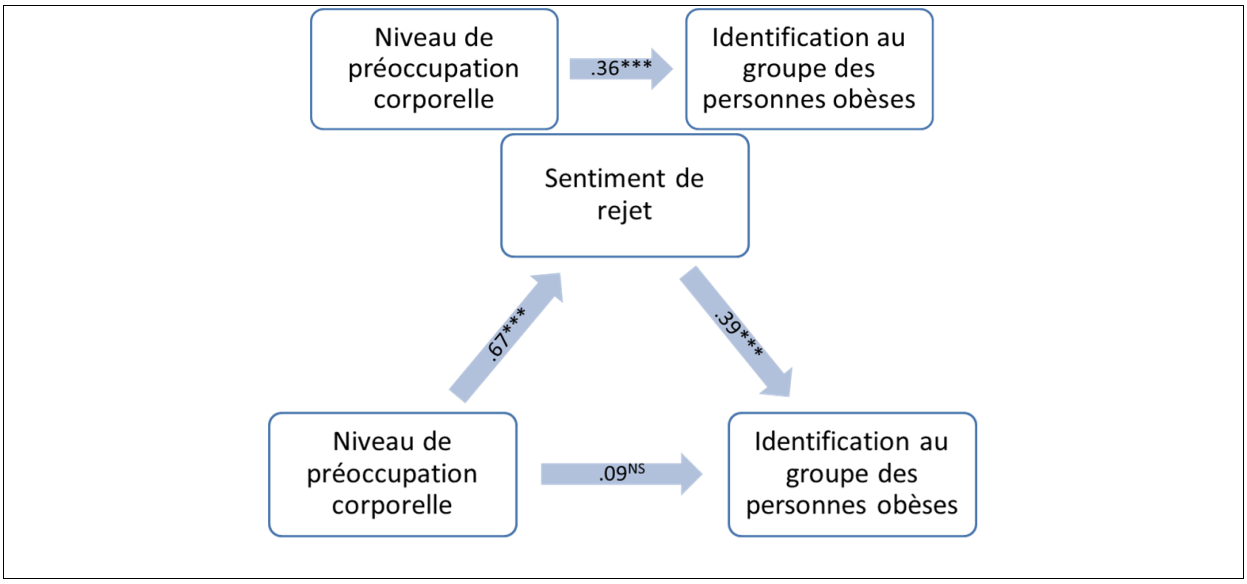


Figure 42. Effet indirect du niveau de préoccupation corporelle sur l'identification au groupe de personnes obèses, médiatisé par le sentiment de rejet lié au poids.

Légende :
* implique une p-valeur inférieure à .05. ** implique une p-valeur inférieure à .01. *** implique une p-valeur inférieure à .001. NS implique que la valeur est non significative.

également un effet direct sur l'attitude envers le groupe des personnes obèses (β = -.15 ; t(236) = -2.30 ; p < .05). Après avoir ajouté le niveau de préoccupation corporelle comme variable médiatrice dans le modèle de régression, le lien entre l'estime de soi et l'attitude envers le groupe de personnes obèses disparait (β = .10 ; t(234) = 1.59 ; p = .11). Ainsi, on peut confirmer une médiation entre l'estime de soi et l'attitude envers le groupe des personnes obèses, par le niveau de préoccupation corporelle (β = .03 ; CL = .003 à .08) (cf., Figure 43).

Ainsi, l'analyse de médiation nous révèle qu'une faible estime de soi des participants induit des préoccupations corporelles qui en retour renforcent les attitudes négatives envers les personnes obèses.

Il a été observé que l'estime de soi était liée positivement à l'attitude envers le groupe des personnes obèses (β = .14 ; t(236) = 2.08 ; p < .05), et au deuxième groupe de mesure contrôle de l'auto-affirmation (i.e., l'humeur) (β = .44 ; t(235) = 7.51 ; p < .001). Le deuxième

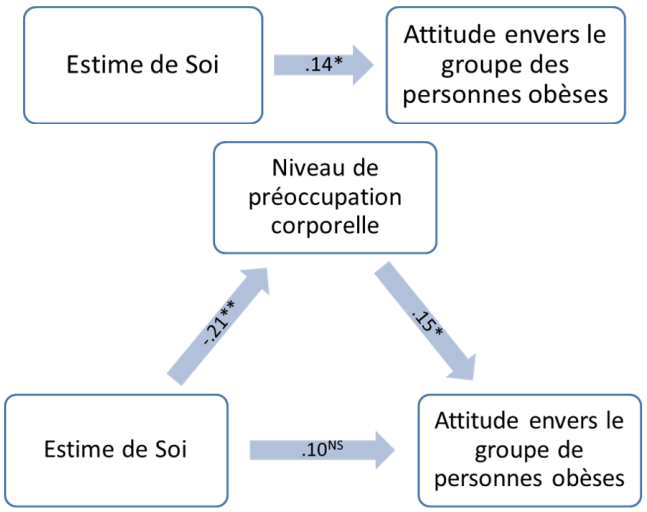


Figure 43. Effet indirect de l'estime de soi sur l'attitude envers le groupe des personnes obèses, médiatisé par le niveau de préoccupation corporelle.

Légende :
* implique une p-valeur inférieure à .05. ** implique une p-valeur inférieure à .01. *** implique une p-valeur inférieure à .001. NS implique que la valeur est non significative.

groupe de mesure contrôle de l'auto-affirmation (i.e., l'humeur) est lié positivement à l'attitude envers le groupe des personnes obèses (β = .20 ; t(235) = 2.77 ; p < .01). Après avoir ajouté le deuxième groupe de mesure contrôle de l'auto-affirmation (i.e., l'humeur) comme variable médiatrice dans le modèle de régression, le lien entre l'estime de Soi et l'attitude envers le groupe des personnes obèses disparait (β = .05 ; t(234) = .68 ; p = .50). Ainsi la médiation décrite est-elle validée (β = .09 ; CL = .03 à .16) (cf., Figure 44).

Ainsi, l'analyse de médiation révèle qu'une forte estime de soi induit une humeur positive, qui en retour renforce les attitudes positives envers le groupe des personnes obèses.

Il a été observé que l'estime de soi était liée négativement au sentiment de rejet (β = -.22 ; t(235) = -3.39 ; p < .01), et positivement au deuxième groupe de mesure contrôle de l'auto-affirmation (β = .44 ; t(235) = 7.51 ; p < .001). Le deuxième groupe de mesure contrôle

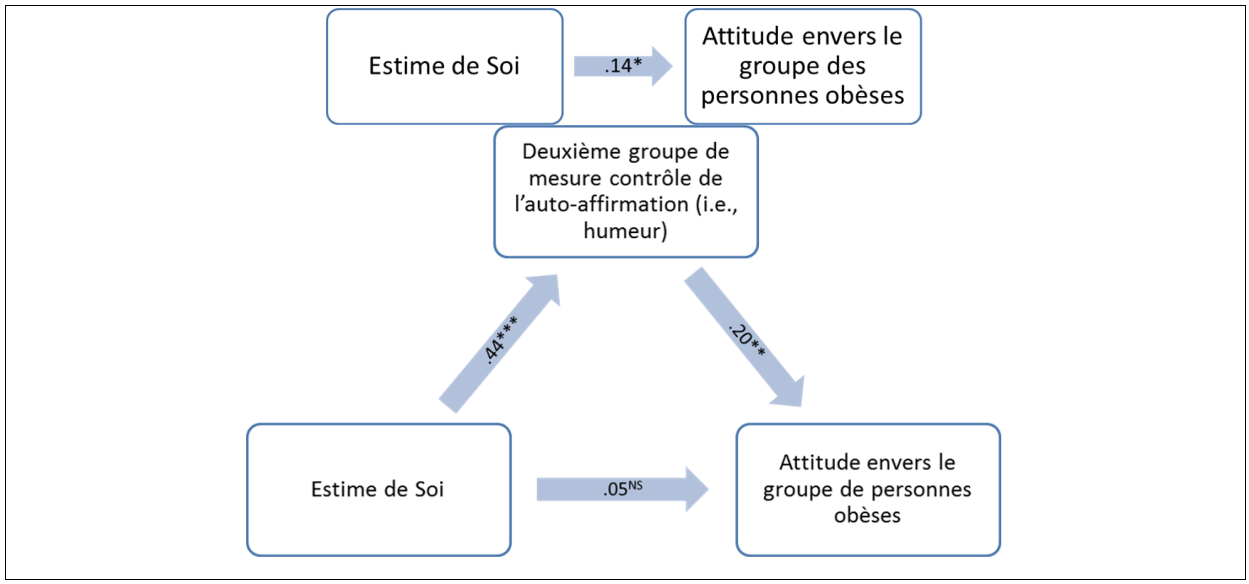


Figure 44. Effet indirect de l'estime de soi sur l'attitude envers le groupe des personnes obèses, médiatisé par le deuxième groupe de mesure contrôle de l'auto-affirmation.

Légende :
* implique une p-valeur inférieure à .05. ** implique une p-valeur inférieure à .01. *** implique une p-valeur inférieure à .001. NS implique que la valeur est non significative.

de l'auto-affirmation est lié négativement au sentiment de rejet (β = -.26 ; t(235) = -3.73 ; p < .001). Après ajout du deuxième groupe de mesure contrôle de l'auto-affirmation comme variable médiatrice dans le modèle de régression, le lien entre l'estime de soi et le sentiment de rejet disparait (β = -.10 ; t(234) = -1.49 ; p = .14). Cette médiation est confirmée (β = -.12 ; CL = -.20 à -.05) (cf., Figure 45).

L'analyse de médiation révèle qu'une forte estime de soi induit une humeur positive, qui en retour induit un faible sentiment de rejet lié au poids.

Il a été observé que l'estime de soi est liée négativement au niveau de préoccupation corporelle (β = -.21 ; t(235) = -3.20 ; p < .01), et positivement au deuxième groupe de mesure contrôle de l'auto-affirmation (β = .44 ; t(235) = 7.52 ; p < .001). Le deuxième groupe de mesure contrôle de l'auto-affirmation est lié négativement au niveau de préoccupation corporelle (β = -.26 ; t(236) = -3.81 ; p < .001). Après ajout du deuxième groupe de mesure

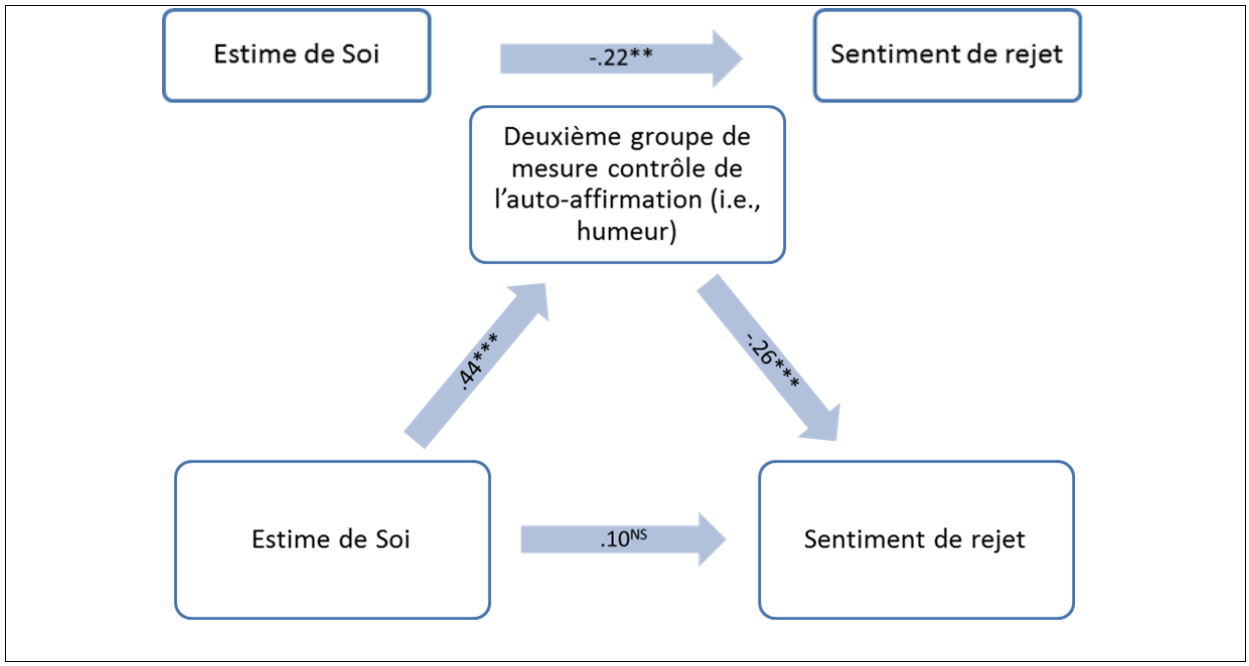


Figure 45. Effet indirect de l'estime de soi sur le sentiment de rejet lié au poids, médiatisé par le deuxième groupe de mesure contrôle de l'auto-affirmation.

Légende :
* implique une p-valeur inférieure à .05. ** implique une p-valeur inférieure à .01. *** implique une p-valeur inférieure à .001. NS implique que la valeur est non significative.

contrôle de l'auto-affirmation comme variable médiatrice dans le modèle de régression, le lien, entre l'estime de soi et le niveau de préoccupation corporelle disparait (β = -.09 ; t(234) = -1.28 ; p = .20). Aussi la médiation est-elle confirmée (β = -.12 ; CL = -.20 à -.05) (cf., Figure 46).

Ainsi, l'analyse de médiation révèle qu'une forte estime de soi induit une humeur positive, qui en retour diminue le niveau des préoccupations corporelles des participants.

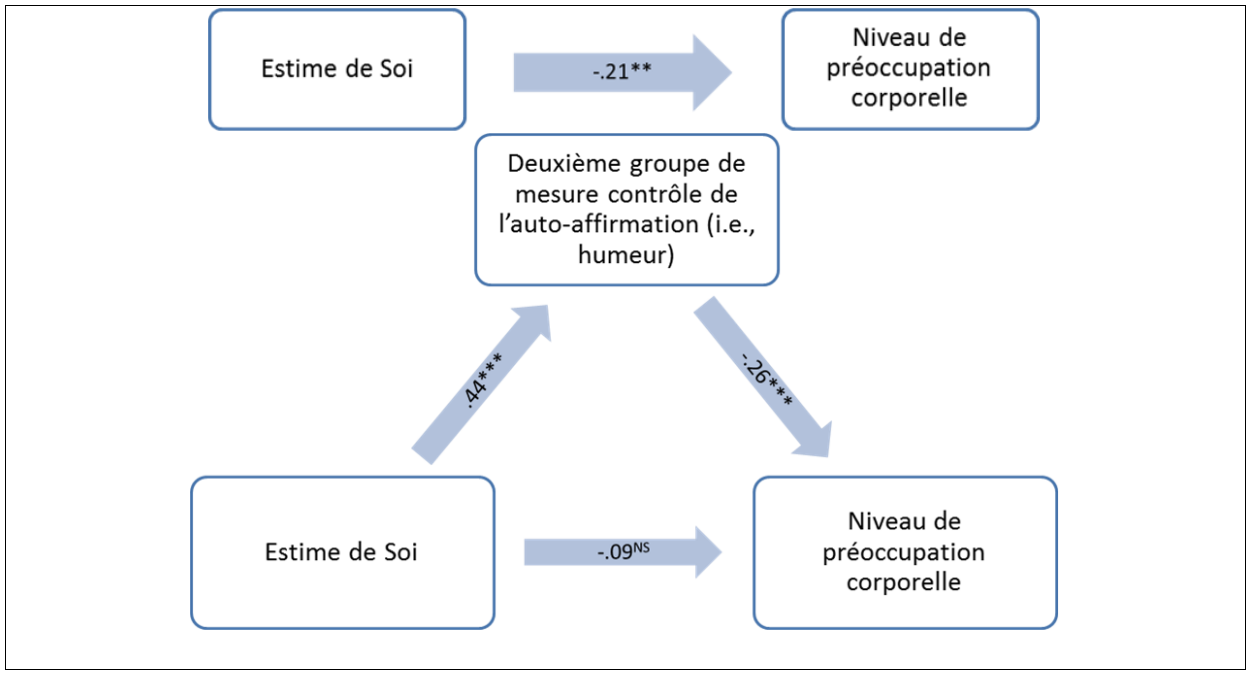


Figure 46. Effet indirect de l'estime de soi sur le niveau de préoccupation corporelle, médiatisé par le deuxième groupe de mesure contrôle de l'auto-affirmation.

Légende :
* implique une p-valeur inférieure à .05. ** implique une p-valeur inférieure à .01. *** implique une p-valeur inférieure à .001. NS implique que la valeur est non significative.

3.4.4 Conclusion

L'objectif de cette dernière partie était d'une part, de mieux comprendre les liens qui existaient entre les différentes mesures d'attitude envers le groupe des personnes obèses, d'identification au groupe des personnes obèses, de sentiment de rejet et des préoccupations corporelles. D'autre part, nous voulions mieux apprécier les rôles et places de l'IMC, comme du genre, dans les liens qu'entretenaient les différentes mesures entre elles. Enfin, nous voulions appréhender les effets de l'auto-affirmation, au travers des mesures contrôles de celle-ci, afin de mettre en évidence les processus enclenchés chez les participants. Aussi, avions-nous établi trois hypothèses nous permettant de guider l'analyse des données. Nous allons à présent discuter les résultats au regard d'une part de nos hypothèses et d'autre part de l'état des connaissances dans le domaine.

Notre première hypothèse était que l'IMC serait lié à l'identification, au sentiment de rejet et au niveau de préoccupation corporelle. Comme attendu, nous observons que la corpulence des participants entraîne non seulement un important sentiment de rejet, mais également une identification accrue au groupe des personnes obèses et des préoccupations corporelles importantes. La corpulence des participants serait un prédicteur du vécu d'un sentiment de rejet. Les personnes obèses se sentiraient globalement plus rejetées que les personnes normo-pondérés (Lewis *et al.*, 2011 ; Myers & Rosen, 1999). Ce sentiment de rejet ne serait donc pas sans conséquences, puisqu'il agirait sur l'identification au groupe des personnes obèses. Cette identification des personnes obèses à un groupe faisant l'objet de stigmatisation par l'ensemble de la société (Lewis *et al.*, 2011 ; Myers & Rosen, 1999), serait une réponse faite à un besoin de protection du concept de soi (Croizet & Leyens, 2003). Ainsi, comme mentionné ci-avant dans l'explicitation des effets de la tendance à la comparaison à Zinedine Zidane, nous pouvons dire qu'un processus de négociation identitaire serait enclenché (Deaux & Ethier, 1998). Rappelons que le concept de soi des individus se constitue d'une sphère personnelle (i.e., mon regard sur moi-même) et d'une sphère sociale (i.e., le regard des autres sur soi, regard porté sur deux aspects : un Soi relationnel et un Soi collectif). Ainsi, il est possible de considérer qu'il est moins couteux pour les participants obèses, d'investir l'identité groupale des personnes obèses, renforçant par certains aspects le niveau relationnel et collectif de l'estime de soi, que de réévaluer leur identité personnelle. Aussi, l'identification à un groupe plus vaste, permettrait aux personnes obèses de relativiser la menace du stéréotype de l'obésité, sans pour autant échapper au stigmate de l'obésité, véhiculé par la société. Là encore, un double processus serait en jeu : se remettre en question, pour les personnes obèses, reviendrait à réinterroger leur obésité au travers du prisme de l'identification au groupe des personnes obèses. Par ce biais, les participants obèses éviteraient une focalisation sur les aspects privés du Soi, au profit d'une identité sociale

protectrice, quitte à éprouver un sentiment de rejet social que partagerait l'ensemble du groupe des personnes obèses.

La corpulence des participants entraîne des préoccupations corporelles, que le regard social alimente. De nombreuses études ont montré que la société contribuait à l'insatisfaction corporelle des femmes, qu'elles soient obèses ou non (Annis *et al.*, 2004 ; Arciszewski, Berjot, & Finez, 2012 ; Barwick, Bazzini, Martz, Rocheleau, & Curtin, 2012 ; Carr & Friedman, 2006 ; Lin & Reid, 2009 ; Matz *et al.*, 2002). Les résultats que nous avons obtenus dans notre travail confirment également que, concernant les personnes obèses, non seulement l'insatisfaction corporelle est dépendante du sentiment de rejet, mais qu'elle est également guidée par les normes de « *minceur* » que véhiculent la société.

Notre deuxième hypothèse portant sur le genre. Plus spécifiquement en ce qui concernant le public féminin. Les femmes renforceraient tant l'identification au groupe des personnes obèses, que des préoccupations corporelles et un sentiment de rejet. Tout d'abord, contrairement à nos attentes, nous n'avons pas observé d'effets spécifiques du genre sur l'identification au groupe des personnes obèses : les processus d'identification, décrits précédemment, semblent être communs aux hommes et aux femmes. En revanche, comme attendu, les femmes ont manifesté des préoccupations corporelles supérieures à celles des hommes, directement liées à leur vécu d'un sentiment de rejet. Conformément à nos attentes et en lien avec les résultats observés dans la littérature sur ce sujet, l'insatisfaction corporelle est liée à une normalisation du corps des femmes (Barwick *et al.*, 2012 ; Vartanian & Dey, 2013). Les femmes ne répondant pas aux critères normatifs se sentent socialement rejetées du fait de leur poids (Lewis *et al.*, 2011 ; Myers & Rosen, 1999). Dans le cas de l'obésité, la femme obèse est perçue d'autant plus négativement qu'elle perd sa féminité de par sa corpulence. Ainsi, les femmes obèses sont-elles d'autant plus sensibles aux normes sociales, qu'elles en sont éloignées.

Notre troisième hypothèse était que les trois groupes de mesure contrôle de l'auto-affirmation[57] (i.e., centration sur soi, humeur et estime de soi) auraient un impact bénéfique sur les mesures d'attitude, d'identification au groupe des personnes obèses, ainsi que sur le sentiment de rejet et les préoccupations corporelles. Nos attentes sont partiellement confortées. L'estime de soi et l'humeur positive ont des effets attendus, ce qui n'est pas le cas du groupe de mesures de centration sur soi. Les effets attendus sont observés au niveau des attitudes, sentiment de rejet, préoccupations corporelles, mais pas au niveau de l'identification aux personnes obèses. L'estime de soi positive des personnes améliore leur attitude envers le groupe des personnes obèses. Ensuite, l'humeur positive des participants a un effet favorable sur leur attitude envers le groupe des personnes obèses et atténue leur sentiment de rejet et leurs préoccupations corporelles. Ainsi, induire une meilleure estime de soi et une humeur positive, réduisent le sentiment de rejet et les préoccupations corporelles des participants. Deux des trois groupes de mesures utilisés pour contrôler les effets de l'auto-affirmation ont montré leur efficacité pour réaliser un tel but. D'un point de vue général, l'estime de soi réduit les préoccupations corporelles et, par ce biais, améliore les attitudes envers le groupe des personnes obèses. Nous pouvons nous interroger sur les mécanismes qui lient entre elles l'estime de soi et l'attitude envers le groupe des personnes obèses et les préoccupations corporelles des participants obèses. Selon nous, les individus auto-affirmés, via le renforcement de leur estime de soi, présenteraient un faible niveau de préoccupations corporelles, car ils prendraient de la distance vis-à-vis des normes de beautés véhiculées par les médias. Ainsi, on peut imaginer que le renforcement de l'estime de soi minimiserait les mécanismes d'influence des normes sociales sur l'image du corps. De ce fait, un moindre investissement des normes dans sa propre auto-évaluation corporelle, conduirait les individus

[57] Rappelons que les groupes étaient les suivants : premier groupe : pondération aux questions « *La tâche me fait penser* à », « *la tâche me fait me sentir* » et « *la tâche m'a ouvert les yeux sur* » ; deuxième groupe : questions mesurant l'humeur et le sentiment de vis-à-vis de soi ; troisième score : l'estime de soi.

à réduire l'empreinte exercée par les stéréotypes sur l'expression de leur attitude envers l'obésité. Ici, il faut bien entendre par attitude positive, non pas la méconnaissance des stéréotypes, mais le moindre usage de ceux-ci dans l'émission d'un jugement. En somme, les individus détachés d'une image corporelle standardisée, auraient plus tendance à modérer l'influence des stéréotypes sur leurs jugements envers l'obésité ou une personne obèse ou sur eux-mêmes en tant que personnes – potentiellement – obèses. En d'autres termes, avoir une bonne estime de soi permettrait de moins se préoccuper du regard des autres et ainsi d'être moins sensible aux normes sociales et de se sentir plus accepté socialement. De ce fait, l'obésité serait perçue comme moins déviante car moins menaçante. Précisons que l'obésité constitue une menace pour l'image de soi, tant pour les individus normo-pondérés, que pour les individus obèses. Cette menace viendrait du fait que l'obésité représente un devenir possible pour tout individu ne faisant pas attention à son corps, son alimentation et à sa santé, et ayant des prédispositions génétiques (Brotman *et al.*, 2012 ; Huh, Rifas-Shiman, Taveras, Oken, & Gillman, 2011 ; Qi *et al.*, 2012). Ce postulat renvoie à la théorie sur la croyance en un monde juste (Lerner, 1980). En effet, s'il est justifié de considérer les personnes obèses comme inférieures, car responsables de leur état, alors cette croyance en la responsabilité de son sort rend l'image d'un danger possible pour soi-même en cas de défaillance de contrôle sur soi. Dans ce cas, une personne défaillante ne peut être évaluée positivement et fera l'objet d'exclusion sociale. Ainsi, une image positive de soi, faciliterait un détachement de soi vis-à-vis des normes sociales et reviendrait à mieux accepter un écart, voire une déviance à la norme.

Conclusion Générale

L'objectif de ce travail de thèse était d'une part, de mieux comprendre les processus de stigmatisation et d'auto-stigmatisation de l'obésité, d'autre part, de savoir comment aider les personnes obèses à maintenir un concept de soi positif, malgré le rejet social vécu. Pour conclure, nous allons dans un premier temps revenir sur les principaux apports de ce travail de recherche. Dans un deuxième temps, nous en donnerons les limites et dans un troisième temps, nous aborderons les applications possibles de ce travail.

1. Apport du travail de recherche

Rappelons que ce travail de recherche se compose de trois parties expérimentales. Une première partie visait à mieux cerner les représentations sociales de la personne obèse et de l'obésité, en fonction de la situation de contact intergroupe (cf. Etude 1, page 103). Une deuxième partie visait à construire et valider un outil de mesure du sentiment de rejet lié au poids. Une première étude a permis de construire 21 items à l'aide de l'analyse de témoignages de personne obèses (cf., Etude 2.1, page 133). Une deuxième étude a mis en évidence la validité inter-juges des 21 items construits. Seuls 14 d'entre eux ont été conservés (cf. Etude 2.2, page 146). Une troisième étude a validé le construit, la sensibilité et la fiabilité de ces 14 items (cf., Etude 2.3, page 153). Six items ont ensuite été conservés. Une dernière étude a validé les six items du point de vue de leur validité convergente et divergente, mais aussi de leur stabilité temporelle (cf., Etude 2.4, page 182). Une troisième partie expérimentale visait à étudier les effets du protocole d'auto-affirmation mis au point par Napper, Harris et Epton (2009) sur l'image de soi. Dans une première étude, nous avons

analysé l'influence de l'auto-affirmation sur les mesures contrôles mises au point par ces mêmes auteurs (cf., Etude 3.1, page 211). Une deuxième étude consistait à analyser l'influence du protocole d'auto-affirmation sur les mesures d'attitudes envers le groupe de personnes obèses, l'identification au groupe des personnes obèses, les préoccupations corporelles et le sentiment de rejet lié au poids (cf., Etude 3.2, page 235). Une troisième étude visait à mieux cerner la mesure contrôle (i.e., incluant comme modèle de comparaison Zinedine Zidane) et l'impact de cette condition sur les mesures de l'image de soi (cf., Etude 3.3, page 258). Dans une dernière partie nous avons étudié les liens entre les différentes mesures de l'image de soi et les variables démographiques (i.e., sexe et statut pondéral) (cf., Etude 3.4, page 277).

1.1 L'obésité une image ambivalente

Un premier objectif de ce travail de recherche était de mieux comprendre dans quelle mesure la situation de contact intergroupe pouvait venir moduler le rejet de l'obésité. Pour ce faire, nous avons choisi d'explorer les représentations de la « *personne obèses* » et de l' « *obésité* » en utilisant une méthodologie propre aux champs des représentations sociales, qui est celle de la tâche d'associations verbales (cf., Etude 1, page 103). Nous avons donc pu mesurer dans quelle mesure la situation de contact pouvait expliquer les différences de contenu représentationnel de l'obésité et de la personne obèse. Ainsi, il avait été observé que l'image de l'obésité d'une part et de la personne obèse d'autre part, étaient généralement factuelles et lointaines, lorsque les individus ne connaissaient pas de personnes obèses. *A contrario*, les participants connaissant un individu obèse avaient une vision empathique de la personne obèse et de l'obésité. Nous avons posé la question de la conscience que les personnes obèses pouvaient avoir de cette empathie exprimée à leur égard. En effet, comme nous avons pu le voir au travers de recherches théoriques, les individus obèses se sentent

rejetés par leurs proches (Lewis *et al.*, 2011 ; Myers & Rosen, 1999 ; Puhl & Heuer, 2009). Ainsi, la question que nous pouvons nous poser est la suivante : ce sentiment de rejet, masque-t-il l'empathie des proches ? Le fait de souligner l'empathie de leurs proches et de la mettre en évidence pourrait-il contrecarrer le sentiment d'auto-stigmatisation ? De futures recherches devraient être menées afin de répondre à ces questions. L'utilisation d'échelles de mesure visant à évaluer les dimensions positives et négatives des aidants pourrait être d'un apport intéressant dans le cas de l'obésité (Antoine, Quandalle, & Christophe, 2010). En effet, la question du support social devient primordiale dans les champs d'études de la psychologie de la santé. Des auteurs ont pu mettre en évidence qu'un bon support social permettait aux personnes, atteintes d'une pathologie de mieux vivre leur maladie, ainsi que les soins associés (Cheng *et al.*, 2013 ; Lieverse, de Vries, Hoogendoorn, Smit, & Hoogendijk, 2013 ; Paterson, Jones, Rattray, & Lauder, 2013 ; Wing & Jeffery, 1999). On peut donc supposer qu'une prise de conscience de l'empathie ressentie par les proches des individus obèses, comme du soutien social potentiel dont-ils pourraient bénéficier en retour, les aideraient à mieux vivre leur obésité et les situations de rejet social.

1.2 Le sentiment de rejet

Notre travail de recherche a permis de mettre en évidence deux éléments importants du point de vue du sentiment de rejet des personnes obèses. La deuxième partie expérimentale nous a conduits à la construction d'une échelle permettant d'évaluer le sentiment de rejet (cf., Etude 2.1, 133). Au-delà de la simple mesure de la fréquence du sentiment de rejet, nous avons mis en évidence l'implication des émotions (i.e., tristesse, colère et honte) dans le vécu du rejet social lié au poids. Une deuxième étude nous a conduits à la construction et la validation de cette mesure (cf., Partie 2, page 127). Dans une dernière étude (cf., Partie 3,

202), nous avons pu mettre en évidence les liens entre obésité, sentiment de rejet et identification. Nous avons donc pu observer que l'obésité impliquait une identification au groupe des personnes obèses. Précisons que cette adhésion peut être supposée forcée du fait que d'autres identités n'ont pas été mobilisées dans notre travail. Un fort sentiment d'identification s'est révélé ne pas être sans conséquence, puisqu'il serait fortement associé au sentiment de rejet lié au poids. Ainsi, cette troisième étude (cf., Partie 3, page 202) a-t-elle permis de répondre à la question du rôle de l'identification au groupe des personnes obèses et à la lutte contre le sentiment de rejet. En fait, notre travail a révélé que l'identification au groupe des personnes obèses était susceptible d'attiser le sentiment de stigmatisation. Aussi, rejoignons-nous les recherches menées sur le concept de soi et le maintien de celui-ci. En effet, comme mentionné ci-avant, les individus cherchent à maintenir un concept de soi positif : or dans le cadre de l'obésité, le maintien d'un concept de soi positif est problématique. Il était cohérent de penser que l'identification au groupe des personnes obèses aurait aidé les individus obèses à développer un concept de soi positif. Néanmoins, cela n'a pas été le cas. En effet, nous pouvons supposer que c'est l'adhésion forcée à ce groupe qui implique une mauvaise image de soi. Aussi, serait-il intéressant, dans de futures recherches, d'étudier chez les individus obèses les processus d'identification et les stratégies de coping qui leur sont associés (Puhl & Brownell, 2003). En effet, il nous semble pertinent de penser qu'une identification forcée puisse être contrecarrée par une adhésion volontaire à d'autres groupes de références en mesure d'apporter une identité sociale positive. En effet, quel intérêt un individu peut-il tirer d'une identification à un groupe, si celui-ci ne lui apporte pas de bénéfices ? Comme mentionné dans la littérature, l'appartenance à un groupe relève principalement de l'adhésion volontaire. En d'autres termes, l'individu choisi son groupe quand celui-ci lui permet de véhiculer une image positive de lui-même. Or, dans ce travail, les individus obèses n'avaient pas la possibilité de s'extraire de l'identité du groupe des

personnes obèses. Ce processus d'identification forcée s'est avéré délétère et ce malgré la mise en place d'une stratégie de coping.

1.3 L'auto-affirmation sous quelles conditions ?

Le troisième objectif de ce travail de thèse était de montrer les effets possibles d'une stratégie d'auto-affirmation sur le maintien d'une image de soi positive (cf., Partie 3, page 202). Il s'agissait plus exactement de tester le protocole d'auto-affirmation validé par Napper, Harris et Epton (2009). Ces auteurs ont montré l'efficacité de ce protocole à modifier des comportements de santé à risque. Aussi, l'intérêt de notre travail est-il de mieux comprendre les intérêts de ce protocole dans le maintien d'une image de soi positive. Nous avons observé globalement que l'auto-affirmation ne permettait pas de maintien d'une image de soi positive. En effet, l'auto-affirmation a agi efficacement au niveau de l'attitude envers le groupe des personnes obèses. En revanche, aucun effet direct n'a été observé au niveau des mesures d'identification, de sentiment de rejet et des préoccupations corporelles. Néanmoins, notre travail a permis de montrer qu'une bonne estime de soi permettait de se libérer de l'identification au groupe des personnes obèses, de se sentir moins rejeté socialement et de diminuer les préoccupations corporelles (cf., Etude 3.4, page 277). Aussi est-il nécessaire de considérer l'auto-affirmation à la fois sous l'angle situationnel, où se pose la question d'un aménagement contextuel favorable au soi et sous l'angle d'un processus propre à chaque individu, où se pose la question de la gestion de l'image de soi.

La dernière partie (cf., Etude 3.3, page 258) nous a permis de montrer les effets délétères d'une comparaison sociale ascendante. Dans le protocole mis en place, les participants devaient décrire Zinedine Zidane. Nous avons pu constater que cette comparaison à Zinedine Zidane était fortement délétère pour l'image de soi. Nous avons pu discuter ces

effets au regard de l'implication de l'image de ce personnage célèbre dans notre culture. Rappelons également que cette cible avait été choisie afin de répondre aux exigences du protocole initial, où le personnage célèbre était David Beckham. Ce que nous retenons de cette condition expérimentale, est que plus les individus avaient tendance à se comparer à Zinedine Zidane, plus ils s'identifiaient au groupe des personnes obèses et plus ils se sentaient rejetés socialement. Aussi, contrairement aux études précédentes (Napper *et al.*, 2009), la condition expérimentale impliquant une personne célèbre est venue créer un effet de contraste entre le soi et la cible. En effet, Napper et ses collaborateurs (2009), dans leur étude de validation du protocole d'auto-affirmation, avaient montré que la condition David Beckham se distinguait de la condition d'auto-affirmation, mais ne perturbait pas les résultats obtenus. En effet, la condition David Beckham (ou Zinedine Zidane) permet en tant que condition de contrôle, de réduire le niveau de focus sur le Soi. Néanmoins, cette condition contrôle, dans le cadre d'une étude impliquant l'image de soi, a créé une situation de comparaison sociale et l'engagement de ressources cognitives sur le traitement des problématiques liées au corps et à l'image de soi. Ainsi, en proposant une cible de comparaison telle que Zinedine Zidane, nous avons induit une situation de centration des individus sur les propriétés du Soi. Les résultats observés aux niveaux de l'attitude envers le groupe des personnes obèses, de l'identification, du sentiment de rejet et des préoccupations corporelles suggèrent que la question de l'image de soi a interféré dans le contrôle des effets de l'auto-affirmation, que nous souhaitions manipuler (cf., Etude 3.1, page 211 et Etude 3.2, page 235).

2. Les limites de ce travail de recherche

Ce travail de recherche pose encore un grand nombre de questions qui constituent les limites de ce travail de recherche.

La première limite qui peut être retenue concerne la première partie expérimentale, portant sur les représentations sociales de l'obésité et de la personne obèse, en fonction du contact intergroupe (cf., Partie 1, page 103). En effet, nous n'avons pas étudié les représentations sociales de l'obésité en fonction de la distance à l'objet (Boussco *et al*., 2015). Ce courant d'étude, qui semble très pertinent dans le cas de l'obésité, aurait été un moyen de mieux comprendre dans quelle mesure la connaissance, l'implication et les pratiques vis-à-vis de l'objet d'attitudes influencent les représentations sociales de l'obésité et de la personne obèse. Aussi, dans le cas de l'obésité, aurait-il été intéressant de considérer les connaissances réelles de la maladie (i.e., causes et conséquences de la maladie), les implications (i.e., connaître une personne obèse et s'en sentir proche, ou bien être soi-même en situation d'obésité), et les pratiques (i.e., être obèse ou bien, s'occuper au quotidien d'une personne atteinte d'obésité). Ainsi, prendre en considération ces différentes dimensions aurait permis de prendre connaissance des représentations sociales de l'obésité parmi des personnes ayant une plus ou moins grande familiarité de l'obésité et de la maladie, avec des vécus différenciés (i.e., physique, psychologique et pratique) de l'obésité. Cette première limite est basée sur les observations faites lors de la partie expérimentale 3 (cf., Partie 3, page 202). En effet, les résultats indiquent que les individus obèses n'ont pas manifesté une image plus positive de l'obésité que les personnes normo-pondérées (cf. Partie 3, page 202).

Une deuxième limité concerne la notion de « *connaissance* », utilisée dans la première étude, à savoir le contact intergroupe (cf., Partie 1, page 103). En effet, nous n'avons pas tenu compte du degré de fréquentation de l'individu obèse par les participants interrogés. Aussi, réitérer cette étude en graduant le niveau de contact intergroupe par la mise en place d'une variable quantitative pourrait se révéler plus riche en information. Il pourrait être intéressant dans une nouvelle étude d'utiliser l'échelle de sentiment de proximité sociale (Aron, Aron, Smolan, 1992).

Une troisième limite porte également sur la première étude présentée dans ce travail de thèse. Il aurait été intéressant de pouvoir répliquer l'étude des représentations sociales de l'obésité et de la personne obèse, parmi une population d'individus obèses. L'observation des représentations sociales de l'obésité et de la personne obèse, chez des individus obèses, nous aurait permis de mieux appréhender l'image de l'obésité chez ces personnes et de mieux comprendre les processus mis en place dans le concept de soi des individus obèses. L'enjeu de ce travail est donc de comprendre comment les individus parviennent à gérer le fait d'avoir une attitude négative envers leur propre groupe d'appartenance, qu'ils n'ont pas choisi et d'éprouver un sentiment de rejet lié aux propriétés du groupe : « *être obèse* ». Dans notre deuxième chapitre expérimental, les personnes obèses se sentent rejetées du fait de leur poids (cf., Etude 2.1, page 133) et cela altère deux dimensions dans le maintien d'un concept de soi positif, à savoir l'estime de soi et le sentiment d'auto-efficacité personnelle (cf., Etude 2.3, page153). De plus, l'auto-affirmation, comme stratégie de coping, ne serait pas entièrement efficace dans le cadre de la valorisation de l'image de soi des personnes obèses (cf., Etude 3.1, page 211 et Etude 3.2, page 235). Nous pouvons justifier son inefficacité par le fait que l'auto-affirmation recentre l'individu obèse sur lui-même, alors que d'après l'image sociale des individus obèses, il serait préférable pour eux d'être affirmés au niveau de leur identité sociale.

Etudier les représentations sociales de l'obésité et de la personne obèse chez des individus obèses permettrait d'observer une représentation de soi et de l'identité de la personne obèse. Interroger les individus obèses sur leur image sociale de l'obésité reviendrait à analyser les caractéristiques attribuées par les individus obèses à l'obésité. En complétant ce protocole par des mesures de l'image de soi, nous serions à même de déterminer le niveau d'internalisation de l'image sociale négative de l'obésité dans l'identité et le Soi des individus obèses.

La quatrième limite de notre travail, se situe au niveau du protocole de validation du questionnaire de sentiment de rejet lié au poids (cf., Partie 2, page 127). Il est important de noter que ce questionnaire a été validé auprès d'une population principalement normo-pondérée et en surpoids, pour laquelle il était demandé d'évaluer le sentiment de rejet éprouvé et associé par des personnes obèses. Nous avons pris le parti de considérer que l'étude du sentiment de rejet lié au poids, et plus exactement à l'apparence physique, pouvait impliquer un panel plus large de personnes. Aussi, le choix méthodologique a été de prendre en compte l'IMC des participants et de ne pas exclure ceux d'entre eux qui étaient les moins corpulents. Il serait important d'éprouver la validité de cette mesure en l'appliquant à un panel plus large de personnes obèses. Notons toutefois que le questionnaire validé lors de la deuxième partie expérimentale (cf., Partie 2, page 127) a été utilisée ensuite sur un panel de personnes obèses et de personnes normo-pondérées (cf., Etude 3.1, page 211). Il a été observé que les individus obèses avaient un sentiment de rejet, lié à leur poids, bien supérieur à celui déclaré par les participants normo-pondérés. Aussi, notre questionnaire a-t-il montré son efficacité dans la mesure du sentiment de rejet lié au poids.

La cinquième limite concerne le choix de la méthode d'auto-affirmation (cf., Partie 2, 127). Les études portant sur la stigmatisation de l'obésité (Lewis *et al.*, 2011 ; Lillis *et al.*, 2010 ; Myers & Rosen, 1999), ont étudié les stratégies de coping des individus obèses. Il aurait été intéressant de répliquer l'étude de Myers et Rosen (1999), qui a répertorié les dimensions du sentiment de discrimination et les différentes techniques de lutte contre la stigmatisation. Dans notre travail doctoral, nous avons opté pour l'étude d'une amorce de coping agissant pour le maintien d'une image de soi positive, à savoir l'auto-affirmation. L'efficacité relative de l'auto-affirmation montre l'importance de considérer cette technique au niveau des processus et en tant que ressource individuelle. Nous nous proposons, lors d'études ultérieures d'inclure une mesure d'affirmation de soi (Rathus, 1973). L'ajout de cette

mesure permettrait de s'assurer que le protocole d'auto-affirmation, validé par Napper et ses collaborateurs (2009), permet une réévaluation du niveau d'affirmation de soi et la situation de l'affirmation de soi au sein du processus d'évaluation de soi. En somme, il s'agirait de mieux cerner si l'auto-affirmation implique indubitablement une image de soi positive. La centration sur soi, ne serait-elle pas délétère pour certains individus ? L'affirmation d'une identité sociale ne serait-elle pas plus efficace dans le cas d'un individu qui se sentirait stigmatisé ? Aussi, les personnes obèses devraient-elles utiliser l'identité véhiculée par un groupe, afin de lutter contre la stigmatisation ?

La sixième limite concerne la question de l'identité du groupe des personnes obèses (cf., Etude 3.1, page 211). Il serait intéressant de s'interroger sur l'identité recherchée par les individus obèses. En effet, nous avons pu constater que les individus obèses s'identifiaient au groupe des personnes obèses. Or, cette identification est-elle le fruit d'une adhésion volontaire au groupe des personnes obèses, ou bien les individus obèses défendent-ils réellement cette identité groupale ? Il nous semble pertinent de nous intéresser à la place de l'identité chez les personnes obèses. Plus exactement, à quel groupe les individus obèses se réfèrent-ils préférentiellement ? Quel sera l'impact de l'identification à un groupe qui cette fois-ci serait choisi par les personnes obèses ? En effet, il est possible de penser que l'adhésion volontaire à un groupe par les personnes obèses, apporterait une aide au maintien d'une image de soi positive. En adhérant à un groupe choisi et en intégrant les normes et valeurs de celui-ci, les personnes obèses pourraient réévaluer positivement leur identité sociale, puis leur identité personnelle par l'expérience positive. En complément, il serait intéressant d'étudier comment s'opère cette adhésion, ce qui la favorise et ce qui la rend bénéfique pour les individus obèses.

3. Possibilités d'applications de ce travail de recherche

Ce travail de thèse a permis de mettre en évidence deux pistes d'application. La première est la construction du questionnaire de sentiment de rejet. Notre échelle, utilisée dans un cadre de soins et d'accompagnement, permettrait de travailler sur les situations de stigmatisations vécues et de ce fait d'aider les patients obèses à faire face à ces situations. Notre échelle ouvre la possibilité de travailler sur les mécanismes de coping mis en place dans le cas de situations de stigmatisation. De plus, la mesure d'émotions associées, permettrait de mieux comprendre l'interprétation émotionnelle des situations vécues. Ainsi, notre échelle permettrait-elle d'une part, une meilleure compréhension des situations stigmatisantes vécues et d'autre part, des émotions associées. Si l'on se place dans un cadre d'accompagnement, on peut supposer alors que mieux comprendre le vécu du patient, ainsi que les émotions associées, serait une base nécessaire à la prise en charge du patient obèse. Notons que les patients obèses témoignent d'un grand sentiment d'incompréhension de la part des soignants (Brown *et al.*, 2006 ; Foster *et al.*, 2003 ; Holmes & Lindsay, 2006). Aussi, aider les soignants, par un outil rapide et simple, à cibler les domaines de rejet permettrait une meilleure prise en charge de la relation soignant-soigné. Nous pouvons également supposer qu'orienter l'attention des soignants sur la question du sentiment de rejet éprouvé par les personnes obèses, serait un véritable atout et une aide précieuse pour anticiper (notamment lors des situations de soins) les problématiques relationnelles. N'oublions pas que cette question est primordiale, lorsque l'on sait que les individus obèses se refusent l'accès au soin par peur d'être brimés par le personnel soignant.

Pour conclure, notre travail de thèse a montré dans quelle mesure la place de l'identité était primordiale dans le sentiment de stigmatisation. Aussi, même si de futures recherches sont encore nécessaires pour apporter des réponses complémentaires aux interrogations restantes, il convient de sensibiliser les professionnels de santé au rôle et à la

place de l'identité dans l'accompagnement et le soin. En effet, considérer l'individu obèse comme étant seul face à lui-même lui sera délétère. Aussi, le considérer dans son intégralité et mettre en avant aussi bien ses qualités personnelles que sociales est important. Nous proposons ici de ne pas considérer l'individu obèse comme une personne malade du fait de sa propre responsabilité, car cette responsabilité le culpabilise et contribue à l'émergence d'états émotionnels sources de dépression, mais de tenter de comprendre dans quel contexte social s'inscrivent ses comportements. Nous préconisons de mettre en évidence les comportements délétères pour son bien-être psychologique et sa santé, ainsi que les comportements qui aident à la gestion de son identité personnelle et/ou sociale. En ciblant ainsi ces deux catégories de comportements, nous parviendrions à faire en sorte que l'individu obèse vive mieux son obésité et qu'il ajuste ses comportements non plus vis-à-vis des autres et pour les autres, mais pour lui-même.

Bibliographie

Abad-Merino, S., Newheiser, A.-K., Dovidio, J. F., Tabernero, C., & González, I. (2013). The Dynamics of Intergroup Helping: The Case of Subtle Bias Against Latinos. *Cultural Diversity & Ethnic Minority Psychology*.

Abdollahi, A., & Talib, M. A. (2015). Self-esteem, body-esteem, emotional intelligence, and social anxiety in a college sample: the moderating role of weight. *Psychology, Health & Medicine*, *0*(0), 1-5.

Abric, J.-C. (1993). Central system, peripheral system: their functions and roles in the dynamic of social representations. *Papers on Social Representations*, *2*, 75-78.

Abric, J.-C. (2001). L'approche structurale des représentations sociales, développements récents. *Psychologie et société*, *2*, 81-103.

Adams, W. M., Aveling, R., Brockington, D., Dickson, B., Elliott, J., Hutton, J., Wolmer, W. (2004). Biodiversity Conservation and the Eradication of Poverty. *Science*, *306*(5699), 1146-1149.

Aeberli, I., Henschen, I., Molinari, L., & Zimmermann, M. (2010). Stabilization of the prevalence of childhood obesity in Switzerland. *Swiss Medical Weekly*.

Aebischer, V., & Oberlé, D. (2012). *Le groupe en psychologie sociale - 4e éd.* Dunod.

Agence Nationale de Securité Sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES). (2011, mai 4). Avis relatif à la demande d'évaluation des risques liés aux pratiques alimentaires d'amaigrissement. *Saisine(2009-SA-0099)*. Maisons-Alfort.

Agerström, J., & Rooth, D.-O. (2011). The role of automatic obesity stereotypes in real hiring discrimination. *Journal of Applied Psychology*, *96*(4), 790-805.

Ahima, R. S., & Lazar, M. A. (2013). The Health Risk of Obesity—Better Metrics Imperative. *Science*, *341*(6148), 856-858.

Ali, M. M., Rizzo, J. A., Amialchuk, A., & Heiland, F. (2014). Racial differences in the influence of female adolescents' body size on dating and sex. *Economics & Human Biology*, *12*, 140-152.

Alicke, M. D., & Sedikides, C. (2011). *Handbook of Self-enhancement and Self-protection*. Guilford Press.

Allison, D. B., Basile, V. C., & Yuker, H. E. (1991). The measurement of attitudes toward and beliefs about obese persons. *International Journal of Eating Disorders*, *10*(5), 599–607.

Allison, K. R., Dwyer, J. J. M., & Makin, S. (1999). Perceived Barriers to Physical Activity among High School Students. *Preventive Medicine*, *28*(6), 608-615.

Allon, N. (1982). The Stigma of Overweight in Everyday Life. In *Aspects of Obesity: A Handbook*. (B. Wolman). New York, NY US: Van Nostrand Reinhold.

Allport, G. W. (1954). *The nature of prejudice*. Cambridge: Addison-Wesley.

Altschul, I., Oyserman, D., & Bybee, D. (2006). Racial-Ethnic Identity in Mid-Adolescence: Content and Change as Predictors of Academic Achievement. *Child development*, *77*(5), 1155–1169.

Amadieu, J.-F. (2013). *DRH : le livre noir*. Seuil.

Amati, F., Patella, M., & Golay, A. (2002). Comment prescrire en pratique médicale l'exercice physique ? : Obésité/diabète. *Médecine et hygiène*, *60*(2394), 1119-1124.

Anderson, D. A., & Wadden, T. A. (2004). Bariatric Surgery Patients' Views of Their Physicians' Weight-Related Attitudes and Practices. *Obesity Research*, *12*(10), 1587–1595.

Andreassen, P., Grøn, L., & Roessler, K. K. (2013). Hiding the Plot Parents' Moral Dilemmas and Strategies When Helping Their Overweight Children Lose Weight. *Qualitative Health Research*, *23*(10), 1333-1343.

Andreyeva, T., Puhl, R. M., & Brownell, K. D. (2012). Changes in perceived weight discrimination among Americans, 1995–1996 through 2004–2006. *Obesity*, *16*(5), 1129–1134.

Angermeyer, M. C., & Matschinger, H. (1996). Relatives' beliefs about the causes of schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *93*(3), 199–204.

Angouri, D. J. (2011). *Constructing Identities at Work*. Palgrave Macmillan.

Annis, N. M., Cash, T. F., & Hrabosky, J. I. (2004). Body image and psychosocial differences among stable average weight, currently overweight, and formerly overweight women: the role of stigmatizing experiences. *Body Image*, *1*(2), 155-167.

Antoine, P., Quandalle, S., & Christophe, V. (2010). Vivre avec un proche malade : évaluation des dimensions positive et négative de l'expérience des aidants naturels. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, *168*(4), 273-282.

Apostolidis, T. (2006). Représentations sociales et triangulation: une application en Psychologie Sociale de la Santé. *Psicologia: teoria e pesquisa*, *22*(2), 211–226.

Appelhans, B. M., Whited, M. C., Schneider, K. L., Ma, Y., Oleski, J. L., Merriam, P. A., Pagoto, S. L. (2012). Depression Severity, Diet Quality, and Physical Activity in

Women with Obesity and Depression. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, *112*(5), 693-698.

Arapis, K., Chosidow, D., Lehmann, M., Bado, A., Polanco, M., Kamoun-Zana, S., Marmuse, J.-P. (2012). Résultats d'un suivi à long terme de la gastroplastie par anneau gastrique ajustable sur une cohorte de 186 patients avec un IMC supérieur ou égal à 50 kg/m2. *Journal de Chirurgie Viscérale*, *149*(2), 156-165.

Arciszewski, T., Berjot, S., & Finez, L. (2012). Threat of the thin-ideal body image and body malleability beliefs: Effects on body image self-discrepancies and behavioral intentions. *Body Image*, *9*(3), 334-341.

Armitage, C. J. (2012). Evidence that self-affirmation reduces body dissatisfaction by basing self-esteem on domains other than body weight and shape. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *53*(1), 81-88.

Armstrong, B., Westen, S. C., & Janicke, D. M. (2014). The Role of Overweight Perception and Depressive Symptoms in Child and Adolescent Unhealthy Weight Control Behaviors: A Mediation Model. *Journal of Pediatric Psychology*, *39*(3), 340-348.

Arn, L., Ottosson, J.-O., & Perris, C. (1971). Attitudes Towards Mental Disorders and Mental Care in University Students. *International Journal of Social Psychiatry*, *17*(4), 270-276.

Aron, A., Aron, E.,& Smolan, D. (1992).Inclusion of other in the Self Scale and the structure of interpersonal closeness. *Journal of Personality and Social Psychology*, *63*, (4), 596 - 612.

Aronson, E., & Bridgeman, D. (1979). Jigsaw groups and the desegregated classroom: In pursuit of common goals. *Bridgeman*, *5*(4), 438-446.

Arterburn, D., Westbrook, E. O., Ludman, E. J., Operskalski, B., Linde, J. A., Rohde, P., Simon, G. E. (2012). Relationship between obesity, depression, and disability in middle-aged women. *Obesity Research & Clinical Practice*, *6*(3), e197-e206.

Ashmore, J. A. (1990). Sex, gender, and the individual. In L. A. Pervin (Éd.), *Handbook of personality: Theory and research* (p. 486 – 526). New York: Guilford Press.

Ashmore, J. A., Friedman, K. E., Reichmann, S. K., & Musante, G. J. (2008). Weight-based stigmatization, psychological distress, & binge eating behavior among obese treatment-seeking adults. *Eating Behaviors*, *9*(2), 203-209.

Astrup, A., Buemann, B., Christensen, N. J., & Toubro, S. (1994). Failure to increase lipid oxidation in response to increasing dietary fat content in formerly obese women. *The American Journal of Physiology*, *266*(4 Pt 1), E592-599.

Ata, A., Bastian, B., & Lusher, D. (2009). Intergroup contact in context: The mediating role of social norms and group-based perceptions on the contact–prejudice link. *International Journal of Intercultural Relations*, *33*(6), 498-506.

Attalin, V., Romain, A.-J., & Avignon, A. (2012). Physical-activity prescription for obesity management in primary care: Attitudes and practices of GPs in a southern French city. *Diabetes & Metabolism*, *38*(3), 243-249.

Avignon, A., & Attalin, V. (2013). Attitudes et pratiques des médecins généralistes dans la prise en charge de l'obésité. *Cahiers de Nutrition et de Diététique*, *48*(2), 98-103.

Azevedo, R. T., Macaluso, E., Viola, V., Sani, G., & Aglioti, S. M. (2014). Weighing the stigma of weight: An fMRI study of neural reactivity to the pain of obese individuals. *NeuroImage*, *91*, 109-119.

Baldwin, S. A., & Hoffmann, J. P. (2002). The Dynamics of Self-Esteem: A Growth-Curve Analysis. *Journal of Youth and Adolescence*, *31*(2), 101-113.

Bandura, A. (1986). The explanatory and predictive scope of self-efficacy theory. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *4*(3), 359-373.

Bardin, L. (2013). *L'analyse de contenu*. Presses Universitaires de France - PUF.

Barreto, M. A, Gonzalez, B. & Sanchez, G. (2013). Rainbow coalition in the golden state? Exposing myths, uncovering new realities in latino attitudes towards blacks. In Pulido, L. & Kun, J. (eds.) *Black and Brown Los Angeles: A Contemporary Reader* (pp. 177-203). Berkeley, CA: University of California Press.

Bar-Tal, D., & Saxe, L. (1976). Physical attractiveness and its relationship to sex-role stereotyping. *Sex Roles*, *2*(2), 123-133.

Barthomeuf, L., Droit-Volet, S., & Rousset, S. (2009). Obesity and emotions: Differentiation in emotions felt towards food between obese, overweight and normal-weight adolescents. *Food Quality and Preference*, *20*(1), 62-68.

Bartlett, M. S. (1950). Tests of Significance in Factor Analysis. *British Journal of Statistical Psychology*, *3*(2), 77–85.

Barwick, A., Bazzini, D., Martz, D., Rocheleau, C., & Curtin, L. (2012). Testing the norm to fat talk for women of varying size: What's weight got to do with it? *Body Image*, *9*(1), 176-179.

Basdevant, A. (2006). L'obésité : origines et conséquences d'une épidémie. *Comptes Rendus Biologies*, *329*(8), 562-569.

Basdevant, A. (2009). L'impact économique de l'obésité. *Les Tribunes de la santé*, *21*(4), 57-64.

Basdevant, A. (2011). *Médecine et chirurgie de l'obésité*. Lavoisier.

Basdevant, A., & Guy-Grand, B. (2004). *Traité de médecine de l'obésité*. Paris, France: Flammarion Médecine Sciences.

Bastian, B., Lusher, D., & Ata, A. (2012). Contact, evaluation and social distance: Differentiating majority and minority effects. *International Journal of Intercultural Relations*, *36*(1), 100-107.

Baudier, F., Rotily, M., Le Bihan, G., Janvrin, M. P., & Michaud, C. (1997). *Baromètre santé nutrition 1996 adultes*.

Becker, H. S. (1963). *Outsiders: studies in the sociology of deviance*. Free Press.

Benzécri, J. P. (1976). *L'analyse des correspondances*. Paris : Dunod

Berdah, C. (2010). Obésité et troubles psychopathologiques. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, *168*(3), 184-190.

Bessenoff, G. R., & Sherman, J. W. (2000). Automatic and Controlled Components of Prejudice Toward Fat People: Evaluation Versus Stereotype Activation. *Social Cognition*, *18*(4), 329-353.

Bihan, H. (2011, juin 24). *Précarité et impact sur les comportements de santé : consommation de fruits et légumes, et prise en charge du diabète* (phdthesis). Conservatoire national des arts et metiers - CNAM.

Blaine, B. (2008). Does depression cause obesity?: A meta-analysis of longitudinal studies of depression and weight control. *Journal of Health Psychology*, *13*(8), 1190-1197.

Blais, M. R., Vallerand, R. J., Pelletier, L. G., & Brière, N. M. (1989). L'échelle de satisfaction de vie: Validation canadienne-française du « Satisfaction with Life Scale. » [The satisfaction scale: Canadian-French validation of the Satisfaction with Life Scale.]. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, *21*(2), 210-223.

Bocquier, A., Paraponaris, A., Gourheux, J.-C., Lussault, P.-Y., Basdevant, A., & Verger, P. (2005). La prise en charge de l'obésité: Attitudes, connaissances et pratiques des médecins généralistes en région PACA ; résultats d'une enquête téléphonique. *La Presse Médicale*, *34*(11), 769-775.

Bodenlos, J. S., Lemon, S. C., Schneider, K. L., August, M. A., & Pagoto, S. L. (2011). Associations of mood and anxiety disorders with obesity: Comparisons by ethnicity. *Journal of Psychosomatic Research*, *71*(5), 319-324.

Booth, S. L., Sallis, J. F., Ritenbaugh, C., Hill, J. O., Birch, L. L., Frank, L. D., Hays, N. P. (2001). Environmental and Societal Factors Affect Food Choice and Physical Activity: Rationale, Influences, and Leverage Points. *Nutrition Reviews*, *59*(3), S21-S36.

Bos, K. van den, & Lind, E. A. (2001). The Psychology of Own Versus Others' Treatment: Self-Oriented and Other-Oriented Effects on Perceptions of Procedural Justice. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *27*(10), 1324-1333.

Bosch, A. Z., Buunk, A. P., Siero, F. W., & Park, J. H. (2009). Why some women can feel more, and others less, attractive after exposure to attractive targets: The role of social comparison orientation. *European Journal of Social Psychology*, 847-855.

Bouchard, T. J., Lykken, D. T., McGue, M., Segal, N. L., & Tellegen, A. (1990). Sources of human psychological differences: the Minnesota Study of Twins Reared Apart. *Science*, *250*(4978), 223-228.

Boursier, V., & Priollet, P. (2002). Pour une prise en charge du lymphœdème du membre supérieur secondaire au traitement du cancer du sein. *Sang Thrombose Vaisseaux*, *14*(9), 586-93.

Boussoco, J., Urdapilleta, I., Dany, L., Schwartz, C., Gaillard, A., & Giboreau, A. (2015). Impact of cooking distance/proximity and food neophobia in French culinary social representations. *Menu*, 6-12.

Bovina, I. B. (2006). Représentations sociales de la santé et de la maladie chezles jeunes Russes: « force » versus « faiblesse ». *Social Representations*, *15*, 5.1-5.11.

Brandsma, L. L. (2005). Physician and Patient Attitudes Toward Obesity. *Eating Disorders*, *13*(2), 201-211.

Branscombe, N. R., Owen, S., & Kobrynowicz, d. (1993, August). Measuring identification with one's gender group in women and men. Paper presented at the *Convention of the American Psychological Association*, Toronto, Canada.

Brauer, M. (2002). L'analyse des variables indépendantes continues et catégorielles : alternatives à la dichotomisation. *L'année psychologique*, *102*(3), 449-484.

Brewis, A. A. (2014). Stigma and the perpetuation of obesity. *Social Science & Medicine*, *118*, 152-158.

Brewis, A. A., Hruschka, D. J., & Wutich, A. (2011). Vulnerability to fat-stigma in women's everyday relationships. *Social Science & Medicine*, *73*(4), 491-497.

Broad, G. M., Gonzalez, C., & Ball-Rokeach, S. J. (2014). Intergroup relations in South Los Angeles – Combining communication infrastructure and contact hypothesis approaches. *International Journal of Intercultural Relations*, *38*, 47-59.

Brooks, M. L. S. (2011). Reasserting the Self: Blocking Self-verifying Behavior Triggers Compensatory Self-verification. *Self & Identity*, *10*(1), 77-84.

Brotman, L. M., Dawson-McClure, S., Huang, K.-Y., Theise, R., Kamboukos, D., Wang, J., Ogedegbe, G. (2012). Early Childhood Family Intervention and Long-term Obesity Prevention Among High-risk Minority Youth. *Pediatrics*, *129*(3), e621-e628.

Brown, I., Thompson, J., Tod, A., & Jones, G. (2006). Primary care support for tackling obesity: a qualitative study of the perceptions of obese patients. *The British Journal of General Practice*, *56*(530), 666-672.

Brown, R., & Williams, J. (1984). Group Identification: The Same Thing to All People? *Human Relations*, *37*(7), 547-564.

Brownell, K. D., Kersh, R., Ludwig, D. S., Post, R. C., Puhl, R. M., Schwartz, M. B., & Willett, W. C. (2010). Personal responsibility and obesity: a constructive approach to a controversial issue. *Health Affairs*, *29*(3), 379–387.

Brunello, G., & D'Hombres, B. (2007). Does body weight affect wages?: Evidence from Europe. *Economics & Human Biology*, *5*(1), 1-19.

Buunk, A. P., Zurriaga, R., & González, P. (2006). Social comparison, coping and depression in people with spinal cord injury. *Psychology & Health*, *21*(6), 791-807.

Buunk, B. P., Collins, R. L., Taylor, S. E., VanYperen, N. W., & Dakof, G. A. (1990). The affective consequences of social comparison: either direction has its ups and downs. *Journal of Personality and Social Psychology*, *59*(6), 1238-1249.

Buunk, B. P., Gibbons, F. X., & Buunk, A. (2013). *Health, Coping, and Well-being: Perspectives From Social Comparison Theory*. Psychology Press.

Cahnman, W. J. (1968). The Stigma of Obesity. *Sociological Quarterly*, *9*(3), 283–299.

Calamaro, C. J., & Waite, R. (2009). Depression and Obesity in Adolescents: What Can Primary Care Providers Do? *The Journal for Nurse Practitioners*, *5*(4), 255-261.

Caliendo, M., & Lee, W.-S. (2013). Fat chance! Obesity and the transition from unemployment to employment. *Economics & Human Biology*, *11*(2), 121-133.

Canetti, L., Bachar, E., & Berry, E. M. (2002). Food and emotion. *Behavioural Processes*, *60*(2), 157-164.

Carels, R. A., Domoff, S. E., Burmeister, J. M., Koball, A. M., Hinman, N. G., Davis, A. K., Hoffmann, D. A. (2013). Examining Perceived Stereotype Threat among Overweight/Obese Adults Using a Multi-Threat Framework. *Obesity facts*, *6*(3).

Carlson, J. H., & Seacat, J. D. (2014). Multiple Threat: Overweight/Obese Women in the Workplace. *Industrial and Organizational Psychology*, *7*(03), 469–474.

Caroli, M. E. D., & Sagone, E. (2013). Professional Values and School Context Representations: A Study with Three Groups of School Teachers. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, *82*, 137-143.

Carr, D., & Friedman, M. A. (2006). Body Weight and the Quality of Interpersonal Relationships. *Social Psychology Quarterly*, *69*(2), 127-149.

Carr, D., Friedman, M. A., & Jaffe, K. (2007). Understanding the relationship between obesity and positive and negative affect: The role of psychosocial mechanisms. *Body Image*, *4*(2), 165-177.

Castetbon, K. (2015). L'évolution récente des prévalences de surpoids et d'obésité chez l'enfant et l'adolescent en France et au niveau international. *Archives de Pédiatrie*, *22*(1), 111-115.

Chapelle, C. (2013). L'incidence des troubles du comportement alimentaire et de l'anxiété/dépression sur la qualité de vie des personnes obèses, 127.

Cheek, J. M. (1989). Identity Orientations and Self-Interpretation. In D. M. Buss & N. Cantor (Éd.), *Personality Psychology* (p. 275-285). Springer US.

Chen, E. Y., & Brown, M. (2005). Obesity Stigma in Sexual Relationships. *Obesity Research*, *13*(8), 1393–1397.

Chen, E. Y., Bocchieri-Ricciardi, L. E., Munoz, D., Fischer, S., Katterman, S., Roehrig, M., Le Grange, D. (2007). Depressed Mood in Class III Obesity Predicted by Weight-Related Stigma. *Obesity Surgery*, *17*(5), 669-671.

Cheng, H., Sit, J. W. H., Chan, C. W. H., So, W. K. W., Choi, K. C., & Cheng, K. K. F. (2013). Social support and quality of life among Chinese breast cancer survivors: Findings from a mixed methods study. *European Journal of Oncology Nursing*, *17*(6), 788-796.

Chokier, N., & Moliner, P. (2006). La « zone muette » des représentations sociales, pression normative et/ou comparaison sociale ? *Bulletin de psychologie, Numéro 483*(3), 281-286.

Ciangura, C., & Corigliano, N. (2012). Chirurgie de l'obésité et ses complications. *La Revue de Médecine Interne*, *33*(6), 318-327.

Ciangura, C., Faucher, P., & Oppert, J.-M. (2014). Activité physique, nutrition et obésité. *Nutrition Clinique et Métabolisme*, *28*(4), 279-286.

Cibois, P. (1983). *L'analyse factorielle*. Paris : Presses Universitaires de France.

Codol, J. P. (1984). La perception de la similitude interpersonnelle : influence de l'appartenance catégorielle et du point de référence de la comparaison. *L'année psychologique*, *84*(1), 43-56.

Codol, J.-P. (1975). « Effet PIP » et conflit de normes. *L'année psychologique*, *75*(1), 127-145.

Cohen J. (1960). A coefficient of agreement for nominal scales. *Educational and Psychological Measurement*, *20*, 27-46.

Cohen, G. L., Aronson, J., & Steele, C. M. (2000). When Beliefs Yield to Evidence: Reducing Biased Evaluation by Affirming the Self. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *26*(9), 1151-1164.

Collier, K. L., Bos, H. M. W., & Sandfort, T. G. M. (2012). Intergroup contact, attitudes toward homosexuality, and the role of acceptance of gender non-conformity in young adolescents. *Journal of Adolescence*, *35*(4), 899-907.

Cooley, C. H. (1964). *Human Nature and the Social Order*. Etats Unis, New York: Schocken.

Cooper, P. J., Taylor, M. J., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of eating disorders*, *6*, 485-494.

Corminboeuf, Y., & Vittorio, G. (2014). Rôle de l'approche psychologique dans la prise en charge des patients obèses. *Revue Médicale Suisse*, (423), 686-690.

Corrigan, P. W., Green, A., Lundin, R., Kubiak, M. A., & Penn, D. L. (2001). Familiarity with and social distance from people who have serious mental illness. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, *52*(7), 953-958.

Cossrow, N. H. F., Jeffery, R. W., & McGuire, M. T. (2001). Understanding weight stigmatization: a focus group study. *Journal of nutrition education.*, *33*(4), 208-214.

Couture, S., & Penn, D. (2003). Interpersonal contact and the stigma of mental illness: A review of the literature. *Journal of Mental Health*, *12*(3), 291-305.

Crăciun, B. (2013). Coping Strategies, Self-criticism and Gender Factor in Relation to Quality of Life. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, *78*, 466-470.

Cramer, P. (1998). Coping and Defense Mechanisms: What's the Difference? *Journal of Personality*, *66*(6), 919–946.

Crandall, C. S. (1994). Prejudice against fat people: ideology and self-interest. *Journal of Personality and Social Psychology*, *66*(5), 882-894.

Crandall, C. S., Tsang, J.-A., Harvey, R. D., & Britt, T. W. (2000). Group identity-based self-protective strategies: The stigma of race, gender, and garlic. *European Journal of Social Psychology*, *30*(3), 355–381.

Crespo, C. J., Smit, E., Troiano, R. P., Bartlett, S. J., Macera, C. A., & Andersen, R. E. (2001). Television watching, energy intake, and obesity in US children: results from the third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1994. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, *155*(3), 360-365.

Crocker, J. (1999). Social Stigma and Self-Esteem: Situational Construction of Self-Worth. *Journal of Experimental Social Psychology*, *35*(1), 89-107.

Crocker, J., & Major, B. (1989). Social stigma and self-esteem: The self-protective properties of stigma. *Psychological Review, 96*(4), 608-630.

Crocker, J., Cornwell, B., & Major, B. (1993). The stigma of overweight: affective consequences of attributionel ambiguity. *Journal of Personality and Social Psychology*, *64*(1), 60-70.

Crocker, J., Thompson, L. L., McGraw, K. M., & Ingerman, C. (1987). Downward comparison, prejudice, and evaluations of others: Effects of self-esteem and threat. *Journal of Personality and Social Psychology*, *52*(5), 907-916.

Croizet, J.-C., & Leyens, J.-P. (2003). *Mauvaises réputations: Réalités et enjeux de la stigmatisation sociale*. Armand Colin.

Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, *16*(3), 297-334.

Crosnoe, R. (2007). Gender, obesity, and education. *Sociology of education*, *80*(3), 241–260.

D' Autume, C., Musher-Eizenman, D., Marinier, E., Viarme, F., Frelut, M.-L., & Isnard, P. (2012). Conduites alimentaires et symptômes émotionnels dans l'obésité infantile : étude exploratoire transversale à partir d'autoquestionnaires chez 63 enfants et adolescents. *Archives de Pédiatrie*, *19*(8), 803-810.

da Luz, F. Q., Hay, P., Gibson, A. A., Touyz, S. W., Swinbourne, J. M., Roekenes, J. A., & Sainsbury, A. (2015). Does severe dietary energy restriction increase binge eating in overweight or obese individuals? A systematic review. *Obesity Reviews*, *16*(8), 652-665. http://doi.org/10.1111/obr.12295

Dany, L., & Abric, J.-C. (2007). Distance à l'objet et représentations du cannabis. *Revue internationale de Psychologie sociale*, *20*(3), 77-104.

Dany, L., & Apostolidis, T. (2002). L'étude des représentations sociales de la drogue et du cannabis : un enjeu pour la prévention. *Santé Publique, Vol. 14*(4), 335-344.

Dany, L., & Urdapilleta, I. (2012). Validation of a French measure of body comparison: The Physical Appearance Comparison Scale. *Revue Internationale de Psychologie Sociale*, *25*(1), 97-113.

Dany, L., Roussel, P., Carayon, S., Blois, S., & Apostolidis, T. (2009). Adaptation et validation française de l'inventaire de croyances et perceptions associées à la douleur. *Pratiques Psychologiques*, *15*(3), 387-404. http://doi.org/10.1016/j.prps.2007.12.009

Dany, L., Urdapilleta, I., & Lo Monaco, G. (2015). Free associations and social representations: some reflections on rank-frequency and importance-frequency methods. *Quality & Quantity*, *49*(2), 489-507.

Darmon, N., & Carlin, G. (2013). Alimentation et inégalités sociales de santé en France. *Cahiers de Nutrition et de Diététique*, *48*(5), 233-239.

Darnon, C., Butera, F., & Martinot, D. (2013). Education. In L. Bègue & O. Desrichard (Éds.), Traite de Psychologie Sociale. La science des interactions humaines. (p. 433-454).

De Brún, A., McCarthy, M., McKenzie, K., & McGloin, A. (2014). Weight stigma and narrative resistance evident in online discussions of obesity. *Appetite*, *72*, 73-81.

De Wit, L., Luppino, F., van Straten, A., Penninx, B., Zitman, F., & Cuijpers, P. (2010). Depression and obesity: A meta-analysis of community-based studies. *Psychiatry Research*, *178*(2), 230-235.

De Zwaan, M., Georgiadou, E., Stroh, C. E., Teufel, M., Köhler, H., Tengler, M., & Müller, A. (2014). Body image and quality of life in patients with and without body contouring surgery following bariatric surgery: a comparison of pre- and post-surgery groups. *Frontiers in Psychology*, *5*.

Deaux, K., & Ethier, K. A. (1998). Negotiating social identity. In J. K. Swim & C. Stangor (Éd.), *Prejudice: The target's perspective* (p. 301-323). San Diego, CA, US: Academic Press.

DeBeaumont, R. (2009). Occupational differences in the wage penalty for obese women. *The Journal of Socio-Economics*, *38*(2), 344-349.

Deforche, B., Bourdeaudhuij, Ii. D., Tanghe, A., Hills, A. P., & Bode, P. D. (2004). Changes in physical activity and psychosocial determinants of physical activity in children and adolescents treated for obesity. *Patient Education and Counseling*, *55*(3), 407-415.

Deforche, B., Van Dyck, D., Verloigne, M., & De Bourdeaudhuij, I. (2010). Perceived social and physical environmental correlates of physical activity in older adolescents and the moderating effect of self-efficacy. *Preventive Medicine*, *50, Supplement*, S24-S29.

Degher, D., & Hughes, G. (1999). *Interpreting Weight: The Social Management of Fatness and Thinness* (Transaction Publishers). Sobal, J. & Maurer, D.

Demarque, C., Lo Monaco, G., Apostolidis, T., & Guimelli, C. (2011). Socialisation, perspectives temporelles et implication personnelle : une étude dans le champ de l'environnement. *Les cahiers internationaux de psychologie sociale*, *Numéro 92*(4), 351.

Derogatis, L. R., & Spencer, M. S. (1982). *The Brie f Symptom Inventory (BSI): Administration, Scor ing, and Procedures Manual 1*. Baltimore, Etats-Unis: Johns Hopkins University School of Medicine, Clinical Research Unit.

Descamps, J., Hautekeete, M., Bougenière, F., Benaisa, K., & Romon, M. (2010). Étude du questionnaire émotionnel, cognitif et comportemental du sentiment d'efficacité personnelle spécifique à l'obésité (SEPOB). Construction, qualités métrologiques, résultats comparatifs. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, *20*(1), 22-30.

Deschamps, J. C. (2003). Analyse des correspondances et variations des contenus des représentations sociales. In J.-C. Abric, *Méthodes d'étude des représentations sociales* (p. 179-200). Ramonville Saint-Ange: Erès.

Deschamps, J. C., & Guimelli, C. (2004). L'organisation interne des représentations sociales de la sécurité / insécurité et l'hypothèse de la « zone muette ». In J.-L. Beauvois, R. V. Joule, & J. M. Monteil, *Perspectives cognitives et conduites* (Presses Universitaires). Rennes.

Deschamps, J.-C., Morales, J. F., & Páez, D. (Éd.). (1999). *L'identité sociale: la construction de l'individu dans les relations entre groupes* (Vol. 1–1). Grenoble, France: Presses universitaires de Grenoble.

Desforges, D. M., Lord, C. G., Ramsey, S. L., Mason, J. A., Van Leeuwen, M. D., West, S. C., & Lepper, M. R. (1991). Effects of structured cooperative contact on changing negative attitudes toward stigmatized social groups. *Journal of Personality and Social Psychology*, *60*(4), 531-544.

Desrichard, O. (2013). Méthodes de recherche en psychologie sociale. In L. Bègue & O. Desrichard (Éds.), *Traite de Psychologie Sociale. La science des interactions humaines.* (p. 65-98).

Desrumaux, P., & Pohl, S. (2014). Juger la recrutabilité des candidats : quels effets de l'apparence et des aptitudes en fonction des types de postes ? *Psychologie Française*.

Di Vetta, V., Clarisse, M., Szymanski, J., & Giusti, V. (2012). Lorsque le patient obèse ne perd pas de poids ou continue à en prendre. *Nutrition-obésité, Volume 334*(12), 673-677.

DiBello, A. M., Neighbors, C., & Ammar, J. (2015). Self-affirmation theory and cigarette smoking warning images. *Addictive Behaviors*, *41*, 87-96.

Dickes, P., Tournois, J., Flieller, A., & Kop, J.-L. (1994). *La psychométrie: théories et méthodes de la mesure en psychologie*. Presses universitaires de France.

Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, *49*(1), 71-75.

Dietz, W. H., Jr, & Gortmaker, S. L. (1985). Do we fatten our children at the television set? Obesity and television viewing in children and adolescents. *Pediatrics*, *75*(5), 807-812.

Dixon, J., Durrheim, K., Tredoux, C. G., Tropp, L. R., Clack, B., Eaton, L., & Quayle, M. (2010). Challenging the Stubborn Core of Opposition to Equality: Racial Contact and Policy Attitudes: Racial Contact and Race Policy Attitudes. *Political Psychology*, *31*(6), 831-855.

Docteur, A., Urdapilleta, I., Defrance, C., & Raison, J. (2010). Body Perception and Satisfaction in Obese, Severely Obese, and Normal Weight Female Patients. *Obesity*, *18*(7), 1464–1465.

Doise, W., Clémence, A., & Lorenzi-Cioldi, F. (1992). *Représentations sociales et analyses des données*. Grenoble: Presses Universitaires de Grenoble.

Doraï, M., & Deschamps, J. C. (1990). Adresse-t-on les mêmes stéréotypes aux enfants et aux adultes de même groupe ethnique ? *Revue Internationale de Psychologie Sociale*, *3*, 575-590.

Dovidio, J. F., & Gaertner, S. L. (1999). Reducing Prejudice Combating Intergroup Biases. *Current Directions in Psychological Science*, *8*(4), 101–105.

Duffey, K. J., & Popkin, B. M. (2011). Energy Density, Portion Size, and Eating Occasions: Contributions to Increased Energy Intake in the United States, 1977–2006. *PLoS Med*, *8*(6), e1001050.

Dunton, G. F., Kaplan, J., Wolch, J., Jerrett, M., & Reynolds, K. D. (2009). Physical environmental correlates of childhood obesity: a systematic review. *Obesity Reviews*, *10*(4), 393-402.

Duprez, C., Christophe, V., Milhabet, I., Krzeminski, A., Adenis, C., Berthet, P., Vennin, P. (2013). Comparison of the Screening Practices of Unaffected Noncarriers under 40

and between 40 and 49 in BRCA1/2 Families. *Journal of Genetic Counseling*, *22*(4), 469-481.

Ebneter, D. S., Latner, J. D., & O'Brien, K. S. (2011). Just world beliefs, causal beliefs, and acquaintance: Associations with stigma toward eating disorders and obesity. *Personality and Individual Differences*, *51*(5), 618-622.

Eisenberg, M. E., Neumark-Sztainer, D., & Story, M. (2003). Associations of weight-based teasing and emotional well-being among adolescents. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, *157*(8), 733-738.

Elting, D. T., & Hope, D. A. (1995). Cognitive assessment. In R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope, & F. R. Schneier (Éd.), *Social Phobia: Diagnosis, Assessment, and Treatment* (p. 232-258). Guilford Press.

Emery, C., Dinet, J., Lafuma, A., Sermet, C., Khoshnood, B., & Fagnani, F. (2007). Évaluation du coût associé à l'obésité en France. *La Presse Médicale*, *36*(6, Part 1), 832-840.

Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, *196*(4286), 129-136.

Epton, T., & Harris, P. R. (2008). Self-affirmation promotes health behavior change. *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, *27*(6), 746-752.

Erikson, E. H. (1972). *Adolescence et crise: la quête de l'identité*. Flammarion.

Faith, M. S., Matz, P. E., & Jorge, M. A. (2002). Obesity–depression associations in the population. *Journal of Psychosomatic Research*, *53*(4), 935-942.

Falissard, B. (2008). *Mesurer la subjectivité en santé: Perspective méthodologique et statistique*. Elsevier Masson.

Fassino, S., Leombruni, P., Pierò, A., Abbate-Daga, G., & Giacomo Rovera, G. (2003). Mood, eating attitudes, and anger in obese women with and without Binge Eating Disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, *54*(6), 559-566.

Fayemendy, P., Jesus, P., Pouchard, L., & Desport, J.-C. (2014). Difficultés rencontrées par les médecins généralistes du département de la Haute-Vienne dans la prise en charge de l'obésité et pistes d'amélioration possibles. *Cahiers de Nutrition et de Diététique*.

Feeg, V. D., Candelaria, L. M., Krenitsky-Korn, S., & Vessey, J. A. (2014). The Relationship of Obesity and Weight Gain to Childhood Teasing. *Journal of Pediatric Nursing*, *29*(6), 511-520.

Fernandez, L., Rubinstein, M., Dumet, N., Dargent, J., & Parrocchetti, J. P. (2015). Obésité sévère, perte de poids et image du corps après la chirurgie bariatrique. *Obésité*, *10*(2), 151-159.

Festinger, L. (1954). A Theory of Social Comparison Processes. *Human Relations*, *7*(2), 117-140.

Festinger, L. (1957). *A Theory Of Cognitive Dissonance*. Evanston, Ill.: Row, Peterson.

Fikkan, J. L., & Rothblum, E. D. (2011). Is Fat a Feminist Issue? Exploring the Gendered Nature of Weight Bias. *Sex Roles*, *66*(9-10), 575-592.

Fischer, G.-N. (2010). *Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale - 4ème édition*. Dunod.

Flament, C., & Milland, L. (2010). La substitution dans les études de représentations sociales : quel processus impliqué ? *Psychologie Française*, *55*(3), 195-210.

Flament, C., Guimelli, C., & Abric, J.-C. (2006). Effets de masquage dans l'expression d'une représentation sociale. *Les cahiers internationaux de psychologie sociale*, *Numéro 69*(1), 15-31.

Flegal, K. M., Carroll, M. D., Ogden, C. L., & Johnson, C. L. (2002). Prevalence and trends in obesity among US adults, 1999-2000. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, *288*(14), 1723-1727.

Fogelholm, M., & Kukkonen-Harjula, K. (2000). Does physical activity prevent weight gain – a systematic review. *Obesity Reviews*, *1*(2), 95-111.

Fonseca, H., Falcato, L., Martins, S., & Palmeira, A. (2014). Association between BMI, body dissatisfaction and optimism among adolescents enrolled in a Pediatric Obesity Treatment Program. *Appetite*, *76*, 208.

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.

Foster, G. D., Wadden, T. A., Makris, A. P., Davidson, D., Sanderson, R. S., Allison, D. B., & Kessler, A. (2003). Primary care physicians' attitudes about obesity and its treatment. *Obesity research*, *11*(10), 1168-1177.

Friedman, K. E., Reichmann, S. K., Costanzo, P. R., Zelli, A., Ashmore, J. A., & Musante, G. J. (2005). Weight Stigmatization and Ideological Beliefs: Relation to Psychological Functioning in Obese Adults. *Obesity Research*, *13*(5), 907–916.

Friedman, M. A., & Brownell, K. D. (1995). Psychological correlates of obesity: moving to the next research generation. *Psychological Bulletin*, *117*(1), 3-20.

Frieze, I. H., Olson, J. E., & Good, D. C. (1990). Perceived and Actual Discrimination in the Salaries of Male and Female Managers1. *Journal of Applied Social Psychology*, *20*(1), 46–67.

Furnham, A., & Blythe, C. (2012). Schizophrenia literacy: the effect of direct experience with the illness. *Psychiatry Research*, *198*(1), 18-23.

Gaillard, S., Barthassat, V., Pataky, Z., & Golay, A. (2011). Un nouveau programme d'éducation thérapeutique pour les patients obèses. *Nutrition-obésité, Volume 288*(12), 695-699.

Galand, C., & Salès-Wuillemin, E. (2009). La représentation des drogues chez les étudiants en psychologie : effets des pratiques de consommation et influence de l'entourage. *Les cahiers internationaux de psychologie sociale*, *Numéro 84*(4), 125-152.

Galinsky, A. D., & Moskowitz, G. B. (2000). Perspective-taking: Decreasing stereotype expression, stereotype accessibility, and in-group favoritism. *Journal of Personality and Social Psychology*, *78*(4), 708-724.

Galper, R. E., & Weiss, E. (1975). Attribution of behavioral intentions to obese and normal-weight stimulus persons. *European Journal of Social Psychology*, *5*(4), 425–440.

Garn, S. M., Hopkins, P. J., & Ryan, A. S. (1981). Differential fatness gain of low income boys and girls. *The American Journal of Clinical Nutrition*, *34*(8), 1465-1468.

Garoscio, A. (2006). Représentations sociales de l'insécurité en milieu urbain. *Les cahiers internationaux de psychologie sociale*, *Numéro 69*(1), 33-46.

Geeraert, N., Demoulin, S., & Demes, K. A. (2014). Choose your (international) contacts wisely: A multilevel analysis on the impact of intergroup contact while living abroad. *International Journal of Intercultural Relations*, *38*, 86-96.

Germov, J., & Williams, L. (1996). The sexual division of dieting: women's voices. *The Sociological Review*, *44*(4), 630–647.

Glenn, C. V., & Chow, P. (2002). Measurement of attitudes toward obese people among a canadian sample of men and women. *Psychological Reports*, *91*(2), 627-640.

Goffman, E. (1975). *Stigmate: les usages sociaux des handicaps*. Les Éditions de Minuit.

Gordon-Larsen, P., McMurray, R. G., & Popkin, B. M. (2000). Determinants of adolescent physical activity and inactivity patterns. *Pediatrics*, *105*(6), E83.

Gortmaker, S. L., Must, A., Perrin, J. M., Sobol, A. M., & Dietz, W. H. (1993). Social and economic consequences of overweight in adolescence and young adulthood. *The New England Journal of Medicine*, *329*(14), 1008-1012.

Graff, H. (1965). Overweight and Emotions in the Obesity Clinic. *Psychosomatics*, *6*(2), 89-94.

Greenfield, P. M., & Cocking, R. R. (2014). *Cross-cultural Roots of Minority Child Development*. Psychology Press.

Grilo, C. M., & Masheb, R. M. (2005). Correlates of body image dissatisfaction in treatment-seeking men and women with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, *38*(2), 162–166.

Guéguen, N. (2009). L'importance d'un effet: méthodologie simple de détermination et d'évaluation de «l'effect size». *European Journal of Scientific Research*, *38*(1), 20–25.

Guimelli (Ed.) *Structures et transformations des représentations sociales* (pp. 233-254). Neuchâtel : Delachaux et Niestlé.

Guimelli, C. (1998). Chasse et Nature en Languedoc : étude de la dynamique d'une représentation sociale. Paris: L'Harmattan.

Guimelli, C. (1999). La pensée sociale. Paris: Presses Universitaires de France.

Guimelli, C., & Deschamps, J. C. (2000). Effets de contexte sur la production d'associations verbales. Le cas des représentations sociales des Gitans. *Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, *47*, 44-54.

Guimelli, C., Monaco, G. L., & Deschamps, J.-C. (2010). The lawsuit against « Charlie Hebdo » and its effects on the social representations of the Muslim Community. *Revue Internationale de Psychologie Sociale*, *Tome 23*(4), 5-36.

Guinhouya, B. C. (2012). Physical Activity in the Prevention of Childhood Obesity. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, *26*(5), 438-447.

Hagger, M. S., Anderson, M., Kyriakaki, M., & Darkings, S. (2007). Aspects of identity and their influence on intentional behavior: Comparing effects for three health behaviors. *Personality and Individual Differences*, *42*(2), 355-367.

Halliwell, E. (2013). The impact of thin idealized media images on body satisfaction: Does body appreciation protect women from negative effects? *Body Image*, *10*(4), 509-514.

Hansel, B., Giral, P., Coppola-Xaillé, A., Monfort, G., Regnault, M., & Bruckert, E. (2011). L'enquête Internet nationale « Dukan, et après ? » : premiers résultats. *Obésité*, *6*(3), 146-153.

Hanselman, P., Bruch, S. K., Gamoran, A., & Borman, G. D. (2014). Threat in Context School Moderation of the Impact of Social Identity Threat on Racial/Ethnic Achievement Gaps. *Sociology of Education*, *87*(2), 106-124.

Hansson, L. M., & Rasmussen, F. (2014). Attitudes towards obesity in the Swedish general population: The role of one's own body size, weight satisfaction, and controllability beliefs about obesity. *Body Image*, *11*(1), 43-50.

Harriger, J. A., & Thompson, J. K. (2012). Psychological consequences of obesity: Weight bias and body image in overweight and obese youth. *International Review of Psychiatry*, *24*(3), 247-253.

Harris, M. B., Harris, R. J., & Bochner, S. (1982). Fat, Four-Eyed, and Female: Stereotypes of Obesity, Glasses, and Gender1. *Journal of Applied Social Psychology*, *12*(6), 503–516.

Harris, P. R., & Napper, L. (2005). Self-Affirmation and the Biased Processing of Threatening Health-Risk Information. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *31*(9), 1250-1263.

Harris, P. R., Mayle, K., Mabbott, L., & Napper, L. (2007). Self-affirmation reduces smokers' defensiveness to graphic on-pack cigarette warning labels. *Health Psychology*, *26*(4), 437-446.

Hays, N. P., Bathalon, G. P., McCrory, M. A., Roubenoff, R., Lipman, R., & Roberts, S. B. (2002). Eating behavior correlates of adult weight gain and obesity in healthy women aged 55–65 y. *The American Journal of Clinical Nutrition*, *75*(3), 476-483.

Hebl, M. R., & Heatherton, T. F. (1997). The stigma of obesity: The differences are black and white. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *24*, 417-426.

Hebl, M. R., King, E. B., & Perkins, A. (2009). Ethnic differences in the stigma of obesity: Identification and engagement with a thin ideal. *Journal of Experimental Social Psychology*, *45*(6), 1165-1172.

Heider, F., & Benesh-Weiner, M. (1988). *Fritz Heider: « The notebooks, » Vol. 5: Attributional and interpersonal evaluation*. (M. Benesh-Weiner, Éd.). Weinheim Germany: Psychologie Verlags Union.

Heinze, J. E., & Horn, S. S. (2009). Intergroup Contact and Beliefs about Homosexuality in Adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, *38*(7), 937-951.

Hewstone, M. (2003). Panacea for prejudice? *Psychologist*, *16*(7), 352.

Holmes, S., & Lindsay, P. (2006). The support of obese patients in primary care. *The British Journal of General Practice*, *56*(533), 970-971.

Holub, J. C., Tan, C. C., & Patel, S. L. (2011). Factors associated with mothers' obesity stigma and young children's weight stereotypes. *Journal of Applied Developmental Psychology*, *32*, 118–12644.

Hübner, C., Baldofski, S., Zenger, M., Tigges, W., Herbig, B., Jurowich, C., Hilbert, A. (2014). Influences of general self-efficacy and weight bias internalization on physical activity in bariatric surgery candidates. *Surgery for Obesity and Related Diseases*.

Huh, S. Y., Rifas-Shiman, S. L., Taveras, E. M., Oken, E., & Gillman, M. W. (2011). Timing of Solid Food Introduction and Risk of Obesity in Preschool-Aged Children. *Pediatrics*, *127*(3), e544-e551.

Institut national de la santé et de la recherche médicale (France), & Centre d'expertise collective. (2014). *Inégalités sociales de santé en lien avec l'alimentation et l'activité physique [rapport]*. Paris: Éd. Inserm.

J. Delay (1946), *Les dérèglements de l'humeur,* Bibliothèque de philosophie contemporaine, Paris, PUF.

Jackson, T. D., Grilo, C. M., & Masheb, R. M. (2000). Teasing History, Onset of Obesity, Current Eating Disorder Psychopathology, Body Dissatisfaction, and Psychological Functioning in Binge Eating Disorder. *Obesity Research*, *8*(6), 451–458.

Janssen, I., Craig, W. M., Boyce, W. F., & Pickett, W. (2004). Associations between overweight and obesity with bullying behaviors in school-aged children. *Pediatrics*, *113*(5), 1187-1194.

Jaremka, L. M., Bunyan, D. P., Collins, N. L., & Sherman, D. K. (2011). Reducing defensive distancing: Self-affirmation and risk regulation in response to relationship threats. *Journal of Experimental Social Psychology*, *47*(1), 264-268.

Jasinskaja-Lahti, I., Mähönen, T. A., & Liebkind, K. (2011). Ingroup norms, intergroup contact and intergroup anxiety as predictors of the outgroup attitudes of majority and minority youth. *International Journal of Intercultural Relations*, *35*(3), 346-355.

Jodelet, D. (1997). *Les représentations sociales*. Paris: Presse Universitaires de France.

Jodelet, D., & Moscovici, S. (1995). *Folies et représentations sociales* (Vol. 1–1). Paris, France: Presses universitaires de France, 1995.

Jorgensen, S. E. (2012). *Introduction to Systems Ecology*. CRC Press.

Kaiser, H. F. (1974). An index of factorial simplicity. *Psychometrika*, *39*(1), 31-36.

Karcher, B., & Cherikh, F. (2015). Estime de soi et insatisfaction corporelle dans la prise en charge médicale et psychologique des patients boulimiques. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*.

Keogh, E., & Herdenfeldt, M. (2002). Gender, coping and the perception of pain. *Pain*, *97*(3), 195-201.

Keyworth, C., Peters, S., Chisholm, A., & Hart, J. (2012). Nursing students' perceptions of obesity and behaviour change: Implications for undergraduate nurse education. *Nurse Education Today*.

Klaczynski, P. A., Goold, K. W., & Mudry, J. J. (2004). Culture, Obesity Stereotypes, Self-Esteem, and the « Thin Ideal »: A Social Identity Perspective. *Journal of Youth and Adolescence*, *33*(4), 307-317.

Klein W.M.P., Blier H.K., & Janze A.M. (2001). Maintaining Positive Self-Evaluations: Reducing Attention to Diagnostic but Unfavorable Social Comparison Information When General Self-Regard Is Salient. *Motivation and Emotion*, *25*(1), 23-40.

Kost-Smith, L. E., Pollock, S. J., Finkelstein, N. D., Cohen, G. L., Ito, T. A., Miyake, A., Singh, C. (2012). Replicating a self-affirmation intervention to address gender differences: Successes and challenges. In *AIP Conference Proceedings-American Institute of Physics* (Vol. 1413, p. 231).

Kraig, K. A., & Keel, P. K. (2001). Weight-based stigmatization in children. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders: Journal of the International Association for the Study of Obesity*, *25*(11), 1661-1666.

Kral, T. V. E., & Rolls, B. J. (2004). Energy density and portion size: their independent and combined effects on energy intake. *Physiology & Behavior*, *82*(1), 131-138.

Lachman, M. E., & Weaver, S. L. (1998). The sense of control as a moderator of social class differences in health and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, *74*(3), 763-773.

Landis, J. R., & Koch, G. G. (1977). The Measurement of Observer Agreement for Categorical Data. *Biometrics*, *33*(1), 159.

Lannin, D. G., Guyll, M., Vogel, D. L., & Madon, S. (2013). Reducing the stigma associated with seeking psychotherapy through self-affirmation. *Journal of Counseling Psychology*, *60*(4), 508-519.

Latner, J. D., Puhl, R. M., Murakami, J. M., & O'Brien, K. S. (2014). Food addiction as a causal model of obesity. Effects on stigma, blame, and perceived psychopathology. *Appetite*, *77*, 79-84.

Latner, J. D., Stunkard, A. J., & Wilson, G. T. (2005). Stigmatized students: age, sex, and ethnicity effects in the stigmatization of obesity. *Obesity Research*, *13*(7), 1226–1231.

Latner, J. D., Wilson, G. T., Jackson, M. L., & Stunkard, A. J. (2009). Greater history of weight-related stigmatizing experience is associated with greater weight loss in obesity treatment. *Journal of Health Psychology*, *14*(2), 190-199.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. Springer Publishing Company.

Lazzati, A., Audureau, É., Hemery, F., Azoulay, D., & Iannelli, A. (2014). Mortalité après chirurgie bariatrique sur 140 000 patients. *Journal de Chirurgie Viscérale*, *151*(4, Supplement), A7.

Leary, M. R., & Tangney, J. P. (2003). *Handbook of Self and Identity*. Guilford Press.

Lecerf, J.-M. (2013). Obésité. Pourquoi les régimes échouent-ils ? *Nutrition Clinique et Métabolisme*, *27*(2), 74-81.

Leibel, R. L., Rosenbaum, M., & Hirsch, J. (1995). Changes in energy expenditure resulting from altered body weight. *The New England Journal of Medicine*, *332*(10), 621-628.

Lerner, M. (1980). *The Belief in a Just World: A Fundamental Delusion*. Springer.

Lewis, R. J., Cash, T. F., Jacobi, L., & Bubb-Lewis, C. (1997). Prejudice toward fat people: the development and validation of the antifat attitudes test. *Obesity Research*, *5*(4), 297-307.

Lewis, S., Thomas, S. L., Blood, R. W., Castle, D. J., Hyde, J., & Komesaroff, P. A. (2011). How do obese individuals perceive and respond to the different types of obesity stigma that they encounter in their daily lives? A qualitative study. *Social Science & Medicine*, *73*(9), 1349-1356.

Leyens, J. P., & Yzerbyt, V. (1996). *Stéréotypes et cognition sociale*. Editions Mardaga.

Licata, L. (2007). La théorie de l'identité sociale et la théorie de l'auto-catégorisation: le Soi, le groupe et le changement social. *Revue électronique de psychologie sociale*, *1*, 19–33.

Licciardello, O., Castiglione, C., & Rampullo, A. (2011). Intergroup contact, value system and the representation of homosexuality. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, *30*, 1467-1471.

Lieverse, R., de Vries, R., Hoogendoorn, A. W., Smit, J. H., & Hoogendijk, W. J. G. (2013). Social Support and Social Rhythm Regularity in Elderly Patients with Major Depressive Disorder. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, *21*(11), 1144-1153.

Lillis, J., Luoma, J. B., Levin, M. E., & Hayes, S. C. (2010). Measuring weight self-stigma: the weight self-stigma questionnaire. *Obesity (Silver Spring, Md.)*, *18*(5), 971-976.

Lin, L., & Reid, K. (2009). The relationship between media exposure and antifat attitudes: The role of dysfunctional appearance beliefs. *Body Image*, *6*(1), 52-55.

Lindelof, A., Nielsen, C. V., & Pedersen, B. D. (2011). Obesity Stigma at Home: A Qualitative, Longitudinal Study of Obese Adolescents and Their Parents. *Childhood Obesity*, *7*(6), 462-474.

Link, B. G., & Cullen, F. T. (1986). Contact with the Mentally Ill and Perceptions of How Dangerous They Are. *Journal of Health and Social Behavior*, *27*(4), 289.

Liu, T. J., & Steele, C. M. (1986). Attributional analysis as self-affirmation. *Journal of Personality and Social Psychology*, *51*(3), 531-540.

Lo Monaco, G., & Guimelli, C. (2008). Représentations sociales, pratique de consommation et niveau de connaissance: Le cas du vin. *Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, *78*(2), 35-50.

Lo Monaco, G., Lheureux, F., Chianèse, L., Codaccioni, C., Halimi-Falkowicz, S., & Cano, P. (2009). Le rôle du contexte d'expression et du statut social des intervenants de santé dans la production d'un discours normatif : le cas de la relation des jeunes à l'alcool. *Pratiques Psychologiques*, *15*(3), 367-386.

Lo Monaco, G., Piermattéo, A., Guimelli, C., & Abric, J.-C. (2012). Social Representations, Correspondence Factor Analysis and Characterization Questionnaire: a Methodological Contribution. *The Spanish Journal of Psychology*, *15*(03), 1233–1243.

Lorenzi-Cioldi, F. (2009). Dominants et dominés. *Presses Universitaires de Grenoble*.

Losier, G. F., Vallerand, R. J., & Blais, M. R. (1993). Construction et validation de l'Échelle des Perceptions de Compétence dans les Domaines de Vie (EPCDV). *Science et comportement*.

Luksyte, A., & Avery, D. R. (2010). The Effects of citizenship dissimilarity and national pride on attitudes toward immigrants: Investigating mediators and moderators of intergroup contact. *International Journal of Intercultural Relations*, *34*(6), 629-641.

Luppino, F. S., de Wit, L. M., Bouvy, P. F., Stijnen, T., Cuijpers, P., Penninx, B. W. J. H., & Zitman, F. G. (2010). Overweight, obesity, and depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Archives of General Psychiatry*, *67*(3), 220-229.

Lyons, R. F., Mickelson, K. D., Sullivan, M. J. L., & Coyne, J. C. (1998). Coping as a Communal Process. *Journal of Social and Personal Relationships*, *15*(5), 579-605.

MacKinnon, D. P., Lockwood, C. M., & Williams, J. (2004). Confidence Limits for the Indirect Effect: Distribution of the Product and Resampling Methods. *Multivariate behavioral research*, *39*(1), 99.

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.

Manios, Y., Kourlaba, G., Kondaki, K., Grammatikaki, E., Anastasiadou, A., & Roma-Giannikou, E. (2009). Obesity and television watching in preschoolers in Greece: the GENESIS study. *Obesity (Silver Spring, Md.)*, *17*(11), 2047-2053.

Marc, E. (2005). *Psychologie de l'identité - Soi et le groupe: Soi et le groupe*. Dunod.

Markus, H., & Wurf, E. (1987). The Dynamic Self-Concept: A Social Psychological Perspective. *Annual Review of Psychology*, *38*(1), 299-337.

Marmorstein, N. R., Iacono, W. G., & Legrand, L. (2014). Obesity and depression in adolescence and beyond: reciprocal risks. *International Journal of Obesity*, *38*(7), 906-911.

Marpeau, J. (2001). *Le processus éducatif*. Eres.

Martens, A., Johns, M., Greenberg, J., & Schimel, J. (2006). Combating stereotype threat: The effect of self-affirmation on women's intellectual performance. *Journal of Experimental Social Psychology*, *42*(2), 236-243.

Martinot, D. (2001). Connaissance de soi et estime de soi : ingrédients pour la réussite scolaire. *Revue des sciences de l'éducation*, *27*(3), 483.

Mata, J., Ghavami, N., & Wittig, M. A. (2010). Understanding Gender Differences in Early Adolescents' Sexual Prejudice. *The Journal of Early Adolescence*, *30*(1), 50-75.

Mathias, F., Monsaingeon, M., Joinis, A., Tabarin, A., Collet, D., Quintard, B., & Gatta-Cherifi, B. (2015). P260 Impact psychologique de la chirurgie bariatrique chez des patients obèses. *Diabetes & Metabolism*, *41, Supplement 1*, A99.

Matud, M. P. (2004). Gender differences in stress and coping styles. *Personality and Individual Differences*, *37*(7), 1401-1415.

Matz, P. E., Foster, G. D., Faith, M. S., & Wadden, T. A. (2002). Correlates of body image dissatisfaction among overweight women seeking weight loss. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *70*(4), 1040-1044.

McGuire, W. J., & McGuire, C. V. (1996). Enhancing self-esteem by directed-thinking tasks: Cognitive and affective positivity asymmetries. *Journal of Personality and Social Psychology*, *70*(6), 1117-1125.

MCQueen, A., & Klein, W. M. P. (2006). Experimental manipulations of self-affirmation: A systematic review. *Self and Identity*, *5*(4), 289-354.

Mendelson, M., Michallet, A. S., Tonini, J., Guinot, M., Bricout, V. A., & Flore, P. (2012). Activité physique dans la prise en charge de l'obésité : effets bénéfiques et modalités pratiques. *Obésité*, *7*(3), 160-168.

Michaud, J., Bégin, H., & McDuff, P. (2006). Construction et évaluation d'un questionnaire sur l'estime de soi sociale destiné aux jeunes adultes. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée/European Review of Applied Psychology*, *56*(2), 109-122.

Michel-Guillou, E. (2006). Représentations sociales et pratiques sociales : l'exemple de l'engagement pro-environnemental en agriculture. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée/European Review of Applied Psychology*, *56*(3), 157-165.

Milhabet, I., Duprez, C., Krzeminski, A., & Christophe, V. (2013). Cancer risk comparative perception and overscreening behaviours of non-carriers from BRCA1/2 families. *European Journal of Cancer Care*, *22*(4), 540-548. http://doi.org/10.1111/ecc.12060

Miller, C. T., & Downey, K. T. (1999). A Meta-Analysis of Heavyweight and Self-Esteem. *Personality and Social Psychology Review*, *3*(1), 68-84.

Miller, C. T., & Major, B. (2003). Coping with stigma and prejudice. In T. F. Heatherton (Éd.), *The Social Psychology of Stigma* (p. 243-272). Guilford Press.

Miller, C. T., & Myers, A. M. (1998). Compensating for prejudice: How heavyweight people (and others) control outcomes despite prejudice. In J. K. Swim & C. Stangor (Éd.), *Prejudice: The target's perspective* (p. 191-218). San Diego, CA, US: Academic Press.

Miller, C. T., Rothblum, E. D., Felicio, D., & Brand, P. (1995). Compensating for Stigma: Obese and Nonobese Women's Reactions to Being Visible. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *21*(10), 1093-1106.

Moksnes, U. K., Moljord, I. E. O., Espnes, G. A., & Byrne, D. G. (2010). The association between stress and emotional states in adolescents: The role of gender and self-esteem. *Personality and Individual Differences*, *49*(5), 430-435.

Monfette, M.-E., Grimard, F., Ivers, H., Blais, M.-C., Lavoie, V., & Boisvert, J.-M. (2006). Validation chez les adolescents d'une version francophone d'un instrument de mesure de la peur du jugement négatif d'autrui. [Validation with adolescents of a French version of the Fear of Negative Evaluation scale.]. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, *38*(3), 261-268.

Moran, M. (2003). Teasing Is Toxic When Obese Kids Are Targets. *Psychiatric News*, *38*(22), 22-22.

Morrison, T. G., & O'connor, W. E. (1999). Psychometric Properties of a Scale Measuring Negative Attitudes Toward Overweight Individuals. *The Journal of Social Psychology*, *139*(4), 436-445.

Mouret, M., Lo Monaco, G., Urdapilleta, I., & Parr, W. V. (2013). Social representations of wine and culture: A comparison between France and New Zealand. *Food Quality and Preference*, *30*(2), 102-107.

Musher-Eizenman, D. R., Holub, J. C., & Young, K. M. (2007). The relationship between parents' anti-fat attitudes and restrictive feeding. *Obesity*, *15*, 2095−2102.

Myers, A., & Hansen, C. H. (2003). *Psychologie expérimentale*. De Boeck.

Myers, A., & Rosen, J. C. (1999). Obesity stigmatization and coping: relation to mental health symptoms, body image, and self-esteem. *International journal of obesity and related metabolic disorders: journal of the International Association for the Study of Obesity*, *23*(3), 221-230.

N'Dobo, A., Gardair, E., & Lacassagne, M.-F. (2005). Accessibilité des catégories et favoritisme endogroupe : comment le discours permet-il d'échapper à la pression normative ? *Bulletin de psychologie*, *477*(3), 339-349.

Napper, L., Harris, P. R., & Epton, T. (2009). Developing and Testing a Self-affirmation Manipulation. *Self and Identity*, *8*(1), 45-62.

Neumark-Sztainer, D., Croll, J., Story, M., Hannan, P. J., French, S. A., & Perry, C. (2002). Ethnic/racial differences in weight-related concerns and behaviors among adolescent girls and boys: findings from Project EAT. *Journal of Psychosomatic Research*, *53*(5), 963-974.

NHLBI Obesity Education Initiative Expert Panel on the Identification, E. (1998, septembre). Clinical Guidelines on the Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults [Text]. Consulté 25 mars 2014, à l'adresse : http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2003/

Nichols, K. H., Rice, M., & Howell, C. (2011). Anger, Stress and Blood Pressure in Overweight Children. *Journal of Pediatric Nursing*, *26*(5), 446-455.

Nielsen, S. J., & Popkin, B. M. (2004). Changes in beverage intake between 1977 and 2001. *American Journal of Preventive Medicine*, *27*(3), 205-210.

O'Dea, J. A. (2006). Self-concept, Self-esteem and Body Weight in Adolescent Females: A Three-year Longitudinal Study. *Journal of Health Psychology*, *11*(4), 599-611.

ObEpi : Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité. (2012).

Obésité prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale: rapport d'une consultation de l'OMS. (2003). Consulté 6 juillet 2013, à l'adresse http://site.ebrary.com/id/10062378

Ogden CL, Carroll MD, Curtin LR, Lamb MM, & Flegal KM. (2010). PRevalence of high body mass index in us children and adolescents, 2007-2008. *JAMA*, *303*(3), 242-249.

Olive, L. (2012). Prévalence de la consommation de produits psychoactifs chez des sujets obèses avant une chirurgie bariatrique.

Onyike, C. U., Crum, R. M., Lee, H. B., Lyketsos, C. G., & Eaton, W. W. (2003). Is obesity associated with major depression? Results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *American Journal of Epidemiology*, *158*(12), 1139-1147.

Oppert, J.-M. (2003). Obésités : quelles mesures pour les « phénotypes » à risque cardiovasculaire ? *Sang Thrombose Vaisseaux*, *15*(9), 551-556.

Ostrovsky, N. W., Swencionis, C., Wylie-Rosett, J., & Isasi, C. R. (2013). Social anxiety and disordered overeating: An association among overweight and obese individuals. *Eating Behaviors*, *14*(2), 145-148.

Oyserman, D., & Markus, H. (1998). Self as Social Representation. In U. Flick (Éd.), *The Psychology of the Social* (p. 107-125). Cambridge University Press.

Oyserman, D., Bybee, D., & Terry, K. (2006). Possible selves and academic outcomes: How and when possible selves impel action. *Journal of personality and social psychology*, *91*(1), 188.

Oyserman, D., Elmore, K., & Smith, G. (2012). Self, Self-Concept, and Identity. In M. R. Leary & J. P. Tangney (Éd.), *Handbook of Self and Identity* (p. 69-104). London/New York: The Guilford Press.

Ozier, A. D., Kendrick, O. W., Leeper, J. D., Knol, L. L., Perko, M., & Burnham, J. (2008). Overweight and Obesity Are Associated with Emotion- and Stress-Related Eating as Measured by the Eating and Appraisal Due to Emotions and Stress Questionnaire. *Journal of the American Dietetic Association*, *108*(1), 49-56.

Paolini, S., Hewstone, M., Rubin, M., & Pay, H. (2004). *Increased group dispersion after exposure to one deviant group member: Testing Hamburger's model of member-to-group generalization*. Journal of Experimental Social Psychology, 40(5), 569-585.

Paraponaris, A., Saliba, B., & Ventelou, B. (2005). Obesity, weight status and employability: Empirical evidence from a French national survey. *Economics & Human Biology*, *3*(2), 241-258.

Parsons, T. J., Power, C., Logan, S., & Summerbell, C. D. (1999). Childhood predictors of adult obesity: a systematic review. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders: Journal of the International Association for the Study of Obesity*, *23 Suppl 8*, S1-107.

Paterson, C., Jones, M., Rattray, J., & Lauder, W. (2013). Exploring the relationship between coping, social support and health-related quality of life for prostate cancer survivors: A review of the literature. *European Journal of Oncology Nursing*, *17*(6), 750-759.

Pearce, M. J., Boergers, J., & Prinstein, M. J. (2002). Adolescent Obesity, Overt and Relational Peer Victimization, and Romantic Relationships. *Obesity Research*, *10*(5), 386-393.

Pelham, B. W., & Swann, W. B. (1989). From self-conceptions to self-worth: On the sources and structure of global self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, *57*(4), 672-680.

Pena Pena, M., Urdapilleta, I., Tavani, J. L., Pruzina, I., & Verlhiac, J.-F. (2015). Représentations sociales de la personne obèse et de l'obésité : effets de la situation de contact. *Psychologie Française*.

Perez-Lopez, M. S., Lewis, R. J., & Cash, T. F. (2001). The Relationship of Antifat Attitudes to Other Prejudicial and Gender-Related Attitudes1. *Journal of Applied Social Psychology*, *31*(4), 683-697.

Pétard, J.-P. (2007). *Psychologie sociale: premier et second cycles universitaires*. Editions Bréal.

Peterson, C., & Seligman, M. E. P. (2004). *Character Strengths and Virtues : A Handbook and Classification*. Oxford University Press.

Pettigrew, T. F. (1998). Intergroup contact theory. *Annual review of psychology*, *49*(1), 65–85.

Pettigrew, T. F., & Tropp, L. R. (2008). How does intergroup contact reduce prejudice? Meta-analytic tests of three mediators. *European Journal of Social Psychology*, *38*(6), 922–934.

Pettigrew, T. F., Tropp, L. R., Wagner, U., & Christ, O. (2011). Recent advances in intergroup contact theory. *International Journal of Intercultural Relations*, *35*(3), 271-280.

Phelan, S. M., Burgess, D. J., Yeazel, M. W., Hellerstedt, W. L., Griffin, J. M., & van Ryn, M. (2015). Impact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes for patients with obesity: Obesity stigma and patient care. *Obesity Reviews*, *16*(4), 319-326.

Piermattéo, A., Lo Monaco, G., Moreau, L., Girandola, F., & Tavani, J.-L. (2014). Context Variations and Pluri-methodological Issues concerning the Expression of a Social

Representation: the Example of the Gypsy Community. *The Spanish Journal of Psychology*, *17*.

Pingitore, R., Dugoni, B. L., Tindale, R. S., & Spring, B. (1994). Bias against overweight job applicants in a simulated employment interview. *The Journal of Applied Psychology*, *79*(6), 909-917.

Polivy, J. (1976). Perception of calories and regulation of intake in restrained and unrestrained subjects. *Addictive Behaviors*, *1*(3), 237-243.

Poulain, J.-P. (2002). *Manger aujourd'hui: attitudes, normes et pratiques*. Privat.

Poulain, J.-P. (2009). *Sociologie de l'obésité*. Presses universitaires de France.

Preacher, K. J., & Hayes, A. F. (2004). SPSS and SAS procedures for estimating indirect effects in simple mediation models. *Behavior Research Methods, Instruments, & Computers*, *36*(4), 717–731.

Preacher, K. J., & Hayes, A. F. (2008). Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior Research Methods*, *40*(3), 879-891. http://doi.org/10.3758/BRM.40.3.879

Programme national nutrition santé - 2011-2015 - Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes - www.sante.gouv.fr. (2011, juillet 20). Consulté 10 août 2015, à l'adresse http://www.sante.gouv.fr/programme-national-nutrition-sante-2011-2015.html

Puhl, R. (2009). Stigmatisation de l'obésité : causes, effets et quelques solutions pratiques. *Pratique Clinique*, *54*(1), 25-28.

Puhl, R. M., & Brownell, K. D. (2006). Confronting and coping with weight stigma: an investigation of overweight and obese adults. *Obesity (Silver Spring, Md.)*, *14*(10), 1802-1815.

Puhl, R. M., & Heuer, C. A. (2009). The Stigma of Obesity: A Review and Update. *Obesity*, *17*(5), 941–964.

Puhl, R. M., & King, K. M. (2013). Weight discrimination and bullying. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*.

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., Moss-Racusin, C. A., & Schwartz, M. B. (2007). Internalization of Weight Bias: Implications for Binge Eating and Emotional Well-being. *Obesity*, *15*(1), 19–23.

Puhl, R. M., Moss-Racusin, C. A., Schwartz, M. B., & Brownell, K. D. (2008). Weight stigmatization and bias reduction: perspectives of overweight and obese adults. *Health Education Research*, *23*(2), 347–358.

Puhl, R., & Brownell, K. D. (2001). Bias, Discrimination, and Obesity. *Obesity Research*, *9*(12), 788–805.

Puhl, R., & Brownell, K. D. (2003). Ways of coping with obesity stigma: review and conceptual analysis. *Eating Behaviors*, *4*(1), 53-78.

Puhl, R., & Brownell, K. D. (2012). Bias, discrimination, and obesity. *Obesity research*, *9*(12), 788–805.

Puhl, R., & Suh, Y. (2015). Health Consequences of Weight Stigma: Implications for Obesity Prevention and Treatment. *Current Obesity Reports*, *4*(2), 182-190.

Puhl, R., Brownell, K. D., & De Pierre, J. (2012). Bias, Discrimination and Obesity. In *Introduction to Systems Ecology* (Jorgensen, Sven Erik, p. 461-468). CRC Press.

Pujol, J.-L. (2009). Les représentations sociales et individuelles du cancer du poumon. *Revue de Pneumologie Clinique*, *65*, *Supplement 1*, S3-S6.

Qi, Q., Chu, A. Y., Kang, J. H., Jensen, M. K., Curhan, G. C., Pasquale, L. R., Qi, L. (2012). Sugar-Sweetened Beverages and Genetic Risk of Obesity. *New England Journal of Medicine*, *367*(15), 1387-1396.

Quinn, D. M., & Crocker, J. (1999). When ideology hurts: Effects of belief in the Protestant ethic and feeling overweight on the psychological well-being of women. *Journal of personality and social psychology*, *77*, 402–414.

Quintin, P., Klein, P., Carriere, P., & Narboni, V. (2001). *L'image de la schizophrénie et des schizophrènes auprès du grand public*. Nervure, 14(9), 16-19.

Raghunathan, R., & Trope, Y. (2002). Walking the tightrope between feeling good and being accurate: Mood as a resource in processing persuasive messages. *Journal of Personality and Social Psychology*, *83*(3), 510-525.

Rateau, P., & Weiss, K. (2011). Psychologie sociale appliquée à l'environnement. *Pratiques Psychologiques*, *17*(3), 213-218.

Rateau, P., Moliner, P., Guimelli, C. & Abric, J.C. (2011). Social Representation Theory. In Paul A.M. Van Lange, Arie W. Kruglanski & E. Tory Higgins (Eds.), *Handbook of Theories of Social Psychology*, Vol. 2, pp. 477-407, Los Angeles / London : Sage Publications.

Ravussin, E., & Bogardus, C. (1989). Relationship of genetics, age, and physical fitness to daily energy expenditure and fuel utilization. *The American Journal of Clinical Nutrition*, *49*(5), 968S-975S.

Rebecca Puhl, Y. S. (2015). Stigma and Eating and Weight Disorders. *Current psychiatry reports*, *17*(3), 552.

Renault, A. (2005). Le sujet de l'expérience chez Freud. *Astérion. Philosophie, histoire des idées, pensée politique*, (1).

Rennie, K. L., Johnson, L., & Jebb, S. A. (2005). Behavioural determinants of obesity. *Best Practice & Research. Clinical Endocrinology & Metabolism*, *19*(3), 343-358.

Rigal, N. (2010). Diversification alimentaire et construction du goût. *Archives de Pédiatrie*, *17, Supplement 5*, S208-S212.

Rigal, N., Frelut, M.-L., Monneuse, M.-O., Hladik, C.-M., Simmen, B., & Pasquet, P. (2006). Food neophobia in the context of a varied diet induced by a weight reduction program in massively obese adolescents. *Appetite*, *46*(2), 207-214.

Robins, R. W., Hendin, H. M., & Trzesniewski, K. H. (2001). Measuring Global Self-Esteem: Construct Validation of a Single-Item Measure and the Rosenberg Self-Esteem Scale. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *27*(2), 151-161.

Robinson, T. N. (2001). Television viewing and childhood obesity. *Pediatric Clinics of North America*, *48*(4), 1017-1025.

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.

Rofey, D. L., Kolko, R. P., Iosif, A.-M., Silk, J. S., Bost, J. E., Feng, W., Dahl, R. E. (2009). A longitudinal study of childhood depression and anxiety in relation to weight gain. *Child Psychiatry and Human Development*, *40*(4), 517-526.

Rolls, B. J., Roe, L. S., Kral, T. V. E., Meengs, J. S., & Wall, D. E. (2004). Increasing the portion size of a packaged snack increases energy intake in men and women. *Appetite*, *42*(1), 63-69.

Romon, I., Dupin, J., Fosse, S., Dalichampt, M., Dray-Spira, R., Varroud-Vial, M., Fagot-Campagna, A. (2006). Relations entre caractéristiques socio-économiques et état de santé, recours aux soins et qualité des soins des personnes diabétiques, Entred 2001. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, *45*, 347–350.

Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, New Jersey, Etats Unis: Princeton University Press.

Rosenberger, P. H., Henderson, K. E., & Grilo, C. M. (2006). Correlates of body image dissatisfaction in extremely obese female bariatric surgery candidates. *Obesity Surgery*, *16*(10), 1331-1336.

Ross, K. M., Shivy, V. A., & Mazzeo, S. E. (2009). Ambiguity and judgments of obese individuals: No news could be bad news. *Eating Behaviors*, *10*(3), 152-156.

Rothblum, E. D., Miller, C. T., & Garbutt, B. (1988). Stereotypes of obese female job applicants. *International Journal of Eating Disorders*, *7*(2), 277–283.

Rouquette, M.-L. (1998). Sur la construction des mondes politiques. *Bulletin de Psychologie*, *51*(1), 41-43.

Rousseau, A., Knotter, R.-M., Barbe, R.-M., Raich, R.-M., & Chabrol, H. (2005). Etude de validation de la version francaise du Body Shape Questionnaire. *L'Encéphale*, *31*(2), 162–173.

Rudolph, C. W., Wells, C. L., Weller, M. D., & Baltes, B. B. (2009). A meta-analysis of empirical studies of weight-based bias in the workplace. *Journal of Vocational Behavior*, *74*(1), 1-10.

Ruvolo, A. P., & Markus, H. R. (1992). Possible Selves and Performance: The Power of Self-Relevant Imagery. *Social Cognition*, *10*(1), 95-124.

Salerno, L., Lo Coco, G., Gullo, S., Iacoponelli, R., Caltabiano, M. L., & Ricciardelli, L. A. (2014). Self-esteem mediates the associations among negative affect, body disturbances, and interpersonal problems in treatment-seeking obese individuals. *Clinical Psychologist*, n/a-n/a.

Salès-Wuillemin, E., Castel, P., & Lacasagne, M.-F. (2002). Social Representation of« Maghrebins » : effect of the inductive word on elements activated in a verbal association task. *European Journal for Semiotic Studies*, *14*, 643-662.

Saltzman, E., & Roberts, S. B. (1995). The Role of Energy Expenditure in Energy Regulation: Findings from a Decade of Research. *Nutrition Reviews*, *53*(8), 209-220.

Schacter, S., & Rodin, J. (1974). *Obese Humans and Rats (Psychology Revivals)*. Psychology Press.

Schafer, M. H., & Ferraro, K. F. (2011). The Stigma of Obesity: Does Perceived Weight Discrimination Affect Identity and Physical Health? *Social Psychology Quarterly*, *74*(1), 76-97.

Schembre, S., Greene, G., & Melanson, K. (2009). Development and validation of a weight-related eating questionnaire. *Eating Behaviors*, *10*(2), 119-124.

Schilder, P. (1950). The Image and Appearance of the Human Body New York: Int. *J. Univ. Press*.

Schlueter, E., & Scheepers, P. (2010). The relationship between outgroup size and anti-outgroup attitudes: A theoretical synthesis and empirical test of group threat- and intergroup contact theory. *Social Science Research*, *39*(2), 285-295.

Schutz, Y. (1995). Abnormalities of Fuel Utilization as Predisposing to the Development of Obesity in Humans. *Obesity Research*, *3*(S2), 173s-178s.

Schwartz, M. B., Chambliss, H. O., Brownell, K. D., Blair, S. N., & Billington, C. (2003). Weight bias among health professionals specializing in obesity. *Obesity Research*, *11*(9), 1033-1039. http://doi.org/10.1038/oby.2003.142

Scranton, J. C. N. P., & Brook, M. R. G. P. (2005). *Handbook of Psychotherapy Integration*. Oxford University Press.

Sedikides, C., & Strube, M. J. (1997). Self-evaluation: To thine own self be good, to thine own self be sure, to thine own self be true, and to thine own self be better. *Advances in experimental social psychology*, *29*, 209–269.

Shankland, R. (2012). *La psychologie positive*. Dunod.

Sheets, V., & Ajmere, K. (2005). Are romantic partners a source of college students' weight concern? *Eating Behaviors*, *6*(1), 1-9.

Sherif, M., Harvey, O.J., White, B.J., Hood, W.R., & Sherif, C.W. (1988). *The Robbers Cave experiment: Intergroup conflict and cooperation*. Middletown, CT: Wesleyan University Press.

Sherman, D. A. K., Nelson, L. D., & Steele, C. M. (2000). Do Messages about Health Risks Threaten the Self? Increasing the Acceptance of Threatening Health Messages Via Self-Affirmation. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *26*(9), 1046-1058.

Sherman, D. K., & Cohen, G. L. (2006). The Psychology of Self-defense: Self-Affirmation Theory. In Mark P. Zanna (Éd.), *Advances in Experimental Social Psychology* (Vol. Volume 38, p. 183-242).

Sherman, D. K., & Kim, H. S. (2005). Is There an « I » in « Team »? The Role of the Self in Group-Serving Judgments. *Journal of Personality and Social Psychology*, *88*(1), 108-120.

Shin, D. C., & Johnson, D. M. (1978). Avowed happiness as an overall assessment of the quality of life. *Social Indicators Research*, *5*(1-4), 475‑492.

Sikorski, C., Luppa, M., Angermeyer, M. C., Schomerus, G., Link, B., & Riedel-Heller, S. G. (2015). The association of BMI and social distance towards obese individuals is mediated by sympathy and understanding. *Social Science & Medicine*, *128*, 25-30.

Singh, I. (2011). A disorder of anger and aggression: Children's perspectives on attention deficit/hyperactivity disorder in the UK. *Social Science & Medicine*, *73*(6), 889-896.

Smith, C. A., Schmoll, K., Konik, J., & Oberlander, S. (2007). Carrying Weight for the World: Influence of Weight Descriptors on Judgments of Large-Sized Women. *Journal of Applied Social Psychology*, *37*(5), 989–1006

Smith, R. (2002). The Biopsychosocial Revolution. *Journal of General Internal Medicine*, *17*(4), 309-310.

Smith, S. J., Axelton, A. M., & Saucier, D. A. (2009). The Effects of Contact on Sexual Prejudice: A Meta-Analysis. *Sex Roles*, *61*(3-4), 178-191.

Smith, W. P., & Sachs, P. R. (1997). Social comparison and task prediction: Ability similarity and the use of a proxy. *British Journal of Social Psychology*, *36*(4), 587–602.

Snyder, M., & Gangestad, S. (1986). On the nature of self-monitoring: Matters of assessment, matters of validity. *Journal of personality and social psychology*, *51*(1), 125–139.

Steele, C. M. (1988). The psychology of self-affirmation: Sustaining the integrity of the self. Advances in experimental social psychology, 21, 261-302

Steele, C. M., & Liu, T. J. (1983). Dissonance processes as self-affirmation. *Journal of Personality and Social Psychology*, *45*(1), 5-19.

Stein, K. F., Corte, C., & Ronis, D. L. (2010). Personal identities and disordered eating behaviors in Mexican American women. *Eating Behaviors*, *11*(3), 197-200.

Stensland, S. O., Thoresen, S., Wentzel-Larsen, T., & Dyb, G. (2015). Interpersonal violence and overweight in adolescents: The HUNT Study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 43(1), 18-26.

Strauss, C. C., Smith, K., Frame, C., & Forehand, R. (1985). Personal and Interpersonal Characteristics Associated with Childhood Obesity. *Journal of Pediatric Psychology*, *10*(3), 337-343.

Strauss, R. S., & Pollack, H. A. (2003). Social marginalization of overweight children. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, *157*(8), 746-752.

Strine, T. W., Mokdad, A. H., Dube, S. R., Balluz, L. S., Gonzalez, O., Berry, J. T., Kroenke, K. (2008). The association of depression and anxiety with obesity and unhealthy behaviors among community-dwelling US adults. *General Hospital Psychiatry*, *30*(2), 127-137.

Stunkard, A. J., Faith, M. S., & Allison, K. C. (2003). Depression and obesity. *Biological Psychiatry*, *54*(3), 330-337.

Stunkard, A., Harris, J. R., Pedersen, N. L., & McClearn, G. E. (1990). The body-mass index of twins who have been reared apart. *The New England Journal of Medicine*, *322*(21), 1483-1487.

Stunkard, A., Sörensen, T., Hanis, C., Teasdale, T., Chakraborty, R., Schull, W., & Schulsinger, F. (1996). An adoption study of human obesity. *The New England journal of medicine*, *314*, 193-198.

Stutterheim, S. E., Bos, A. E. R., Pryor, J. B., Brands, R., Liebregts, M., & Schaalma, H. P. (2011). Psychological and Social Correlates of HIV Status Disclosure: The Significance of Stigma Visibility. *AIDS Education and Prevention*, *23*(4), 382-392.

Swann, W. B. B. (2012). Why Threats Trigger Compensatory Reactions: The Need for Coherence and Quest for Self-Verification. *Social Cognition*, *30*(6), 758-777.

Swann, W. B. J. (1990). To be adored or to be known? The interplay of self-enhancement and self-verification. In E. T. Higgins & R. M. Sorrentino (Éd.), *Handbook of motivation and cognition: Foundations of social behavior, Vol. 2.* (p. 408-448). New York, NY US: Guilford Press.

Swann, W. B., Griffin, J. J., Predmore, S. C., & Gaines, B. (1987). The cognitive–affective crossfire: When self-consistency confronts self-enhancement. *Journal of Personality and Social Psychology*, *52*(5), 881-889.

Taillandier-Schmitt, A., Esnard, C., & Mokounkolo, R. (2012). Self-Affirmation in Occupational Training: Effects on the Math Performance of French Women Nurses under Stereotype Threat. *Sex Roles*, *67*(1-2), 43-57.

Tajfel, H. (1972). La catégorisation sociale. In *Introduction à la psychologie sociale* (p. 272-302). Paris: Larousse.

Tajfel, H. (1981). *Human Groups and Social Categories: Studies in Social Psychology*. CUP Archive.

Tajfel, H., & Turner, J. C. (1979). An integrative theory of intergroup conflict. In S. Worchel & W. Austin (Éd.), *The social psychology of intergroup relations* (p. 33-48). CA/ Brooks/Cole.: Pacific Grove.

Tajfel, H., & Turner, J. C. (1986). The social identity theory of intergroup behaviour. In S. Worchel & W. G. Austin (Eds.), *Psychology of intergroup relations* (2nd ed., pp. 7-24). Chicago: Nelson-Hall.

Tajfel, H., Flament, C., Billig, M., & Bundy, R. P. (1971). Social categorization and behaviour. *European Journal of Social Psychology*, 149 -178.

Tang-Péronard, J. L., & Heitmann, B. L. (2008). Stigmatization of obese children and adolescents, the importance of gender. *Obesity Reviews: An Official Journal of the International Association for the Study of Obesity*, *9*(6), 522-534.

Taub D.E., Blinde E.M., & Greer K.R. (1999). Stigma Management Through Participation in Sport and Physical Activity: Experiences of Male College Students with Physical Disabilities. *Human Relations*, *52*(11), 1469-1484.

Tavakol, M., & Dennick, R. (2011). Making sense of Cronbach's alpha. *International Journal of Medical Education*, *2*, 53-55.

Tavani, J. L., Zenasni, F., & Pereira-fradin, M. (2009). *Social Representation of Gifted Children : A Preliminary Study in France*. Gifted and Talented International, 24(2), 61-70.

Teachman, B. A., & Brownell, K. D. (2001). Implicit anti-fat bias among health professionals: is anyone immune? *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders: Journal of the International Association for the Study of Obesity*, *25*(10), 1525-1531.

Teachman, B. A., Gapinski, K. D., Brownell, K. D., Rawlins, M., & Jeyaram, S. (2003). Demonstrations of implicit anti-fat bias: The impact of providing causal information and evoking empathy. *Health Psychology*, *22*, 68-78.

Temessek, A., Tertek, H., Hamza, N., & Blouza, S. (2012). Analyse du comportement alimentaire chez l'obèse : à propos de 82 cas. *Annales d'Endocrinologie*, *73*(4), 417.

Thayer, S. O. (2014, mai). Exploration of the relationship between childhood overweight status, weight-based teasing, and body image dissatisfaction in formerly overweight adults (Thesis). Humboldt State University.

Thompson, J. K., Coovert, M. D., Richards, K. J., Johnson, S., & Cattarin, J. (1995). Development of body image, eating disturbance, and general psychological functioning in female adolescents: covariance structure modeling and longitudinal investigations. *The International Journal of Eating Disorders*, *18*(3), 221-236.

Thompson, R. L., & Thomas, D. E. (2000). A cross-sectional survey of the opinions on weight loss treatments of adult obese patients attending a dietetic clinic. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders: Journal of the International Association for the Study of Obesity*, *24*(2), 164-170.

Tjepkema, M., & Shields, M. (2005). *Measured obesity* (Health Statistics Division, Statistics Canada).

Tomiyama, A. J. (2014). Weight stigma is stressful. A review of evidence for the Cyclic Obesity/Weight-Based Stigma model. *Appetite*, *82*, 8-15.

Toomey, A., Dorjee, T., & Ting-Toomey, S. (2013). Bicultural Identity Negotiation, Conflicts, and Intergroup Communication Strategies. *Journal of Intercultural Communication Research*, *42*(2), 112-134.

Torres, S. J., & Nowson, C. A. (2007). Relationship between stress, eating behavior, and obesity. *Nutrition*, *23*(11–12), 887-894.

Trost, S. G., Pate, R. R., Ward, D. S., Saunders, R., & Riner, W. (1999). Correlates of objectively measured physical activity in preadolescent youth. *American Journal of Preventive Medicine*, *17*(2), 120-126.

Turner, J. C., Hogg, M. A., Oakes, P. J., Reicher, S. D., & Wetherell, M. S. (1987). *Rediscovering the social group: A self-categorization theory* (Vol. x). Cambridge, MA, US: Basil Blackwell.

United States Department of Health and Human, S. (1996). *Physical Activity and Health: A Report of the Surgeon General*. DIANE Publishing.

Urdapilleta, I., Aspavlo, D., Masse, L., & Docteur, A. (2010). Use of a picture distortion technique to examine perceptive and ideal body image in male and female competitive swimmers. *Psychology of Sport and Exercise*, *11*(6), 568-573.

Vaidis, D. (2006). Attitude et comportement dans le rapport cause-effet : quand l'attitude détermine l'acte et quand l'acte détermine l'attitude. *Linx. Revue des linguistes de l'université Paris X Nanterre*, (54), 103-111.

Valence, A., & Roussiau, N. (2014). Le rôle de l'implication et des systèmes de croyances au sein des représentations sociales. *Psychologie Française*, *59*(4), 301-315.

Vallieres, E. F., & Vallerand, R. J. (1990). Traduction et Validation Canadienne-Française de L'échelle de L'estime de Soi de Rosenberg. *International Journal of Psychology*, *25*(2), 305-316.

Van Ittersum, K., & Wansink, B. (2013). Extraverted Children Are More Biased by Bowl Sizes than Introverts. *Plos One*, *8*(10), e78224.

Van Reedt Dortland, A. K. B., Vreeburg, S. A., Giltay, E. J., Licht, C. M. M., Vogelzangs, N., van Veen, T., Zitman, F. G. (2013). The impact of stress systems and lifestyle on dyslipidemia and obesity in anxiety and depression. *Psychoneuroendocrinology*, *38*(2), 209-218.

Vancampfort, D., De Herdt, A., Vanderlinden, J., Lannoo, M., Soundy, A., Pieters, G., Probst, M. (2014). Health related quality of life, physical fitness and physical activity participation in treatment-seeking obese persons with and without binge eating disorder. *Psychiatry Research*, *216*(1), 97-102.

Vartanian, L. R., & Dey, S. (2013). Self-concept clarity, thin-ideal internalization, and appearance-related social comparison as predictors of body dissatisfaction. *Body Image*, *10*(4), 495-500.

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.

Vergès, P. (1992). L'évocation de l'argent : une méthode pour la défi nition du noyau central d'une représentation. *Bulletin de psychologie*, *XLV*, 203-209.

Vergès, P., (1994). Approche du noyau central : propriétés quantitatives et structurales. In C.

Verlhiac, J.-F. (2005). Soi et comparaison sociale. In *Psychologie Sociale* (T. Meyer, p. 119-154). Paris, France: Hachette.

Verlhiac, J.-F., Bonnet, A., & Ranucci, M.-F. (2006). Les effets de variables psychosociales sur l'intention d'adolescents obèses de changer leurs comportements. *Pratiques Psychologiques*, *12*(3), 347-364.

Voci, A., & Hewstone, M. (2003). *Intergroup contact and prejudice toward immigrants in italy: the mediational role of anxiety and the moderational role of group salience*. Group Processes & Intergroup Relations, 6(1), 37-54.

Wardle, J., Waller, J., & Fox, E. (2002). Age of onset and body dissatisfaction in obesity. *Addictive Behaviors*, *27*(4), 561-573.

Warziski, M. T., Sereika, S. M., Styn, M. A., Music, E., & Burke, L. E. (2008). Changes in self-efficacy and dietary adherence: the impact on weight loss in the PREFER study. *Journal of Behavioral Medicine*, *31*(1), 81-92.

Watson, D., & Friend, R. (1969). Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *33*(4), 448-457.

Webb, H. J., & Zimmer-Gembeck, M. J. (2014). The Role of Friends and Peers in Adolescent Body Dissatisfaction: A Review and Critique of 15 Years of Research. Journal of Research on Adolescence, 24(4), 564-590.

Westermann, S., Rief, W., Euteneuer, F., & Kohlmann, S. (2015). Social exclusion and shame in obesity. *Eating Behaviors*, *17*, 74-76.

Wills, T. A. (1981). Downward comparison principles in social psychology. *Psychological Bulletin*, *90*(2), 245-271.

Wing, R. R., & Jeffery, R. W. (1999). Benefits of recruiting participants with friends and increasing social support for weight loss and maintenance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *67*(1), 132-138.

Womble, L. G., Williamson, D. A., Martin, C. K., Zucker, N. L., Thaw, J. M., Netemeyer, R., Greenway, F. L. (2001). Psychosocial variables associated with binge eating in obese males and females. *International Journal of Eating Disorders*, *30*(2), 217–221.

Wright, S. M., & Aronne, L. J. (2012). Causes of obesity. *Abdominal Imaging*, *37*(5), 730-732.

Yperen, N. W., Brenninkmeijer, V., & Buunk, A. P. (2006). People's responses to upward and downward social comparisons: The role of the individual's effort-performance expectancy. *British Journal of Social Psychology*, *45*(3), 519-533.

Ziegler, O., & Quilliot, D. (2005). Prise en charge de l'obésité de l'adulte : Obésité. *La Revue du praticien*, *55*(13), 1437-1452.

Zlatevska, N., Dubelaar, C., & Holden, S. S. (2014). Sizing Up the Effect of Portion Size on Consumption: A Meta-Analytic Review. *Journal of Marketing*, *78*(3), 140-154.

Annexes

Annexe 1 – Matériel étude 1 345
Annexe 1.1 Amorçage des mots inducteurs 345
Annexe 1.2 Questionnaire signalétique 346
Annexe 2 – Données recueillis lors de l'étude 2.1 347
Annexe 2.1 Témoignages recueillis lors de l'étude 2.1 347
Annexe 2.2 Catégorisation de témoignages, première analyse 353
Annexe 2.3 Première version du Questionnaire d'auto-stigmatisation 357
Annexe 3 – Matériel étude 2.2 360
Annexe 3.1 Correspondance des items avec divers groupe stigmatisés 360
Annexe 3.2 Représentativité des items présentés 362
Annexe 3.3 Fiche signalétique 364
Annexe 4 -Analyses de données étude 2.3 365
Annexe 4.1 Analyse des moyennes observées pour l'étude 2.3 365
Annexe 4.2 Analyse factorielle en composantes principales non forcée du Test sur la première passation du questionnaire, après rotation varimax 367
Annexe 4.3 Analyse factorielle en composantes principales forcée du Test sur la première passation du questionnaire, après rotation varimax. 368
Annexe 4.4 Analyse des moyennes observées 369
Annexe 4.5 Analyse factorielle en composantes principales forcée du re-test de la passation 1, après rotation varimax 371
Annexe 4.6 Seconde version du Questionnaire d'auto-stigmatisation 372
Annexe 5 – Matériel de l'étude 2.4 375
Annexe 5.1 Echelle d'Estime de Soi Sociale 375
Annexe 5.2 Monitorage de Soi 378
Annexe 5.3 Echelle de Satisfaction de la vie 379
Annexe 5.4 Echelle d'Estime de Soi (Rosenberg, 1965) 379
Annexe 5.5 Body Shape Questionnaire 380
Annexe 5.6 Peur du Jugement Négatif d'autrui 383
Annexe 5.7 Questionnaire émotionnel, cognitif et comportemental du Sentiment d'Efficacité Personnelle spécifique à l'Obésité (SEPOB) 385
Annexe 6 – Matériel de l'étude 3 389

Annexe 6.1 Mesures du premier temps de passation 389
Annexe 6.2 Protocole d'auto-affirmation..... 399
Annexe 6.3 Protocole Zinedine Zidane 404
Annexe 6.4 Protocole sans auto-affirmation..... 411
Annexe 6.5 Questionnaire signalétique..... 413
Annexe 6.6 Récapitulatif des moyennes et écart-types observés 414
Annexe 6.7 Récapitulatif des moyennes et écart-types observés 415

Annexe 1 – Matériel étude 1

Annexe 1.1 Amorçage des mots inducteurs



Demande de participation à une étude

1ère partie

- Un mot va apparaitre à l'écran, notez sur la feuille devant vous, le plus rapidement possible, tous les mots qui vous viennent à l'esprit.
- Je vous rappelles qu'il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.

1ère consigne

• Veuillez inscrire dans la colonne 1 tous les mots ou expressions qui vous viennent spontanément à l'esprit lorsque vous lisez le mot :

Obésité

Personne obèse

2ème consigne

• A votre avis, si on demandait à un « étudiant homme de Paris 8 » d'effectuer la même chose que vous venez de faire, quels sont, selon vous, les mots ou expressions qu'il donnerait quand on lui dit :

Obésité

Personne obèse

3ème consigne

• A votre avis, si on demandait à une « personne vivant en France métropolitaine » d'effectuer la même chose que vous venez de faire, quels sont selon vous les mots ou expressions qu'elle donnerait quand on lui dit :

Obésité

Personne obèse

- **Reprenez les mots que vous avez notés et pour chacun d'eux notez dans la colonne 2 :**
- **Notez de 0 à 10** les mots ou expressions que vous avez écrit en fonction de leur **capacité à définir** le mot qui était donné.
- **0** = cela vous parait ne pas définir le mot donné
- **10** = cela vous paraît le définir absolument bien.

0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10

Mots et Consignes présentés

- **1er mot :** Obésité
- **2ème mot :** Personne obèse

- **1er consigne :** Selon vous
- **2ème consigne :** D'après un étudiant de sexe opposé au votre de P8
- **3ème consigne :** D'après une personne vivant en France métropolitaine.

- **Notez, dans la colonne 3, de -3 à +3** les mots ou expressions que vous avez écrit en fonction de leur **connotation positive ou négative** par rapport au mot qui était donné.
- **-3** le mot vous parait très négatif
- **+3** le mot vous parait très positif
- **0** le mot vous parait neutre

-3 -2 -1 0 1 2 3

Annexe 1.2 Questionnaire signalétique

Merci de bien vouloir répondre à ces quelques questions :

Y a-t-il des personnes obèses dans votre entourage ?
Oui ☐ Non ☐

Si oui, s'agit-il d'un :

Grand-père	☐
Grand-mère	☐
Père	☐
Mère	☐
Frère	☐
Sœur	☐
Conjointe	☐
Conjoint	☐
Petite amie	☐
Petit ami	☐
Amis	☐
Autre	☐ (Précisez) _____

Votre âge : _____

Votre taille : ___

Votre poids : _____

Quel est votre sexe : Homme ☐ Femme ☐

La langue que vous parlez à la maison Français ☐ Créole ☐ Autre ☐ (précisez)
Si Créole, lequel ? _____

La langue que parlent vos parents chez eux ? Français ☐ Créole ☐ Autre ☐ (précisez)
Si Créole, lequel ? _____

Etes-vous né(e) en Métropole ?
Oui ☐ Non ☐

Si non :
Où êtes-vous né(e) ?_____
Depuis quand vivez-vous en Métropole ? _____
Vos parents sont-ils nés en métropole ?
Oui ☐ Non ☐

Si non :
Où sont-ils nés ? _____
Depuis quand vivent-ils en Métropole ? _____

Annexe 2 – Données recueillis lors de l'étude 2.1

Annexe 2.1 Témoignages recueillis lors de l'étude 2.1

	Témoignages	Adresses	Date
Extrait 1	Bonjour , j'aimerai vous dire que je m'apprécie ,mais cela serai mentir ,je m'inquiète car j'ai trop honte de moi ,à telle point que je ne sors plus et de plus en plus la mort m'attire j'ai trop mal de ce que je suis, je vois un thérapeute bien sûr mais chaque jourj'ai impression de m'enliser ; j'ai beau manger équilibré , j'ai des souci de thyroïde donc je ne suis pas mettre de mon corps complètement j'ai besoin de vos messages merci	http ://rondeetjolie.com/forums/mon-corps-et-moi/ma-vie-mon-corps.html?fa=view&topic_id=42122&forum_id=12	11/09/2011
Extrait 2	Je me retrouve dans ce que tu dis, lorsque j'étais plus jeune j'enchainais régimes sur régimes, je n'étais jamais satisfaite, je mettais du 40 et j'aurais voulu mettre du 38. L'insatisfaction était dans ma tête. Je focalisais sur ces quelques kilos jusqu'à m'en rendre malade. Maintenant, la taille 40 c'est très loin, c'est plutôt 52 et je regrette de m'être rendue malade à l'époque et de n'avoir pas su apprécier ce corps qui bien qu'imparfait était malgré tout très bien. On s'en rend compte avec les photos. C'est seulement maintenant, que je commence à regarder mon corps et à essayer de l'aimer tout en souhaitant perdre du poids bien sûr, mais plus en me faisant du mal, plutôt en cherchant des méthodes équilibrées et en travaillant beaucoup sur mon mental.	http://rondeetjolie.com/forums/mon-corps-et-moi/ma-vie-mon-corps.html?fa=view&topic_id=41894&forum_id=12	24/06/2010
Extrait 3	bonjour, je m'appelle Christelle j'ai 32 ans et je suis mal dans ma peau, je suis ronde et je n'arrive pas à vivre avec les regardes des autres, je suis seule dans ma vie, et je me sens tellement seule et j'ai l'impression que personne ne me comprend, j'aimerai savoir si des gens ont été comme moi et ont réussi à s'en sortir	http://rondeetjolie.com/forums/mon-corps-et-moi/ma-vie-mon-corps.html?fa=view&topic_id=41905&forum_id=12	18/07/2010
Extrait 4	Coucou Christelle tu va trouver drôle que ce soit un homme qui te répond mais moi aussi j'étais mal dans ma peau je supportais plus le regard des autres les insultes les moqueries mais je me suis décidé à m'accepter tel que je suis. Il y aura toujours les insultes les moqueries je la vie tous les jours mais tout ça me passe au-dessus maintenant pour moi je suis comme je suis un homme avec des défauts un physique pas agréable mais ce qui n'empêche pas que je suis ce que je suis et on m'aime tel que je suis ou on m'aime pas mais c'est la vie je veux vivre ma vie et ne pas tomber dans la déprime la solitude. j'espère que ça ira mieux pour toi et si tu veux parler pas de souci.	http://rondeetjolie.com/forums/mon-corps-et-moi/ma-vie-mon-corps.html?fa=view&topic_id=41905&forum_id=12	20/07/2010
Extrait 5	aujourd'hui j'avais rdv pour passer un IRM, j'avais quelques doutes sur le faites que cette fameuse machine ne supportai qu'un certains poids... mais voilà un gros stop dans la gueule on m'a gentiment recalé m'affirment que les personne obèses n'ont pas le droit d'effectuer un IRM ou bien il faut trouver un centre hospitalier qui possèdent un adapté ...	http://rondeetjolie.com/forums/mon-corps-et-moi/ma-vie-mon-corps.html?fa=view	06/01/2011

		&topic_id=42001&forum_id=12	
Extrait 6	bonjour à toutes et tous, je m'appelle Lilou et je suis nouvelle sur ce forum. j'ai 21 ans, je mesure 1m62 et pèse entre 75 et 80 kg, étant fâchée avec ma balance je ne peux donner de chiffre exact. J'ai remarqué que beaucoup de femmes rondes s'assument et n'en n'ont pas honte ... tout mon contraire. je n'arrive pas à me sentir belle ni à me mettre en valeur. je ne sais jamais comment m'habillé et j'ai souvent du mal à me regarder dans un miroir. Sortir dehors et une épreuve de tous les instants et je passe beaucoup de temps à me demander quelle tenue vas me faire ' passer inaperçu'. Mon fiancé aimerai beaucoup que je sois plus féminine ce que je m'efforce à faire mais rien à faire, je ne suis à l'aise dans rien. J'ai le mariage de ma cousine au mois d'aout et je redoute déjà ce moment. tout le monde en robe de soirée et moi en tailleur puisque c'est la tenue dans laquelle je me sens bien J'ai essayais des tas de régime et je n'ai jamais obtenu un résultat. je ne demande pas de recette miracle car dans ma famille mes 3 tantes et ma grand-mère sont rondes. ma petite voix intérieur me dit que je suis faites pour être comme sa et que je n'y peux rien, je demande juste des conseils et du soutien merci pour tout	http://rondeetjolie.com/forums/mon-corps-et-moi/ma-vie-mon-corps.html?fa=view&topic_id=41625&forum_id=12	23/06/2009
Extrait 7	Je viens à vous aujourd'hui les filles car je pense que vous êtes l'une des dernières solutions à mon problème... Voilà, J'ai 17ans, Je fais 1m67 pour 85kg. Comme vous pouvez le deviné j'ai du ventre, des bonne cuisses etc... Mais voilà si il n'y avait pas c'est gens qui critique je serais très bien dans ma peau car j'aime mes rondeurs malgré tout. Mais hélas ce n'est pas le cas. J'ai arrêté les cours car les réflexions sur mon physique devenaient insupportables. Malgré que j'en n'avais pas beaucoup, mais les rare insultes devenait très dure à supporter. Je suis une fille qui adore le contact avec les gens. Je suis pleine d'humour et j'adore faire rire les gens. Je suis très coquète, j'adore prendre soin de moi. Je m'habille a la mode je me maquille etc... Beaucoup de gens pense que Grosse rime avec Moche. Partout cher beaucoup d'entre nous ce n'est pas le cas, c'est pour ça que je fais tout pour démontrer sa. Je ne sors plus, (boite de nuit, soirée...) comme on fait à mon âge car j'ai tout le temps l'impression d'être regardé... Même pour moi allez chercher du pain en bat de cher moi me dérange. Je vais passer 1h30 pour choisir des habits qui vont me MINCIR ... Je regrette mes amies ... etc. Pourtant il y a bientôt un an c'était le contraire je sortais beaucoup je m'en foutais... Qu'est ce qui s'est passé? J'ai rencontré un garçon qui était dans ma classe, je suis vite tombé amoureuse et lui aussi. On n'est resté ensemble un an mais un an caché car il n'assumait pas d'être avec moi. on ne se prenait pas la main. Rien du tout en fait, on ne s'est jamais toucher devant les gens. Il n'est jamais venue cher moi de peur que c'est amie le voit. & sa m'a apporter beaucoup de problème a cause de ça. Embrouille avec c'est amie qui mon tapé etc. Des vrais fous. Mais bref voilà je ne c'est plus quoi faire ... Et je voudrais s'avoir si des personne vive la même chose que moi ou qui aurait des conseils a me donné car je ne peux plus vivre comme ça. (Désolée pour ce long texte, mais ma souffrance est longue à expliquer) Camille.	http://www.vivelesrondes.com/forum/viewtopic_301720.htm	18/11/2011

Extrait 8	Salut a toutes, je viens de m'inscrire sur le site car je me sens pas bien, je pense avoir besoin de parler à quelqu'un. Voilà évidement je suis en surpoids, bien 20kg à perdre, et ça va pas du tout j'ai tout le temps envie de pleurer. Je me trouve moche, je n'ai même pas envie de faire d'efforts pour m'habiller, rien que le reflet dans un miroir je le supporte plus. Je me sens tellement mal. En plus je pense que je suis une mangeuse compulsive, quand je ne vais pas bien ou que je m'ennuis ben je mange une connerie. et après je culpabilise. J'ai honte de sortir de chez moi, quand mon copain me touche. Je ne me sens vraiment pas bien.	http://www.vivelesrondes.com/forum/viewtopic_308243.htm	7/02/2012
Extrait 9	Bon là j'en ai ras le bol Depuis quelques temps je m'assume mieux. Je me sens mieux dans ma peau et je ne me sens plus obligée de faire des régimes (surtout grave à VLR, merci les filles). Ben rien à faire, j'ai beau leur expliquer que je vais très bien, mes parents ne me lâchent pas! Ils parlent de moi à ma famille comme si j'étais un cas désespéré.... Je résiste très bien, et ce n'est pas les menaces et les piques incessantes de mon entourage (la dernière en date: dans un an, tu iras à la Coupe du monde de foot et tu feras le ballon.... J'ai répliqué: j'ai rarement vu un ballon d'1m67) qui vont me faire craquer... du moins pour l'instant. Mais j'en ai MARRE! Maintenant que je suis très bien avec mon poids et que je n'ai plus forcément l'envie de maigrir à tout prix, la famille ne veut pas comprendre! Que du contraire, elle me prend pour une bête curieuse maintenant que je ne me plie plus à leurs 4 volontés! J'en ai marre de me faire harceler et recevoir des vannes quand à la télé, il y a des pubs comportant les mots "minceur", obésité, ... Le pire c'est la pub Danone qui veut prévenir l'obésité des enfants (bien entendu) et là, sentir tous les regards convergeant vers moi et me lancer: T'AS ENTENDU? Je vous jure ils devraient pénaliser le harcèlement moral chez les parents Enfin voilà mon coup de gueule du soir.... Est-ce que ça vous est déjà arrivé aussi ou bien vos parents sont-ils plus ouverts d'esprit?	http://www.vivelesrondes.com/forum/viewtopic_12671.htm	28/03/2005
Extrait 10	Bonjour à toutes, J'aimerais vous faire part de ma grande réflexion à savoir dois-je maigrir pour moi (ma santé future, mon bien être personnel,...) ou pour les autres. Les autres c'est à dire la société qui rejette les gens comme nous, les obèses. Ceux qui nous dévisagent comme si on était porteur d'un microbe dangereux qui fait devenir gros. Ces gens qui nous prennent en pitié parce qu'on ne rentre pas dans la "norme". Moi j'ai connue l'humiliation. Depuis toute petite, parce que j'étais grosse, tout le monde se moquait de moi, je n'étais jamais invité aux anniversaires encore moins au Boom. En grandissant idem pas de petit copains ou très peu à comparer avec des copines qui ne savait plus au donner de la tête.	http://www.vivelesrondes.com/forum/viewtopic_11713.htm	10/03/2005

	Et puis dans la vie d'un gros il y a beaucoup trop de façon de se faire humilier : une sortie à la piscine ou à la plage devient impossible on trompe presque parano. On croit que tout le monde regarde vous et uniquement vous et dans toutes situation d'ailleurs. On s'interdit de trop sortir, d'affronter la foule, les restos, le fast-food. Longtemps j'avais peur du regard des autres mais maintenant c'est fini Je suis un être humain j'ai le droit de vivre de m'aimer comme je suis, d'avoir un mari, des enfants, de sortir au restaurant, d'aller à la piscine, à la plage et les autres je leurs dis MERDE Je refuse de me renfermer dans ce désespoir dans lequel j'ai vécu maintenant je veux VIVRE et 1 conseil faites comme moi. Je suis fière de mon corps, je me trouve super belle, mon mari aussi donc pas de lézard, je refuse de maigrir pour entrer dans le moule de cette société!		
Extrait 11	Ne plus pouvoir se regarder dans une glace, attirer les regards désobligeants, avoir des remarques quelcuonques, être mal dans sa peau, ne pas s'accepter... Aujourd'hui, je ne m'accepte plus, marre de la graisse, marre de mon corps mais heureusement que j'ai un homme qui m'aime pour me soutenir. Passer inaperçue, ça c'est bien, mais quand on est ronde, cela est impossible, chaque sortie est un calvaire. Des amis qui me rejette car je suis ronde =) ça ce n'est pas cool Aller au cinéma, ça c'est sympa mais il faudrait que les sièges soit plus grand pour que mes fesses loge dedans. Chercher un emploi, ça parait simple mais dès que l'on met notre photo, notre CV est balancer car en haut à gauche, ça ne plait pas. Demander un crédit, rien de plus facile mais avec des rondeurs, tout est compliquer. Aujourd'hui, ça ne vas pas, ni le moral, ni le physique, rien du tout. Je ne sais plus quoi faire avec mes 110 kg, le problème c'est que l'on ne peut pas les cacher. Je pense que l'on peut être heureux à partir du moment où l'on s'accepte que l'on soit rond, mince, petit, grand etc... mais moi je ne peux pas, j'essaie mais je n'y arrive pas. Bon, ce post était long, mais j'avais besoin de me soulager et je me suis soulager comme j'ai pu Merci de m'avoir lue	http://www.vivelesrondes.com/forum/viewtopic_14061.htm	12/08/2004
Extrait 12	voilà aujourd'hui en cour g discuter avec des "camarade" de classe sur notre futur et avenir professionnel. Comme nous ils leur reste qu'un an pour obtenir notre diplôme on en parle beaucoup. Voila j'étudie le marketing et on m'a fais comprendre que vue mon physique je risquais de ne pas trouver de travail dans ce secteur.	http://www.vivelesrondes.com/forum/viewtopic_15131.htm	2/05/2005

	Qu'il fallait une certaine prestance et un certain style (je v t'en montrer de la prestance et du style) comme si je ressemblais a un déchet non mais!!!!!! Le plus grave c'est que notre prof n'a pas démentis leur parole comme si la compétence passait en second lieu. Je me sens vraiment en colère et dégouter de voir jusqu'où va la stupidité des gens. Comme si être bien portant se résume à échec professionnel, sentimentale et social. CE qui m'a le plus choqué c que deux autre jeune fille qui elles aussi sont ronde ont donné raison à leur parole et se sont laisser traiter de moins que rien. Pensez-vous vraiment que le physique peut être un frein à une carrière professionnel? Si quelque un d'entre vous pouvait me donner leur point de vue et me montrer qu'ils ont tort. Désoler de vous casser le pied mais j'avais envie de passer un coup de gueule. Merci de me répondre		
Extrait 13	J'ai lu les posts des vlriennes qui disent que les mamans critiquent le poids de leur fifille adorée ms y a aussi les papas qui en rajoutent une couche... Y a qu'à voir le mien il me sort des crasses tt le temps genre tu devrai faire du sport ça te ferai maigrir alors que chacun et chacune sait bien que le sport ne fait pas maigrir... après il vient avec des idées de me faire ingurgité des produits genre rectiligne qui sont dangereux pour moi et aujourd'hui je lui ai carrément dit donne-moi de la mort aux rats comme ça tu seras sur de ne pas rater ton coup ça fera le même effet en plus rapide...et il donne des idées à ma maman il lui dit achète lui des pilules faut qu'elle maigrisse...je l'ai même entendu dire aujourd'hui que j'ai une honte sur patte qu'il refusait d'aller ou que ce soit en vacances avec un boulet pareil...apparemment son erreur a été de me fabriquée voilà le problème...fallait y réfléchir avant car je n'ai que 25ans il est pas prêt de se débarrasser de moi comme ça surtout s'il attend la voie naturelle...il me dit aussi que je ne trouverai personne car aucun garçon n'arrivera à me prendre dans ses bras alors que lui ça fait depuis mes 3 ou 4ans (âge ou j'ai commencé à m'arrondir)qu'il ne m'a plu prise dans ses bras alors que je voie une fille que je connais quand elle voit son papa elle lui saute dans les bras il ne dit rien il en est ravi le mien je lui fait horreur...	http://www.vivelesrondes.com/forum/viewtopic_16893.htm	29/05/2005
	En réponse à la personne qui se questionne sur la taille et l'accessibilité des places de spectacle: Pour Disney, c'est vrai qu'ils aiment bien "compresser". Y compris quand il y a un grand espace de plusieurs bancs de libre sur le côté!! faut suivre les rangs... Pour les théâtres, il y a parfois des bancs mais ceux-ci ne sont pas toujours très distants les uns des autres. Je vais essayer de faire une liste pour ceux qui sont intéressés: -Au point-virgule, en arrivant pas trop tard, ils n'insistent pas pour qu'on suive la file (les bancs y sont quand même fort inconfortables, surtout tout au début où c'est la taille "maternelle".Pourtant pour les spectacles, c'est une super salle) et on peut se mettre sur les bancs qui longent le mur. L'inconvénient est qu'il faut tourner la tête , mais on a toute la place -désirée pour ses jambes. (si on arrive trop tard, c'est pas qu'ils veulent pas, c'est que les places sont prises par les gens avant). -"Les blancs manteaux" et -"Le bout" , ce sont des bancs mais il y a aussi des tabourets pour l'allée.	http://www.allegrofortissimo.com/phpBB2/viewtopic.php?t=5559	12/03/2006

-Le Rigoletto: des tabourets et des bancs.
-Le théâtre Clavel: des gradins.
-Sudden théâtre:des gradins.
-Ciné théâtre13: certaines salles ont des canapés.
-La main d'or: des gradins.
-Lucernaire: gradins, mais je crois que ça a déjà été dit (pour une salle de théâtre au moins, les autres, je ne sais pas).
-Café d'Edgar: des bancs. (et peut être aussi des tabourets pour l'allée?).
-Théâtre d'Edgar: des gradins, en demi-cercle.
-Le Zèbre: des grands tabourets et des chaises.
-Le Ranelagh: des bancs.(très jolie salle d'ailleurs)
-Théâtre national de La Colline: des gradins (pour une salle au moins)
-Le palais des glaces: gradins (avec petits coussins) pour la petite salle de l'étage, fauteuils pour la grande salle du bas.

-Théâtre de Nesle: gradins.

Ensuite, beaucoup ont des fauteuils. Mais je ne connais pas (encore) toutes les salles non plus, donc cette liste peut être complétée.

Enfin une "alerte".
Le théâtre "La Providence". Les gens y sont très accueillants, les spectacles souvent très drôles, salle avec fauteuils mais. il faut d'abord accéder à cette salle! Et là on se retrouve face (façon de parler) à un escalier sans rampes, aux marches étroites, et qui descend de façon assez raide. Déconseillé aux personnes qui ont des problèmes de vertige ou d'équilibre.

Aussi une salle qui n'en est pas vraiment une: Le bistrot saint Antoine. Il y a régulièrement des spectacles d'impro dans la pièce du haut. ce sont des chaises, mais en nombre limité! Donc si on ne monte pas dans les premiers, on reste debout...

A vous de compléter cette liste. Je viendrai le faire aussi le cas échéant.
J'espère qu'elle pourra aider certains.
Je rappelle quand même ma réserve sur les bancs souvent très rapprochés les uns des autres. Et j'ajoute une autre réserve sur les places fauteuils de certains balcons de théâtre où l'espace est minuscule entre le fauteuil et le balcon!
Désolée pour ceux qui ne sont pas sur Paris, je ne connais pas les théâtres de banlieue ou de province.

Annexe 2.2 Catégorisation de témoignages, première analyse

Dimensions	Sous-dimensions	Extraits
Notion de contrôle	➔ Contrôlabilité du corps ➔ Contrôlabilité de l'alimentation	"je ne suis pas mettre de mon corps" *extrait 1* *** « En plus je pense que je suis une mangeuse compulsive, quand je ne vais pas bien ou que je m'ennuis ben je mange une connerie. et après je culpabilise. » *extrait 8*
Emotions verbalisées	➔ Honte ➔ Dépression ➔ Le bien-être ➔ Souffrance ➔ Colère	« j'ai trop honte d'émoi a telle point que je ne sors plus » *extrait 1* « la mort m'attire j'ai trop mal de ce que je suis » *extrait 1* *** « ne pas tomber dans la déprime la solitude » *extrait 4* *** « je me sens bien » *extrait 6* *** « J'ai remarqué que beaucoup de femmes rondes s'assument et n'en n'ont pas honte ... tout mon contraire » *extrait 6* *** « ma souffrance est longue a expliqué » *extrait 6* *** « je me sens pas bien » *extrait 8* *** « ça va pas du tout j'ai tout le temps envie de pleurer » *extrait 8* *** « Je me sens tellement mal » *extrait 8* *** « Je me sens vraiment pas bien. » *extrait 8* *** « Aujourd'hui, ça ne vas pas, ni le moral, ni le physique, rien du tout. » *extrait 11* *** « Je me sens vraiment en colère et dégouter » *extrait 12*
Insatisfaction corporelle	➔ Insatisfaction du corps (se regarder dans un miroir) ➔ Problème lié à l'habillement et se sentir bien dans ses	"je n'étais jamais satisfaite, je mettais du 40 et j'aurais voulu mettre du 38. L'insatisfaction était dans ma tête. Je focalisais sur ces quelques kilos jusqu'à m'en rendre malade. Maintenant, la taille 40 c'est très loin, c'est plutôt 52 et je regrette de m'être rendue malade à l'époque et de n'avoir pas su apprécier ce corps qui bien " *extrait 2* *** « j'ai souvent du mal à me regarder dans un miroir » *extrait 6*

	vêtement	*** « je ne suis à l'aise dans rien. » *extrait 6* *** « Je me trouve moche, je n'ai même pas envie de faire d'efforts pour m'habiller, rien que le reflet dans un miroir je le supporte plus. » *extrait 8* *** « Sortir dehors et une épreuve de tous les instants et je passe beaucoup de temps à me demander quelle tenue vas me faire ' passer inaperçu'. » *extrait 6*
Regard des autres	➔ Le regard des autres met mal à l'aise, renvoie une image négative. ➔ Les autres raillent la personne obèse ➔ Evitement de situation sociale. ➔ Commentaires des proches ➔ Sentiment de mettre mal à l'aise ses proches ➔ Difficulté d'avoir une vie amoureuse ➔ Difficultés professionnelles ➔ Sentiment d'être incompris	"je suis mal dans ma peau, je suis ronde et je n'arrive pas à vivre avec les regardes des autres " *extrait 3* *** « Il y aura toujours les insultes les moqueries je la vie tous les jours » *extrait 4* *** "j'étais mal dans ma peau je supportais plus le regard des autres les insultes les moqueries" *extrait 4* *** « gens qui critique je serais très bien dans ma peau car j'aime mes rondeurs mages tout » *extrait 7* *** « J'ai arrêté les cours car les réflexions sur mon physique devenait insupportable. Malgré que j'en n'avais pas beaucoup, mais les rare insultes devenait très dure à supporter. » *extrait 7* *** « Je ne sors plus, (boite de nuit, soirée...) comme on fait à mon âge car j'ai tout le temps l'impression d'être regardé... Même pour moi allez chercher du pain en bat de cher moi me dérange. Je vais passer 1h30 pour choisir des habits qui vont me MINCIR ... Je régate mes amies ... etc. » *extrait 7* *** « J'en ai marre de me faire harceler et recevoir des vannes quant à la télé, il y a des pubs comportant les mots "minceur", obésité, ... » *extrait 9* *** « Ceux qui nous dévisage comme si on était porteur d'un microbe dangereux qui fait devenir gros. » *extrait 10* *** « tout le monde se moquait de moi, je n'étais jamais invité aux anniversaires encore moins au Boom. » *extrait 10* *** « En grandissant idem pas de petit copains ou très peu à comparer avec des copines qui ne savait plus au donner de la tête. » *extrait 10* *** « Longtemps j'avais peur du regard des autres mais maintenant c'est fini » *extrait 10* *** « attirer les regards désobligeants, avoir des remarques quelconques, » *extrait 11*

		***
		« Des amis qui me rejette car je suis ronde » *extrait 11*
		***
		« Chercher un emploi, ça parait simple mais dès que l'on met notre photo, notre CV est balancer car en haut à gauche, ça ne plait pas. » *extrait 11*
		***
		« Voilà j'étudie le marketing et on m'a fait comprendre que vue mon physique je risquais de ne pas trouver de travail dans ce secteur. » *extrait 12*
		***
		« je l'ai même entendu dire aujourdh'ui. que g t une honte sur patte qu'il refusait d'aller ou que ce soit en vacances avec un boulet pareil...apparemment son erreur a été de me fabriquée voilà le problème... » *(parlant de son père) extrait 13*
		***
		"je me sens tellement seule et j'ai l'impression que personne ne me comprend" *extrait 3*
		***
		« Ben rien à faire, j'ai beau leur expliquer que je vais très bien, mes parents ne me lâchent pas! Ils parlent de moi à ma famille comme si j'étais un cas désespéré.... » *extrait 9*
		***
		« la famille ne veut pas comprendre! Que du contraire, elle me prend pour une bête curieuse maintenant que je ne me plie plus à leurs 4 volontés! » *extrait 9*
S'accepter ou ne pas s'accepter ?	➔ Acceptation/ou pas	« je me suis décidé à m'accepter tel que je suis. » *extrait 4*
		***
		« je suis mal dans ma peau » *extrait 3*
		***
		« je commence à regarder mon corps et à essayer de l'aimer » *extrait 2*
		***
		« j'aimerai vous dire que je m'apprécie » *extrait 1*
		***
		« je m'assume mieux. Je me sens mieux dans ma peau et je ne me sens plus obligée de faire des régimes » *extrait 9*
		***
		« je suis très bien avec mon poids et que je n'ai plus forcément l'envie de maigrir à tout prix » *extrait 9*
		***
		« Ne plus pouvoir se regarder dans une glace » *extrait 11*
		***
		« être mal dans sa peau, ne pas s'accepter... » *extrait11*
		***
		« Aujourd'hui, je ne m'accepte plus, marre de la graisse, marre de mon corps » *extrait 11*
Accessibilité		« on ma gentiment recalé m'affirment que les personne obèses n'ont pas le droit d'effectuer un IRM »

extrait 5

***

« Aller au cinéma, ça c'est sympa mais il faudrait que les sièges soit plus grand pour que mes fesses loge dedans. » *extrait 11*

***

« liste des endroits accessibles aux personnes rondes, où ils peuvent s'asseoir. » *extrait 14*

Annexe 2.3 Première version du Questionnaire d'auto-stigmatisation

Entourez un chiffre entre 1 et 7, pour répondre à cette question. Dans quelle mesure les items suivants sont-ils représentatifs stigmatisation liée au poids de l'individu ?

1. Mes problèmes de poids font de moi une personne faible.

1	2	3	4	5	6	7
N'est pas du tout représentatif d'une stigmatisation liée au poids.					Est totalement représentatif d'une stigmatisation liée au poids.	

2. Je pratique un sport.

1	2	3	4	5	6	7
N'est pas du tout représentatif d'une stigmatisation liée au poids.					Est totalement représentatif d'une stigmatisation liée au poids.	

3. Je mange un plat calorique.

1	2	3	4	5	6	7
N'est pas du tout représentatif d'une stigmatisation liée au poids.					Est totalement représentatif d'une stigmatisation liée au poids.	

4. Je ne suis pas capable de contrôler mon alimentation.

1	2	3	4	5	6	7
N'est pas du tout représentatif d'une stigmatisation liée au poids.					Est totalement représentatif d'une stigmatisation liée au poids.	

5. Mon corps m'empêche de m'apprécier à ma juste valeur.

1	2	3	4	5	6	7
N'est pas du tout représentatif d'une stigmatisation liée au poids.					Est totalement représentatif d'une stigmatisation liée au poids.	

6. J'apprécie mon corps et mes formes.

1	2	3	4	5	6	7
N'est pas du tout représentatif d'une stigmatisation liée au poids.					Est totalement représentatif d'une stigmatisation liée au poids.	

7. J'ai des difficultés à trouver des vêtements à ma taille.

1 2 3 4 5 6 7

N’est pas du tout représentatif d’une stigmatisation liée au poids. Est totalement représentatif d’une stigmatisation liée au poids.

8. M’habiller est compliqué, je ne me sens à l’aise dans aucun d’eux.

1 2 3 4 5 6 7

N’est pas du tout représentatif d’une stigmatisation liée au poids. Est totalement représentatif d’une stigmatisation liée au poids.

9. Je suis jugé(e) d'après mon apparence physique.

1 2 3 4 5 6 7

N’est pas du tout représentatif d’une stigmatisation liée au poids. Est totalement représentatif d’une stigmatisation liée au poids.

10. Le jugement que les autres portent à mon apparence physique, m’empêche de m’apprécier.

1 2 3 4 5 6 7

N’est pas du tout représentatif d’une stigmatisation liée au poids. Est totalement représentatif d’une stigmatisation liée au poids.

11. Je suis critiqué(e) pour mon apparence physique.

1 2 3 4 5 6 7

N’est pas du tout représentatif d’une stigmatisation liée au poids. Est totalement représentatif d’une stigmatisation liée au poids.

12. Je préfère rester seul(e) plutôt que de devoir m’exposer aux autres.

1 2 3 4 5 6 7

N’est pas du tout représentatif d’une stigmatisation liée au poids. Est totalement représentatif d’une stigmatisation liée au poids.

13. Mes parents ou mes proches me font des commentaires négatifs concernant mon poids

1 2 3 4 5 6 7

N’est pas du tout représentatif d’une stigmatisation liée au poids. Est totalement représentatif d’une stigmatisation liée au poids.

14. Mes proches sont à l'aise avec moi dans les lieux publics.

1 2 3 4 5 6 7

N’est pas du tout Est totalement représentatif

représentatif d'une stigmatisation liée au poids. d'une stigmatisation liée au poids.

15. J'ai des difficultés à me faire de nouvelles relations amicales et amoureuses.

1 2 3 4 5 6 7

N'est pas du tout représentatif d'une stigmatisation liée au poids. Est totalement représentatif d'une stigmatisation liée au poids.

16. Je ne trouve pas d'emploi qui me satisfait pleinement.

1 2 3 4 5 6 7

N'est pas du tout représentatif d'une stigmatisation liée au poids. Est totalement représentatif d'une stigmatisation liée au poids.

17. Mes proches m'acceptent tel(le) que je suis.

1 2 3 4 5 6 7

N'est pas du tout représentatif d'une stigmatisation liée au poids. Est totalement représentatif d'une stigmatisation liée au poids.

18. Je suis quelqu'un de dynamique.

1 2 3 4 5 6 7

N'est pas du tout représentatif d'une stigmatisation liée au poids. Est totalement représentatif d'une stigmatisation liée au poids.

19. Je ne m'accepte pas avec ce corps.

1 2 3 4 5 6 7

N'est pas du tout représentatif d'une stigmatisation liée au poids. Est totalement représentatif d'une stigmatisation liée au poids.

20. Mon physique m'empêche de m'installer dans des fauteuils.

1 2 3 4 5 6 7

N'est pas du tout représentatif d'une stigmatisation liée au poids. Est totalement représentatif d'une stigmatisation liée au poids.

21. Je fais attention aux endroits où je vais, par peur ne pas pouvoir être confortablement installé(e).

1 2 3 4 5 6 7

N'est pas du tout représentatif d'une stigmatisation liée au poids. Est totalement représentatif d'une stigmatisation liée au poids.

Annexe 3 – Matériel étude 2.2

Annexe 3.1 Correspondance des items avec divers groupe stigmatisés

Consigne

Le questionnaire suivant, vise à valider une échelle de sentiment de rejet ou sentiment de stigmatisation. La stigmatisation c'est : « le rejet et la disgrâce qui sont associés à ce qui est vu comme une déformation physique et une aberration comportementale ». A partir de cette définition, je vous demande d'évaluer si les items suivants correspondent à ce que pourrait ressentir un individu victime de stigmatisation. Je vous demande d'établir si la question fait référence à ce que pourrait ressentir : un homme, une femme, un homme obèse, une femme obèse, un homme de couleur, une femme de couleur, une personne homosexuelle ou une personne lesbienne. Vous pouvez sélectionner plusieurs réponses.

Mes problèmes de poids font de moi une personne faible.

Un homme	Une femme	Un homme obèse	Une femme obèse	Un homme de couleur	Une femme de couleur	Une personne homosexuelle	Une personne lesbienne

Je ne pratique pas de sport.

Un homme	Une femme	Un homme obèse	Une femme obèse	Un homme de couleur	Une femme de couleur	Une personne homosexuelle	Une personne lesbienne

Je mange un plat calorique.

Un homme	Une femme	Un homme obèse	Une femme obèse	Un homme de couleur	Une femme de couleur	Une personne homosexuelle	Une personne lesbienne

Je ne suis pas capable de contrôler mon alimentation.

Un homme	Une femme	Un homme obèse	Une femme obèse	Un homme de couleur	Une femme de couleur	Une personne homosexuelle	Une personne lesbienne

Mon corps m'empêche de m'apprécier à ma juste valeur.

Un homme	Une femme	Un homme obèse	Une femme obèse	Un homme de couleur	Une femme de couleur	Une personne homosexuelle	Une personne lesbienne

J'ai des difficultés à trouver des vêtements à ma taille.

Un homme	Une femme	Un homme obèse	Une femme obèse	Un homme de couleur	Une femme de couleur	Une personne homosexuelle	Une personne lesbienne

M'habiller est compliqué, je ne me sens à l'aise dans aucun d'eux.

Un homme	Une femme	Un homme obèse	Une femme obèse	Un homme de	Une femme de couleur	Une personne homosexuelle	Une personne lesbienne

couleur

Je suis jugé(e) d'après mon apparence physique.

Un homme	Une femme	Un homme obèse	Une femme obèse	Un homme de couleur	Une femme de couleur	Une personne homosexuelle	Une personne lesbienne

Le jugement que les autres portent à mon apparence physique, m'empêche de m'apprécier.

Un homme	Une femme	Un homme obèse	Une femme obèse	Un homme de couleur	Une femme de couleur	Une personne homosexuelle	Une personne lesbienne

Je suis critiqué(e) pour mon apparence physique.

Un homme	Une femme	Un homme obèse	Une femme obèse	Un homme de couleur	Une femme de couleur	Une personne homosexuelle	Une personne lesbienne

Je préfère rester seul(e) plutôt que de devoir m'exposer aux autres.

Un homme	Une femme	Un homme obèse	Une femme obèse	Un homme de couleur	Une femme de couleur	Une personne homosexuelle	Une personne lesbienne

Mes parents ou mes proches me font des commentaires négatifs concernant mon poids.

Un homme	Une femme	Un homme obèse	Une femme obèse	Un homme de couleur	Une femme de couleur	Une personne homosexuelle	Une personne lesbienne

Mes proches ne sont pas à l'aise avec moi dans les lieux publics.

Un homme	Une femme	Un homme obèse	Une femme obèse	Un homme de couleur	Une femme de couleur	Une personne homosexuelle	Une personne lesbienne

J'ai des difficultés à me faire de nouvelles relations amicales et amoureuses.

Un homme	Une femme	Un homme obèse	Une femme obèse	Un homme de couleur	Une femme de couleur	Une personne homosexuelle	Une personne lesbienne

Je ne trouve pas d'emploi qui me satisfait pleinement.

Un homme	Une femme	Un homme obèse	Une femme obèse	Un homme de couleur	Une femme de couleur	Une personne homosexuelle	Une personne lesbienne

Mes proches ne m'acceptent pas tel(le) que je suis.

Un homme	Une femme	Un homme obèse	Une femme obèse	Un homme de couleur	Une femme de couleur	Une personne homosexuelle	Une personne lesbienne

Je ne suis pas quelqu'un de dynamique.

Un homme	Une femme	Un homme obèse	Une femme obèse	Un homme de couleur	Une femme de couleur	Une personne homosexuelle	Une personne lesbienne

Je ne m'accepte pas avec ce corps.

Un homme	Une femme	Un homme obèse	Une femme obèse	Un homme de couleur	Une femme de couleur	Une personne homosexuelle	Une personne lesbienne

Je n'apprécie pas mon corps et mes formes.

Un homme	Une femme	Un homme obèse	Une femme obèse	Un homme de couleur	Une femme de couleur	Une personne homosexuelle	Une personne lesbienne

Mon physique m'empêche de m'installer dans des fauteuils.

Un homme	Une femme	Un homme obèse	Une femme obèse	Un homme de couleur	Une femme de couleur	Une personne homosexuelle	Une personne lesbienne

Je fais attention aux endroits où je vais, par peur ne pas pouvoir être confortablement installé(e).

Un homme	Une femme	Un homme obèse	Une femme obèse	Un homme de couleur	Une femme de couleur	Une personne homosexuelle	Une personne lesbienne

Annexe 3.2 Représentativité des items présentés

Je vous demande à présent d'évaluer dans quelle mesure les items suivants sont représentatifs d'une stigmatisation liée au poids de l'individu. Veuillez sur une échelle allant de 1 "N'est pas du tout représentatif d'une stigmatisation liée au poids" à 5 "Est totalement représentatif d'une stigmatisation liée au poids".

	1 - N'est pas du tout représentatif d'une stigmatisation liée au poids.	2	3	4	5 - Est totalement représentatif d'une stigmatisation liée au poids.
1. Mes problèmes de poids font de moi une personne faible.	○	○	○	○	○
2. Je ne pratique pas de sport.	○	○	○	○	○
3. Je mange un plat calorique.	○	○	○	○	○
4. Je ne suis pas capable de contrôler mon alimentation.	○	○	○	○	○

	1 - N'est pas du tout représentatif d'une stigmatisation liée au poids.	2	3	4	5 - Est totalement représentatif d'une stigmatisation liée au poids.
5. Mon corps m'empêche de m'apprécier à ma juste valeur.					
6. J'apprécie mon corps et mes formes.					
7. J'ai des difficultés à trouver des vêtements à ma taille.					
8. M'habiller est compliqué, je ne me sens à l'aise dans aucun d'eux.					
9. Je suis jugé(e) d'après mon apparence physique.					
10. Le jugement que les autres portent à mon apparence physique, m'empêche de m'apprécier.					
11. Je suis critiqué(e) pour mon apparence physique.					
12. Je préfère rester seul(e) plutôt que de devoir m'exposer aux autres.					
13. Mes parents ou mes proches me font des commentaires négatifs.					
14. Mes proches ne sont pas à l'aise avec moi dans les lieux					
15. J'ai des difficultés à me faire de nouvelles relations amicales et amoureuses.					
16. Je ne trouve pas d'emploi qui me satisfait pleinement.					
17. Mes proches ne m'acceptent pas tel(le) que je suis.					
18. Je ne suis pas quelqu'un de dynamique.					

	1 - N'est pas du tout représentatif d'une stigmatisation liée au poids.	2	3	4	5 - Est totalement représentatif d'une stigmatisation liée au poids.
19. Je ne m'accepte pas avec ce corps.	○	○	○	○	○
20. Mon physique m'empêche de m'installer dans des fauteuils.	○	○	○	○	○
21. Je fais attention aux endroits où je vais, par peur ne pas pouvoir être confortablement installé(e).	○	○	○	○	○

Annexe 3.3 Fiche signalétique

Veuillez à présent répondre à quelques questions sur vous.

Votre Sexe

○ Homme

○ Femme

Votre âge ? ……

Votre poids (en Kg) : …...

Votre taille (en mètre) : ……..

Annexe 4 -Analyses de données étude 2.3

Annexe 4.1 Analyse des moyennes observées pour l'étude 2.3

Items	Émotions	**M** *(SD.)*	Asymétrie	Aplanissement	Max	Min
1. Mes problèmes de poids font de moi une personne faible.	Tristesse	**5.35** *(1.25)*	-0.55	-0.15	2	7
	Colère	**4.76** *(1.57)*	-0.44	-0.67	1	7
	Honte	**4.64** *(1.68)*	-0.51	-0.54	1	7
2. Je ne trouve pas d'emploi qui me satisfait pleinement.	Tristesse	**5** *(1.53)*	-0.58	-0.18	1	7
	Colère	**4.17** *(1.62)*	-0.2	-0.72	1	7
	Honte	**3.1** *(1.64)*	0.3	-0.78	1	7
3. Je suis jugé(e) d'après mon apparence physique.	Tristesse	**4.25** *(1.75)*	-0.17	-0.87	1	7
	Colère	**4.57** *(1.92)*	-0.53	-0.79	1	7
	Honte	**2.76**[a] *(1.81)*	0.85	-0.38	1	7
4. Je mange un plat calorique.	Tristesse	**3.89** *(1.75)*	0.24	-0.69	1	7
	Colère	**4.34** *(1.75)*	-0.02	-1.03	1	7
	Honte	**2.57**[a] *(1.75)*	1.06	0.16	1	7
5. Mes proches sont à l'aise avec moi dans les lieux publics.	Tristesse	**2.41**[a] *(1.27)*	0.96	1.05	1	7
	Colère	**4.19** *(1.69)*	0.00	-0.69	1	7
	Honte	**3.64** *(1.98)*	0.43	1.03	1	7
6. Mon physique m'empêche de m'installer dans des fauteuils.	Tristesse	**5.94** *(1.43)*	-2	4.29	1	7
	Colère	**5.4** *(1.66)*	-0.99	0.24	1	7
	Honte	**6.01** *(1.4)*	-1.88	3.59	1	7
7. Je pratique un sport.	Tristesse	**2.62**[a] *(1.48)*	1.01	0.72	1	7
	Colère	**2.87**[a] *(1.63)*	0.98	0.24	1	7
	Honte	**3.28** *(1.92)*	0.67	-0.75	1	7
8. J'ai des difficultés à me faire de nouvelles relations amicales et amoureuses.	Tristesse	**5.47** *(1.66)*	-1.29	0.93	1	7
	Colère	**3.8** *(1.75)*	0.06	-0.94	1	7
	Honte	**3.59** *(1.95)*	0.11	-1.22	1	7
9. Je ne suis pas capable de contrôler mon alimentation.	Tristesse	**4.86** *(1.64)*	-0.77	-0.19	1	7
	Colère	**4.63** *(1.65)*	-0.34	-0.79	1	7
	Honte	**3.95** *(2.4)*	-0.14	-1.45	1	7
10. Je suis quelqu'un de dynamique.	Tristesse	**2.62**[a] *(1.37)*	0.97	1.11	1	7
	Colère	**4.76** *(1.79)*	-0.32	-1.01	1	7
	Honte	**3.69** *(1.7)*	0.37	-0.71	1	7
11. Mes parents ou mes proches me font des commentaires négatifs concernant mon poids.	Tristesse	**5.57** *(1.58)*	-1.27	0.92	1	7

	Colère	**5.44** *(1.5)*	-0.96	0.51	1	7
	Honte	**4.94** *(1.87)*	-0.77	-0.51	1	7
	Tristesse	**5.74** *(1.55)*	-1.41	1.42	1	7
12. Je suis critiqué(e) pour mon apparence physique.	*Colère*	**5.9** *(1.25)*	-1.53	3.06*	1	7
	Honte	**4.9** *(1.83)*	-0.69	-0.49	1	7
	Tristesse	**1.83**[a] *(0.97)*	2	8.13*	1	7
13. Mes proches m'acceptent tel(le) que je suis.	*Colère*	**3.57** *(1.94)*	0.43	-0.95	1	7
	Honte	**3.14** *(2.04)*	0.77	-0.69	1	7
	Tristesse	**5.66** *(1.6)*	-1.54	1.93	1	7
14. J'ai des difficultés à trouver des vêtements à ma taille.	*Colère*	**5.46** *(1.65)*	-1.21	0.87	1	7
	Honte	**4.76** *(2.08)*	-0.68	-0.95	1	7

Légende :
« Min » signifie minimum. « Max » signifie maximum. « **M** » signifie moyenne. « *SD*» signifie écart-type. * Aplatissement des scores non compris entre -2 et 2.

Annexe 4.2 Analyse factorielle en composantes principales non forcée du Test sur la première passation du questionnaire, après rotation varimax

	TRISTESSE			COLERE				HONTE			
	F1	F2	F3	F1	F2	F3	F4	F1	F2	F3	F4
Alpha de Cronbach	*.74*	*-.06*	*-.12*	*.73*	*.67*	*.6*	*.46*	*.8*	*.76*	*.71*	*.32*
1. Mes problèmes de poids font de moi une personne faible.					.69					*.65*	
2. Je ne trouve pas d'emploi qui me satisfait pleinement.							.89			.58	
3. Je suis jugé(e) d'après mon apparence physique.*	**.53**						**.64**			**.69**	
4. Je mange un plat calorique.			.52	.53							.87
5. Mes proches sont à l'aise avec moi dans les lieux publics.		**-.57**		**.81**				**.8**			
6. Mon physique m'empêche de m'installer dans des fauteuils.*	**.64**				**.75**				**.78**		
7. Je pratique un sport.			.79	.62				.79			
8. Si j'ai des difficultés à me faire de nouvelles relations amicales et amoureuses.		.74				.52				.75	
9. Si je ne suis pas capable de contrôler mon alimentation.	.59				.61						.58
10. Je suis quelqu'un de dynamique.*		**.79**		**.77**				**.76**			
11. Mes parents ou mes proches me font des commentaires négatifs concernant mon poids.	.74					.7			.65		
12. Je suis critiqué(e) pour mon apparence physique.*	**.75**					**.84**			**.73**		
13. Mes proches m'acceptent tel(le) que je suis.*		**.61**		**.69**				**.78**			
14. J'ai des difficultés à trouver des vêtements à ma taille.*	**.53**								**.71**		

Légende :
* items retenus pour cette analyse.

Annexe 4.3 Analyse factorielle en composantes principales forcée du Test sur la première passation du questionnaire, après rotation varimax.

	TRISTESSE		COLERE		HONTE	
	F1	F 2	F1	F2	F1	F 2
Alpha de Cronbach	*.74*	*.68*	*.78*	*.74*	*.78*	*.81*
1. Mes problèmes de poids font de moi une personne faible.			.66		.54	
2. Je ne trouve pas d'emploi qui me satisfait pleinement.			.52			
3. Je suis jugé(e) d'après mon apparence physique.*	**.52**		**.61**		**.59**	
4. Je mange un plat calorique.				.58		
5. Mes proches sont à l'aise avec moi dans les lieux publics.*		**-.79**		**.74**		**-.79**
6. Mon physique m'empêche de m'installer dans des fauteuils.*	**.69**		**.63**		**.55**	
7. Je pratique un sport.				.60		-.75
8. Si j'ai des difficultés à me faire de nouvelles relations amicales et amoureuses.			.69		.56	
9. Si je ne suis pas capable de contrôler mon alimentation.	.58		.62			
10. Je suis quelqu'un de dynamique.*		**-.69**		**.76**		**-.81**
11. Mes parents ou mes proches me font des commentaires négatifs concernant mon poids.	.71				.7	
12. Je suis critiqué(e) pour mon apparence physique.*	**.74**		**.54**		**.8**	
13. Mes proches m'acceptent tel(le) que je suis.*		**-.6**		**.69**		**-.72**
14. J'ai des difficultés à trouver des vêtements à ma taille.*	**.61**		**.61**		**.75**	

Légende :
* Items retenus pour cette analyse.

Annexe 4.4 Analyse des moyennes observées

Items	Émotions	**M** *(SD)*	Asymétrie	Aplanissement	Max	Min
1. Mes problèmes de poids font de moi une personne faible.	Tristesse	**5.31** *(1.29)*	-1.29	1.89	1	7
	Colère	**4.69** *(1.64)*	-0.62	-0.23	1	7
	Honte	**4.29** *(1.71)*	-0.55	-0.62	1	7
2. Je ne trouve pas d'emploi qui me satisfait pleinement.	Tristesse	**5.19** *(1.33)*	-0.94	1.05	1	7
	Colère	**4.75** *(1.49)*	-0.62	0.05	1	7
	Honte	**2.98** *(1.52)*	0.25	-0.87	1	6
3. Je suis jugé(e) d'après mon apparence physique.	Tristesse	**4.44** *(1.67)*	-0.27	-1.03	1	7
	Colère	**4.79** *(1.82)*	-0.59	-0.54	1	7
	Honte	**3.06** *(1.74)*	0.28	-1.08	1	7
4. Je mange un plat calorique.	Tristesse	**3.75** *(1.6)*	0.37	-0.69	1	7
	Colère	**4.46** *(1.58)*	-0.004	-0.54	1	7
	Honte	**2.54** *(1.6)*	0.58	-0.96	1	6
5. Mes proches sont à l'aise avec moi dans les lieux publics.	Tristesse	**2.9** *(1.46)*	1	1.17	1	7
	Colère	**4.37** *(1.63)*	0.22	-0.55	1	7
	Honte	**3.79** *(1.88)*	0.58	-0.81	1	7
6. Mon physique m'empêche de m'installer dans des fauteuils.	Tristesse	**5.62** *(1.48)*	-1.69	2.86	1	7
	Colère	**5.42** *(1.46)*	1.06	0.88	1	7
	Honte	**5.6** *(1.58)*	-1.5	2	1	7
7. Je pratique un sport.	Tristesse	**2.65** *(1.53)*	1.06	0.74	1	7
	Colère	**3.38** *(1.74)*	0.86	-0.08	1	7
	Honte	**3.29** *(1.78)*	0.77	-0.39	1	7
8. J’ai des difficultés à me faire de nouvelles relations amicales et amoureuses.	Tristesse	**5.71** *(1.26)*	-1.15	0.93	2	7
	Colère	**4.33** *(1.69)*	-0.41	-0.63	1	7
	Honte	**3.79** *(1.81)*	0.04	-1.13	1	7
9. Je ne suis pas capable de contrôler mon alimentation.	Tristesse	**4.65** *(1.61)*	-1	0.47	1	7
	Colère	**4.42** *(1.71)*	-0.53	-0.36	1	7
	Honte	**3.92** *(1.94)*	-0.14	-1.22	1	7
10. Je suis quelqu’un de dynamique.	Tristesse	**2.63** *(1.36)*	1.34	2.51	1	7
	Colère	**4.77** *(1.55)*	0.14	-1.23	2	7
	Honte	**3.63** *(1.88)*	0.58	-0.78	1	7
11. Mes parents ou mes proches me font des commentaires négatifs concernant mon poids.	Tristesse	**5.5** *(1.65)*	-1.32	0.75	1	7
	Colère	**5.6** *(1.35)*	-1.16	1.72	1	7
	Honte	**4.46** *(2.03)*	-0.46	-1.04	1	7

12. Je suis critiqué(e) pour mon apparence physique.	Tristesse	**5.56** *(1.59)*	-1.57	2.3	1	7
	Colère	**5.98** *(1.2)*	-1.61	3.05	2	7
	Honte	**4.4** *(2.08)*	-0.43	-1.2	1	7
13. Mes proches m'acceptent tel(le) que je suis.	Tristesse	**1.85** *(0.89)*	0.83	-0.08	1	4
	Colère	**3.94** *(1.96)*	0.22	-1.02	1	7
	Honte	**3.31** *(1.82)*	0.39	-0.79	1	7
14. J'ai des difficultés à trouver des vêtements à ma taille.	Tristesse	**5.27** *(1.74)*	-1.39	1.12	1	7
	Colère	**5.27** *(1.42)*	-1.04	1.03	1	7
	Honte	**4.4** *(2.04)*	-0.36	-1.11	1	7

Légende :
« Min » signifie minimum. « Max » signifie maximum. « **M** » signifie moyenne. « *SD*» signifie écart-type. * aplatissement des scores non compris entre -2 et 2.

Annexe 4.5 Analyse factorielle en composantes principales forcée du re-test de la passation 1, après rotation varimax

	TRISTESSE		COLERE		HONTE		
	F1	F2	F1	F2	F1	F2	
Alpha de Cronbach par facteurs	.88	.72	.81	.8	.87	.74	.75
1. Mes problèmes de poids font de moi une personne faible. *	**.69**		**.72**		**.64**		
2. Je ne trouve pas d'emploi qui me satisfait pleinement.*	**.58**		**.59**			**.63**	
3. Je suis jugé(e) d'après mon apparence physique.*	**.64**		**.51**			**.67**	
4. Je mange un plat calorique.*		**-.62**		**-.63**	**.66**		
5. Mes proches sont à l'aise avec moi dans les lieux publics.*		**-.84**		**-.81**			**-.64**
6. Mon physique m'empêche de m'installer dans des fauteuils.*	**.77**		**.72**		**.57**		
7. Je pratique un sport.*		**-.62**		**-.61**			**-.52**
8. J'ai des difficultés à me faire de nouvelles relations amicales et amoureuses.						.61	
9. Je ne suis pas capable de contrôler mon alimentation.*	**.66**		**.68**		**.73**		
10. Je suis quelqu'un de dynamique.*		**-.76**		**-.77**			**-.86**
11. Mes parents ou mes proches me font des commentaires négatifs concernant mon poids.*	**.83**		**.7**		**.84**		
12. Je suis critiqué(e) pour mon apparence physique.*	**.81**		**.53**		**.77**		
13. Mes proches m'acceptent tel(le) que je suis.				-.82			-.68
14. J'ai des difficultés à trouver des vêtements à ma taille.*	**.7**		**.64**		**.8**		

Légende :
* items retenus pour cette analyse.

Annexe 4.6 Seconde version du Questionnaire d'auto-stigmatisation

Une série d'affirmations vous sont présentées. Il vous est demandé d'établir sur une échelle de 1 à 7 si ces affirmations représentent ou pas ce que vous vivez. La valeur 1 indique que la situation décrite ne vous ait jamais arrivée et que vous ne pensez pas qu'un jour elle puisse vous arriver. Alors que la valeur 7, indique que la situation a pu déjà vous arriver où qu'elle pourrait arriver.
Si vous avez entouré un chiffre signifiant que la situation décrite a pu vous arriver, nous vous demandons dans un second temps de préciser les sentiments ressentis lors de celle-ci.
Si vous avez entouré un chiffre indiquant que cette situation ne vous est jamais arrivée et que vous ne pensez pas qu'elle puisse vous arriver, nous vous demandons d'indiquer les sentiments que vous pourriez ressentir si une telle situation devait vous arriver.
Il vous suffit d'indiquer sur une échelle de 1 à 7 l'émotion éprouvée. La valeur 1 indique que l'émotion décrite n'est pas ressentie et la valeur 7 indique qu'elle est ressentie.

Répondez à ce questionnaire **le plus honnêtement possible**, merci de votre participation.

1. J'ai déjà gagné aux jeux à gratter.

1 2 3 4 5 6 7

Ne me correspond pas du tout. — *Me correspond tout à fait.*

a. *Si je gagne aux jeux à gratter, cela me rend heureux(se).*

1 2 3 4 5 6 7

Pas du tout Heureux(se) — *Tout à fait Heureux(se)*

b. *Si je gagne aux jeux à gratter, cela me calme.*

1 2 3 4 5 6 7

Pas du tout Calme — *Tout à fait Calme*

c. *Si je gagne aux jeux à gratter, cela me rend fier(e).*

1 2 3 4 5 6 7

Pas du tout Fier(e) — *Tout à fait Fier(e)*

2. Je suis jugé(e) d'après mon apparence physique.

1 2 3 4 5 6 7

Ne me correspond pas du tout. — *Me correspond tout à fait.*

a. *Si je suis jugé(e) d'après mon apparence physique, cela me rend triste.*

1 2 3 4 5 6 7

Pas du tout Triste — *Tout à fait Triste*

b. *Si je suis jugé(e) d'après mon apparence physique, cela me met en colère.*

1 2 3 4 5 6 7

Pas du tout En Colère — *Tout à fait En colère*

c. *Si je suis jugé(e) d'après mon apparence physique, cela me fait honte.*

1 2 3 4 5 6 7

Pas du tout Honte *Tout à fait Honte*

3. Mes proches sont à l'aise d'être avec moi dans les lieux publics.

1 2 3 4 5 6 7

Ne me correspond pas du tout. *Me correspond tout à fait.*

a. Si mes proches sont à l'aise avec moi dans les lieux publics, cela me rend heureux(se).

1 2 3 4 5 6 7

Pas du tout Heureux(se) *Tout à fait Heureux(se)*

b. Si mes proches sont à l'aise avec moi dans les lieux publics, cela me calme.

1 2 3 4 5 6 7

Pas du tout Calme *Tout à fait Calme*

c. Si mes proches sont à l'aise avec moi dans les lieux publics, cela me rend fier(e).

1 2 3 4 5 6 7

Pas du tout Fier(e) *Tout à fait Fier(e)*

4. Je rencontre des problèmes à cause de mon physique pour m'installer dans les fauteuils au cinéma, au théâtre ou au restaurant.

1 2 3 4 5 6 7

Ne me correspond pas du tout. *Me correspond tout à fait.*

a. Lorsque mon physique m'empêche de m'installer dans des fauteuils, cela me rend triste.

1 2 3 4 5 6 7

Pas du tout Triste *Tout à fait Triste*

b. Lorsque mon physique m'empêche de m'installer dans des fauteuils, cela me met en colère.

1 2 3 4 5 6 7

Pas du tout Colère *Tout à fait Colère*

c. Lorsque mon physique m'empêche de m'installer dans des fauteuils, cela me fait honte.

1 2 3 4 5 6 7

Pas du tout Honte *Tout à fait Honte*

5. J'ai déjà cuisiné un bon plat pour des ami(e)s.

1 2 3 4 5 6 7

Ne me correspond pas du tout. *Me correspond tout à fait.*

a. Lorsque je cuisine pour des ami(e)s, cela me rend heureux(se).

1 2 3 4 5 6 7

Pas du tout Heureux(se) *Tout à fait Heureux(se)*

b. Lorsque je cuisine, cela me calme.

1 2 3 4 5 6 7

Pas du tout Calme *Tout à fait Calme*

c. Lorsque je cuisine, cela me rend fier(e).

1 2 3 4 5 6 7

Pas du tout Fier(e) *Tout à fait Fier(e)*

6. Dans la rue je suis critiqué(e) à cause de mon apparence physique (insultes, regards,…).

1 2 3 4 5 6 7

Ne me correspond pas du tout. *Me correspond tout à fait.*

a. Lorsque je suis critiqué(e) pour mon apparence physique, cela me rend triste.

1 2 3 4 5 6 7

Pas du tout Triste *Tout à fait Triste*

b. Lorsque je suis critiqué(e) pour mon apparence physique, cela me met en colère.

1 2 3 4 5 6 7

Pas du tout En Colère *Tout à fait En Colère*

c. Lorsque je suis critiqué(e) pour mon apparence physique, cela me fait honte.

1 2 3 4 5 6 7

Pas du tout Honte *Tout à fait En Honte*

7. Mes proches m'acceptent tel(le) que je suis.

1 2 3 4 5 6 7

Ne me correspond pas du tout. *Me correspond tout à fait.*

a. Si mes proches m'acceptent tel(le) que je suis, cela me rend heureux(se).

1 2 3 4 5 6 7

Pas du tout Heureux(se) *Tout à fait Heureux(se)*

b. Si mes proches m'acceptent tel(le) que je suis, cela me calme.

1 2 3 4 5 6 7

Pas du tout Calme *Tout à fait Calme*

c. Si mes proches m'acceptent tel(le) que je suis, cela me rend fier(e).

1 2 3 4 5 6 7

Pas du tout Fier(e) *Tout à fait Fier(e)*

8. J'ai des difficultés à trouver des vêtements à ma taille.

1 2 3 4 5 6 7

Ne me correspond pas du tout. *Me correspond tout à fait.*

a. Si j'ai des difficultés à trouver des vêtements à ma taille, cela me rend triste.

1 2 3 4 5 6 7

Pas du tout Triste *Tout à fait Triste*

b. *Si j'ai des difficultés à trouver des vêtements à ma taille, cela me met en colère.*

1 2 3 4 5 6 7

Pas du tout En Colère *Tout à fait En Colère*

c. *Si j'ai des difficultés à trouver des vêtements à ma taille, cela me fait honte.*

1 2 3 4 5 6 7

Pas du tout Honte *Tout à fait Honte*

Annexe 5 – Matériel de l'étude 2.4

Annexe 5.1 Echelle d'Estime de Soi Sociale

Indique à quel point, dans tes relations sociales, tu te sens capable d'adopter chacun des comportements ou attitudes ci-dessous en encerclant l'un des sept chiffres correspondants.
Tu devras encercler UN SEUL CHIFFRE par question. Sois honnête et réponds à toutes les questions.

À quel point te sens-tu capable de…

1. Susciter l'intérêt et l'attention des autres lors de discussions ?

1 2 3 4 5

Pas du tout Capable *Tout à fait Capable*

2. Trouver des sujets de conversation intéressants?

1 2 3 4 5

Pas du tout Capable *Tout à fait Capable*

3. Aller vers les autres, initier des contacts sociaux plutôt que d'attendre que les autres viennent vers toi ?

1 2 3 4 5

Pas du tout Capable *Tout à fait Capable*

4. Te sentir confortable lors de partys/rencontres sociales ?

1 2 3 4 5

Pas du tout Capable *Tout à fait Capable*

5. Te sentir à l'aise avec des gens qui ne te sont pas familiers ?

1 2 3 4 5

Pas du tout Capable *Tout à fait Capable*

6. Inviter quelqu'un qui te plaît à un rendez-vous ?

1 2 3 4 5

Pas du tout Capable *Tout à fait Capable*

7. Participer à une discussion de groupe dans l'un de tes cours ?

1 2 3 4 5

Pas du tout Capable *Tout à fait Capable*

8. Joindre une organisation sociale/comité étudiant ?

1 2 3 4 5

Pas du tout Capable *Tout à fait Capable*

9. Aborder d'autres jeunes sans te préoccuper de ce qu'ils pensent de toi ?

1 2 3 4 5

Pas du tout Capable *Tout à fait Capable*

10. Entrer dans une pièce où d'autres personnes sont déjà installées pour discuter sans te sentir gêné(e)?

1 2 3 4 5

Pas du tout Capable *Tout à fait Capable*

11. Dévoiler tes sentiments personnels à ton/ta partenaire ?

1 2 3 4 5

Pas du tout Capable *Tout à fait Capable*

12. Prendre les choses en main et être le(la) leader lors d'une situation sociale ?

1 2 3 4 5

Pas du tout Capable *Tout à fait Capable*

13. Exprimer ton point de vue lorsque tu sais que les autres sont en désaccord avec toi?

1 2 3 4 5

Pas du tout Capable *Tout à fait Capable*

14. Démontrer aux autres que tu te préoccupes d'eux et que tu t'intéresses à eux?

1 2 3 4 5

Pas du tout Capable *Tout à fait Capable*

À quel point te sens-tu capable d'établir une relation :

15. Amicale

1 2 3 4 5

Pas du tout Capable *Tout à fait Capable*

16. Amoureuse

1 2 3 4 5

Pas du tout Capable *Tout à fait Capable*

Chaque phrase représente une situation sociale. Encercle, pour chacune des phrases (à l'aide de l'échelle ci-dessous), un chiffre du tableau qui correspond à ce que tu vis actuellement.

1. Je suis populaire avec les autres jeunes de mon âge.

1 2 3 4 5

Pas du tout Capable *Tout à fait Capable*

2. Je trouve difficile de me faire des amis.

1	*2*	*3*	*4*	*5*
Pas du tout Capable				*Tout à fait Capable*

3. J'ai plus de difficulté à former une relation amoureuse que la plupart des autres jeunes.

1	*2*	*3*	*4*	*5*
Pas du tout Capable				*Tout à fait Capable*

4. De façon générale, les gens m'apprécient facilement et spontanément.

1	*2*	*3*	*4*	*5*
Pas du tout Capable				*Tout à fait Capable*

5. Avant d'entrer en relation avec quelqu'un, j'ai souvent peur d'être rejeté(e).

1	*2*	*3*	*4*	*5*
Pas du tout Capable				*Tout à fait Capable*

6. En amour, j'obtiens généralement du succès auprès des filles/garçons.

1	*2*	*3*	*4*	*5*
Pas du tout Capable				*Tout à fait Capable*

7. Je n'ai aucun doute quant à mes compétences sociales.

1	*2*	*3*	*4*	*5*
Pas du tout Capable				*Tout à fait Capable*

8. Je n'aime pas participer à des activités sociales.

1	*2*	*3*	*4*	*5*
Pas du tout Capable				*Tout à fait Capable*

9. Même lorsque je suis très occupé(e) (travail/études), je trouve nécessaire de consacrer du temps à discuter et échanger avec mes ami(e)s et mes proches.

1	*2*	*3*	*4*	*5*
Pas du tout Capable				*Tout à fait Capable*

10. Je recherche souvent les réunions d'amis pour le simple plaisir de me retrouver avec d'autres personnes.

1	*2*	*3*	*4*	*5*
Pas du tout Capable				*Tout à fait Capable*

11. Je préfère être célibataire que d'être en relation amoureuse.

1	*2*	*3*	*4*	*5*
Pas du tout Capable				*Tout à fait Capable*

12. Je n'aime pas rencontrer de nouvelles personnes.

1	*2*	*3*	*4*	*5*
Pas du tout Capable				*Tout à fait Capable*

13. Je me décourage facilement face à une difficulté qui se présente en relation amoureuse.

1	*2*	*3*	*4*	*5*
Pas du tout Capable				*Tout à fait Capable*

Annexe 5.2 Monitorage de Soi

COCHEZ LA CASE, POUR CHAQUE PROPOSITION, QUI VOUS CORRESPOND LE MIEUX. IL N'Y A PAS DE BONNES NI DE MAUVAISES REPONSES.

1- Je trouve difficile d'imiter le comportement des autres.
☐ Vrai ☐ Faux

2- Dans les soirées et les rencontres sociales, je n'essaie pas de faire ou de dire des choses que les autres aiment.
☐ Vrai ☐ Faux

3- Je ne peux défendre que les idées auxquelles je crois.
☐ Vrai ☐ Faux

4- Je peux improviser des discours même à propos des sujets sur lesquels je n'ai presque pas d'informations.
☐ Vrai ☐ Faux

5- J'imagine que je me mets un peu en avant pour impressionner ou pour divertir les autres.
☐ Vrai ☐ Faux

6- Je pourrais probablement être bon(ne) comédien(ne).
☐ Vrai ☐ Faux

7- Dans un groupe, je suis rarement le centre d'attention.
☐ Vrai ☐ Faux

8- Dans des situations différentes et en compagnie de personnes différentes, je joue souvent des personnages différents.
☐ Vrai ☐ Faux

9- Je ne suis pas particulièrement habile à amener les autres à m'aimer.
☐ Vrai ☐ Faux

10- Je ne suis pas toujours la personne que je parais être.
☐ Vrai ☐ Faux

11- Je ne changerais ni mes opinions ni ma manière d'agir dans le but de plaire à quelqu'un ou de gagner ses faveurs.
☐ Vrai ☐ Faux

12- J'ai envisagé de devenir comédien(ne).
☐ Vrai ☐ Faux

13- Je n'ai jamais été bon(ne) dans les jeux de mimes ou d'improvisation.
☐ Vrai ☐ Faux

14- Il m'est difficile de changer mon comportement pour m'accommoder à différentes personnes et situations.
☐ Vrai ☐ Faux

15- Dans les soirées, je laisse les autres raconter les histoires et les plaisanteries.
☐ Vrai ☐ Faux

16- Je me sens un peu maladroit(e) en public, et je ne me mets pas aussi bien en valeur que je le devrais.
☐ Vrai ☐ Faux

17- Je suis capable de mentir à quelqu'un en le regardant droit dans les yeux tout en restant impassible (si c'est pour des buts honnêtes).
☐ Vrai ☐ Faux

18- Je pourrais tromper les gens en me montrant amical(e) avec eux alors que je ne les aime vraiment pas.
☐ Vrai ☐ Faux

Annexe 5.3 Echelle de Satisfaction de la vie

Nous présentons ci-dessous cinq énoncés avec lesquels vous pouvez être en accord ou en désaccord. A l'aide de l'échelle de 1 à 7, indiquez chaque fois votre degré d'accord ou de désaccord avec chacun des énoncés en encerclant le chiffre correspondant à votre réponse.
(1- fortement en désaccord ; 2- en désaccord ; 3- légèrement en désaccord ; 4- ni en accord ni en désaccord ; 5- en accord ; 6- légèrement en accord ; 7- fortement en accord)

1- En général, ma vie correspond de près à mes idéaux.

1 2 3 4 5 6 7

Fortement en désaccord *Fortement en accord*

2- Mes conditions de vie sont excellentes.

1 2 3 4 5 6 7

Fortement en désaccord *Fortement en accord*

3- Je suis satisfait de ma vie.

1 2 3 4 5 6 7

Fortement en désaccord *Fortement en accord*

4- Jusqu'à maintenant j'ai obtenu les choses importantes que je voulais de la vie

1 2 3 4 5 6 7

Fortement en désaccord *Fortement en accord*

5- Si je pouvais recommencer ma vie, je n'y changerai presque rien

1 2 3 4 5 6 7

Fortement en désaccord *Fortement en accord*

Annexe 5.4 Echelle d'Estime de Soi (Rosenberg, 1965)

Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse, nous vous demandons simplement de répondre le plus honnêtement possible en vous basant sur ce que vous avez ressenti au cours de la semaine qui

vient de s'écouler.

1. **Je pense que je suis une personne de valeur, au moins égal(e) à n'importe qui d'autre.**

1	2	3	4
Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Tout à fait en accord

2. **Je pense que je possède un certain nombre de belles qualités.**

1	2	3	4
Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Tout à fait en accord

3. **Tout bien considéré, je suis portée à me considérer comme une ratée.**

1	2	3	4
Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Tout à fait en accord

4. **Je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens.**

1	2	3	4
Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Tout à fait en accord

5. **Je sens peu de raisons d'être fier(e) de moi.**

1	2	3	4
Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Tout à fait en accord

6. **J'ai une attitude positive vis-à-vis de moi-même.**

1	2	3	4
Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Tout à fait en accord

7. **Dans l'ensemble, je suis satisfaite de moi.**

1	2	3	4
Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Tout à fait en accord

8. **J'aimerais avoie plus de respect pour moi-même.**

1	2	3	4
Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Tout à fait en accord

9. **Parfois je me sens vraiment inutile.**

1	2	3	4
Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Tout à fait en accord

10. **Il m'arrive de penser que je suis une bonne à rien.**

1	2	3	4
Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Tout à fait en accord

Annexe 5.5 Body Shape Questionnaire

1. Est-ce que le fait de vous ennuyer vous donne des idées noires à propos de votre silhouette ?

1	2	3	4	5	6
Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

2. Avez-vous été si tracassée par votre silhouette que vous avez senti que vous deviez faire un régime ?

1	2	3	4	5	6
Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

3. Avez-vous pensé que vos cuisses, hanches ou fesses sont trop grosses par rapport au reste de votre corps ?

1	2	3	4	5	6
Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

4. Avez-vous eu peur de devenir grosse (ou plus grosse) ?

1	2	3	4	5	6
Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

5. Avez-vous été tracassée par le fait que votre chair ne soit pas assez ferme ?

1	2	3	4	5	6
Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

6. Vous sentir remplie (après un copieux repas par exemple) vous a-t-il fait vous sentir grosse ?

1	2	3	4	5	6
Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

7. Vous êtes-vous sentie si mal à propos de votre silhouette au point d'en pleurer ?

1	2	3	4	5	6
Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

8. Avez-vous évité de courir par peur que votre chair ne bouge, ne se balance de façon disgracieuse ?

1	2	3	4	5	6
Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

9. En présence de femmes minces, vous sentez-vous gênée, embarrassée par votre silhouette ?

1	2	3	4	5	6
Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

10. Avez-vous été tracassée par le fait que vos cuisses s'élargissent quand vous vous asseyez ?

1	2	3	4	5	6
Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

11. Manger même une petite quantité de nourriture vous a-t-il fait vous sentir grosse ?

1	2	3	4	5	6
Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

12. Prêtez-vous attention à la silhouette des autres femmes et avez-vous senti que votre propre silhouette était moins bien ?

1	2	3	4	5	6
Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

13. Penser à votre silhouette trouble-t-il votre capacité à vous concentrer (pendant que vous regardez la télévision, que vous lisez, que vous écoutez une conversation…) ?

1	2	3	4	5	6
Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

14. Être nue, comme quand vous prenez un bain, vous fait-il vous sentir grosse ?

1	2	3	4	5	6
Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

15. Avez-vous évité de porter des vêtements qui soulignent votre silhouette ?

1	2	3	4	5	6
Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

16. Avez-vous imaginé de faire enlever des parties grosses de votre corps ?

1	2	3	4	5	6
Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

17. Manger des sucreries, des gâteaux ou autres aliments riches en calories, vous a-t-il fait vous sentir grosse ?

1	2	3	4	5	6
Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

18. Avez-vous évité des sorties à certaines occasions (par exemple des soirées) parce que vous vous êtes sentie mal à l'aise à cause de votre silhouette ?

1	2	3	4	5	6
Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

19. Vous êtes-vous sentie excessivement grosse ou ronde ?

1	2	3	4	5	6
Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

20. Avez-vous eu honte de votre corps ?

1	2	3	4	5	6
Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

21. Vous tracasser à propos de votre silhouette vous a-t-il conduit à faire un régime ?

1	2	3	4	5	6
Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

22. Vous êtes-vous sentie plus contente de votre silhouette quand vous avez eu l'estomac vide (comme par exemple le matin) ?

1	2	3	4	5	6
Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

23. Avez-vous pensé que vous avez la silhouette que vous méritez à cause d'un manque de contrôle de vous-même ?

1	2	3	4	5	6
Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

24. Avez-vous été tracassée par le fait que les autres pourraient voir vos bourrelets ?

1	2	3	4	5	6
Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

25. Avez-vous senti comme injuste le fait que les autres femmes soient plus minces que vous ?

1	2	3	4	5	6
Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

26. Avez-vous vomi pour vous sentir plus mince ?

1	2	3	4	5	6
Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

27. En public, êtes-vous préoccupée par le fait de prendre trop de place (comme par exemple, en étant assise dans un canapé ou un siège de bus) ?

1	2	3	4	5	6
Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

28. Avez-vous été préoccupée par le fait que votre peau ait l'aspect peau d'orange ou de cellulite ?

1	2	3	4	5	6
Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

29. Voir votre reflet (comme par exemple dans un miroir ou la vitrine d'un magasin) vous a-t-il fait vous sentir mal à l'aise au sujet de votre silhouette ?

1	2	3	4	5	6
Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

30. Avez-vous pincé des parties grosses de votre corps pour voir combien elles étaient grosses ?

1	2	3	4	5	6
Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

31. Avez-vous évité des situations où les gens pouvaient voir votre corps (comme par exemple dans des vestiaires ou à la piscine) ?

1	2	3	4	5	6
Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

32. Avez-vous pris des laxatifs pour vous sentir plus mince ?

1	2	3	4	5	6
Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

33. Avez-vous été particulièrement préoccupée par votre silhouette quand vous étiez en compagnie d'autres personnes ?

1	2	3	4	5	6
Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

34. Avez-vous été tracassée par votre silhouette au point de vous sentir obligée de faire de l'exercice ?

1	2	3	4	5	6
Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

Annexe 5.6 Peur du Jugement Négatif d'autrui

1. **Je m'inquiète de ce que les gens vont penser de moi-même lorsque je sais que ça ne changera rien :**

1	2	3	4	5

Ne me décrit pas du tout	Me décrit un peu	Me décrit modérément	Me décrit très bien	Me décrit extrêmement bien

2. Je ne m'inquiète pas même lorsque je suis que les gens sont en train de se former une impression défavorable à mon sujet :

1	2	3	4	5
Ne me décrit pas du tout	Me décrit un peu	Me décrit modérément	Me décrit très bien	Me décrit extrêmement bien

3. J'ai souvent peur que les gens s'aperçoivent de mes défauts :

1	2	3	4	5
Ne me décrit pas du tout	Me décrit un peu	Me décrit modérément	Me décrit très bien	Me décrit extrêmement bien

4. Je m'inquiète rarement du genre d'impression que je crée chez quelqu'un :

1	2	3	4	5
Ne me décrit pas du tout	Me décrit un peu	Me décrit modérément	Me décrit très bien	Me décrit extrêmement bien

5. J'ai peur que les autres ne m'approuvent pas :

1	2	3	4	5
Ne me décrit pas du tout	Me décrit un peu	Me décrit modérément	Me décrit très bien	Me décrit extrêmement bien

6. J'ai peur que les autres me critiquent :

1	2	3	4	5
Ne me décrit pas du tout	Me décrit un peu	Me décrit modérément	Me décrit très bien	Me décrit extrêmement bien

7. L'opinion que les gens se font de moi ne me dérange pas :

1	2	3	4	5
Ne me décrit pas du tout	Me décrit un peu	Me décrit modérément	Me décrit très bien	Me décrit extrêmement bien

8. Lorsque je suis en train de parler à quelqu'un, je m'inquiète de ce que la personne peut penser de moi :

1	2	3	4	5
Ne me décrit pas du tout	Me décrit un peu	Me décrit modérément	Me décrit très bien	Me décrit extrêmement bien

9. Habituellement, je m'inquiète du genre d'impression que je produis :

1	2	3	4	5
Ne me décrit pas du tout	Me décrit un peu	Me décrit modérément	Me décrit très bien	Me décrit extrêmement bien

10. Ça m'affecte peu de savoir que quelqu'un est en train de me juger :

1	2	3	4	5
Ne me décrit pas du tout	Me décrit un peu	Me décrit modérément	Me décrit très bien	Me décrit extrêmement bien

11. Parfois je me dis que je m'en fais trop avec l'opinion que les autres peuvent avoir de moi :

1	2	3	4	5
Ne me décrit pas du tout	Me décrit un peu	Me décrit modérément	Me décrit très bien	Me décrit extrêmement bien

12. J'ai souvent peur de dire ou de faire des gaffes :

1	2	3	4	5
Ne me décrit	Me décrit un peu	Me décrit	Me décrit très bien	Me décrit

pas du tout modérément extrêmement bien

Annexe 5.7 Questionnaire émotionnel, cognitif et comportemental du Sentiment d'Efficacité Personnelle spécifique à l'Obésité (SEPOB)

Ce questionnaire fait référence à plusieurs situations que vous pouvez rencontrer. Chaque phrase décrit une situation ; jugez la force avec laquelle vous croyez en votre capacité à exécuter les activités décrites, en mettant une note comprise entre zéro et dix.

Je me sens capable de :

- Si j'ai moins bien géré mon alimentation, je me sens capable de reprendre le dessus.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pas du tout capable Tout à fait capable

- Continuer une conversation avec une personne sans être mal à l'aise.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pas du tout capable Tout à fait capable

- Persévérer dans mon opinion lorsque je le sais juste même si les autres essaient de me convaincre du contraire.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pas du tout capable Tout à fait capable

- Si d'autres ont fait des remarques sur mon apparence physique, je me sens capable de l'améliorer plutôt que de penser que je ne peux rien changer.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pas du tout capable Tout à fait capable

- Me fixer comme but de m'inscrire à une activité de groupe diverse (artistique, culturelle, sociale, manuelle...) qui m'intéresse et d'y aller régulièrement.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pas du tout capable Tout à fait capable

- Persévérer dans une activité physique à laquelle je me suis inscrite même si je suis facilement fatiguée ou essoufflée.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pas du tout capable Tout à fait capable

- Aller à un bon repas en pensant que je pourrais contrôler mon comportement alimentaire.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pas du tout capable Tout à fait capable

- Faire l'effort de donner mon opinion sans m'occuper de ce que pourraient penser les autres.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pas du tout capable Tout à fait capable

- Faire des plans pour gérer efficacement mon alimentation.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pas du tout capable Tout à fait capable

- M'intéresser à cuisiner un plat pas ou peu gras plutôt que de ne pas me motiver à ce type de cuisine.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pas du tout capable Tout à fait capable

- Faire l'effort de sortir de chez moi pour marcher, me promener alors qu'il pleut ou qu'il fait froid.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pas du tout capable Tout à fait capable

- Aller à la rencontre et discuter avec une personne avec qui je m'étais sentie mal à l'aise la dernière fois.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pas du tout capable Tout à fait capable

- Rester centrée sur une belle image de moi plutôt que de me dire que c'est difficile d'y arriver.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pas du tout capable Tout à fait capable

- Me donner le défi d'aller à une réunion où je ne connais pas tout le monde.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pas du tout capable Tout à fait capable

- Vouloir m'habiller de façon élégante pour donner une belle image de moi et m'y tenir.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pas du tout capable Tout à fait capable

- Préparer ce que je vais dire lors d'une réunion pour être moins sensible aux regards des autres.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pas du tout capable Tout à fait capable

- Faire l'effort de me regarder dans la glace pour soigner mon apparence physique plutôt que de fuir les miroirs.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pas du tout capable Tout à fait capable

- Me dire que si je ne connais pas beaucoup de monde, c'est parce que je n'ai pas fait l'effort d'aller vers eux et non parce que je n'en suis pas capable.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pas du tout capable Tout à fait capable

- Reprendre une activité physique même si je n'ai pas beaucoup marché dernièrement plutôt que de me dire que c'est trop difficile.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pas du tout capable Tout à fait capable

- Faire des efforts pour améliorer mon apparence physique si on m'a fait des remarques plutôt que de me dire que c'est inutile de l'améliorer.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pas du tout capable Tout à fait capable

- Faire des plans systématiquement pour donner une meilleure image de moi.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pas du tout capable Tout à fait capable

- M'intéresser et m'impliquer dans une activité physique régulière plutôt qu'avoir du mal à me motiver.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pas du tout capable Tout à fait capable

- Me donner le défi d'aller faire les magasins de vêtements plutôt que de les éviter.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pas du tout capable Tout à fait capable

- Me lancer le défi de choisir les aliments dans les rayons en magasin plutôt que d'éviter les rayons par peur d'être tentée par les aliments gras.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pas du tout capable Tout à fait capable

- Faire l'effort de manger des plats pas ou peu gras plutôt que de laisser tomber mes efforts.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pas du tout capable Tout à fait capable

- Me fixer comme but de faire attention à mon alimentation pour perdre du poids.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pas du tout capable Tout à fait capable

- Maintenir le cap d'une alimentation « équilibrée », variée, plutôt que de me centrer sur les difficultés que je peux rencontrer.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pas du tout capable Tout à fait capable

- Rester concentrée sur l'effort que je pratique plutôt que sur mon essoufflement ou ma fatigue.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pas du tout capable Tout à fait capable

- Réussir à contrôler et à ne pas fuir une situation où je suis mal à l'aise avec les autres.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pas du tout capable Tout à fait capable

- M'intéresser et m'impliquer dans une conversation avec un inconnu, même si je suis mal à l'aise.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pas du tout capable Tout à fait capable

- M'intéresser aux questions de mode plutôt que de les éviter.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pas du tout capable Tout à fait capable

- Me relancer et garder confiance en moi-même si pendant un moment j'ai pensé que j'étais moins bien perçue par l'autre.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pas du tout capable Tout à fait capable

- Réserver un temps dans ma journée ou ma semaine pour pratiquer une activité physique.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pas du tout capable Tout à fait capable

- Recommencer à faire des efforts dans mon alimentation après un écart plutôt que de me dire que c'est trop difficile.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pas du tout capable Tout à fait capable

- Me donner le défi de m'inscrire dans une activité physique qui m'intéresse plutôt que d'éviter d'effectuer dans une activité physique.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pas du tout capable Tout à fait capable

- Me fixer comme but d'adopter un certain niveau d'activité et m'y tenir.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pas du tout capable Tout à fait capable

- Continuer à marcher ou à monter les escaliers même si je suis essoufflée ou que j'ai mal plutôt que d'arrêter cette activité physique.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pas du tout capable Tout à fait capable

- Me dire que si je n'ai pas résisté à une tentation, c'est parce que je n'ai pas fait assez efforts plutôt que de me dire que je n'ai pas assez de volonté.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pas du tout capable Tout à fait capable

- Dans une situation donnée, la gérer sans m'occuper du regard des autres.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pas du tout capable Tout à fait capable

- Me dire que si je ne fais beaucoup d'activité physique, c'est parce que je n'ai pas fait l'effort et non parce que je n'en suis pas capable.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pas du tout capable Tout à fait capable

Annexe 6 – Matériel de l'étude 3

Annexe 6.1 Mesures du premier temps de passation

Veuillez s'il vous plait indiquez dans la marge de gauche votre degré d'accord ou de désaccord avec chaque proposition. Utilisez l'échelle des nombres suivants pour indiquer votre réponse. Assurez-vous bien de ne pas oublier le signe (+ ou -) devant chaque nombre indiquant votre réponse : -3 (Fortement en désaccord), -2 (Moyennement en désaccord), -1 (Légèrement en désaccord), +1 (Légèrement d'accord), +2 (Moyennement d'accord), +3 (Fortement d'accord).

1_____Les personnes obèses sont tout autant joyeuses que les personnes non obèses.

2____La plupart des personnes obèses sentent qu'elles ne sont pas aussi bien que les autres.

3____ La plupart des personnes obèses ont plus conscience d'elles-mêmes que les autres.

4____Les travailleurs obèses ne peuvent pas réussir aussi bien que les autres travailleurs.

5____La plupart des personnes non obèses ne voudraient pas épouser toute personne qui est obèse.

6____Les personnes obèses sont généralement brouillonnes.

7____Les personnes obèses sont généralement sociables.

8____La majorité des personnes obèses est satisfaite d'elle-même.

9____Les personnes obèses ont autant de confiance en soi que les personnes non obèses.

10___La plupart des personnes se sentent mal à l'aise quand on les associe à une personne obèse.

11___Les personnes obèses sont le plus souvent moins agressives que des personnes non obèses.

12___La plupart des personnes obèses ont une personnalité différente des personnes non obèses.
13___Très peu de personnes obèses ont honte de leur poids.

14___La plupart des personnes obèses n'aiment pas les personnes qui ont un poids normal.

15___Les personnes obèses sont plus émotives que les personnes non obèses.

16___Les personnes obèses ne devraient pas s'attendre à mener une vie normale.

17___Les personnes obèses sont tout autant en bonne santé que les personnes non obèses.

18___Les personnes obèses sont tout autant sexuellement attirantes que les personnes non obèses.

19___Les personnes obèses ont tendance à avoir des problèmes familiaux.

20___L'une des pires choses qui pourrait arriver à une personne serait de devenir obèse.
Pour chacune des propositions, choisissez, s'il vous plaît, la réponse vous décrivant le mieux. Entourez votre réponse.

1) Je me restreins, avec volonté pendant les repas afin de ne pas prendre de poids.

1	2	3	4	5
Ne me décrit pas du tout	Me décrit un peu	Me décrit plus ou moins	Me décrit bien	Me décrit parfaitement

2) J'ai tendance à manger plus lorsque je suis anxieux(se), inquiet(e) ou tendu(e).

1	2	3	4	5
Ne me décrit pas du tout	Me décrit un peu	Me décrit plus ou moins	Me décrit bien	Me décrit parfaitement

3) Je compte les calories comme un moyen conscient de contrôle de mon poids.

1	2	3	4	5
Ne me décrit pas du tout	Me décrit un peu	Me décrit plus ou moins	Me décrit bien	Me décrit parfaitement

4) Quand je me sens seul(e), je me console en mangeant.

1	2	3	4	5
Ne me décrit pas du tout	Me décrit un peu	Me décrit plus ou moins	Me décrit bien	Me décrit parfaitement

5) J'ai tendance à manger plus que d'habitude, quand il m'est facile d'accéder à des endroits qui servent ou vendent de la nourriture.

1	2	3	4	5
Ne me décrit pas du tout	Me décrit un peu	Me décrit plus ou moins	Me décrit bien	Me décrit parfaitement

6) J'ai tendance à manger quand je suis déçu(e) ou que je ne me sens pas bien.

1	2	3	4	5
Ne me décrit pas du tout	Me décrit un peu	Me décrit plus ou moins	Me décrit bien	Me décrit parfaitement

7) Je refuse souvent la nourriture ou la boisson que l'on m'offre parce que je suis préoccupé(e) par mon poids.

1	2	3	4	5
Ne me décrit pas du tout	Me décrit un peu	Me décrit plus ou moins	Me décrit bien	Me décrit parfaitement

8) Si je vois d'autres personnes manger, j'ai une très forte envie de manger aussi.

1	2	3	4	5
Ne me décrit pas du tout	Me décrit un peu	Me décrit plus ou moins	Me décrit bien	Me décrit parfaitement

9) Certains aliments sont si bons que j'en mange davantage, même si je n'ai plus faim.

1	2	3	4	5
Ne me décrit pas du tout	Me décrit un peu	Me décrit plus ou moins	Me décrit bien	Me décrit parfaitement

10) La plupart du temps, quand je mange trop dans une journée, le jour suivant, je mange moins.

1	2	3	4	5
Ne me décrit pas du tout	Me décrit un peu	Me décrit plus ou moins	Me décrit bien	Me décrit parfaitement

11) Je mange souvent si rapidement que je ne prête pas attention au fait d'être rassasié(e) avant d'avoir trop mangé.

1	2	3	4	5
Ne me décrit pas du tout	Me décrit un peu	Me décrit plus ou moins	Me décrit bien	Me décrit parfaitement

12) Si je mange plus que d'habitude à un repas, j'essaye de rattraper cela au repas suivant.

1	2	3	4	5
Ne me décrit pas du tout	Me décrit un peu	Me décrit plus ou moins	Me décrit bien	Me décrit parfaitement

13) Quand on m'offre un plat délicieux, il m'est difficile de résister à le manger même si je viens juste de manger.

1	2	3	4	5
Ne me décrit pas du tout	Me décrit un peu	Me décrit plus ou moins	Me décrit bien	Me décrit parfaitement

14) Je mange plus quand j'ai des problèmes relationnels.

1	2	3	4	5
Ne me décrit pas du tout	Me décrit un peu	Me décrit plus ou moins	Me décrit bien	Me décrit parfaitement

15) Quand je suis en grand stress, je mange plus que je ne le fais habituellement.

1	2	3	4	5
Ne me décrit pas du tout	Me décrit un peu	Me décrit plus ou moins	Me décrit bien	Me décrit parfaitement

16) Quand je sais que je mangerais un gros repas dans la journée, je tente de rattraper cela en mangeant moins avant ou après ce repas.

1	2	3	4	5
Ne me décrit pas du tout	Me décrit un peu	Me décrit plus ou moins	Me décrit bien	Me décrit parfaitement

Répondez à toutes les questions en fonction de ce que vous pensez, vous personnellement. Indiquez votre degré d'accord avec les propositions en cochant la case qui se rapproche le plus de ce que vous pensez. Il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses.

1. En général, les personnes obèses sont meilleures que les personnes non obèses.

1	2	3	4	5	6	7

Pas du tout d'accord — Tout à fait d'accord

2. J'accorde de la valeur au fait d'être obèse.

1	2	3	4	5	6	7

Pas du tout d'accord — Tout à fait d'accord

3. J'aimerais bien que l'on me décrive comme un(e) bon(ne) représentant(e) du groupe des obèses.

1	2	3	4	5	6	7

Pas du tout d'accord — Tout à fait d'accord

4. Je cherche souvent des informations concernant le groupe des obèses.

1	2	3	4	5	6	7

Pas du tout d'accord — Tout à fait d'accord

5. Être obèse aura toujours un impact sur ce qui arrive dans ma vie.

1	2	3	4	5	6	7

Pas du tout d'accord — Tout à fait d'accord

6. Les personnes obèses possèdent plus de caractéristiques positives que les personnes non obèses.

1	2	3	4	5	6	7

Pas du tout d'accord — Tout à fait d'accord

7. J'aime être obèse.

1	2	3	4	5	6	7

Pas du tout d'accord — Tout à fait d'accord

8. Je suis un(e) bon(ne) représentant(e) du groupe des obèses.

1	2	3	4	5	6	7

Pas du tout d'accord — Tout à fait d'accord

9. Dans le but d'apprendre plus de choses sur le groupe des obèses, j'aborde souvent ce sujet avec d'autres personnes.

1	2	3	4	5	6	7

Pas du tout d'accord — Tout à fait d'accord

10. Ce qui arrive dans la vie des gens a quelque chose à voir avec leur poids (être mince ou obèse).

1	2	3	4	5	6	7

Pas du tout d'accord — Tout à fait d'accord

11. Les personnes obèses ne sont peut-être pas parfaites, mais elles sont globalement meilleures que les personnes non obèses.

1	2	3	4	5	6	7

Pas du tout d'accord — Tout à fait d'accord

12. Je suis fier(e) d'être obèse.

1	2	3	4	5	6	7

Pas du tout d'accord — Tout à fait d'accord

13. Je pense que j'ai beaucoup de choses en commun avec les autres personnes obèses.

1	2	3	4	5	6	7

Pas du tout d'accord — Tout à fait d'accord

14. Je n'ai jamais passé beaucoup de temps à essayer d'apprendre des choses concernant le groupe des personnes obèses.

1	2	3	4	5	6	7

Pas du tout d'accord — Tout à fait d'accord

15. Mon sort et mon avenir sont liés à ceux du groupe des obèses.

1	2	3	4	5	6	7

Pas du tout d'accord — Tout à fait d'accord

16. Bien que le groupe des obèses ait quelques faiblesses, ces défauts ne sont pas aussi mauvais que ceux du groupe des non obèses.

1	2	3	4	5	6	7

Pas du tout d'accord — Tout à fait d'accord

17. Je pense qu'être une personne obèse est une expérience positive.

1	2	3	4	5	6	7

Pas du tout d'accord — Tout à fait d'accord

18. Les autres personnes me voient comme un(e) bon(ne) représentant(e) du groupe des obèses.

1	2	3	4	5	6	7

Pas du tout d'accord — Tout à fait d'accord

19. J'ai passé beaucoup de temps à me renseigner sur le groupe des obèses, comme par exemple son histoire.

1	2	3	4	5	6	7

Pas du tout d'accord — Tout à fait d'accord

20. La plupart des choses qui m'arrivent sont déterminées par mon poids (être une personne obèse).

1	2	3	4	5	6	7

Pas du tout d'accord — Tout à fait d'accord

➢ Entourez la réponse qui vous correspond le mieux.

1. Est-ce que le fait de vous ennuyer vous donne des idées noires à propos de votre silhouette ?

1	2	3	4	5	6
Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

2. Avez-vous été si tracassé(e) par votre silhouette que vous avez senti que vous deviez faire un régime ?

1	2	3	4	5	6
Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

3. Avez-vous pensé que vos cuisses, hanches ou fesses sont trop grosses par rapport au reste de votre corps ?

1	2	3	4	5	6
Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

4. Avez-vous eu peur de devenir gros(se) (ou plus gros(se)) ?

1	2	3	4	5	6
Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

5. Avez-vous été tracassé(e) par le fait que votre chair ne soit pas assez ferme ?

1	2	3	4	5	6
Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

6. Vous sentir rempli(e) (après un copieux repas par exemple) vous a-t-il fait vous sentir gros(se) ?

1	2	3	4	5	6
Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

7. Vous êtes-vous senti(e) si mal à propos de votre silhouette au point d'en pleurer ?

1	2	3	4	5	6

Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

8. Avez-vous évité de courir par peur que votre chair ne bouge, ne se balance de façon disgracieuse ?

1	2	3	4	5	6
Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

9. En présence de hommes/femmes minces, vous sentez-vous gêné(e), embarrassé(e) par votre silhouette ?

1	2	3	4	5	6
Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

10. Avez-vous été tracassé(e) par le fait que vos cuisses s'élargissent quand vous vous asseyez ?

1	2	3	4	5	6
Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

11. Manger même une petite quantité de nourriture vous a-t-il fait vous sentir gros(se) ?

1	2	3	4	5	6
Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

12. Prêtez-vous attention à la silhouette des autres hommes/femmes et avez-vous senti que votre propre silhouette était moins bien ?

1	2	3	4	5	6
Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

13. Penser à votre silhouette trouble-t-il votre capacité à vous concentrer (pendant que vous regardez la télévision, que vous lisez, que vous écoutez une conversation…) ?

1	2	3	4	5	6
Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

14. Être nu(e), comme quand vous prenez un bain, vous fait-il vous sentir gros(se) ?

1	2	3	4	5	6
Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

15. Avez-vous évité de porter des vêtements qui soulignent votre silhouette ?

1	2	3	4	5	6
Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

16. Avez-vous imaginé de faire enlever des parties grosses de votre corps ?

1	2	3	4	5	6
Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

17. Manger des sucreries, des gâteaux ou autres aliments riches en calories, vous a-t-il fait vous sentir gros(se) ?

1	2	3	4	5	6
Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

18. Avez-vous évité des sorties à certaines occasions (par exemple des soirées) parce que vous vous êtes senti(e) mal à l'aise à cause de votre silhouette ?

1	2	3	4	5	6
Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

19. Vous êtes-vous senti(e) excessivement gros(se) ou rond(e) ?

1	2	3	4	5	6
Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

20. Avez-vous eu honte de votre corps ?

1	2	3	4	5	6
Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

21. Vous tracasser à propos de votre silhouette vous a-t-il conduit à faire un régime ?

1	2	3	4	5	6
Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

22. Vous êtes-vous senti(e) plus contente de votre silhouette quand vous avez eu l'estomac vide (comme par exemple le matin) ?

1	2	3	4	5	6
Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

23. Avez-vous pensé que vous avez la silhouette que vous méritez à cause d'un manque de contrôle de vous-même ?

1	2	3	4	5	6
Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

24. Avez-vous été tracassé(e) par le fait que les autres pourraient voir vos bourrelets ?

1	2	3	4	5	6
Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

25. Avez-vous senti comme injuste le fait que les autres hommes/femmes soient plus minces que vous ?

1	2	3	4	5	6
Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

26. Avez-vous vomi pour vous sentir plus mince ?

1	2	3	4	5	6
Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

27. En public, êtes-vous préoccupé(e) par le fait de prendre trop de place (comme par exemple, en étant assis(e) dans un canapé ou un siège de bus) ?

1	2	3	4	5	6
Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

28. Avez-vous été préoccupé(e) par le fait que votre peau ait l'aspect peau d'orange ou de cellulite ?

1	2	3	4	5	6
Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

29. Voir votre reflet (comme par exemple dans un miroir ou la vitrine d'un magasin) vous a-t-il fait vous sentir mal à l'aise au sujet de votre silhouette ?

1	2	3	4	5	6
Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

30. Avez-vous pincé des parties grosses de votre corps pour voir combien elles

étaient grosses ?

1	2	3	4	5	6
Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

31. Avez-vous évité des situations où les gens pouvaient voir votre corps (comme par exemple dans des vestiaires ou à la piscine) ?

1	2	3	4	5	6
Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

32. Avez-vous pris des laxatifs pour vous sentir plus mince ?

1	2	3	4	5	6
Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

33. Avez-vous été particulièrement préoccupé(e) par votre silhouette quand vous étiez en compagnie d'autres personnes ?

1	2	3	4	5	6
Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

34. Avez-vous été tracassé(e) par votre silhouette au point de vous sentir obligé(e) de faire de l'exercice ?

1	2	3	4	5	6
Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

Une série d'affirmations vous sont présentées. Il vous est demandé d'établir sur une échelle de 1 à 7 si ces affirmations représentent ou pas ce que vous vivez. La valeur 1 indique que la situation décrite ne vous ait jamais arrivée et que vous ne pensez pas qu'un jour elle puisse vous arriver. Alors que la valeur 7, indique que la situation a pu déjà vous arriver où qu'elle pourrait arriver.
Si vous avez entouré un chiffre signifiant que la situation décrite a pu vous arriver, nous vous demandons dans un second temps de préciser les sentiments ressentis lors de celle-ci.
Si vous avez entouré un chiffre indiquant que cette situation ne vous ait jamais arrivée et que vous ne pensez pas qu'elle puisse vous arriver, nous vous demandons d'indiquer les sentiments que vous pourriez ressentir si une telle situation devait vous arriver.
Il vous suffit d'indiquer sur une échelle de 1 à 7 l'émotion éprouvée. La valeur 1 indique que l'émotion décrite n'est pas ressentie et la valeur 7 indique qu'elle est ressentie.

Répondez à ce questionnaire **le plus honnêtement possible**, merci de votre participation.

1. J'ai déjà gagné aux jeux à gratter.

1	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*
Ne me correspond pas du tout.						*Me correspond tout à fait.*

d. Si je gagne aux jeux à gratter, cela me rend heureux(se).

1	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*
Pas du tout Heureux(se)						*Tout à fait Heureux(se)*

e. Si je gagne aux jeux à gratter, cela me calme.

1	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*
Pas du tout Calme						*Tout à fait Calme*

f. Si je gagne aux jeux à gratter, cela me rend fier(e).

1 2 3 4 5 6 7

Pas du tout Fier(e) — *Tout à fait Fier(e)*

9. Je suis jugé(e) d'après mon apparence physique.

1 2 3 4 5 6 7

Ne me correspond pas du tout. — *Me correspond tout à fait.*

d. Si je suis jugé(e) d'après mon apparence physique, cela me rend triste.

1 2 3 4 5 6 7

Pas du tout Triste — *Tout à fait Triste*

e. Si je suis jugé(e) d'après mon apparence physique, cela me met en colère.

1 2 3 4 5 6 7

Pas du tout En Colère — *Tout à fait En colère*

f. Si je suis jugé(e) d'après mon apparence physique, cela me fait honte.

1 2 3 4 5 6 7

Pas du tout Honte — *Tout à fait Honte*

2. Mes proches sont à l'aise d'être avec moi dans les lieux publics.

1 2 3 4 5 6 7

Ne me correspond pas du tout. — *Me correspond tout à fait.*

d. Si mes proches sont à l'aise avec moi dans les lieux publics, cela me rend heureux(se).

1 2 3 4 5 6 7

Pas du tout Heureux(se) — *Tout à fait Heureux(se)*

e. Si mes proches sont à l'aise avec moi dans les lieux publics, cela me calme.

1 2 3 4 5 6 7

Pas du tout Calme — *Tout à fait Calme*

f. Si mes proches sont à l'aise avec moi dans les lieux publics, cela me rend fier(e).

1 2 3 4 5 6 7

Pas du tout Fier(e) — *Tout à fait Fier(e)*

3. Je rencontre des problèmes à cause de mon physique pour m'installer dans les fauteuils au cinéma, au théâtre ou au restaurant.

1 2 3 4 5 6 7

Ne me correspond pas du tout. — *Me correspond tout à fait.*

d. Lorsque mon physique m'empêche de m'installer dans des fauteuils, cela me rend triste.

1 2 3 4 5 6 7

Pas du tout Triste — *Tout à fait Triste*

e. Lorsque mon physique m'empêche de m'installer dans des fauteuils, cela me met en colère.

1 2 3 4 5 6 7

Pas du tout Colère *Tout à fait Colère*

f. Lorsque mon physique m'empêche de m'installer dans des fauteuils, cela me fait honte.

1 2 3 4 5 6 7

Pas du tout Honte *Tout à fait Honte*

4. J'ai déjà cuisiné un bon plat pour des ami(e)s.

1 2 3 4 5 6 7

Ne me correspond pas du tout. *Me correspond tout à fait.*

d. Lorsque je cuisine pour des ami(e)s, cela me rend heureux(se).

1 2 3 4 5 6 7

Pas du tout Heureux(se) *Tout à fait Heureux(se)*

e. Lorsque je cuisine, cela me calme.

1 2 3 4 5 6 7

Pas du tout Calme *Tout à fait Calme*

f. Lorsque je cuisine, cela me rend fier(e).

1 2 3 4 5 6 7

Pas du tout Fier(e) *Tout à fait Fier(e)*

5. Dans la rue je suis critiqué(e) à cause de mon apparence physique (insultes, regards,…).

1 2 3 4 5 6 7

Ne me correspond pas du tout. *Me correspond tout à fait.*

d. Lorsque je suis critiqué(e) pour mon apparence physique, cela me rend triste.

1 2 3 4 5 6 7

Pas du tout Triste *Tout à fait Triste*

e. Lorsque je suis critiqué(e) pour mon apparence physique, cela me met en colère.

1 2 3 4 5 6 7

Pas du tout En Colère *Tout à fait En Colère*

f. Lorsque je suis critiqué(e) pour mon apparence physique, cela me fait honte.

1 2 3 4 5 6 7

Pas du tout Honte *Tout à fait En Honte*

6. Mes proches m'acceptent tel(le) que je suis.

1 2 3 4 5 6 7

Ne me correspond pas du tout. *Me correspond tout à fait.*

d. Si mes proches m'acceptent tel(le) que je suis, cela me rend heureux(se).

1	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*
Pas du tout Heureux(se)						*Tout à fait Heureux(se)*

e. Si mes proches m'acceptent tel(le) que je suis, cela me calme.

1	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*
Pas du tout Calme						*Tout à fait Calme*

f. Si mes proches m'acceptent tel(le) que je suis, cela me rend fier(e).

1	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*
Pas du tout Fier(e)						*Tout à fait Fier(e)*

7. J'ai des difficultés à trouver des vêtements à ma taille.

1	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*
Ne me correspond pas du tout.						*Me correspond tout à fait.*

d. Si j'ai des difficultés à trouver des vêtements à ma taille, cela me rend triste.

1	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*
Pas du tout Triste						*Tout à fait Triste*

e. Si j'ai des difficultés à trouver des vêtements à ma taille, cela me met en colère.

1	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*
Pas du tout En Colère						*Tout à fait En Colère*

f. Si j'ai des difficultés à trouver des vêtements à ma taille, cela me fait honte.

1	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*
Pas du tout Honte						*Tout à fait Honte*

Annexe 6.2 Protocole d'auto-affirmation

Classification des points forts

Choisissez une réponse pour chaque question. Si vous n'êtes pas sûr(e)s, choisissez la réponse la plus proche de ce que vous pensez. Beaucoup de gens trouveront ces affirmations très désirables, mais nous voulons que vous disiez si elles décrivent ce que vous êtes personnellement. Soyez aussi honnête et précis(e) que possible.

1) L'un de mes points forts réside dans ma capacité à construire mes idées nouvelles et différentes et dans ma façon de les mener à bien.

Me ressemble vraiment	Me ressemble	Neutre	Ne me ressemble pas	Ne me ressemble vraiment pas

2) Je suis toujours curieux(se) du monde.

Me ressemble vraiment	Me ressemble	Neutre	Ne me ressemble pas	Ne me ressemble vraiment pas

3) Je valorise ma capacité de pensée critique.

Me ressemble vraiment	Me ressemble	Neutre	Ne me ressemble pas	Ne me ressemble vraiment pas

4) J'adore apprendre de nouvelles choses.

Me ressemble vraiment	Me ressemble	Neutre	Ne me ressemble pas	Ne me ressemble vraiment pas

5) Mes ami(e)s valorisent mon bon jugement.

Me ressemble vraiment	Me ressemble	Neutre	Ne me ressemble pas	Ne me ressemble vraiment pas

6) Je me dois de me mobiliser pour défendre ce en quoi je crois, même face à une forte opposition.

Me ressemble vraiment	Me ressemble	Neutre	Ne me ressemble pas	Ne me ressemble vraiment pas

7) Je termine toujours ce que je commence.

Me ressemble vraiment	Me ressemble	Neutre	Ne me ressemble pas	Ne me ressemble vraiment pas

8) Je reconnais toujours quand je me trompe.

Me ressemble vraiment	Me ressemble	Neutre	Ne me ressemble pas	Ne me ressemble vraiment pas

9) Je ne m'ennuie jamais.

Me ressemble vraiment	Me ressemble	Neutre	Ne me ressemble pas	Ne me ressemble vraiment pas

10) J'adore ce que je fais.

Me ressemble vraiment	Me ressemble	Neutre	Ne me ressemble pas	Ne me ressemble vraiment pas

11) Il y a des personnes, dans ma vie, qui font beaucoup plus attention à mes sentiments et à mon bien être, qu'elles ne le font pour elles-mêmes.

Me ressemble vraiment	Me ressemble	Neutre	Ne me ressemble pas	Ne me ressemble vraiment pas

12) Je me donne la peine de remonter le moral aux personnes qui semblent au plus bas.

Me ressemble vraiment	Me ressemble	Neutre	Ne me ressemble pas	Ne me ressemble vraiment pas

13) Quelle que soit la situation, je suis capable de m'y adapter.

Me ressemble vraiment	Me ressemble	Neutre	Ne me ressemble pas	Ne me ressemble vraiment pas

14) Je suis capable d'exprimer mon amour à quelqu'un d'autre.

Me ressemble vraiment	Me ressemble	Neutre	Ne me ressemble pas	Ne me ressemble vraiment pas

15) Je ne suis jamais trop occupé(e) pour aider un(e) ami(e).

Me ressemble vraiment	Me ressemble	Neutre	Ne me ressemble pas	Ne me ressemble vraiment pas

16) Je prends plaisir à faire partie d'un groupe.

Me ressemble vraiment	Me ressemble	Neutre	Ne me ressemble pas	Ne me ressemble vraiment pas

17) Je traite tous les individus de la même manière, sans tenir compte de ce qu'ils peuvent bien être.

Me ressemble vraiment	Me ressemble	Neutre	Ne me ressemble pas	Ne me ressemble vraiment pas

18) L'une de mes forces est d'aider un groupe de personnes à bien travailler ensemble même quand elles sont différentes

Me ressemble vraiment	Me ressemble	Neutre	Ne me ressemble pas	Ne me ressemble vraiment pas

19) Je suis très doué(e) pour planifier des activités de groupe.

Me ressemble vraiment	Me ressemble	Neutre	Ne me ressemble pas	Ne me ressemble vraiment pas

20) Je travaille de mon mieux lorsque je suis membre d'un groupe.

Me ressemble vraiment	Me ressemble	Neutre	Ne me ressemble pas	Ne me ressemble vraiment pas

21) Je ne cherche jamais à me venger.

Me ressemble vraiment	Me ressemble	Neutre	Ne me ressemble pas	Ne me ressemble vraiment pas

22) Je n'agis pas comme si je pensais que j'étais une personne spéciale.

Me ressemble vraiment	Me ressemble	Neutre	Ne me ressemble pas	Ne me ressemble vraiment pas

23) "Faire bonne figure plutôt que faire grise mine" est une de mes devises favorites.

Me ressemble vraiment	Me ressemble	Neutre	Ne me ressemble pas	Ne me ressemble vraiment pas

24) Je contrôle mes émotions.

Me ressemble vraiment	Me ressemble	Neutre	Ne me ressemble pas	Ne me ressemble vraiment pas

25) Je ne suis jamais distrait(e) pendant mon travail.

Me ressemble vraiment	Me ressemble	Neutre	Ne me ressemble pas	Ne me ressemble vraiment pas

26) Je ressens des émotions profondes quand je vois de belles choses.

Me ressemble vraiment	Me ressemble	Neutre	Ne me ressemble pas	Ne me ressemble vraiment pas

27) Au moins une fois par jour, je m'estime heureux(se) de ce que j'ai.

Me ressemble vraiment	Me ressemble	Neutre	Ne me ressemble pas	Ne me ressemble vraiment pas

28) Malgré les enjeux, je garde toujours espoir pour l'avenir

Me ressemble vraiment	Me ressemble	Neutre	Ne me ressemble pas	Ne me ressemble vraiment pas

29) J'essaie d'ajouter un peu d'humour à tout ce que je fais.

Me ressemble vraiment	Me ressemble	Neutre	Ne me ressemble pas	Ne me ressemble vraiment pas

30) Je suis une personne spirituelle.

Me ressemble vraiment	Me ressemble	Neutre	Ne me ressemble pas	Ne me ressemble vraiment pas

31) Mes ami(e)s peuvent avoir confiance en moi.

Me ressemble vraiment	Me ressemble	Neutre	Ne me ressemble pas	Ne me ressemble vraiment pas

32) J'essaie toujours de peser mes mots.

Me ressemble vraiment	Me ressemble	Neutre	Ne me ressemble pas	Ne me ressemble vraiment pas

Points forts personnels

Vous venez de penser à vos qualités et points forts personnels. Donnez ci-dessous, une qualité personnelle (par exemple, l'honnêteté, l'humilité, le sens de l'humour, le goût d'apprendre, …) qui reflète le mieux qui vous êtes. (Cette qualité peut ne pas avoir été mentionnée dans les questions précédentes). Si plusieurs points forts et qualités sont d'égale importance pour vous, s'il vous plaît n'en choisissez qu'une.

La qualité personnelle à laquelle je tiens le plus est :……..

Écrivez deux ou trois phrases décrivant pourquoi vous pensez que c'est une qualité importante pour vous. Par exemple, vous pouvez écrire en quoi cette qualité a influencé vos comportements passés ou attitudes, ou comment elle vous influence dans votre vie quotidienne –à la maison, au travail, avec vos amis ou avec des étrangers.

_____
_____
_____
_____

Répondez s'il vous plaît aux questions suivantes en vous remémorant la tâche que vous venez de compléter.

1) ***La tâche me fait penser à…***

	Tout à Fait	Pas du tout	Tout à Fait	
Mes aspects négatifs		3 2 1 0 1 2 3		**Mes aspects positifs**
Des choses qui ne sont pas importantes pour moi.		3 2 1 0 1 2 3		**Des choses qui sont importantes pour moi.**
Des choses que je n'aime pas sur moi-même.		3 2 1 0 1 2 3		**Des choses que j'aime sur moi-même.**
Des choses pour lesquelles je suis mauvais(e).		3 2 1 0 1 2 3		**Des choses pour lesquelles je suis bon(ne).**
Des choses sur moi que je ne valorise pas.		3 2 1 0 1 2 3		**Des choses sur moi que je valorise.**
Mes échecs.		3 2 1 0 1 2 3		**Mes succès.**
Des choses que je voudrais changer de moi-même.		3 2 1 0 1 2 3		**Des choses que je ne voudrais pas changer de moi-même.**

2) La tâche me fait me sentir…

	Tout à Fait	Pas du tout	Tout à Fait	
Bête		3 2 1 0 1 2 3		**Intelligent(e)**
Inadapté(e)		3 2 1 0 1 2 3		**Adapté(e)**
Mauvais(e)		3 2 1 0 1 2 3		**Bon(ne)**
Pas important(e)		3 2 1 0 1 2 3		**Important(e)**
Inférieur(e)		3 2 1 0 1 2 3		**Supérieur(e)**
Pas attirant(e)		3 2 1 0 1 2 3		**Attirant(e)**

3) La tâche m'a ouvert les yeux sur…

Mon entourage.

Pas du tout d'accord	**Pas d'accord**	**Neutre**	**D'accord**	**Tout à fait d'accord**

Qui je suis.

Pas du tout d'accord	**Pas d'accord**	**Neutre**	**D'accord**	**Tout à fait d'accord**

Les attentes que les personnes ont envers moi.

Pas du tout d'accord	**Pas d'accord**	**Neutre**	**D'accord**	**Tout à fait d'accord**

Mes valeurs (Les principes avec lesquels je tente de gérer ma vie.)

Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Neutre	D'accord	Tout à fait d'accord

4) Comment vous sentez-vous vis-à-vis de vous-même ?

Mal 0 1 2 3 4 5 Très bien

5) Indiquez s'il vous plaît en entourant la réponse appropriée, dans quelle mesure les mots suivant décrivent ce que vous ressentez actuellement.

	Ne correspond définitivement pas à mes sentiments actuels.			Correspond définitivement à mes sentiments actuels.
Heureux(se)	**0**	1	2	3
Tendu(e)	**0**	1	2	3
Triste	**0**	1	2	3
Fatigué(e)	**0**	1	2	3
Déprimé(e)	**0**	1	2	3
Calme	**0**	1	2	3
Exalté(e)	**0**	1	2	3
Energique	**0**	1	2	3

6) Là maintenant, je me sens bien.

Pas du tout 0 1 2 3 4 5 Extrêmement

7) J'ai une haute estime de moi-même.

Pas tout à fait vrai pour moi 0 1 2 3 4 5 Tout à fait vrai pour moi

Annexe 6.3 Protocole Zinedine Zidane

Classification des points forts

Les questions suivantes sont conçues pour connaître la façon dont les gens jugent des qualités personnelles d'autres personnes. Répondez aux questions suivantes en pensant aux qualités personnelles de Zinedine Zidane. Choisissez l'une des réponses possibles à chaque proposition. Vous pouvez hésiter dans vos réponses à donner pour certaines de ces questions. Cependant nous nous intéressons à la façon dont vous vous faites une idée de lui ; Aussi choisissez la réponse qui reflète le mieux votre opinion. Beaucoup de gens trouveront ces affirmations très désirables, mais nous voulons

que vous disiez si les propositions décrivent qui est Zinedine Zidane. Nous vous demandons d'évaluer Zinedine Zidane sur les dimensions suivantes, quitte à faire des suppositions si vous n'êtes pas sûr(e). Soyez aussi honnête et précis(e) que possible.

1) L'un de ses points forts réside dans sa capacité à construire des idées nouvelles et différentes et dans sa façon de les mener à bien.

Lui ressemble vraiment	Lui ressemble	Neutre	Ne lui ressemble pas	Ne lui ressemble vraiment pas

2) Il est toujours curieux du monde.

Lui ressemble vraiment	Lui ressemble	Neutre	Ne lui ressemble pas	Ne lui ressemble vraiment pas

3) Il valorise sa capacité à pensée critique.

Lui ressemble vraiment	Lui ressemble	Neutre	Ne lui ressemble pas	Ne lui ressemble vraiment pas

4) Il adore apprendre de nouvelles choses.

Lui ressemble vraiment	Lui ressemble	Neutre	Ne lui ressemble pas	Ne lui ressemble vraiment pas

5) Ses ami(e)s valorisent son bon jugement.

Lui ressemble vraiment	Lui ressemble	Neutre	Ne lui ressemble pas	Ne lui ressemble vraiment pas

6) Il se doit de se mobiliser pour défendre ce en quoi il croit, même face à une forte opposition.

Lui ressemble vraiment	Lui ressemble	Neutre	Ne lui ressemble pas	Ne lui ressemble vraiment pas

7) Il termine toujours ce qu'il commence.

Lui ressemble vraiment	Lui ressemble	Neutre	Ne lui ressemble pas	Ne lui ressemble vraiment pas

8) Il reconnait toujours quand il se trompe.

Lui ressemble vraiment	Lui ressemble	Neutre	Ne lui ressemble pas	Ne lui ressemble vraiment pas

9) Il ne s'ennuie jamais.

Lui ressemble vraiment	Lui ressemble	Neutre	Ne lui ressemble pas	Ne lui ressemble vraiment pas

10) Il adore ce qu'il fait.

Lui ressemble vraiment	Lui ressemble	Neutre	Ne lui ressemble pas	Ne lui ressemble vraiment pas

11) Il y a des personnes, dans sa vie, qui font plus attention à ses sentiments et à son bien être, qu'elles ne le font pour elles-mêmes.

Lui ressemble vraiment	Lui ressemble	Neutre	Ne lui ressemble pas	Ne lui ressemble vraiment pas

12) Il se donne la peine de remonter le moral aux personnes qui semblent au plus bas.

Lui ressemble vraiment	Lui ressemble	Neutre	Ne lui ressemble pas	Ne lui ressemble vraiment pas

13) Quelle que soit la situation, il est capable de s'y adapter.

Lui ressemble vraiment	Lui ressemble	Neutre	Ne lui ressemble pas	Ne lui ressemble vraiment pas

14) Il est capable d'exprimer son amour à quelqu'un d'autre.

Lui ressemble vraiment	Lui ressemble	Neutre	Ne lui ressemble pas	Ne lui ressemble vraiment pas

15) Il n'est jamais trop occupé pour aider un(e) ami(e).

Lui ressemble vraiment	Lui ressemble	Neutre	Ne lui ressemble pas	Ne lui ressemble vraiment pas

16) Il prend plaisir à faire partie d'un groupe.

Lui ressemble vraiment	Lui ressemble	Neutre	Ne lui ressemble pas	Ne lui ressemble vraiment pas

17) Il traite tous les individus de la même manière, sans tenir compte de ce qu'ils peuvent bien être.

Lui ressemble vraiment	Lui ressemble	Neutre	Ne lui ressemble pas	Ne lui ressemble vraiment pas

18) L'une de ses forces est d'aider un groupe de personnes à bien travailler ensemble même quand elles sont différentes.

Lui ressemble vraiment	Lui ressemble	Neutre	Ne lui ressemble pas	Ne lui ressemble vraiment pas

19) Il est très doué pour planifier des activités de groupe.

Lui ressemble vraiment	Lui ressemble	Neutre	Ne lui ressemble pas	Ne lui ressemble vraiment pas

20) Il travaille de son mieux lorsqu'il fait partie d'un groupe.

Lui ressemble vraiment	Lui ressemble	Neutre	Ne lui ressemble pas	Ne lui ressemble vraiment pas

21) Il ne cherche jamais à se venger.

Lui ressemble vraiment	Lui ressemble	Neutre	Ne lui ressemble pas	Ne lui ressemble vraiment pas

22) Il n'agit pas comme s'il pensait qu'il était une personne spéciale.

Lui ressemble vraiment	Lui ressemble	Neutre	Ne lui ressemble pas	Ne lui ressemble vraiment pas

23) "Faire bonne figure plutôt que faire grise mine" est l'une de ses devises favorites.

Lui ressemble vraiment	Lui ressemble	Neutre	Ne lui ressemble pas	Ne lui ressemble vraiment pas

24) Il contrôle ses émotions.

Lui ressemble vraiment	Lui ressemble	Neutre	Ne lui ressemble pas	Ne lui ressemble vraiment pas

25) Il n'est jamais distrait pendant son travail.

Lui ressemble vraiment	Lui ressemble	Neutre	Ne lui ressemble pas	Ne lui ressemble vraiment pas

26) Il éprouve des émotions profondes quand il voit de belles choses.

Lui ressemble vraiment	Lui ressemble	Neutre	Ne lui ressemble pas	Ne lui ressemble vraiment pas

27) Au moins une fois par jour, il s'estime heureux de ce qu'il a.

Lui ressemble vraiment	Lui ressemble	Neutre	Ne lui ressemble pas	Ne lui ressemble vraiment pas

28) Malgré les enjeux, il garde toujours espoir pour l'avenir

Lui ressemble vraiment	Lui ressemble	Neutre	Ne lui ressemble pas	Ne lui ressemble vraiment pas

29) Il essaie d'ajouter un peu de l'humour à tout ce qu'il fait.

Lui ressemble vraiment	Lui ressemble	Neutre	Ne lui ressemble pas	Ne lui ressemble vraiment pas

30) Il est une personne spirituelle.

Lui ressemble vraiment	Lui ressemble	Neutre	Ne lui ressemble pas	Ne lui ressemble vraiment pas

31) Ses ami(e)s peuvent avoir confiance en lui.

Lui ressemble vraiment	Lui ressemble	Neutre	Ne lui ressemble pas	Ne lui ressemble vraiment pas

32) Il essaie toujours de peser ses mots.

Lui ressemble vraiment	Lui ressemble	Neutre	Ne lui ressemble pas	Ne lui ressemble vraiment pas

Quel est votre avis général sur Zinedine Zidane?

Très Négative		Négative	Neutre	Positive	Très Positive
-3	-2	-1	0	+1	+2

Tâche de rappel

Cette tâche est conçue pour savoir si les gens trouvent facile de se rappeler des choses ou objets qui leur sont familiers.

Vous avez quelques minutes pour décrire les magasins et lieux devant lesquels vous passez lors d'un trajet quotidien. Décrivez tout ce dont vous vous rappelez en ce qui concerne ces lieux.

_____

_____

_____

Répondez s'il vous plaît aux questions suivantes en vous remémorant la tâche que vous venez de compléter.

1) ***A quel point êtes-vous confiant de l'exactitude de votre jugement sur Zinedine Zidane ?***

Pas du tout confiant 0 1 2 3 4 5 6 **Totalement confiant**

2) ***A quel point est-il facile pour vous d'établir un jugement sur le caractère de Zinedine Zidane ?***

Pas du tout facile 0 1 2 3 4 5 6 **Très facile**

3) ***La tâche me fait penser à…***

	Tout à Fait	Pas du tout	Tout à Fait	
Mes aspects négatifs		3 2 1 0 1 2 3		**Mes aspects positifs**
Des choses qui ne sont pas importantes pour moi.		3 2 1 0 1 2 3		**Des choses qui sont importantes pour moi.**
Des choses que je n'aime pas sur moi-même.		3 2 1 0 1 2 3		**Des choses que j'aime sur moi-même.**
Des choses pour lesquelles je suis mauvais(e).		3 2 1 0 1 2 3		**Des choses pour lesquelles je suis bon(ne)**
Des choses sur moi que je ne valorise pas.		3 2 1 0 1 2 3		**Des choses sur moi que je valorise.**
Mes échecs.		3 2 1 0 1 2 3		**Mes succès.**
Des choses que je voudrais changer de moi-même.		3 2 1 0 1 2 3		**Des choses que je ne voudrais pas changer de moi-même.**

4) ***A quel point pensez-vous connaître Zinedine Zidane ?***

Pas du tout 0 1 2 3 4 5 6 **Très bien**

5) ***La tâche me fait me sentir…***

	Tout à Fait	Pas du tout	Tout à Fait	
Bête		3 2 1 0 1 2 3		**Intelligent(e)**
Inadapté(e)		3 2 1 0 1 2 3		**Adapté(e)**
Mauvais(e)		3 2 1 0 1 2 3		**Bon(ne)**
Pas important(e)		3 2 1 0 1 2 3		**Important(e)**

Inférieur(e)	3 2 1 0 1 2 3	**Supérieur(e)**
Pas attirant(e)	3 2 1 0 1 2 3	**Attirant(e)**

6) ***J'aime lire, dans les magazines et les journaux, des choses sur la vie des célébrités.***

Pas du tout d'accord 3 2 1 0 1 2 3 **Tout à fait d'accord**

7) ***La vie des célébrités m'intéresse.***

Pas du tout d'accord 3 2 1 0 1 2 3 **Tout à fait d'accord**

8) ***La tâche m'a ouvert les yeux sur…***

Mon entourage

Pas du tout d'accord	**Pas d'accord**	**Neutre**	**D'accord**	**Tout à fait d'accord**

Qui je suis.

Pas du tout d'accord	**Pas d'accord**	**Neutre**	**D'accord**	**Tout à fait d'accord**

Les attentes que les personnes ont envers moi.

Pas du tout d'accord	**Pas d'accord**	**Neutre**	**D'accord**	**Tout à fait d'accord**

Mes valeurs (Les principes avec lesquels je tente de gérer ma vie.)

Pas du tout d'accord	**Pas d'accord**	**Neutre**	**D'accord**	**Tout à fait d'accord**

9) ***Les points forts listés dans la tâche précédente sont-ils désirables pour vous ?***

Aucun d'entre eux n'est désirable pour moi	**Presque aucun d'entre eux n'est désirable pour moi**	**La plupart d'entre eux ne sont pas désirables pour moi**	**La moitié d'entre eux sont désirables pour moi**	**La plupart d'entre eux sont désirable pour moi**	**Presque tous sont désirables pour moi**	**Tous les points forts sont désirables pour moi**

10) ***A quel point vous sentez vous ressembler à Zinedine Zidane ?***

Pas du tout ressemblant 0 1 2 3 4 5 6 **Totalement ressemblant**

11) ***Zinedine Zidane a…***

Moins de points forts	3 2 1 0 1 2 3	**Plus de points forts**

que moi		**que moi**

12) En répondant à ce questionnaire, je me suis comparé(e) …

Défavorablement à Zinedine Zidane 3 2 1 0 1 2 3 **Favorablement à Zinedine Zidane**

13) Je serais plutôt intéressé(e) par la lecture d'histoires sur…

(Indiquez votre préférence en classant les propositions suivantes ; 1=le plus intéressant pour moi, 4=le moins intéressant pour moi.)

Moi-même		**Des étudiants de l'université que je ne connais pas personnellement**	
Des amis Proches		**Des Célébrités**	

14) Combien de temps passez-vous devant la télévision ou à regarder des films chaque jour ?

Je ne regarde pas la TV/films	**Moins de 30min par jour**	**Environ 30min par jour**	**Environ 1 heure**	**Environ 1h30**	**Environ 2heures**	**Environ 2h30**	**Environ 3heures**	**Environ 4heures**	**Environ 5heures**	**Plus de 5 heures par jour**
□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□

15) Comment vous sentez-vous vis-à-vis de vous-même ?

Mal 0 1 2 3 4 5 Très bien

16) Indiquez s'il vous plaît en entourant la réponse appropriée, quels sont les mots qui reflètent le mieux ce que vous ressentez actuellement.

	Ne correspond définitivement pas à mes sentiments actuels.			**Correspond définitivement à mes sentiments actuels.**
Heureux(se)	**0**	1	2	3
Tendu(e)	**0**	1	2	3
Triste	**0**	1	2	3
Fatigué(e)	**0**	1	2	3
Déprimé(e)	**0**	1	2	3
Calme	**0**	1	2	3
Exalté(e)	**0**	1	2	3
Energique	**0**	1	2	3

17) Là maintenant, je me sens bien.

Pas du tout 0 1 2 3 4 5 Extrêmement

18) J'ai une haute estime de moi-même.

Pas du tout vrai pour moi 0 1 2 3 4 5 Tout à fait vrai pour moi

Annexe 6.4 Protocole sans auto-affirmation

Tâche de rappel

Cette tâche est conçue pour savoir si les gens trouvent facile de se rappeler des choses ou objets qui leur sont familiers.

Vous avez quelques minutes pour décrire les magasins et lieux devant lesquels vous passez lors d'un trajet quotidien. Décrivez tout ce dont vous vous rappelez en ce qui concerne ces lieux.

_____
_____
_____

Répondez s'il vous plaît aux questions suivantes en vous remémorant la tâche que vous venez de compléter.

1) La tâche me fait penser à…

	Tout à Fait	Pas du tout	Tout à Fait	
Mes aspects négatifs		3 2 1 0 1 2 3		**Mes aspects positifs**
Des choses qui ne sont pas importantes pour moi.		3 2 1 0 1 2 3		**Des choses qui sont importantes pour moi.**
Des choses que je n'aime pas sur moi-même.		3 2 1 0 1 2 3		**Des choses que j'aime sur moi-même.**
Des choses pour lesquelles je suis mauvais(e).		3 2 1 0 1 2 3		**Des choses pour lesquelles je suis bon(ne)**
Des choses sur moi que je ne valorise pas.		3 2 1 0 1 2 3		**Des choses sur moi que je valorise.**
Mes échecs.		3 2 1 0 1 2 3		**Mes succès.**
Des choses que je voudrais changer de moi-même.		3 2 1 0 1 2 3		**Des choses que je ne voudrais pas changer de moi-même.**

2) La tâche me fait me sentir…

	Tout à Fait	Pas du tout	Tout à Fait	
Bête		3 2 1 0 1 2 3		**Intelligent(e)**

Inadapté(e)	3 2 1 0 1 2 3	**Adapté(e)**
Mauvais(e)	3 2 1 0 1 2 3	**Bon(ne)**
Pas important(e)	3 2 1 0 1 2 3	**Important(e)**
Inférieur(e)	3 2 1 0 1 2 3	**Supérieur(e)**
Pas attirant(e)	3 2 1 0 1 2 3	**Attirant(e)**

3) ***La tâche m'a ouvert les yeux sur…***

Mon entourage

Pas du tout d'accord	**Pas d'accord**	**Neutre**	**D'accord**	**Tout à fait d'accord**
☐	☐	☐	☐	☐

Qui je suis.

Pas du tout d'accord	**Pas d'accord**	**Neutre**	**D'accord**	**Tout à fait d'accord**
☐	☐	☐	☐	☐

Les attentes que les personnes ont envers moi.

Pas du tout d'accord	**Pas d'accord**	**Neutre**	**D'accord**	**Tout à fait d'accord**
☐	☐	☐	☐	☐

Mes valeurs (Les principes avec lesquels je tente de gérer ma vie.)

Pas du tout d'accord	**Pas d'accord**	**Neutre**	**D'accord**	**Tout à fait d'accord**
☐	☐	☐	☐	☐

4) ***Comment vous sentez-vous vis-à-vis de vous-même ?***

Mal 0 1 2 3 4 5 Très bien

5) ***Indiquez s'il vous plaît en entourant la réponse appropriée, quels sont les mots qui reflètent le mieux ce que vous ressentez actuellement.***

	Ne correspond définitivement pas à mes sentiments actuels.			**Correspond définitivement à mes sentiments actuels.**
Heureux(se)	**0**	1	2	3
Tendu(e)	**0**	1	2	3
Triste	**0**	1	2	3

Fatigué(e)	**0**	1	2	3
Déprimé(e)	**0**	1	2	3
Calme	**0**	1	2	3
Exalté(e)	**0**	1	2	3
Energique	**0**	1	2	3

6) Là maintenant, je me sens bien.

Pas du tout 0 1 2 3 4 5 Extrêmement

7) J'ai une haute estime de moi-même.

Pas du tout vrai pour moi 0 1 2 3 4 5 Tout à fait vrai pour moi

Annexe 6.5 Questionnaire signalétique

Quel est le pays de naissance de vos parents ?

Père :……. Mère :……..

De vos grands-parents ?

Grand-pères :……

Grand-mères :……

Quelle(s) langue(s) parlez-vous à la maison ?

……..

Quelle(s) langue(s) parlez-vous pendant les repas ?

……

Age : ……..

Sexe : ……

Taille : ……..

Poids : ……

Annexe 6.6 Récapitulatif des moyennes et écart-types observés

			Estime de Soi	Sentiment vis-à-vis de Soi	La tâche me fait penser à	La tâche me fait me sentir	La tâche m'a ouvert les yeux sur	Humeur négative	Humeur positive
			M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)
AA	Normo-pondéré	Homme	2,60 (1,23)	3,65 (1,04)	1,00 (1,30)	0,50 (1,05)	3,40 (,94)	1,2 (,77)	1,80 (,41)
		Femme	2,05 (1,40)	3,35 (,99)	1,40 (1,14)	0,70 (,87)	3,80 (,52)	1,05 (,89)	1,70 (,57)
		Total	2,33 (1,33)	3,5 (1,03)	1,20 (1,22)	0,60 (,96)	3,60 (,78)	1,13 (,82)	1,75 (,49)
	Obèse	Homme	2,13 (1,20)	3,00 (1,20)	0,93 (,96)	0,53 (1,19)	3,19 (1,33)	0,94 (,85)	1,69 (,60)
		Femme	2,95 (1,40)	3,42 (1,12)	1,40 (1,39)	1,05 (1,10)	3,65 (1,18)	1,15 (,67)	1,50 (,69)
		Total	2,58 (1,36)	3,24 (1,16)	1,20 (1,23)	0,83 (1,15)	3,44 (1,25)	1,10 (,75)	1,58 (,65)
	Total	Homme	2,39 (1,23)	3,37 (1,14)	0,97 (1,15)	0,51 (1,10)	3,31 (1,12)	1,08 (,81)	1,75 (,50)
		Femme	2,50 (1,45)	3,38 (1,04)	1,40 (1,26)	0,88 (,99)	3,73 (,91)	1,10 (,79)	1,60 (,63)
		Total	2,45 (1,34)	3,38 (1,08)	1,18 (1,22)	0,71 (1,05)	3,53 (1,03)	1,09 (,79)	1,67 (,57)
SAA	Normo-pondéré	Homme	2,62 (1,36)	3,90 (1,09)	0,33 (,73)	0,29 (,85)	1,95 (,87)	4,19 (2,50)	1,50 (,54)
		Femme	2,10 (1,41)	3,10 (1,18)	0,00 (,45)	0,14 (,36)	1,71 (,85)	5,76 (2,53)	1,19 (,51)
		Total	2,36 (1,39)	3,50 (1,19)	0,17 (,62)	0,07 (,68)	1,83 (,85)	4,98 (2,61)	1,35 (,54)
	Obèse	Homme	2,10 (1,02)	3,20 (1,20)	0,16 (1,21)	$5,55^{E-17}$ (,88)	2,47 (,96)	4,25 (2,95)	1,68 (,48)
		Femme	1,95 (1,17)	2,45 (1,30)	0,36 (,79)	$3,97^{E-17}$ (,87)	2,64 (1,18)	5,36 (3,44)	1,64 (,49)
		Total	2,02 (1,10)	2,81 (1,29)	0,27 (1,00)	$4,06^{E-17}$ (,87)	2,56 (1,07)	4,83 (3,23)	1,66 (,48)
	Total	Homme	2,37 (1,22)	3,56 (1,18)	0,25 (,98)	0,15 (,86)	2,20 (,94)	4,22 (2,70)	1,59 (,51)
		Femme	2,02 (1,28)	2,77 (1,27)	0,19 (,66)	0,07 (,67)	2,19 (1,12)	5,56 (3,00)	1,42 (,54)
		Total	2,19 (1,26)	3,15 (1,29)	0,22 (,83)	0,04 (,77)	2,19 (1,03)	4,90 (2,92)	1,50 (,53)
Contrôle	Normo-pondéré	Homme	3,15 (,93)	3,75 (,97)	0.15 (1,04)	0,30 (1,26)	2,85 (,99)	0,95 (,76)	1,85 (,37)
		Femme	2,10 (1,33)	3,55 (,95)	0,20 (,83)	0,05 (,95)	2,20 (,89)	1,30 (,87)	1,20 (,83)
		Total	2,63 (1,25)	3,65 (,95)	0,03 (,95)	0,18 (1,11)	2,53 (,99)	1,13 (,82)	1,53 (,72)
	Obèse	Homme	3,06 (1,44)	3,29 (1,40)	0,24 (1,48)	0,12 (1,32)	2,38 (1,36)	0,71 (,77)	1,50 (,63)
		Femme	2,00 (1,56)	3,10 (1,58)	$2,76^{E-17}$ (1,10)	0,05 (1,32)	2,48 (,93)	1,33 (,97)	1,05 (,80)
		Total	2,49 (1,57)	3,18 (1,49)	0,11 (1,27)	0,03 (1,31)	2,43 (1,12)	1,05 (,93)	1,24 (,76)
	Total	Homme	3,11 (1,17)	3,54 (1,92)	0,19 (1,24)	0,11 (1,29)	2,64 (1,18)	0,84 (,76)	1,69 (,52)
		Femme	2,05 (1,43)	3,32 (1,32)	0,10 (,97)	0,05 (1,14)	2,34 (,91)	1,32 (,91)	1,12 (,81)
		Total	2,56 (1,41)	3,42 (1,25)	0,04 (1,11)	0,08 (1,20)	2,48 (1,05)	1,09 (,87)	1,39 (,75)
Total	Normo-pondéré	Homme	2,79 (1,20)	3,77 (1,02)	0,39 (1,13)	0,36 (1,05)	2,72 (1,10)	2,15 (2,17)	1,71 (,47)
		Femme	2,08 (1,36)	3,33 (1,04)	0,52 (1,04)	0,20 (,83)	2,56 (1,18)	2,75 (2,73)	1,36 (,68)
		Total	2,43 (1,32)	3,55 (1,05)	0,46 (1,08)	0,28 (,95)	2,64 (1,14)	2,45 (2,47)	1,54 (,61)
	Obèse	Homme	2,42 (1,28)	3,17 (1,24)	0,25 (1,31)	0,12 (1,14)	2,67 (1,24)	2,11 (2,53)	1,63 (,56)
		Femme	2,29 (1,43)	2,97 (1,39)	0,57 (1,24)	0,35 (1,19)	2,90 (1,20)	2,68 (2,90)	1,40 (,71)
		Total	2,35 (1,36)	3,06 (1,33)	0,43 (1,28)	0,25 (1,17)	2,80 (1,22)	2,42 (2,74)	1,50 (,66)
	Total	Homme	2,61 (1,25)	3,50 (1,20)	0,33 (1,21)	0,25 (1,10)	2,70 (1,16)	2,13 (2,33)	1,67 (,51)
		Femme	2,19 (1,39)	3,15 (1,24)	0,55 (1,14)	0,27 (1,03)	2,73 (1,20)	2,72 (2,80)	1,38 (,69)
		Total	2,39 (1,34)	3,31 (1,22)	0,44 (1,18)	0,26 (1,06)	2,72 (1,18)	2,44 (2,60)	1,52 (,63)

Légende :
« AA » signifie condition d'auto-affirmation. « SAA » signifie condition contrôle Zidane. « Contrôle » signifie condition sans auto-affirmation. « **M** » signifie moyenne. « *SD* » signifie écart-type.

Annexe 6.7 Récapitulatif des moyennes et écart-types observés

				Attitude		Identification		Préoccupation corporelle		Sentiment de rejet	
Temps de passation	Condition expérimentale	Statut pondéral	Genre	**M**	*SD*	**M**	*SD*	**M**	*SD*	**M**	*SD*
Temps 1	AA	Normo-pondéré	Homme	**63,05**	*13,45*	**2,80**	*1,15*	**2,20**	*1,15*	**183,00**	*146,73*
			Femme	**67,25**	*14,64*	**2,60**	*1,19*	**2,60**	*1,05*	**209,55**	*146,53*
			Total	**65,15**	*14,04*	**2,70**	*1,16*	**2,40**	*1,10*	**196,28**	*145,36*
		Obèse	Homme	**65,06**	*12,04*	**2,44**	*0,96*	**2,69**	*1,20*	**188,31**	*142,47*
			Femme	**68,50**	*12,56*	**2,50**	*1,28*	**2,70**	*1,03*	**204,95**	*184,77*
			Total	**66,97**	*12,28*	**2,47**	*1,13*	**2,69**	*1,09*	**197,56**	*165,23*
		Total	Homme	**63,94**	*12,70*	**2,64**	*1,07*	**2,42**	*1,18*	**185,36**	*142,81*
			Femme	**67,88**	*13,48*	**2,55**	*1,22*	**2,65**	*1,03*	**207,25**	*164,61*
			Total	**66,01**	*13,18*	**2,59**	*1,15*	**2,54**	*1,10*	**196,88**	*154,04*
	SAA	Normo-pondéré	Homme	**61,14**	*6,48*	**1,74**	*0,52*	**1,69**	*0,69*	**152,71**	*89,45*
			Femme	**60,00**	*10,56*	**2,40**	*0,77*	**2,06**	*0,54*	**172,19**	*81,02*
			Total	**60,57**	*8,67*	**2,09**	*0,73*	**1,88**	*0,64*	**162,45**	*84,87*
		Obèse	Homme	**69,55**	*10,21*	**2,06**	*0,78*	**2,73**	*1,08*	**177,05**	*118,07*
			Femme	**65,00**	*9,03*	**2,45**	*0,84*	**3,43**	*1,03*	**147,86**	*105,37*
			Total	**67,17**	*9,77*	**2,26**	*0,83*	**3,10**	*1,10*	**161,76**	*111,20*
		Total	Homme	**65,24**	*9,41*	**1,91**	*0,67*	**2,20**	*1,03*	**164,59**	*103,80*
			Femme	**62,56**	*10,01*	**2,43**	*0,80*	**2,76**	*1,07*	**159,74**	*93,96*
			Total	**63,87**	*9,76*	**2,18**	*0,78*	**2,49**	*1,08*	**162,11**	*98,32*
	Contrôle	Normo-pondéré	Homme	**59,80**	*14,76*	**2,50**	*0,69*	**1,75**	*1,02*	**98,90**	*51,90*
			Femme	**67,15**	*19,98*	**1,70**	*0,66*	**2,65**	*1,09*	**139,90**	*79,99*
			Total	**63,48**	*17,73*	**2,10**	*0,78*	**2,20**	*1,14*	**119,40**	*69,72*
		Obèse	Homme	**69,18**	*18,06*	**2,65**	*0,86*	**2,53**	*1,07*	**132,88**	*67,50*
			Femme	**61,81**	*18,86*	**2,71**	*0,90*	**3,90**	*1,30*	**295,29**	*188,72*
			Total	**65,11**	*18,63*	**2,68**	*0,87*	**3,29**	*1,37*	**222,63**	*167,09*
		Total	Homme	**64,11**	*16,81*	**2,57**	*0,77*	**2,11**	*1,10*	**114,51**	*61,17*
			Femme	**64,41**	*19,36*	**2,22**	*0,94*	**3,29**	*1,35*	**219,49**	*164,41*
			Total	**64,27**	*18,08*	**2,38**	*0,87*	**2,73**	*1,36*	**169,69**	*136,29*
	Total	Normo-pondéré	Homme	**61,33**	*11,92*	**2,36**	*0,93*	**1,88**	*0,98*	**145,00**	*107,47*
			Femme	**64,72**	*15,60*	**2,24**	*0,96*	**2,43**	*0,94*	**173,85**	*108,74*
			Total	**63,02**	*13,93*	**2,30**	*0,95*	**2,15**	*1,00*	**159,43**	*108,62*
		Obèse	Homme	**68,08**	*13,57*	**2,36**	*0,88*	**2,65**	*1,09*	**166,28**	*113,62*
			Femme	**65,05**	*14,08*	**2,55**	*1,01*	**3,36**	*1,21*	**215,13**	*171,84*
			Total	**66,43**	*13,87*	**2,47**	*0,95*	**3,03**	*1,21*	**192,81**	*149,51*
		Total	Homme	**64,46**	*13,10*	**2,36**	*0,91*	**2,24**	*1,10*	**154,89**	*110,39*
			Femme	**64,89**	*14,78*	**2,40**	*1,00*	**2,90**	*1,18*	**194,82**	*145,19*
			Total	**64,68**	*13,98*	**2,38**	*0,95*	**2,58**	*1,19*	**175,70**	*130,96*
Temps 2	AA	Normo-pondéré	Homme	**67,45**	*14,84*	**2,16**	*0,81*	**1,62**	*0,70*	**151,25**	*103,35*
			Femme	**65,05**	*12,15*	**2,12**	*0,80*	**2,59**	*0,96*	**136,40**	*64,21*
			Total	**66,25**	*13,45*	**2,14**	*0,79*	**2,10**	*0,96*	**143,83**	*85,26*

		Obèse	Homme	**61,38**	*22,05*	**2,72**	*0,80*	**3,25**	*1,24*	**269,00**	*175,28*
			Femme	**63,90**	*18,66*	**2,66**	*1,13*	**3,36**	*1,35*	**334,85**	*168,86*
			Total	**62,78**	*19,97*	**2,69**	*0,99*	**3,31**	*1,29*	**305,58**	*172,48*
		Total	Homme	**64,75**	*18,37*	**2,41**	*0,84*	**2,35**	*1,27*	**203,58**	*149,96*
			Femme	**64,48**	*15,55*	**2,39**	*1,01*	**2,97**	*1,22*	**235,63**	*161,24*
			Total	**64,61**	*16,83*	**2,40**	*0,93*	**2,68**	*1,27*	**220,45**	*155,80*
	SAA	Normo-pondéré	Homme	**56,86**	*8,70*	**2,11**	*0,99*	**1,52**	*0,68*	**111,95**	*81,17*
			Femme	**54,62**	*8,48*	**2,14**	*0,73*	**2,33**	*0,86*	**107,67**	*66,80*
			Total	**55,74**	*8,56*	**2,13**	*0,85*	**1,93**	*0,87*	**109,81**	*73,45*
		Obèse	Homme	**66,45**	*9,50*	**3,05**	*1,00*	**2,80**	*1,20*	**251,90**	*123,02*
			Femme	**59,86**	*10,00*	**2,77**	*0,97*	**3,50**	*0,96*	**306,36**	*151,30*
			Total	**63,00**	*10,21*	**2,90**	*0,98*	**3,17**	*1,12*	**280,43**	*139,63*
		Total	Homme	**61,54**	*10,21*	**2,59**	*1,09*	**2,15**	*1,15*	**180,22**	*124,50*
			Femme	**57,30**	*9,55*	**2,47**	*0,91*	**2,93**	*1,08*	**209,33**	*153,85*
			Total	**59,37**	*10,05*	**2,52**	*1,00*	**2,55**	*1,18*	**195,12**	*140,22*
	Contrôle	Normo-pondéré	Homme	**65,95**	*12,35*	**2,65**	*0,88*	**1,75**	*1,29*	**127,60**	*73,38*
			Femme	**69,45**	*20,60*	**2,15**	*0,88*	**2,60**	*1,23*	**162,55**	*91,79*
			Total	**67,70**	*16,86*	**2,40**	*0,90*	**2,18**	*1,32*	**145,08**	*83,91*
		Obèse	Homme	**65,06**	*12,25*	**2,53**	*0,72*	**2,59**	*1,00*	**222,41**	*91,09*
			Femme	**65,29**	*16,01*	**2,90**	*1,14*	**4,00**	*1,45*	**330,48**	*165,44*
			Total	**65,18**	*14,26*	**2,74**	*0,98*	**3,37**	*1,44*	**282,13**	*146,11*
		Total	Homme	**65,54**	*12,14*	**2,59**	*0,80*	**2,14**	*1,23*	**171,16**	*93,93*
			Femme	**67,32**	*18,28*	**2,54**	*1,07*	**3,32**	*1,51*	**248,56**	*157,83*
			Total	**66,47**	*15,60*	**2,56**	*0,95*	**2,76**	*1,50*	**211,85**	*136,30*
	Total	Normo-pondéré	Homme	**63,31**	*12,88*	**2,31**	*0,91*	**1,63**	*0,92*	**129,97**	*86,89*
			Femme	**62,90**	*15,65*	**2,14**	*0,79*	**2,50**	*1,01*	**135,08**	*77,31*
			Total	**63,11**	*14,28*	**2,22**	*0,85*	**2,07**	*1,06*	**132,52**	*81,94*
		Obèse	Homme	**64,47**	*14,96*	**2,78**	*0,87*	**2,87**	*1,16*	**247,60**	*131,53*
			Femme	**62,95**	*15,12*	**2,78**	*1,07*	**3,62**	*1,28*	**323,44**	*159,64*
			Total	**63,65**	*15,00*	**2,78**	*0,98*	**3,28**	*1,28*	**288,79**	*151,66*
		Total	Homme	**63,85**	*13,84*	**2,53**	*0,92*	**2,21**	*1,21*	**184,66**	*124,27*
			Femme	**62,93**	*15,32*	**2,46**	*0,99*	**3,07**	*1,28*	**230,78**	*157,16*
			Total	**63,37**	*14,61*	**2,50**	*0,96*	**2,66**	*1,32*	**208,69**	*143,93*

Légende :
« AA » signifie condition d'auto-affirmation. « SAA » signifie condition contrôle Zidane. « Contrôle » signifie condition sans auto-affirmation. « **M** » signifie moyenne. « *SD* » signifie écart-type.

Titre : Etude et compréhension des mécanismes d'auto dépréciation et d'auto-affirmation des personnes obèses

Résumé

Ce travail de thèse vise la compréhension des processus d'auto-dépréciation et d'auto-affirmation chez les personnes obèses. 209 personnes obèses et 920 personnes normo-pondérées ont participé à ce travail de thèse composé de six expérimentations. Pour ce faire, nous nous sommes d'abord penchés sur les représentations sociales liées à l'obésité et à la personne obèse, en fonction du contact intergroupe. Ensuite, nous avons construit et validé un outil de mesure du sentiment de rejet lié au poids (sentiment de stigmatisation). Pour finir, nous avons testé les effets d'une stratégie de coping, l'auto-affirmation (i.e., protocole de Napper, Harris et Epton, 2009), sur des mesures d'image de soi, chez une population normo-pondérée et obèse.

Ces études nous permettent de montrer, dans un premier temps, que lorsqu'il y a contact entre une personne obèse et une personne non obèse, la représentation sociale est plus empathique, qu'en absence de contact. Dans un deuxième temps, nous avons éprouvé la validité du questionnaire d'auto-stigmatisation (sensibilité, validité de contenu, fiabilité). Celui-ci permet de déterminer la fréquence de situations stigmatisantes vécues par l'individu, associée aux émotions ressenties lors de ces situations. Pour finir, nous mettons en évidence que la technique d'auto-affirmation, via le protocole de Napper, Harris et Epton, (2009), entraine des effets d'auto-centration et de comparaison sociale, susceptibles d'interférer dans le processus de valorisation de l'image de soi des personnes obèses. Notre travail permet de mettre en relief les processus identitaires personnels et sociaux engagés dans le traitement de la question de l'image des individus obèses. Nous proposons un cadre d'analyse des processus identitaires en jeu dans le cas du sentiment de rejet lié au poids.

Mots clefs : Auto-stigmatisation, Auto-affirmation, Représentation Sociale, Obésité

Title: Study and understanding of mechanisms of self depreciation and of self-affirmation of obese people

Abstract

The aims of this thesis are to understand the processes of self-depreciation and self-affirmation in obese people. 209 obese and 920 normal-weight people took part in this six experiment thesis. We first examined social representations related to obesity and obese people, according to intergroup contact. Then we developed and validated a weight related stigma feeling questionnaire. Finally, we tested coping strategies and self-affirmation effects (ie, protocol Napper, Epton and Harris, 2009), on self-image measures, in normal-weight and obese people.

Firstly, results show that when there is contact between an obese and a non-obese person, their social representation is more empathetic than without contact. Secondly, we tested the validity of the weight related stigma feeling questionnaire (sensitivity, content validity, reliability). This questionnaire determines individual stigmatizing experiences frequency associated with emotions experienced in those situations. Finally, we highlight that self-affirmation technique, through Napper, Harris and Epton's protocol (2009), causes self-centering and social comparison effects that could interfere in obese people's self-image enhancement process. Our work helps to emphasize the personal and social identity processes involved in treating obese people's image question. We propose an analysis framework of identity processes involved in weight related rejection feeling.

Key words: Self-stigma, self-affirmation, Social representation, Obesity