



HAL
open science

Le rôle de la stigmatisation dans la symptomatologie dépressive de femmes françaises en surpoids ou en situation d'obésité

Marion Juhel, Aurélie Goncalves, Christophe Martinez, Elodie Charbonnier

► To cite this version:

Marion Juhel, Aurélie Goncalves, Christophe Martinez, Elodie Charbonnier. Le rôle de la stigmatisation dans la symptomatologie dépressive de femmes françaises en surpoids ou en situation d'obésité. *European Review of Applied Psychology / Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 2021, 71 (2), pp.100646. 10.1016/j.erap.2021.100646 . hal-03207386

HAL Id: hal-03207386

<https://hal.science/hal-03207386v1>

Submitted on 27 May 2021

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

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

Article original

Le rôle de la stigmatisation dans la symptomatologie dépressive de femmes françaises en surpoids ou en situation d'obésité

The role of stigma on the depressive symptoms of French women with overweight or obesity

Marion Juhel^a, Aurélie Goncalves^b, Christophe Martinez^b, Elodie Charbonnier^{a,*}

^a Université de Nîmes – site Vauban, rue du Dr G. Salan, 30021 Nîmes cedex 1, France

^b Université de Nîmes, APSY-V, 30021 Nîmes cedex 1, France

Mots clés :

Obésité
Dépression
Stigmatisation intériorisée
Expériences stigmatisantes
Attribution causale

Keywords:

Obesity
Depression
Internalized stigma
Stigmatizing experiences
Causal attribution

R É S U M É

Introduction. – Malgré l'importante prévalence de la symptomatologie dépressive chez les femmes en surpoids ou en situation d'obésité, le rôle de la stigmatisation et des attributions causales dans l'expression de ces symptômes chez des femmes françaises a été jusqu'ici largement sous-exploré.

Objectif. – Cette recherche a pour objectif d'étudier le rôle de la stigmatisation intériorisée, des expériences stigmatisantes et de l'attribution causale dans l'intensité des symptômes dépressifs chez des femmes françaises en surpoids ou en situation d'obésité.

Méthode. – Ces quatre variables ont été mesurées auprès de 160 femmes françaises en surpoids ou en situation d'obésité.

Résultats. – Nos analyses mettent en évidence des corrélations positives entre expériences stigmatisantes, stigmatisation intériorisée et symptomatologie dépressive. Il est important de relever que les expériences stigmatisantes semblent jouer un rôle plus prépondérant que la stigmatisation intériorisée dans l'expression des symptômes dépressifs.

Conclusion. – Pour les femmes présentant une symptomatologie dépressive élevée, il apparaît essentiel d'intégrer à leurs prises en charge des interventions visant à réduire leur niveau de stigmatisation. En outre, dans une perspective préventive, il semble également primordial d'engager des campagnes en France visant à réduire la stigmatisation à l'encontre de cette population.

A B S T R A C T

Introduction. – Despite the high prevalence of depressive symptoms among women being overweight or having obesity, the role of stigma and causal attributions in the expression of these symptoms in French women has been largely under-explored to date.

Objective. – The aim of this research is to study the role of internalized stigmatization, stigmatizing experiences and causal attribution in the intensity of depressive symptoms in overweight and obese French women.

Method. – These four variables were measured in 160 French women being overweight or having obesity.

Results. – Our analyses highlight positive correlations between stigmatizing experiences, internalized stigmatization and depressive symptomatology. It is important to note that stigmatizing experiences seem to play a more preponderant role than internalized stigmatization in the expression of depressive symptoms.

Conclusion. – For women with significant depressive symptoms, it appears essential to integrate interventions aimed at reducing their level of stigma. Moreover, from a preventive perspective, it also seems essential to promote campaigns in France aimed at reducing the stigmatization in this population.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : elodie.charbonnier@unimes.fr (E. Charbonnier).

1. Introduction

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), plus d'1,9 milliard d'adultes dans le monde sont au moins en surpoids, c'est-à-dire ont un indice de masse corporelle (IMC) supérieur à 25 kg/m². Parmi eux, 650 millions sont en situation d'obésité (IMC supérieur à 30 kg/m²). Entre 1975 et 2016, le nombre de personnes en situation d'obésité a triplé dans le monde (OMS, 2018). Depuis les années 80, cette augmentation est particulièrement marquée dans les pays en voie de développement, même si elle s'observe également, dans une moindre mesure, dans les pays développés (Matta, Carette, Lange, & Czernichow, 2018). En France, entre 1997 et 2012, une augmentation globale de 76,4 % de l'obésité a été observée, touchant plus fortement les femmes que les hommes, avec une augmentation de 89,2 % pour les femmes et de 62,5 % pour les hommes (ObEpi & Roche, 2012). Il est important de noter que cette étude a également mis en évidence un ralentissement, après 2009, de la progression de l'obésité en France, s'exprimant par une absence d'augmentation significative entre 2009 et 2012. Les données épidémiologiques les plus récentes en France sont issues de l'étude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition (Esteban). Cette étude menée entre 2014 et 2016 fait état d'une prévalence du surpoids de 37,1 % chez les hommes et de 26,8 % chez les femmes, ainsi qu'une prévalence de l'obésité de 16,8 % chez les hommes et de 17,4 % chez les femmes (Équipe de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle, 2017).

Le surpoids et l'obésité sont aujourd'hui reconnus comme des problèmes majeurs de santé publique. Leurs effets délétères se manifestent notamment sur le plan physique par une augmentation du risque de présenter un diabète de type 2, de développer un cancer, d'avoir un accident vasculaire cérébral, ou encore d'avoir des problèmes d'hypertension (Hruby et al., 2016 ; Kopelman, 2007 ; Rankin et al., 2016). Par ailleurs, le risque de mortalité est globalement majoré par le poids (Global Burden of Disease 2015 Obesity Collaborators, 2017), bien que la surmortalité ne semble se retrouver que chez les personnes ayant un IMC élevé, c'est-à-dire supérieur à 30 kg/m² (Flegal, Graubard, Williamson, & Gail, 2005 ; Flegal, Kit, Orpana, & Graubard, 2013 ; Hansel et al., 2015). S'ajoutent aux conséquences sur la santé physique du surpoids et de l'obésité, les effets délétères sur la santé psychologique. L'expression de symptômes dépressifs est identifiée comme la problématique de santé mentale la plus étroitement liée à l'obésité, à la fois chez l'adulte (voir les deux méta-analyses suivantes : Abou Abbas, Salameh, Nasser, Nasser, & Godin, 2015 ; Luppino et al., 2010), ainsi que chez l'enfant et l'adolescent (voir la méta-analyse de Quek, Tam, Zhang, & Ho, 2017). Les études mettent en évidence que le lien entre l'IMC et les symptômes dépressifs semble s'exprimer essentiellement chez les femmes (Abou Abbas et al., 2015 ; Luppino et al., 2010). Différents facteurs peuvent participer à l'expression de symptômes dépressifs des personnes en surpoids ou en situation d'obésité, tels que les échecs répétés des tentatives de perte et de contrôle du poids (Ju et al., 2016), l'insatisfaction corporelle (Luppino et al., 2010), la faible estime de soi (Faith et al., 2011), ou encore l'environnement social (Wu, Moore, & Dube, 2018). Plusieurs études ont démontré que le regard négatif que la société porte sur ces personnes, et la stigmatisation dont elles sont victimes, peuvent également jouer un rôle central dans leur détresse psychologique (Annis, Cash, & Hrabosky, 2004 ; Sutin & Terracciano, 2016).

La stigmatisation est un processus de discréditation et d'exclusion conduisant à ce qu'un individu soit identifié comme anormal ou déviant en fonction d'une caractéristique donnée, et se retrouve alors réduit à cette caractéristique (Crocker & Major, 1989 ; Goffman, 1963). Les groupes d'individus qui ne respectent pas, ou qui dévient significativement d'une norme établie socialement en fonction de divers critères tels que la couleur de peau, le genre, ou

encore le poids, peuvent être stigmatisés (Stafford & Scott, 1986). Ainsi, la stigmatisation du poids est étroitement liée aux normes sociales relatives au corps et au poids, ces normes ayant fluctué au cours du temps. En effet, alors qu'au 19^e siècle les rondeurs étaient associées à des attributs positifs (par exemple la richesse), c'est aujourd'hui le cas de la minceur. Cependant, selon Fischler (1987), l'idéal de minceur et la dévalorisation du gras ne sont pas des phénomènes modernes. Ce serait plutôt la limite entre la maigreur et le surpoids qui aurait évolué au fil du temps, conduisant à un abaissement du seuil socialement défini de l'obésité. En outre, l'évolution des normes relatives au poids varie selon les pays. En effet, dans les années 80, dans certains pays comme le Niger (Popenoe, 2004), les corps gras étaient associés à des attributs positifs (beauté, générosité, fertilité). Cependant, selon Brewis, Wutich, Falletta-Cowden, et Rodriguez-Soto (2011), nous assistons actuellement à un processus d'homogénéisation des croyances, à une mondialisation de l'idéal de minceur et de la dévalorisation de la graisse et de l'obésité.

Les premières études rendant compte de la stigmatisation de l'obésité aux États-Unis datent des années 1960 (Cahnman, 1968). La stigmatisation du poids est définie comme la dévalorisation sociale et le dénigrement des personnes perçues comme ayant un excès de poids (Tomiyama, 2014). Elle s'exprime par des préjugés, des stéréotypes négatifs et de la discrimination envers les personnes en surcharge pondérale, ce qui les conduit à expérimenter diverses expériences stigmatisantes. Depuis les années 1990, de nombreuses études nord-américaines mettent en évidence que les personnes en surpoids ou en situation d'obésité sont victimes de multiples stéréotypes négatifs. Elles sont considérées comme des personnes paresseuses, faiblement attractives, manquant de discipline, fainéantes, ou encore ayant un faible niveau de compétences (Crandall, 1994 ; Lewis, Cash, Jacobi, & Bubb-Lewis, 1997 ; Puhl & Brownell, 2001, 2002 ; Teachman, Gapsinski, Brownell, Rawlins, & Jeyaram, 2003). Ces stéréotypes s'observent dès le plus jeune âge (Cramer & Steinwert, 1998 ; Wardle, Volz, & Golding, 1995). Les études réalisées sur des populations françaises sont beaucoup moins nombreuses, mais elles mettent également en évidence la présence de stéréotypes négatifs sur l'obésité (voir la thèse de Brelet, 2018). En outre, les personnes en surpoids ou en situation d'obésité font aussi l'objet de diverses discriminations, notamment dans le monde du travail, ce qui se manifeste par des écarts de salaire entre les personnes normo-pondérées et les personnes en situation d'obésité (Puhl & Brownell, 2006), ou encore par une plus faible probabilité d'être recrutées (Roehling, 1999). Elles font état de nombreuses expériences stigmatisantes et cela dans de multiples situations du quotidien (Haines, Hannan, Van Den Berg, Eisenberg, & Neumark-Sztainer, 2013). Aux États-Unis, 89 % des personnes en situation d'obésité rapportent avoir déjà fait l'objet de moqueries en lien avec leur poids, 56 % déclarent avoir vécu au moins un traitement injuste, et 43 % indiquent avoir été victimes de discrimination en lien avec leur surcharge pondérale (Himmelstein, Puhl, & Quinn, 2018). Les quelques données portant sur la population française font également état des diverses expériences stigmatisantes (par exemple moqueries, commentaires désagréables) rencontrées par les personnes en surcharge pondérale (Brelet, 2018 ; Rousseau, Barbe, & Chabrol, 2006). Il apparaît que la stigmatisation semble s'exprimer plus fortement à l'encontre des femmes (Almenara et al., 2017). En effet, si les femmes sont fortement discriminées à partir d'un IMC supérieur à 27 kg/m², ce n'est le cas que chez les hommes ayant un IMC supérieur à 35 kg/m² (Puhl, Andreyeva, & Brownell, 2008).

Les médias participent grandement à cette stigmatisation, notamment en valorisant la minceur et en véhiculant l'idée selon laquelle la modification du poids est sous le contrôle de l'individu et résulterait de ses efforts, ces éléments venant renforcer les stéréotypes concernant leur manque de volonté (Puhl, Schwartz, & Brownell, 2005). De même, les campagnes de prévention, bien

que désireuses de favoriser la promotion de la santé, peuvent également alimenter la stigmatisation, notamment en mettant l'accent sur le caractère contrôlable du poids (Peretti-Watel, 2011). Enfin, les messages et photos diffusés dans les réseaux sociaux tels que YouTube, Facebook, Twitter, ou encore Instagram, participent eux aussi à promouvoir un idéal de minceur. En effet, ils contiennent régulièrement des contenus négatifs sur les personnes en surcharge pondérale (pour plus de détails, voir la revue systématique de la littérature de Wanniarachchi, Mathrani, Susnjak, & Scogings, 2020). Des images de personnes en surpoids ou en situation d'obésité se livrant à des comportements stéréotypés (par exemple présenter une personne en surcharge pondérale mangeant une grande quantité d'aliments gras sur son canapé) sont largement diffusées sur Instagram, et sont souvent associées à des propos dégradants (Webb, Vinoski, Bonar, Davies, & Etzel, 2017). Ces images participent à la fois à l'humiliation de ces personnes ainsi qu'à l'exacerbation des stéréotypes.

La stigmatisation n'est pas sans conséquence chez les individus qui en sont victimes. Elle est étroitement liée aux comportements alimentaires, et plus particulièrement aux troubles du comportement alimentaire (TCA). En effet, un lien positif a été mis en évidence entre la stigmatisation, la réduction des prises alimentaires (Neumark-Sztainer et al., 2002), et les accès hyperphagiques (Friedman, Ashmore, & Applegate, 2008). Par ailleurs, Puhl et Brownell (2006) ont mis en évidence que le fait de manger plus de nourriture serait une stratégie fréquemment utilisée par les personnes en surpoids pour faire face aux expériences stigmatisantes. La stigmatisation est également fortement associée à une importante détresse psychologique, et plus spécifiquement à des symptômes dépressifs élevés. Une étude menée auprès de 22 231 personnes habitant aux États-Unis montre que ceux qui estiment avoir été victimes de discrimination sur la base de leur poids sont 2,5 fois plus susceptibles de présenter des symptômes anxieux et dépressifs que ceux qui ne perçoivent pas de discrimination (Hatzenbuehler, Keyes, & Hasin, 2009). En outre, plus les sources de stigmatisation identifiées par l'individu sont importantes, plus les symptômes dépressifs sont intenses (Sutin & Terracciano, 2016). Dans la même lignée, les personnes en situation d'obésité et souffrant de dépression font l'objet de plus de stigmatisation que les personnes remplissant uniquement l'une de ces deux conditions (Luck-Sikorski, Schomerus, Jochum, & Riedel-Heller, 2018). Les liens entre stigmatisation et symptômes dépressifs ont également été mis en évidence dans deux études réalisées auprès d'une population française (Brelet, 2018 ; Rousseau et al., 2006).

Ces expériences stigmatisantes peuvent également favoriser la stigmatisation intériorisée, c'est-à-dire l'internalisation et l'adhésion au discours social sur le poids, ainsi qu'aux stéréotypes qui y sont associés. En effet, le fait de percevoir que l'on est victime de stigmatisation peut venir favoriser la prise de conscience du stigmata, et la répétition de ce type d'expérience peut amener certains individus à s'appropriier les stéréotypes dont ils sont victimes, et à y adhérer (Lillis, Luoma, Levin, & Hayes, 2010 ; Link & Phelan, 2001). Les individus qui présentent un haut niveau de stigmatisation intériorisée vont alors s'inscrire en accord avec les stéréotypes sur le poids et se définir en fonction de ces derniers (Durso & Latner, 2008 ; Lillis et al., 2010). Cela va se manifester par une forte dévalorisation de soi, de la culpabilité, un haut sentiment de responsabilité, et une honte, voire une haine de son corps (Carels et al., 2013 ; Durso & Latner, 2008 ; Pearl, Puhl, & Dovidio, 2015 ; Tylka et al., 2014). Autrement dit, les personnes ayant une stigmatisation intériorisée élevée vont personnaliser et s'approprier l'évaluation négative de leur poids faite par les autres, et vont à leur tour s'évaluer négativement (Durso & Latner, 2008 ; Tylka et al., 2014). Selon Lillis et al. (2010), la stigmatisation intériorisée inclurait à la fois la dévalorisation de soi et la peur de la stigmatisation. Tout comme les expériences stigmatisantes, la stigmatisation intériorisée est

associée à une détérioration de la santé mentale. Plus spécifiquement, un niveau élevé de stigmatisation intériorisée est lié à une faible estime de soi, à une faible satisfaction corporelle, à des TCA, à des préoccupations plus importantes concernant l'alimentation et le poids, ainsi qu'à des symptômes dépressifs plus marqués (Durso & Latner, 2008 ; Durso, Latner, & Hayashi, 2012 ; Friedman et al., 2005 ; Lillis et al., 2010 ; Puhl, Heuer, & Brownell, 2010 ; Wirth, Blake, Hébert, Sui, & Blair, 2014).

Selon la théorie de l'attribution, un élément central du processus de stigmatisation serait l'attribution causale du stigmata (Rush, 1998 ; Weiner, Perry, & Magnusson, 1988). Les individus ayant des stigmates dont l'origine est perçue comme contrôlable (par exemple l'obésité, la consommation de substances) sont les plus fortement stigmatisés. Cela s'exprime notamment par le fait que les individus issus de la population générale ressentent à leur égard plus de colère, et moins de sympathie et de désir d'aide (Menec & Perry, 1998 ; Weiner et al., 1988). À l'inverse, la stigmatisation à l'encontre des personnes présentant des stigmates perçus comme non contrôlables (par exemple le sexe, la couleur de peau, ou encore l'ethnie) est moins importante. Il est communément considéré que les personnes en situation d'obésité sont jugées comme étant responsables de leur poids (Brown, Stride, Psarou, Brewins, & Thompson, 2007 ; Oliver & Lee, 2005 ; Puhl et Brownell, 2001 ; Puhl & Suh, 2015), ce qui vient alimenter les attitudes négatives et les comportements discriminatoires à leur égard (Crandall, 1994 ; Crandall & Cohen, 1994). Concernant les personnes en situation d'obésité, Pearl et Lebowitz (2014) ont mis en évidence qu'elles pouvaient présenter trois types d'attributions causales de leur poids. La plus répandue est la responsabilité personnelle. Elle est centrée sur l'idée que l'individu serait le seul responsable de son poids. Les variations de poids sont alors considérées comme étant sous le contrôle de l'individu, et la surcharge pondérale mise en lien avec un manque de volonté, une mauvaise alimentation, ou encore une trop grande paresse. Chez les personnes en situation d'obésité, ce mode d'attribution est positivement associé à la tendance à se blâmer pour son poids, à la stigmatisation intériorisée et à la peur de grossir. L'attribution biologique suggère quant à elle que le poids serait dépendant du fonctionnement biologique de l'individu. Ainsi, des facteurs génétiques, neurologiques ou encore hormonaux seraient impliqués, et le poids ne serait pas sous le contrôle de l'individu. Chez les personnes en situation d'obésité, ce mode d'attribution est négativement associé au blâme de soi concernant son poids, mais également au sentiment d'auto-efficacité. Enfin, l'attribution environnementale consiste à expliquer le poids par des facteurs sociétaux tels que la grande disponibilité de la « malbouffe », la publicité incitative pour ce type d'alimentation, ou encore une mauvaise éducation nutritionnelle à l'école. Il est important de noter que ce mode d'attribution est celui qui est le moins rapporté par les personnes en situation d'obésité.

En résumé, de nombreuses revues de la littérature et méta-analyses ont mis en évidence les niveaux élevés de symptômes dépressifs chez les personnes en surpoids ou en situation d'obésité, et cela plus particulièrement chez les femmes (Faith et al., 2011 ; Ju et al., 2016 ; Luppino et al., 2010 ; Quek et al., 2017). Dans la littérature nord-américaine, deux facteurs de risques impliqués dans cette symptomatologie dépressive apparaissent être particulièrement importants, et spécifiques à cette population, ce sont les expériences stigmatisantes (Annis et al., 2004 ; Sutin & Terracciano, 2016) et la stigmatisation intériorisée (Durso & Latner, 2008 ; Friedman et al., 2005 ; Lillis et al., 2010 ; Puhl et al., 2010). Cependant, nous manquons de données issues d'études françaises sur le sujet. La confirmation ou non de ces liens en France apparaît d'autant plus essentielle que l'obésité en France n'est pas comparable à celle des États-Unis, que ce soit par sa prévalence, son évolution au cours du temps, ou encore sa répartition par âge et par sexe (Regnier, 2006). En revanche, ces deux pays ont comme

Tableau 1

Répartition des participantes en fonction des différentes catégories de l'IMC (effectifs et pourcentages).

	Effectifs	Pourcentages (%)
Surpoids (25 < IMC < 29,9)	32	20
Obésité modérée (30 < IMC < 34,9)	45	28
Obésité sévère (35 < IMC < 39,9)	36	22,5
Obésité morbide (IMC > 40)	47	29,5

point commun la valorisation de la minceur rendant propice le développement de la stigmatisation à l'encontre des personnes en surcharge pondérale. En outre, alors que l'attribution causale est identifiée comme un élément central du processus de stigmatisation (Rush, 1998 ; Weiner et al., 1988), les liens entre attributions causales du poids et symptômes dépressifs n'ont jamais été explorés. Par conséquent, notre recherche se propose de venir pallier ces deux manques de la littérature en explorant le rôle de la stigmatisation intériorisée, des expériences stigmatisantes, et de l'attribution causale, dans l'expression de symptômes dépressifs chez des personnes françaises en surpoids ou en situation d'obésité. Étant donné que les femmes sont plus stigmatisées, et que les liens entre stigmatisation et symptômes dépressifs s'expriment plus fortement chez elles (Abou Abbas et al., 2015 ; Luppino et al., 2010), notre étude se propose d'étudier ces liens spécifiquement chez les femmes. En nous basant sur les résultats issus d'études nord-américaines, nous nous attendons à ce que chez les femmes françaises en surpoids ou en situation d'obésité, la stigmatisation intériorisée, ainsi que le nombre d'expériences stigmatisantes, soient positivement corrélés à leur niveau de responsabilité personnelle de leur poids. De même, nous nous attendons à observer une corrélation positive entre la stigmatisation intériorisée, le nombre d'expériences stigmatisantes, et la symptomatologie dépressive. Enfin, de manière plus exploratoire, nous nous attendons à ce que la symptomatologie dépressive soit positivement corrélée à la responsabilité personnelle du poids. Cette dernière hypothèse se basant sur les études montrant, d'une part, des liens positifs entre stigmatisation et responsabilité personnelle du poids, et, d'autre part, des liens positifs entre stigmatisation et symptômes dépressifs.

2. Méthode

2.1. Participantes et procédure

Notre échantillon est composé de 160 femmes ($m_{\text{âge}} = 43,3$ ans $\pm 12,2$ ans ; 19–72 ans). Parmi elles, 113 sont en couple, pacées ou mariées, 47 autres sont célibataires, et 69 ont réalisé une opération visant à perdre du poids. Deux critères d'exclusion ont été retenus : avoir un IMC strictement inférieur à 25 kg/m², et être de sexe masculin. Notre inclusion s'est limitée aux femmes car elles sont identifiées comme particulièrement vulnérables à nos principales variables d'intérêt (Abou Abbas et al., 2015 ; Almenara et al., 2017 ; Luppino et al., 2010 ; Puhl et al., 2008). L'IMC de nos participantes est compris entre 25,6 et 72 kg/m² ($m_{\text{IMC}} = 36,8$ kg/m² ± 8 kg/m² ; $m_{\text{taille}} = 164,8$ cm $\pm 6,0$ cm ; $m_{\text{poids}} = 100$ kg $\pm 23,5$ kg). La répartition de nos participantes en fonction des différentes catégories de l'IMC est présentée dans le **Tableau 1**.

Les participantes ont été recrutées au sein d'associations françaises qui proposent du soutien, de l'entraide et de l'information autour des problématiques liées à l'obésité. Ces associations ont été identifiées grâce aux listes d'associations disponibles sur le site de la Ligue contre l'Obésité et celui du G.R.O.S. (Groupe de Réflexion sur l'Obésité et le Surpoids). Au total, une trentaine d'associations ont été contactées sur toute la France métropolitaine. Ce mode de recrutement a été utilisé dans le but

d'optimiser la probabilité de recruter des personnes répondant à notre principal critère d'inclusion, à savoir avoir un IMC supérieur à 25 kg/m². Les passations ont toutes été réalisées en ligne. Toutes les participantes ont reçu une notice d'information et ont signé un formulaire de consentement avant de répondre au questionnaire. L'ordre de présentation des échelles était identique pour toutes les participantes et il s'organisait de la manière suivante : mesure des expériences stigmatisantes vécues, de la stigmatisation intériorisée, de la symptomatologie dépressive, de l'attribution causale, et la dernière page était dédiée à des questions sociodémographiques. À la fin du protocole, une information concernant les ressources disponibles en cas de difficultés psychologiques a été délivrée.

2.2. Mesures réalisées

2.2.1. Les expériences stigmatisantes liées au poids

Les expériences stigmatisantes en lien avec son poids ont été évaluées à l'aide d'une traduction française de la *Stigmatizing Situation Inventory – Brief* (SSI-B ; Vartanian, 2015). L'échelle a fait l'objet d'une traduction (de l'anglais au français) – contre traduction (du français à l'anglais), par deux chercheurs et un angliciste (pour le détail de la correspondance anglais-français, voir **Annexe 1**). Cette échelle comprend 10 items, avec des modalités de réponse allant de 0 (*Jamais*) à 9 (*Quotidiennement*). Le score total est compris entre 0 et 90. Plus le score est élevé, plus les individus déclarent avoir vécu des expériences stigmatisantes en lien avec leur poids. Dans notre étude, l'indice de cohérence interne de cette échelle est satisfaisant ($\alpha = 0,90$).

2.2.2. La stigmatisation intériorisée

La stigmatisation intériorisée a été évaluée avec la version française (Maïano, Aimé, Lepage, Morin, & ASPQ Team, 2017) du *Weight Self Stigma Questionnaire* (WSSQ ; Lillis et al., 2010). Cette échelle en 12 items, dont les modalités de réponse vont de 1 (*complètement en désaccord*) à 5 (*entièrement d'accord*), permet de calculer un score total de stigmatisation intériorisée en lien avec son poids. Le score total est compris entre 12 et 60. Plus le score est élevé, plus la personne adhère aux stigmates liés à son poids. Cette échelle se divise en deux sous-dimensions. La dimension *dévalorisation de soi* qui évalue l'autodépréciation et la honte liée au poids de l'individu (par exemple : *je suis en surpoids parce que je suis faible*) ; la dimension *crainte d'être stigmatisée* qui mesure la crainte d'être la cible de stigmatisation et de discrimination en lien avec son poids (par exemple : *les autres ont honte de se tenir près de moi à cause de mon poids*). Dans notre étude, l'indice de cohérence interne de cette échelle est satisfaisant ($\alpha = 0,87$).

2.2.3. La symptomatologie dépressive

La symptomatologie dépressive a été mesurée avec la version française (Morin et al., 2011) de la *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* (CES-D ; Radloff, 1977). Cette échelle est composée de 20 items (par exemple : *j'ai pensé que ma vie était un échec ; j'ai eu des crises de larmes*), dont les modalités de réponse vont de 0 (*jamais*) à 3 (*tout le temps*). Le score total est compris entre 0 et 60. Plus le score est élevé, plus l'individu présente une symptomatologie dépressive sévère. Dans notre étude, l'indice de cohérence interne de cette échelle est satisfaisant ($\alpha = 0,78$).

2.2.4. L'attribution causale du poids

L'attribution causale du poids a été mesurée avec la version française (Prado-Netto et al., 2006) de la *Weight Locus of Control* (WLOC ; Saltzer, 1982). Cette échelle est composée de 4 items avec des modalités de réponse allant de 1 (*totalemment en désaccord*) à 6 (*totalemment d'accord*). Dans notre échantillon, la cohérence interne de cette échelle est particulièrement faible ($\alpha = 0,26$) et cela même en scindant les items orientés vers une attribution

externe ($\alpha = 0,22$), et les items orientés vers une attribution interne ($\alpha = 0,54$). Un indice faible a également été retrouvé lors de la validation française de cette échelle ($\alpha = 0,41$), ce que les auteurs ont mis en lien avec le faible nombre d'items de l'échelle. Initialement, cet outil a été privilégié dans cette étude car il est, à notre connaissance, le seul outil validé en langue française évaluant l'attribution causale du poids. Cependant, au vu de sa bien trop faible cohérence interne dans notre population, il nous a semblé plus prudent de considérer les items de cette échelle de manière indépendante. En d'autres termes, plutôt que d'évaluer un score d'attribution, nous avons évalué le degré d'adhésion de nos participantes à 4 propositions (correspondant aux 4 items de l'échelle), avec des modalités de réponse allant de 1 (*totalemment en désaccord*) à 6 (*totalemment d'accord*). Les 4 propositions sont les suivantes : 1. Si je gagne, perds ou maintiens mon poids, c'est décidé entièrement par moi-même ; 2. Avoir le bon poids est principalement une question de chance ; 3. Mes intentions ne changeront en rien le fait que je gagne, perde ou reste au même poids dans le futur proche ; 4. Si je mange sainement, que je pratique assez d'activité physique et que je me repose, je peux contrôler mon poids comme je le souhaite.

2.3. Analyses statistiques

En premier lieu, des corrélations partielles ont été réalisées pour examiner les liens entre nos différentes variables, à savoir la symptomatologie dépressive, les expériences stigmatisantes, la stigmatisation intériorisée, et leur degré d'accord aux différentes attributions causales du poids proposées, et cela en contrôlant l'âge. L'âge a été contrôlé car ce dernier était faiblement associé à nos principales variables d'intérêt. En second lieu, afin d'identifier le rôle de chacune de ces variables sur la symptomatologie dépressive de nos participantes, une analyse de régression pas à pas a été réalisée à titre exploratoire. Cette méthode d'analyse a été privilégiée afin de faire émerger les différents modèles explicatifs de la variance des symptômes dépressifs, en intégrant l'attribution causale du poids et la stigmatisation. Premièrement, toutes les variables qui étaient corrélées à la symptomatologie dépressive ont été incluses dans notre analyse de régression. Deuxièmement, différents modèles ont été proposés, intégrant les prédicteurs les plus significatifs, et excluant les autres. Ces analyses ont toutes été réalisées avec le logiciel SPSS (version 24.0 ; IBM Inc., Chicago, IL, USA).

3. Résultats

Conformément à nos hypothèses, nos analyses corrélationnelles montrent que les expériences stigmatisantes et la stigmatisation intériorisée sont corrélées positivement à la symptomatologie dépressive (voir [Tableau 2](#)). Autrement dit, plus ces femmes en surpoids ou en situation d'obésité présentent des symptômes dépressifs élevés, plus elles rapportent avoir vécu des expériences stigmatisantes en lien avec leur poids, et plus elles ont intériorisé les messages stigmatisants dont elles ont fait l'objet. De même, les expériences stigmatisantes et la stigmatisation intériorisée sont corrélées positivement entre elles. Concernant les liens entre stigmatisation et attribution du poids, les expériences stigmatisantes sont faiblement corrélées négativement à la proposition : *si je gagne, perds ou maintiens mon poids, c'est décidé entièrement par moi-même*. Cela signifie que plus les participantes font état d'expériences stigmatisantes, et moins elles considèrent que si elles prennent ou perdent du poids cela est lié à leur volonté. Ce résultat est contraire à notre hypothèse supposant un lien positif entre responsabilité personnelle et stigmatisation. La stigmatisation intériorisée est quant à elle faiblement corrélée négativement au score de la proposition : *mes intentions ne changeront en rien le fait que je gagne, perde ou*

reste au même poids dans le futur proche. Autrement dit, plus les participantes ont intériorisé des informations négatives sur le poids, plus elles pensent que leurs intentions peuvent avoir un impact sur leur poids futur. Ce résultat va cette fois-ci dans le sens de notre hypothèse supposant un lien positif entre responsabilité personnelle et stigmatisation intériorisée. Enfin, concernant les liens entre symptômes dépressifs et attributions causales, nos résultats mettent en évidence une corrélation positive entre la symptomatologie dépressive et le score à la proposition : *avoir le bon poids est principalement une question de chance*. En outre, il est utile de préciser que nos analyses mettent en évidence que l'IMC n'est lié à aucune de nos variables d'intérêts, si ce n'est une faible corrélation positive avec la stigmatisation perçue.

Afin d'identifier le rôle de chacune de ces variables sur la symptomatologie dépressive de nos participantes, une analyse de régression pas à pas a été réalisée à titre exploratoire. En premier lieu, toutes les variables corrélées significativement à la symptomatologie dépressive ont été incluses dans cette analyse de régression à savoir : les expériences stigmatisantes, la stigmatisation intériorisée (et plus particulièrement la sous échelle *peur de la stigmatisation*), leur degré de croyance quant au fait que leur poids est principalement lié à la chance, ainsi que l'âge. Cette analyse de régression pas à pas fait apparaître trois modèles qui sont présentés dans le [Tableau 3](#). Le premier modèle présente les expériences stigmatisantes ($\beta = 0,39$; $p = 0,0001$) comme seul prédicteur significatif de la symptomatologie dépressive et explique près de 16 % de sa variance (voir [Modèle 1 Tableau 3](#)). Dans ce premier modèle, la stigmatisation intériorisée, l'attribution du poids liée à la chance, et l'âge, ont été exclus. Le second modèle intègre quant à lui deux prédicteurs de la symptomatologie dépressive que sont les expériences stigmatisantes ($\beta = 0,37$; $p = 0,0001$) et l'attribution du poids à la chance ($\beta = 0,20$; $p = 0,006$). Ces deux variables expliquent près de 20 % de la variance de la symptomatologie dépressive (voir [Modèle 2 Tableau 3](#)). Dans ce second modèle, la stigmatisation intériorisée et l'âge ont été exclus. Enfin, le troisième modèle propose quant à lui trois prédicteurs que sont les expériences stigmatisantes ($\beta = 0,29$; $p = 0,001$), l'attribution du poids liée à la chance ($\beta = 0,20$; $p = 0,006$) et la sous-dimension *peur de la stigmatisation* de la stigmatisation intériorisée ($\beta = 0,18$; $p = 0,025$). Tous trois expliquent près de 22 % de la variance de la symptomatologie dépressive (voir [Modèle 3 Tableau 3](#)). Dans ce dernier modèle, seul l'âge a été exclu.

4. Discussion

Malgré la prévalence élevée de symptômes dépressifs chez les femmes françaises en surpoids ou en situation d'obésité, les processus spécifiques impliqués dans cette symptomatologie restent à ce jour faiblement explorés. Des études nord-américaines ([Annis et al., 2004](#) ; [Durso & Latner, 2008](#) ; [Friedman et al., 2005](#) ; [Hatzenbuehler et al., 2009](#) ; [Lillis et al., 2010](#) ; [Puhl et al., 2010](#) ; [Sutin & Terracciano, 2016](#)) ont mis en exergue le rôle central de la stigmatisation intériorisée et des expériences stigmatisantes dans l'expression de ces symptômes, mais ces associations ont été très peu étudiées en France ([Brelet, 2018](#) ; [Rousseau et al., 2006](#)). En outre, alors que l'attribution causale est identifiée comme un élément central du processus de stigmatisation ([Rush, 1998](#) ; [Weiner et al., 1988](#)), les liens entre attributions causales et symptômes dépressifs chez les femmes en surpoids ou en situation d'obésité n'ont jamais été explorés. Par conséquent, notre recherche se propose d'étudier le rôle de la stigmatisation intériorisée, des expériences stigmatisantes, et de l'attribution causale, dans l'expression de symptômes dépressifs chez des femmes françaises en surpoids ou en situation d'obésité.

Dans la présente étude, il apparaît que la stigmatisation intériorisée est positivement associée à la symptomatologie dépressive,

Tableau 2

Corrélations partielles en contrôlant l'âge entre nos variables d'intérêt et statistiques descriptives.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Symptômes dépressifs									
2. Expériences stigmatisantes	0,36***								
3. Stigmatisation intériorisée	0,25**	0,36***							
4. Dévalorisation de soi	0,14	0,21**	0,90***						
5. Peur de la stigmatisation	0,30***	0,43***	0,89***	0,60***					
6. Attribution causale-Proposition 1	-0,11	-0,17*	0,01	0,09	-0,07				
7. Attribution causale-Proposition 2	0,25**	0,12	0,10	0,12	0,07	-0,04			
8. Attribution causale-Proposition 3	-0,12	-0,03	-0,17*	-0,16*	-0,14	0,02	0,13		
9. Attribution causale-Proposition 4	-0,08	-0,09	0,01	0,10	-0,08	-0,36***	-0,02	0,03	
10. IMC	0,11	0,16*	0,13	0,13	0,11	-0,13	0,08	0,02	-0,05
Moyenne (écart-type)	26,89 (11,99)	25,24 (17,80)	37,40 (8,70)	18,32 (4,95)	19,08 (4,76)	4,42 (1,60)	2,91 (1,55)	3,50 (1,66)	3,72 (1,62)
Min-max	1-59	0-80	12-48	6-24	6-24	1-6	1-6	1-6	1-6

Note 1 : * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$. Note 2 : attribution causale – proposition 1 : si je gagne, perds ou maintien mon poids, c'est décidé entièrement par moi-même ; attribution causale – proposition 2 : avoir le bon poids est principalement une question de chance ; attribution causale – proposition 3 : mes intentions ne changeront en rien le fait que je gagne, perde ou reste au même poids dans le futur proche ; attribution causale – proposition 4 : si je mange sainement, que je pratique assez d'activité physique et que je me repose, je peux contrôler mon poids comme je le souhaite.

Tableau 3

Analyse de régression pas à pas prédisant les symptômes dépressifs.

	β	t	p	95 %CI	F	ΔF	R^2	ΔR^2	p
Modèle 1					28,97	28,97	0,16	0,16	0,0001
Expériences stigmatisantes	0,39	5,38	0,0001	[0,17-0,36]					
Modèle 2					18,97	7,74	0,20	0,04	0,0001
Expériences stigmatisantes	0,37	5,11	0,0001	[0,15-0,35]					
Attribution causale – proposition 2	0,20	2,78	0,006	[0,45-2,66]					
Modèle 3					14,68	5,11	0,22	0,03	0,0001
Expériences stigmatisantes	0,29	3,60	0,001	[0,09-0,30]					
Attribution causale – proposition 2	0,20	2,78	0,006	[0,44-2,62]					
Stigmatisation intériorisée – peur de la stigmatisation	0,18	2,26	0,025	[0,06-0,85]					

Note : les variables exclues dans le modèle 1 sont les suivantes : attribution causale – proposition 2 ; stigmatisation intériorisée – peur de la stigmatisation ; l'âge. Note 2 : les variables exclues dans le modèle 2 sont les suivantes : stigmatisation intériorisée – peur de la stigmatisation ; l'âge. Note 3 : la variable exclue dans le modèle 3 est la suivante : l'âge.

conformément à la littérature internationale sur le sujet (Durso & Latner, 2008 ; Friedman et al., 2005 ; Lillis et al., 2010 ; Puhl et al., 2010). Les personnes ayant un niveau élevé de stigmatisation intériorisée souscrivent aux stéréotypes négatifs liés à leur poids (Hilbert, Braehler, Haeuser, & Zenger, 2014 ; Schvey, Roberto, & White, 2013), et notamment concernant leur faible attractivité, leur paresse, leur fainéantise, leur incapacité à perdre du poids, leur manque de volonté et leur manque de compétence de manière générale (Cramer & Steinwert, 1998 ; Crandall, 1994 ; Lewis et al., 1997 ; Puhl & Brownell, 2001, 2002). L'intériorisation de ces étiquettes négatives peut venir participer à l'émergence de pensées dysfonctionnelles rendant compte d'une vision négative de soi (par exemple : *je suis une personne incompétente, incapable de contrôler mon poids*), du monde (par exemple : *les gens qui ne sont pas en surpoids ne me comprennent pas et me rejettent*), et de l'avenir (par exemple : *je ne m'en sortirai jamais, je serai toujours en surpoids, et cela me gênera toujours la vie*). Ces pensées dysfonctionnelles sont toutes trois identifiées comme centrales dans le modèle cognitif de la dépression (Beck, 1991, 2005). En outre, le lien entre

symptômes dépressifs et stigmatisation intériorisée peut également être compris en fonction du niveau de soutien social. En effet, une stigmatisation intériorisée élevée est liée à un faible soutien social (Carels et al., 2013 ; Durso & Latner, 2008 ; Pearl et al., 2015 ; Tylka et al., 2014). Or un faible soutien social est fortement associé à des symptômes dépressifs élevés (Cohen & Wills, 1985 ; Lakey & Cronin, 2008 ; Wade & Kendler, 2000). En somme, les liens entre la stigmatisation intériorisée et symptômes dépressifs peuvent être interprétés comme la possible résultante de facteurs cognitifs et sociaux. Cette hypothèse s'inscrit en cohérence avec les résultats de l'étude de Cormier, Jourda, Laros, Walburg, et Callahan (2011) mettant en évidence que les deux schémas les plus marqués chez les personnes atteintes de troubles dépressifs sont ceux appartenant au domaine des relations interpersonnelles (par exemple : schéma d'abandon, d'isolement social et d'exclusion sociale), et au domaine relatif à la compétence personnelle (par exemple : schéma d'échec, de dépendance et d'incompétence).

Nos résultats mettent également en évidence que les expériences stigmatisantes sont liées positivement à la

symptomatologie dépressive. Ce lien peut être expliqué par le fait que ces expériences constituent d'importantes sources de stress (Tomiyama, 2014 ; Wu & Berry, 2018), qui touchent de multiples domaines de vie, et qui sont stables dans le temps (Haines et al., 2013). Selon Tomiyama (2014), le stress chronique généré par la multiplication des expériences stigmatisantes peut augmenter le risque de développer des troubles émotionnels, et par voie de conséquence, le risque de présenter des symptômes dépressifs. En outre, la relation entre expériences stigmatisantes et symptômes dépressifs peut également être comprise à partir du modèle comportemental de la dépression proposé par Seligman (1975). Ce dernier défend l'idée que l'exposition à des événements aversifs incontrôlables (par exemple les comportements discriminatoires liés à son poids), constituerait un élément essentiel de la dépression. Il précise que la multiplication de ces expériences favoriserait un fort sentiment d'impuissance apprise, ce qui constituerait un processus central dans la dépression, notamment dans le déficit comportemental (par exemple la passivité), et l'expression émotionnelle (par exemple le désespoir, la tristesse) des individus atteints de ce trouble.

Nos résultats montrent aussi un lien positif entre une attribution causale du poids centrée sur la chance et la symptomatologie dépressive. Cela s'inscrit en cohérence avec l'étude menée par Bonetti et al. (2001) qui montre que les attributions de santé liées à la chance sont associées à une santé mentale et physique altérée. Ce lien pourrait s'expliquer par la contrôlabilité perçue du poids. En effet, plus un individu considère que son poids est lié à la chance, et moins il considèrera avoir de contrôle dessus. Or, moins les individus jugent avoir de contrôle sur leur vie, plus ils ont de risque de présenter des symptômes dépressifs (Beck, 1974 ; Singh & Misra, 2009). Cependant, il est important de relever que notre étude ne permet pas de fournir de réelles conclusions sur l'attribution causale du poids au vu des faiblesses méthodologiques de l'outil utilisé pour la mesurer. Cet aspect sera plus explicité dans la partie consacrée aux limites de cette recherche.

Enfin, nos analyses de régression mettent en évidence que, les expériences stigmatisantes, la stigmatisation intériorisée, et plus particulièrement la peur de la stigmatisation, et le fait de considérer que son poids est lié à la chance, prédisent positivement et de manière indépendante la variance de la symptomatologie dépressive des femmes en surpoids ou en situation d'obésité. En d'autres termes, elles jouent toutes trois un rôle dans l'intensité des symptômes dépressifs de ces femmes, et peuvent donc constituer trois axes de prise en charge et de prévention dissociés, à privilégier pour réduire et/ou prévenir les symptômes dépressifs dans cette population. En outre, nous avons également mis en évidence que c'est la multiplication des expériences stigmatisantes qui joue un rôle prépondérant dans l'intensité des symptômes dépressifs. Cela peut s'expliquer par le fait que les expériences stigmatisantes constituent un stress chronique (Tomiyama, 2014 ; Wu & Berry, 2018). Ces résultats conduisent à penser qu'un travail portant sur la manière dont ces femmes vivent et s'ajustent à ces expériences stigmatisantes est à privilégier en première intention.

D'un point de vue appliqué, nos résultats mettent en lumière la nécessité de mener des actions visant à réduire la stigmatisation, et cela notamment afin de favoriser la diminution des symptômes dépressifs chez les femmes en surpoids ou en situation d'obésité. Concernant les expériences stigmatisantes, celles-ci sont généralement considérées comme étant la résultante directe de la stigmatisation sociale, c'est-à-dire des stéréotypes, préjugés et discriminations des personnes normo-pondérées à l'égard des personnes en surpoids ou en situation d'obésité. Pour réduire la stigmatisation sociale, les campagnes de prévention et d'information à visée éducative centrées sur le poids et la stigmatisation du poids semblent être les plus indiquées (Bell & Morgan, 2000 ; Gapinski, Schwartz, & Brownell, 2006 ; Teachman et al.,

2003). La présence d'une stigmatisation du poids en France peut en partie s'expliquer par le fait que les campagnes centrées sur la stigmatisation du poids ont été très minoritaires, alors que celles portant sur la prévention du surpoids ont été très largement diffusées. Pourtant, il a été mis en évidence qu'elles pouvaient renforcer la stigmatisation du poids, notamment en mettant l'accent sur son caractère contrôlable (Peretti-Watel, 2011). Pour réduire la stigmatisation intériorisée, les interventions cognitives centrées sur la remise en question des stéréotypes sur le poids (Carels et al., 2013) apparaissent être les plus indiquées, en association avec des interventions émotionnelles, telles que la pratique de la pleine conscience et de la thérapie d'acceptation et d'engagement (Levin, Potts, Haeger, & Lillis, 2018 ; Lillis, Hayes, Bunting, & Masuda, 2009).

En outre, au-delà de la question de la symptomatologie dépressive, la réduction de la stigmatisation nous apparaît être un enjeu fondamental dans la perte de poids. À ce jour, le *Standard behavioral treatment* est considéré comme un des programmes les plus efficaces pour perdre du poids (Franz et al., 2007 ; Jensen et al., 2014 ; Shaw, O'Rourke, Del Mar, & Kenardy, 2005). Ce traitement se centre essentiellement sur la motivation et la modification des comportements, en intégrant des interventions portant sur l'activité physique, la sédentarité et l'alimentation, ainsi que des interventions cognitives, notamment sur les pensées dysfonctionnelles (Butryn, Webb, & Wadden, 2011) ; Foster, Markris, & Bailer, 2005). Cependant, des études rendent compte d'un faible maintien dans le temps des effets obtenus par ce traitement, ce qui s'exprime notamment par une reprise de poids au fil des mois (Jeffery et al., 2000 ; Wadden, Butryn, Hong, & Tsai, 2014). Pour certains auteurs, cela s'explique par la trop faible prise en considération des facteurs cognitifs dans la reprise du poids (Cooper & Fairburn, 2001 ; Cooper, Fairburn, & Hawker, 2003). Néanmoins, les différents programmes de thérapies cognitives et comportementales semblent également avoir des effets peu concluants sur le long terme, et cela alors même qu'ils accordent un rôle central aux facteurs cognitifs (Fabricatore, 2007 ; Cooper et al., 2010). Il est probable que plusieurs facteurs puissent être impliqués dans cette efficacité réduite, la faible prise en considération de la stigmatisation pouvant en faire partie. En effet, il a été mis en évidence que les femmes avec un haut niveau de stigmatisation perçue présentaient un plus haut niveau d'évitement des activités physiques (Palmeira, Pinto-Gouveia, & Cunha, 2016 ; Vartanian & Novak, 2011 ; Vartanian & Shaprow, 2008), et qu'elles présentaient plus de comportements alimentaires inadaptés (Haines, Neumark-Sztainer, Eisenberg, & Hannan, 2006 ; Puhl & Brownell, 2006). De la même manière, des liens similaires ont été observés pour la stigmatisation intériorisée (Puhl, Moss-Racusin, Schwartz, & Brownell, 2007 ; Schvey et al., 2013 ; Vartanian & Novak, 2011 ; Wott & Carels, 2010). Ainsi, au-delà de l'importance de la stigmatisation dans la symptomatologie dépressive, il apparaît que cette dernière est également un élément central dans le poids, dans la gestion du poids, ainsi que dans l'efficacité des interventions visant à le réduire.

Ces données constituent une première étape dans la compréhension des facteurs impliqués dans la symptomatologie dépressive des femmes françaises en surpoids ou en situation d'obésité. Il est essentiel que des recherches futures viennent consolider ces données auprès d'une population française et explorent d'autres potentiels déterminants de la symptomatologie dépressive, tel que l'estime de soi ou l'insatisfaction corporelle, toutes deux jouant un rôle important dans les liens présents entre discriminations et symptômes dépressifs (Greenleaf, Petrie, & Martin, 2017). En outre, nos résultats ne mettent pas en évidence de lien entre l'IMC et nos variables d'intérêts. Il serait intéressant à l'avenir d'explorer les associations potentielles entre poids subjectif, symptomatologie dépressive et stigmatisation. En effet, des travaux ont mis en évidence que la perception du surpoids était parfois plus déterminante sur les conséquences psychologiques que le

surpoids objectif (Major, Hunger, Bunyan, & Miller, 2014). Enfin, il serait également pertinent que les études futures intègrent d'autres composantes psychopathologiques, et notamment les TCA, qui sont à la fois étroitement liés à la symptomatologie dépressive (Turgeon, Forget, & Sénécal, 2011 ; Valls, Callahan, Rousseau, & Chabrol, 2014), et à la stigmatisation (Almenara et al., 2017 ; Friedman et al., 2008 ; Neumark-Sztainer et al., 2002 ; Puhl & Brownell, 2006).

La présente étude contient plusieurs limites méthodologiques qui conduisent à considérer les résultats obtenus avec certaines précautions. Premièrement, nos participantes ont été recrutées au sein d'associations de personnes en surpoids ou en situation d'obésité, et cela dans le but d'optimiser la probabilité de recruter des personnes répondant à notre principal critère d'inclusion, à savoir avoir un IMC supérieur à 25 kg/m². Cependant, ce biais de recrutement amène à émettre des réserves quant à la généralisation de nos résultats à des personnes non adhérentes à ce type d'association. En effet, être membre d'une association peut offrir plus d'occasions de partager et échanger avec des personnes rencontrant les mêmes expériences stigmatisantes, et de bénéficier de leur soutien, ces éléments étant identifiés comme des facteurs de protection dans d'autres groupes minoritaires, notamment chez les personnes gays, lesbiennes ou bisexuelles (Szymanski & Owens, 2008 ; Meyer, 2003). Dans les prochaines recherches, il serait intéressant de diversifier les modes de recrutement afin de disposer d'un échantillon plus représentatif des personnes en surpoids ou en situation d'obésité. Deuxièmement, notre étude s'est limitée aux femmes, ce qui ne permet pas de disposer de données sur les hommes, et limite donc la généralisation de nos résultats. Ce choix de critère d'inclusion a été retenu car les femmes sont identifiées comme étant plus vulnérables à la stigmatisation et la dépression que les hommes (Abou Abbas et al., 2015 ; Almenara et al., 2017 ; Luppino et al., 2010 ; Puhl et al., 2008). Cependant, il serait pertinent d'intégrer les hommes dans les études futures, et cela afin d'appréhender le potentiel effet du genre sur les liens entre stigmatisation et symptômes dépressifs. Troisièmement, l'outil de mesure que nous avons utilisé pour évaluer les attributions causales du poids présentait des qualités psychométriques limitées (lors de sa validation, tout comme dans notre étude). Cela a fortement limité les possibilités d'analyses concernant cette variable, ce qui conduit à considérer les résultats sur le sujet avec beaucoup de précaution. Notre choix s'est malgré tout orienté sur cet outil car il était le seul évaluant spécifiquement les attributions du poids, validé en français. À l'avenir, il serait plus judicieux d'utiliser d'autres outils mesurant l'attribution causale du poids, même s'ils n'ont pas fait l'objet d'une validation en Français. Pour cela, la *Causal Attributions for Obesity scale* (Pearl & Lebowitz, 2014) apparaît tout indiquée, cette échelle permettant d'évaluer l'intensité de 16 attributions causales pouvant être regroupées en quatre facteurs que sont le comportement, la responsabilité personnelle, les facteurs biologiques et environnementaux (Pearl et al., 2018). Enfin, il est essentiel de relever que notre étude ne nous permet pas d'affirmer avec certitude que c'est la stigmatisation du poids qui est l'origine des symptômes dépressifs, et que ce n'est pas l'inverse. En effet, nous pouvons également considérer que plus ces femmes présentent des symptômes dépressifs, et plus elles perçoivent et retiennent les situations stigmatisantes. Allant dans ce sens, il a été mis en évidence que les personnes présentant une dépression possédaient un biais de mémorisation en faveur des stimuli compatibles avec leur humeur dépressive et leurs préoccupations (Gilboa-Schechtman, Erhard-Weiss, & Jeczemien, 2002).

5. Conclusion

Notre recherche a l'intérêt de mettre en évidence différents facteurs indépendants impliqués dans l'intensité des symptômes

dépressifs des femmes françaises en surpoids ou en situation d'obésité. Ces résultats suggèrent qu'afin de prévenir l'émergence de symptômes dépressifs au sein de cette population, des actions visant à réduire la stigmatisation sociale, ainsi que la stigmatisation intériorisée, sont à privilégier. Pour ce faire, il apparaît indispensable de mener des actions de prévention et de sensibilisation visant à lutter contre la stigmatisation sociale des personnes en surpoids ou en situation d'obésité. En outre, il est également essentiel d'intégrer à la prise en charge des femmes en surpoids ou en situation d'obésité présentant des niveaux élevés de symptômes dépressifs des interventions thérapeutiques visant à réduire leur stigmatisation intériorisée, et à les accompagner dans la gestion des situations stigmatisantes qu'elles rencontrent.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Annexe 1. Adaptation française de la Stigmatizing Situation Inventory – Brief

Version originale des items	Adaptation en français des items
1. Being singled out as a child by a teacher, school nurse, etc., because of your weight	1. Avoir eu un enseignant, une infirmière scolaire, etc. qui vous a pointé du doigt à cause de votre poids lorsque vous étiez enfant
2. Being stared at in public	2. Être dévisagé en public
3. Children loudly making comments about your weight to others	3. Entendre des enfants commenter à voix haute votre poids
4. Having a doctor recommend a diet, even if you did not come in to discuss weight loss	4. Avoir eu un docteur qui vous a recommandé un régime, et cela alors même que vous n'étiez pas venu en consultation pour discuter de votre perte de poids
5. Having a romantic partner exploit you, because she or he assumed you were 'desperate' and would put up with it	5. Avoir eu un(e) partenaire qui vous a exploité car il ou elle présumait que vous étiez « désespéré »
6. Overhearing other people making rude remarks about you in public	6. Entendre des personnes faire des remarques désobligeantes à votre égard en public
7. Not being hired because of your weight, shape or size	7. Ne pas être embauché à cause de votre poids, de votre corpulence ou de votre taille
8. Having family members feel embarrassed by you or ashamed of you	8. Avoir des membres de votre famille qui se sont sentis mal à l'aise ou ont eu honte de vous
9. Having people assume you overeat or binge eat because you are overweight	9. Avoir des personnes pensant que vous mangiez trop ou que vous aviez des compulsions alimentaires car vous êtes en surpoids
10. Being glared at or harassed by bus passengers for taking up 'too much' room	10. Être fixé ou importuné par des passagers d'un bus parce qu'ils estimaient que vous preniez « trop » de place

Références

- Abou Abbas, L., Salameh, P., Nasser, W., Nasser, Z., & Godin, I. (2015). Obesity and symptoms of depression among adults in selected countries of the Middle East: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Obesity*, 5(1), 2–11. <https://doi.org/10.1111/cob.12082>
- Almenara, C. A., Aimé, A., Maïano, C., Ejova, A., Guèvremont, G., Bournival, C., & Ricard, M. M. (2017). Weight stigmatization and disordered eating in obese women: The mediating effects of self-esteem and fear of negative appearance evaluation. *European Review of Applied Psychology*, 67(3), 155–162. <https://doi.org/10.1016/j.erap.2017.02.004>
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2003.12.001>
- Beck, A. T. (1974). *The Development of depression, a cognitive model*. In R. J. Friedman, & M. M. Katz (Eds.), *The psychology of depression: Contemporary theory and research*. John Wiley & Sons.

- Beck, A. T. (1991). Cognitive therapy: A 30-year retrospective. *American Psychologist*, 46(4), 368–375.
- Beck, A. T. (2005). The current state of cognitive therapy: A 40-year retrospective. *Archives of General Psychiatry*, 62(9), 953–959. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.9.953>
- Bell, S. K., & Morgan, S. B. (2000). Children's attitudes and behavioral intentions toward a peer presented as obese: Does a medical explanation for the obesity make a difference? *Journal of Pediatric Psychology*, 25(3), 137–145. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/25.3.137>
- Bonetti, D., Johnston, M., Rodriguez-Marin, J., Pastor, M., Martin-Aragon, M., Doherty, E., & Sheehan, K. (2001). Dimensions of perceived control: A factor analysis of three measures and an examination of their relation to activity level and mood in a student and cross-cultural patient sample. *Psychology and Health*, 16(6), 655–674. <https://doi.org/10.1080/08870440108405865>
- Brelet, L. (2018). (*Stigmatization related to weight, threat of stereotyping and eating behavior of overweight people*) *Stigmatisation relative au poids, menace du stéréotype et comportement alimentaire des personnes en surcharge pondérale*. (Doctoral dissertation, University of Clermont Auvergne).
- Brewis, A. A., Wutich, A., Falletta-Cowden, A., & Rodriguez-Soto, I. (2011). Body norms and fat stigma in global perspective. *Current Anthropology*, 52(2), 269–276. <https://doi.org/10.1086/659309>
- Brown, I., Stride, C., Psarou, A., Brewins, L., & Thompson, J. (2007). Management of obesity in primary care: Nurses' practices, beliefs and attitudes. *Journal of Advanced Nursing*, 59(4), 329–341. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04297.x>
- Butryn, M. L., Webb, V., & Wadden, T. A. (2011). Behavioral treatment of obesity. *Psychiatric Clinics of North America*, 34(4), 841–859. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2011.08.006>
- Cahnman, W. J. (1968). The stigma of obesity. *The Sociological Quarterly*, 9(3), 283–299. <https://doi.org/10.1111/j.1533-8525.1968.tb01121.x>
- Carelis, R. A., Burmeister, J., Oehlhof, M. W., Hinman, N., LeRoy, M., Bannon, E., Koball, A., & Ashrafloun, L. (2013). Internalized weight bias: Ratings of the self, normal weight, and obese individuals and psychological maladjustment. *Journal of Behavioral Medicine*, 36(1), 86–94. <https://doi.org/10.1007/s10865-012-9402-8>
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310–357. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.310>
- Cooper, Z., Doll, H. A., Hawker, D. M., Byrne, S., Bonner, G., Eeley, E., O'Connor, M. E., & Fairburn, C. G. (2010). Testing a new cognitive behavioural treatment for obesity: A randomized controlled trial with three-year follow-up. *Behaviour Research and Therapy*, 48(8), 706–713. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.03.008>
- Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2001). A new cognitive behavioural approach to the treatment of obesity. *Behaviour Research and Therapy*, 39(5), 499–511. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(00\)00065-6](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(00)00065-6)
- Cooper, Z., Fairburn, C. G., & Hawker, D. M. (2003). *Cognitive-behavioral treatment of obesity: A clinician's guide*. Guilford Press. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2005.59.2.175>
- Cormier, A., Jourda, B., Laros, C., Walburg, V., & Callahan, S. (2011). L'influence entre les schémas précoces inadaptés et la dépression [[The influence between early maladaptive schemas and depression]]. *L'Encéphale*, 37(4), 293–298. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2011.01.001>
- Cramer, P., & Steinwert, T. (1998). Thin is good, fat is bad: How early does it begin? *Journal of Applied Developmental Psychology*, 19(3), 429–451. [https://doi.org/10.1016/S0193-3973\(99\)80049-5](https://doi.org/10.1016/S0193-3973(99)80049-5)
- Crandall, C. S. (1994). Prejudice against fat people: Ideology and self-interest. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66(5), 882–894. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.66.5.882>
- Crandall, C. S., & Cohen, C. (1994). The personality of the stigmatizer: Cultural world view, conventionalism, and self-esteem. *Journal of Research in Personality*, 28(4), 461–480. <https://doi.org/10.1006/jrpe.1994.1033>
- Crocker, J., & Major, B. (1989). Social stigma and self-esteem: The self-protective properties of stigma. *Psychological Review*, 96(4), 608–630. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.96.4.608>
- Durso, L. E., & Latner, J. D. (2008). Understanding self-directed stigma: Development of the weight bias internalization scale. *Obesity*, 16(S2), S80–S86. <https://doi.org/10.1038/oby.2008.448>
- Durso, L. E., Latner, J. D., & Hayashi, K. (2012). Perceived discrimination is associated with binge eating in a community sample of non-overweight, overweight, and obese adults. *Obesity Facts*, 5(6), 869–880. <https://doi.org/10.1159/000345931>
- Équipe de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle. (2017). (*Health study on the environment, biomonitoring, physical activity and nutrition, 2014–2016*) *Étude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition (Esteban), 2014–2016*. Santé publique France.
- Fabricatore, A. N. (2007). Behavior therapy and cognitive-behavioral therapy of obesity: is there a difference? *Journal of the American dietetic association*, 107(1), 92–99. <https://doi.org/10.1016/j.jada.2006.10.005>
- Faith, M. S., Butryn, M., Wadden, T. A., Fabricatore, A., Nguyen, A. M., & Heymsfield, S. B. (2011). Evidence for prospective associations among depression and obesity in population-based studies. *Obesity Reviews*, 12(5), e438–e453. <https://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2010.00843.x>
- Fischler, C. (1987). La symbolique du gros [[The symbolism of the fat person]]. *Communications*, 46(1), 255–278.
- Flegal, K. M., Graubard, B. I., Williamson, D. F., & Gail, M. H. (2005). Excess deaths associated with underweight, overweight, and obesity. *JAMA*, 293(15), 1861–1867. <https://doi.org/10.1001/jama.293.15.1861>
- Flegal, K. M., Kit, B. K., Orpana, H., & Graubard, B. I. (2013). Association of all-cause mortality with overweight and obesity using standard body mass index categories: A systematic review and meta-analysis. *JAMA*, 309(1), 71–82. <https://doi.org/10.1001/jama.2012.113905>
- Foster, G. D., Markris, A. P., & Bailer, B. A. (2005). Behavioral treatment of obesity. *American Journal of Clinical Nutrition*, 82, 230S–235S. <https://doi.org/10.1093/ajcn/82.1.230S>
- Franz, M. J., VanWormer, J. J., Crain, A. L., Boucher, J. L., Histon, T., Caplan, W., Bowman, J. D., & Pronk, N. P. (2007). Weight-loss outcomes: A systematic review and meta-analysis of weight-loss clinical trials with a minimum 1-year follow-up. *Journal of American Dietetic Association*, 107(10), 1755–1767. <https://doi.org/10.1016/j.jada.2007.07.017>
- Friedman, K. E., Ashmore, J. A., & Applegate, K. L. (2008). Recent experiences of weight-based stigmatization in a weight loss surgery population: Psychological and behavioral correlates. *Obesity*, 16(2), S69–S74. <https://doi.org/10.1038/oby.2008.457>
- 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. <https://doi.org/10.1038/oby.2005.105>
- Gapinski, K. D., Schwartz, M. B., & Brownell, K. D. (2006). Can television change anti-fat attitudes and behavior? *Journal of Applied Biobehavioral Research*, 11(1), 1–28. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9861.2006.tb00017.x>
- Gilboa-Schechtman, E., Erhard-Weiss, D., & Jeczemien, P. (2002). Interpersonal deficits meet cognitive biases: Memory for facial expressions in depressed and anxious men and women. *Psychiatry Research*, 113(3), 279–293. [https://doi.org/10.1016/S0165-1781\(02\)00266-4](https://doi.org/10.1016/S0165-1781(02)00266-4)
- Global Burden of Disease 2015 Obesity Collaborators. (2017). Health effects of overweight and obesity in 195 countries over 25 years. *New England Journal of Medicine*, 377(1), 13–27. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1614362>
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Simon & Schuster, Inc.
- Greenleaf, C., Petrie, T. A., & Martin, S. B. (2017). Exploring weight-related teasing and depression among overweight and obese adolescents. *European Review of Applied Psychology*, 67(3), 147–153. <https://doi.org/10.1016/j.erap.2017.01.004>
- Haines, J., Hannan, P. J., Van Den Berg, P., Eisenberg, M. E., & Neumark-Sztainer, D. (2013). Weight-related teasing from adolescence to young adulthood: Longitudinal and secular trends between 1999 and 2010. *Obesity*, 21(9), E428–E434. <https://doi.org/10.1002/oby.20092>
- Haines, J., Neumark-Sztainer, D., Eisenberg, M. E., & Hannan, P. J. (2006). Weight teasing and disordered eating behaviors in adolescents: Longitudinal findings from project EAT (Eating Among Teens). *Pediatrics*, 117(2), e209–e215. <https://doi.org/10.1542/peds.2005-1242>
- Hansel, B., Roussel, R., Elbez, Y., Marre, M., Krempf, M., Ikeda, Y., Eagle, K. A., Elisaf, M., Bhatt, D. L., & Steg, P. G. (2015). Cardiovascular risk in relation to body mass index and use of evidence-based preventive medications in patients with or at risk of atherosclerosis. *European Heart Journal*, 36(40), 2716–2728. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehv347>
- Hatzenbuehler, M. L., Keyes, K. M., & Hasin, D. S. (2009). Associations between perceived weight discrimination and the prevalence of psychiatric disorders in the general population. *Obesity*, 17(11), 2033–2039. <https://doi.org/10.1038/oby.2009.131>
- Hilbert, A., Braehler, E., Haeuser, W., & Zenger, M. (2014). Weight bias internalization, core self-evaluation, and health in overweight and obese persons. *Obesity*, 22(1), 79–85. <https://doi.org/10.1002/oby.20561>
- Himmelstein, M. S., Puhl, R. M., & Quinn, D. M. (2018). Weight stigma and health: The mediating role of coping responses. *Health Psychology*, 37(2), 139–147. <https://doi.org/10.1037/hea0000575>
- Hruby, A., Manson, J. E., Qi, L., Malik, V. S., Rimm, E. B., Sun, Q., Willett, W. C., & Hu, F. B. (2016). Determinants and consequences of obesity. *American Journal of Public Health*, 106(9), 1656–1662. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2016.303326>
- Jeffery, R. W., Epstein, L. H., Wilson, G. T., Drennowski, A., Stunkard, A. J., & Wing, R. R. (2000). Long-term maintenance of weight loss: Current status. *Health Psychology*, 19(1S), S5–S16. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.19.Suppl1.5>
- Jensen, M. D. R., Donato, K. A., Apobian, C. M., Ard, J. D., Comuzzie, A. G., Hubbard, H. S., & Loria, C. M. (2014). Executive summary: Guideline (2013) for the management of overweight and obesity in adults. *Obesity*, 22(S2), S5–S39. <https://doi.org/10.1002/oby.20821>
- Ju, Y. J., Han, K. T., Lee, T. H., Kim, W., Park, J. H., & Park, E. C. (2016). Association between weight control failure and suicidal ideation in overweight and obese adults: A cross-sectional study. *BMC Public Health*, 16(1), 259. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-2940-1>
- Kopelman, P. (2007). Health risks associated with overweight and obesity. *Obesity Reviews*, 8(1), 13–17. <https://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2007.00311.x>
- Lakey, B., & Cronin, A. (2008). Low social support and major depression: Research, theory and methodological issues. In K. S. Dobson, & D. J. A. Dozois (Eds.), *Risk factors in depression*. Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-08-045078-0.00017-4> (pp. 385–408)
- Levin, M. E., Potts, S., Haeger, J., & Lillis, J. (2018). Delivering acceptance and commitment therapy for weight self-stigma through guided self-help: Results from an open pilot trial. *Cognitive and Behavioral Practice*, 25(1), 87–104. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2017.02.002>
- Lewis, R. J., Cash, T. F., Jacobi, L., & Bubb-Lewis, C. (1997). Prejudice toward fat people: The development and validation of the anti-fat attitudes test. *Obesity Research*, 5, 297–307. <https://doi.org/10.1002/j.1550-8528.1997.tb00555.x>
- Lillis, J., Hayes, S. C., Bunting, K., & Masuda, A. (2009). Teaching acceptance and mindfulness to improve the lives of the obese: A preliminary

- test of a theoretical model. *Annals of Behavioral Medicine*, 37(1), 58–69. <https://doi.org/10.1007/s12160-009-9083-x>
- Lillis, J., Luoma, J. B., Levin, M. E., & Hayes, S. C. (2010). Measuring weight self-stigma: The weight self-stigma questionnaire. *Obesity*, 18(5), 971–976. <https://doi.org/10.1038/oby.2009.353>
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363–385. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>
- Luck-Sikorski, C., Schomerus, G., Jochum, T., & Riedel-Heller, S. G. (2018). Layered stigma? Co-occurring depression and obesity in the public eye. *Journal of Psychosomatic Research*, 106, 29–33. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2018.01.003>
- Luppino, F. S., de Wit, L. M., Bouvy, P. F., Stijnen, T., Cuijpers, P., Penninx, B. W., & 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. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.2>
- Maïano, C., Aimé, A., Lepage, G., Morin, A. J., & ASPQ Team. (2017). Psychometric properties of the Weight Self-Stigma Questionnaire (WSSQ) among a sample of overweight/obese French-speaking adolescents. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 24(3), 1–9. <https://doi.org/10.1007/s40519-017-0382-0>
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.jesp.2013.11.009>
- Matta, J., Carette, C., Lange, C. R., & Czernichow, S. (2018). Épidémiologie de l'obésité en France et dans le monde [Epidemiology of obesity in France and worldwide]. *La Presse Médicale*, 47(5), 434–438. <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2018.03.023>
- Menec, V. H., & Perry, R. P. (1998). Reactions to stigmas among Canadian students: Testing an attribution-affect-help judgment model. *The Journal of Social Psychology*, 138(4), 443–453. <https://doi.org/10.1080/00224549809600399>
- Meyer, I. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674–697. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>
- Morin, A. J. S., Moullec, G., Maïano, C., Layet, L., Just, J. L., & Ninot, G. (2011). Psychometric properties of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) in French clinical and nonclinical adults. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 59(5), 327–340. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2011.03.061>
- Neumark-Sztainer, D., Falkner, N., Story, M., Perry, C., Hannan, P. J., & Mulert, S. (2002). Weight-teasing among adolescents: Correlations with weight status and disordered eating behaviors. *International Journal of Obesity*, 26(1), 123–131. <https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0801853>
- ObEpi, & Roche. (2012). (*National epidemiological survey on overweight and obesity*) *Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité*. Inserm, Roche, TNS-Healthcare-Sofres.
- Oliver, J. E., & Lee, T. (2005). Public opinion and the politics of obesity in America. *Journal of Health Politics Policy and Law*, 30(5), 923–954. <https://doi.org/10.1215/03616878-30-5-923>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2020). *Obésité et surpoids*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Organisation Mondiale de la Santé (20 Août 2020). *Obésité et surpoids*. Palmeira, L., Pinto-Gouveia, J., & Cunha, M. (2016). The role of weight self-stigma on the quality of life of women with overweight and obesity: A multi-group comparison between binge eaters and non-binge eaters. *Appetite*, 105, 782–789. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.07.015>
- Pearl, R. L., & Lebowitz, M. S. (2014). Beyond personal responsibility: Effects of causal attributions for overweight and obesity on weight-related beliefs, stigma, and policy support. *Psychology & Health*, 29(10), 1176–1191. <https://doi.org/10.1080/08870446.2014.916807>
- Pearl, R. L., Puhl, R. M., & Dovidio, J. F. (2015). Differential effects of weight bias experiences and internalization on exercise among women with overweight and obesity. *Journal of Health Psychology*, 20(12), 1626–1632. <https://doi.org/10.1177/1359105313520338>
- Pearl, R. L., Wadden, T. A., Allison, K. C., Chao, A. M., Alamuddin, N., Berkowitz, R. I., Walsh, O., & Tronieri, J. S. (2018). Causal attributions for obesity among patients seeking surgical versus behavioral/pharmacological weight loss treatment. *Obesity Surgery*, 28(11), 3724–3728. <https://doi.org/10.1007/s11695-018-3490-7>
- Peretti-Watel, P. (2011). De quelques maux de la prévention contemporaine. Le cas de l'obésité et du surpoids [Some shortcomings of contemporary prevention illustrated by overweight and obesity]. *Cahiers de Nutrition et de Diététique*, 46(4), 173–177. <https://doi.org/10.1016/j.cnd.2011.06.002>
- Popenoe, R. (2004). *Feeding desire: Fatness, beauty, and sexuality among a Saharan people*. Routledge. <https://doi.org/10.1017/S0964028204331083>
- Prado-Netto, A., Dardennes, R., Dabadie, H., Bernard, M., Herrero, P., & Rosuel, L. P. (2006). Lieu de contrôle chez les obèses : Traduction et première étude de validation de l'échelle du lieu de contrôle du poids de Saltzer [Locus of control in obese people: Translation and first validation study of the Saltzer weight control place scale]. *Cahier de Nutrition et de Diététique*, 41(4), 225–230. [https://doi.org/10.1016/S0007-9960\(06\)70631-9](https://doi.org/10.1016/S0007-9960(06)70631-9)
- 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. <https://doi.org/10.1038/ijo.2008.22>
- Puhl, R. M., & Brownell, K. D. (2001). Bias, discrimination, and obesity. *Obesity Research*, 9(12), 788–805. <https://doi.org/10.1038/oby.2001.108>
- Puhl, R. M., & Brownell, K. D. (2002). Stigma, discrimination, and obesity. In C. G. Fairburn, & K. D. Brownell (Eds.), *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook*. Guilford Press (pp. 108–112).
- Puhl, R. M., & Brownell, K. D. (2006). Confronting and coping with weight stigma: An investigation of overweight and obese adults. *Obesity*, 14(10), 1802–1815. <https://doi.org/10.1038/oby.2006.208>
- Puhl, R. M., Heuer, C. A., & Brownell, K. D. (2010). Stigma and social consequences of obesity. In P. G. Kopelman, I. D. Caterson, & W. H. Dietz (Eds.), *Clinical obesity in adults and children*. Wiley Blackwell (pp. 25–40).
- Puhl, R. M., Moss-Racusin, C. A., Schwartz, M. B., & Brownell, K. D. (2007). Weight stigmatization and bias reduction: Perspectives of overweight and obese adults. *Health Education Research*, 23(2), 347–358. <https://doi.org/10.1093/her/cym052>
- Puhl, R. M., Schwartz, M. B., & Brownell, K. D. (2005). Impact of perceived consensus on stereotypes about obese people: A new approach for reducing bias. *Health Psychology*, 24(5), 517–525. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.24.5.517>
- Puhl, R., & Suh, Y. (2015). Stigma and eating and weight disorders. *Current Psychiatry Reports*, 17(3), 10. <https://doi.org/10.1007/s11920-015-0552-6>
- Quek, Y. H., Tam, W. W. S., Zhang, M. W. B., & Ho, R. C. M. (2017). Exploring the association between childhood and adolescent obesity and depression: A meta-analysis. *Obesity Reviews*, 18(7), 742–754. <https://doi.org/10.1111/obr.12535>
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1(3), 385–401. <https://doi.org/10.1177/014662167700100306>
- Rankin, J., Matthews, L., Copley, S., Han, A., Sanders, R., Wiltshire, H. D., & Baker, J. S. (2016). Psychological consequences of childhood obesity: Psychiatric comorbidity and prevention. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*, 7, 125–146. <https://doi.org/10.2147/AHMT.S101631>
- Regnier, F. (2006). Obésité, corpulence et souci de minceur : Inégalités sociales en France et aux États-Unis [Obesity, corpulence and concern for thinness: Social inequalities in France and the United States]. *Cahiers de Nutrition et de Diététique*, 41(2), 97–103. [https://doi.org/10.1016/S0007-9960\(06\)70613-7](https://doi.org/10.1016/S0007-9960(06)70613-7)
- Roehling, M. V. (1999). Weight-based discrimination in employment: Psychological and legal aspects. *Personnel Psychology*, 52(4), 969–1016. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.1999.tb00186.x>
- Rousseau, A., Barbe, P., & Chabrol, H. (2006). Binge eating disorder et stigmatisation dans l'obésité [Binge eating disorder and stigma in obesity]. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 16(1), 27–31. [https://doi.org/10.1016/S1155-1704\(06\)70193-8](https://doi.org/10.1016/S1155-1704(06)70193-8)
- Rush, L. L. (1998). Affective reactions to multiple social stigmas. *The Journal of Social Psychology*, 138(4), 421–430. <https://doi.org/10.1080/00224549809600397>
- Saltzer, E. B. (1982). The weight locus of control (WLLOC) scale: A specific measure for obesity research. *Journal of Personality Assessment*, 46(6), 620–628. <https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4606.11>
- Schvey, N. A., Roberto, C. A., & White, M. A. (2013). Clinical correlates of the Weight Bias Internalization Scale in overweight adults with binge and purge behaviours. *Advances in Eating Disorders*, 1(3), 213–223. <https://doi.org/10.1080/21662630.2013.794523>
- Seligman, M. E. (1975). *Helplessness: On depression, development, and death*. Freeman & Company.
- Shaw, K. A., O'Rourke, P., Del Mar, C., & Kenardy, J. (2005). Psychological interventions for overweight or obesity (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, 1–75. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003818.pub2>
- Singh, A., & Misra, N. (2009). Loneliness, depression and sociability in old age. *Industrial Psychiatry Journal*, 18(1), 51. <https://doi.org/10.4103/0972-6748.57861>
- Stafford, M. C., & Scott, R. R. (1986). Stigma, deviance, and social control. In S. C. Ainsley, G. Becker, & L. M. Coleman (Eds.), *The dilemma of difference*. Plenum Press (pp. 77–91).
- Sutin, A. R., & Terracciano, A. (2016). Five-factor model personality traits and the objective and subjective experience of body weight. *Journal of Personality*, 84(1), 102–112. <https://doi.org/10.1111/jopy.12143>
- Szymanski, D. M., & Owens, G. P. (2008). Do coping styles moderate or mediate the relationship between internalized heterosexism and sexual minority women's psychological distress? *Psychology of Women Quarterly*, 32(1), 95–104. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.2007.00410.x>
- Teachman, B. A., Gapinski, K. D., Brownell, K. D., Rawlins, M., & Jeyaram, S. (2003). Demonstrations of implicit anti-fat bias: The impact of providing causal information and evoking empathy. *Health Psychology*, 22(1), 68–78. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.22.1.68>
- Tomiyama, A. J. (2014). Weight stigma is stressful. A review of evidence for the Cyclic Obesity/Weight-Based Stigma model. *Appetite*, 82, 8–15. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2014.06.108>
- Turgeon, M. E., Forget, J., & Sénécal, C. (2011). Troubles des conduites alimentaires, dépression, estime de soi et perfectionnisme chez les enfants [Eating disorders, depression, self-esteem and perfectionism in children]. *Pratiques Psychologiques*, 17(4), 315–328. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2009.11.002>
- Tylka, T. L., Annunziato, R. A., Burgard, D., Danielsdottir, S., Shuman, E., Davis, C., & Calogero, R. M. (2014). The weight-inclusive versus weight-normative approach to health: Evaluating the evidence for prioritizing well-being over weight loss. *Journal of Obesity*, 2014, 1–18. <https://doi.org/10.1155/2014/983495>. ID: 983495
- Valls, M., Callahan, S., Rousseau, A., & Chabrol, H. (2014). Troubles du comportement alimentaire et symptomatologie dépressive : Étude épidémiologique chez les jeunes hommes [Eating disorders and depressive symptoms: An epidemiological study in young men]. *L'Encéphale*, 40(3), 223–230. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2013.05.003>
- Vartanian, L. R. (2015). Development and validation of a brief version of the Stigmatizing Situations Inventory. *Obesity Science & Practice*, 1(2), 119–125. <https://doi.org/10.1002/osp4.11>

- Vartanian, L. R., & Novak, S. A. (2011). Internalized societal attitudes moderate the impact of weight stigma on avoidance of exercise. *Obesity, 19*(4), 757–762. <https://doi.org/10.1038/oby.2010.234>
- 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. <https://doi.org/10.1177/1359105307084318>
- Wadden, T. A., Butryn, M. L., Hong, P. S., & Tsai, A. G. (2014). Behavioral treatment of obesity in patients encountered in primary care settings: A systematic review. *Journal of the American Medical Association, 312*(17), 1779–1791. <https://doi.org/10.1001/jama.2014.14173>
- Wade, T. D., & Kendler, K. S. (2000). The relationship between social support and major depression: Cross-sectional, longitudinal, and genetic perspectives. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 188*(5), 251–258. <https://doi.org/10.1097/00005053-200005000-00001>
- Wanniarachchi, V. U., Mathrani, A., Susnjak, T., & Scogings, C. (2020). A systematic literature review: What is the current stance towards weight stigmatization in social media platforms? *International Journal of Human-Computer Studies, 135*, 102371. <https://doi.org/10.1016/j.ijhcs.2019.102371>
- Wardle, J., Volz, C., & Golding, C. (1995). Social variation in attitudes to obesity in children. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders: Journal of the International Association for the Study of Obesity, 19*(8), 562–569.
- Webb, J. B., Vinoski, E. R., Bonar, A. S., Davies, A. E., & Etzel, L. (2017). Fat is fashionable and fit: A comparative content analysis of Fatspiration and Health at Every Size® Instagram images. *Body Image, 22*, 53–64. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2017.05.003>
- Weiner, B., Perry, R. P., & Magnusson, J. (1988). An attributional analysis of reactions to stigmas. *Journal of Personality and Social Psychology, 55*(5), 738–748. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.55.5.738>
- Wirth, M. D., Blake, C. E., Hébert, J. R., Sui, X., & Blair, S. N. (2014). Chronic weight dissatisfaction predicts type 2 diabetes risk: Aerobic center longitudinal study. *Health Psychology, 33*(8), 912–919. <https://doi.org/10.1037/hea0000058>
- Wott, C. B., & Carels, R. A. (2010). Overt weight stigma, psychological distress and weight loss treatment outcomes. *Journal of Health Psychology, 15*(4), 608–614. <https://doi.org/10.1177/1359105309355339>
- Wu, Y. K., & Berry, D. C. (2018). Impact of weight stigma on physiological and psychological health outcomes for overweight and obese adults: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing, 74*(5), 1030–1042. <https://doi.org/10.1111/jan.13511>
- Wu, Y. H., Moore, S., & Dube, L. (2018). Social capital and obesity among adults: Longitudinal findings from the Montreal neighborhood networks and healthy aging panel. *Preventive Medicine, 111*, 366–370. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2017.11.028>