



Stigmatisation et cercle vicieux de la prise de poids : quelles réalités chez l'enfant et l'adolescent ?

Natalie Rigal

► To cite this version:

Natalie Rigal. Stigmatisation et cercle vicieux de la prise de poids : quelles réalités chez l'enfant et l'adolescent ?. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, 2023, 71 (2), pp.68-72. 10.1016/j.neurenf.2022.12.004 . hal-04114134

HAL Id: hal-04114134

<https://hal.science/hal-04114134>

Submitted on 1 Jun 2023

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.

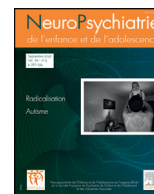


Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Revue de littérature

Stigmatisation et cercle vicieux de la prise de poids : quelles réalités chez l'enfant et l'adolescent ?

Stigmatization and vicious circle of weight gain: Realities in overweight children and adolescents?

N. Rigal

Université Paris-Nanterre, département de psychologie, UR CLIPSYD, 200, avenue de la République, Nanterre, France



INFO ARTICLE

Mots clés :

Obésité
Enfants
Adolescents
Stigmatisation
Dépression
Alimentation émotionnelle
Hyperphagie

RÉSUMÉ

Objectifs. – Évaluer, sur la population des enfants et des adolescents, la validité d'un modèle de cercle vicieux de la stigmatisation de l'obésité qui, dans une compréhension psychopathologique, inclut les concepts de dépression et d'alimentation émotionnelle.

Méthode. – Revue de question répertoriant les études publiées dans PubMed et PsychINFO avant 2005, portant sur des participants âgés de moins de 18 et incluant les différents facteurs du modèle (stigmatisation, dépression, alimentation émotionnelle et obésité).

Résultats. – Dans l'état actuel des publications, le modèle n'a pas été validé dans sa globalité, notamment concernant le lien entre alimentation émotionnelle et d'une part la dépression, d'autre part la prise de poids. Cependant, l'existence d'une association bidirectionnelle « stigmatisation × obésité » a été confirmée. Cette association semble en partie médiée par des manifestations dépressives.

Discussion. – Des études longitudinales doivent être entreprises afin de vérifier le rôle de l'alimentation émotionnelle dans le modèle.

Conclusions. – La santé mentale des enfants et des adolescents apparaît comme un facteur de risque de perpétuation du surpoids ou de l'obésité. Le phénomène de stigmatisation des enfants et adolescents de forte corpulence doit être une préoccupation centrale en termes de prévention et de prise en charge.

© 2023 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ABSTRACT

Objectives. – To assess the validity of a vicious circle model of obesity stigma in the child and adolescent population that includes the concepts of depression and emotional eating in a psychopathological understanding.

Method. – A review of studies published in PubMed and PsychINFO prior to 2005, involving participants under 18 years of age and including the different factors of the model (stigma, depression, emotional eating and obesity).

Results. – In the current state of the literature, the model has not been validated in its entirety, particularly concerning the link between emotional eating and depression on the one hand and weight gain on the other. However, the existence of a bidirectional association “stigma × obesity” has been confirmed. This association seems to be partly mediated by depressive manifestations.

Discussion. – Longitudinal studies should be undertaken to verify the role of emotional eating in the model.

Conclusions. – The mental health of children and adolescents appears to be a risk factor for the perpetuation of overweight or obesity. The phenomenon of stigmatization of overweight children and adolescents must be a central concern in terms of prevention and management.

© 2023 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords:

Obesity
Children
Adolescents
Stigma
Depression
Emotional eating
BED

Adresse e-mail : rigal@parisnanterre.fr

<https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2022.12.004>

0222-9617/© 2023 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

1. Introduction

Les personnes souffrant de surpoids et d'obésité sont largement discriminées dans les sociétés occidentales contemporaines qui promeuvent la minceur comme norme sociale d'excellence [1,2]. Le concept de discrimination, qui correspond à l'ensemble des comportements négatifs et non justifiés dirigés à l'encontre d'un individu, est indissociable de ceux de stéréotype et de stigmatisation. Leyens, Yzerbyt et Schadron [3] [3,p. 12] définissent les stéréotypes comme « ... des croyances partagées concernant les caractéristiques personnelles, généralement des traits de personnalité mais, souvent aussi des comportements, d'un groupe donné de personnes ». Ainsi, le stéréotype correspond aux croyances socialement partagées concernant les caractéristiques physiques, la personnalité et les comportements des individus appartenant à un groupe. La notion de stigmatisation fait référence aux processus de discrimination des personnes comme étant indésirables, de moindre valeur et « à éviter » en raison d'attributs visibles (ex. apparence physique : obèse) ou invisibles (ex. personnalité : faible de caractère) [4].

La stigmatisation des personnes de forte corpulence est un phénomène particulièrement préjudiciable dans la mesure où elle présente une double spécificité : d'une part, le stigmate est visible dans la mesure où il est relatif au corps; d'autre part, par manque de connaissances dans la population générale des mécanismes de la prise de poids, les personnes sont tenues responsables de leur état. Les enfants en surpoids ou obèses n'échappent pas au phénomène et subissent de nombreuses moqueries autour de leur apparence physique et ceci dès l'âge de trois ans [5]. La stigmatisation des enfants de forte corpulence repose sur un stéréotype dont les caractéristiques ont été mise en lumière par des études qui se basent sur des comparaisons d'attribution selon que les cibles sont des enfants en surpoids ou normopondérés. Ces comparaisons ont mis en avant que les enfants de forte corpulence étaient perçus en moyenne, par rapport aux autres enfants, comme plus méchants, stupides, négligés, laids, bruyants, isolés, sans humour, gloutons, paresseux et avec de faibles compétences sportives, artistiques et scolaires [6–8].

Le phénomène de stigmatisation est vécu aussi bien à l'école que dans les familles. Au niveau de l'école, un tiers des enfants américains de 7 ans, par exemple, a subi de moqueries en lien avec son poids au sein de son établissement scolaire [9]. Au sein des familles, 36 % des adolescentes et 23 % des adolescents américains ont déclaré avoir reçu des commentaires blessants sur leur poids en provenance de leurs parents et entre 21 et 24 % selon le sexe en provenance d'un des membres de leur fratrie [10]. Dans une revue de question, Palad et al. [11] ont mis en avant que la stigmatisation puisse également être véhiculée par les professionnels de santé s'occupant d'enfants à forte corpulence.

La discrimination produit des phénomènes d'exclusion sociale et ceci à un âge où les relations entre pairs sont essentielles pour le développement affectif. Par exemple, l'étude de Koroni et al. [12] a montré que les enfants obèses étaient les pairs jugés comme étant les moins appréciés parmi les enfants qui présentaient des différences physiques visibles. Une méta-analyse de Van Geel et al. [13] portant sur 55 231 enfants en surpoids et 58 520 enfants obèses a mis en lumière que les jeunes en surpoids et obèses étaient plus susceptibles d'être victimes d'intimidation que leurs pairs normopondérés, indépendamment du facteur sexe et après ajustement pour tenir compte des biais de publication.

Des études longitudinales ont permis de révéler l'existence d'associations positives entre « stigmatisation durant l'adolescence » et « prise de poids ultérieure », quels que soient l'âge, le genre et la source des moqueries (pour une revue de question, voir [14]). Par exemple, dans l'étude la plus complète, après ajustement sur les variables démographiques et d'IMC, le fait d'avoir été traité de « gros » à l'âge de 10 ans est resté un

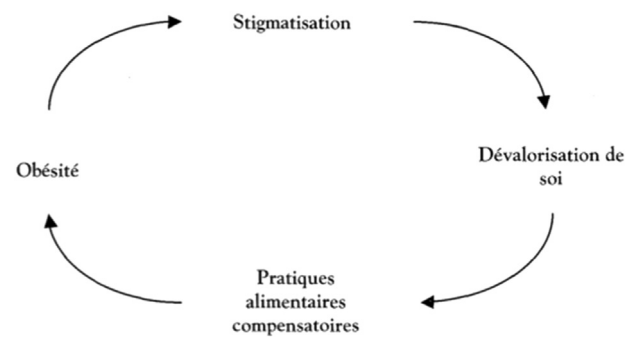


Fig. 1. Cercle vicieux de la stigmatisation de l'obésité selon Poulain (2000).

facteur prédictif significatif de l'obésité à l'âge de 19 ans (Odd Ratio = 1,66), avec des différences selon la source : de 1,62 lorsque les membres de la famille étaient à l'origine de l'étiquetage, il baissait à 1,40 lorsque ce n'était pas les membres de la famille [15]. Schvey et al. [16] ont par ailleurs montré que les jeunes adolescents qui avaient subi des moqueries intenses avaient gagné 20 kg/m² supplémentaire d'IMC par an par rapport à leurs pairs ayant subi des moqueries moins intenses. Selon la revue de question de Brewis [17], cette association s'avère particulièrement intense chez les enfants et les femmes.

La question qui reste en suspens est celle d'identifier les processus qui soutiennent l'association entre stigmatisation et obésité. Poulain [18], dans une approche sociologique, a proposé le modèle présenté en Fig. 1.

Selon ce modèle, le lien causal Stigmatisation → Obésité serait médié par des déterminants psychopathologiques étant donné la proximité des concepts de dévalorisation de soi et de dépression et ceux de pratiques alimentaires compensatoires et troubles du comportement alimentaire tels que l'alimentation émotionnelle et les accès hyperphagiques. Ainsi, selon ce modèle, la santé mentale des enfants et des adolescents est un facteur de risque de perpétuation, voire d'augmentation, du surpoids ou de l'obésité.

Cependant, la proposition de Poulain [18] n'a pas fait, à notre connaissance, l'objet d'un examen systématique qui permettrait de tester sa pertinence, notamment sur une population d'enfants et d'adolescents. Pourtant, si les bases scientifiques sous-tendant le modèle s'avéraient suffisamment nombreuses, elles fourniraient de solides arguments pour l'instauration de mesures préventives de lutte contre la stigmatisation des enfants corpulents, tout en tenant compte des manifestations dépressives et les prises alimentaires compensatoires. L'objectif de notre étude est d'examiner la pertinence du modèle du cercle vicieux de la prise de poids proposé par Poulain chez les enfants et d'adolescents. Il s'agira, au moyen d'une recherche extensive de la littérature, de confronter les quatre liens causaux suggérés par le modèle (Stigmatisation → Dépression → Prises alimentaires compensatoires → Obésité → Stigmatisation) aux données publiées.

2. Méthodologie

Étant donné le nombre important de publications relatives à notre objectif et le manque d'espace éditorial, notre analyse a porté sur des revues de question ou méta-analyses. Les critères d'inclusion étaient les suivants : manuscrits répertoriés dans les bases de données PubMed et PsychINFO avant 2005, portant sur des participants âgés de moins de 18 ans, publiés en langues anglophone ou francophone, et soumis à la procédure d'évaluation par les pairs. Dans le cas d'absence de revues de question ou de méta-analyses, la recherche s'est ouverte sur des articles originaux.

Tableau 1

Mots clés inclus dans les différentes étapes de la recherche bibliographique.

Ensemble des liens	Lien 1	Lien 2	Lien 3	Lien 4
Children	Stigma	Self esteem	Emotional eating	Weight gain
Adolescents	Stereotype	Depression	Binge eating	Stigma
Overweight	Self esteem	Emotional eating	Weight gain	Stereotype
Obesity	Depression	Binge eating		
Review				
Meta-analysis				

La recherche de manuscrits s'est effectuée en quatre temps, à savoir un temps par association. Les mots-clés pris en compte sont présentés dans le [Tableau 1](#).

3. Résultats

3.1. De la stigmatisation à la dépression

La première question qui se pose est celle de savoir si les jeunes en surcharge pondérale sont à risque accru de présenter une pathologie dépressive. Une méta-analyse portant sur 51 272 participants parmi 18 études a montré l'existence d'une association positive entre la surcharge pondérale des enfants et des adolescents et la dépression (Odds Ratio = 1,34, intervalle de confiance [IC] à 95 % : 1,1–1,64, $p = .005$) et des symptômes dépressifs graves (SMD = 0,23, IC à 95 % : 0,025–0,44, $p = .028$) dans les groupes de sujets obèses, mais non pas dans les groupes en surpoids [19]. Selon la revue de question de Sutaria et al. [20], qui a inclus 143 603 participants, 10,4 % des enfants obèses souffrent de dépression. Ce taux est 1,32 fois plus élevé que chez les enfants sans problème de poids.

La seconde question qui se pose est de savoir si le risque accru de manifestations dépressives chez les enfants corpulents est sous-tendu par les expériences de stigmatisation. Les conclusions de la revue de question de Pont et al. [21] sont allées dans le sens d'une vulnérabilité accrue à une faible estime et à la dépression chez les jeunes qui avaient fait l'objet de taquineries ou d'intimidation en raison de leur poids. Ces résultats ont persisté après la prise en compte de facteurs tels que l'âge, le sexe, l'IMC et l'âge de l'apparition de l'obésité, ce qui a suggéré que les expériences de stigmatisation, plutôt que le poids corporel, ont contribué à ces résultats péjoratifs. Les auteurs ont par ailleurs conclu que les comportements autodestructeurs et suicidaires étaient plus élevés chez les jeunes qui avaient fait l'objet de moqueries ou d'intimidation au sujet de leur poids que chez leurs pairs de même poids qui n'avaient pas subi de moqueries.

Dans une très récente méta-analyse portant sur le lien entre stigmatisation des enfants corpulents et santé mentale, au-delà des seuls symptômes de dépressifs, à travers 40 manuscrits, Warnick et al. [22] ont conclu à une association modérée mais statistiquement significative entre la stigmatisation liée au poids et les difficultés psychologiques en termes de santé mentale ($r = .32$, intervalle de confiance à 95 % [0,292,0,347], $p < .001$). Les auteurs ont cependant noté que la qualité des études était généralement de passable à médiocre et que de nombreuses études ne comportaient pas de mesure validée de la stigmatisation liée au poids.

L'ensemble de ces revues de question indique que les enfants et adolescents souffrant d'obésité sont à risque accru de présenter des pathologies mentales, notamment la dépression, ce qui est en partie expliqué par les phénomènes de stigmatisation. On retiendra cependant que la qualité des études reste à améliorer.

3.2. De la dépression aux consommations alimentaires compensatoires

Les conduites alimentaires compensatoires renvoient à deux entités différentes : l'alimentation émotionnelle (le fait de manger

en réponse à des émotions négatives) et les accès hyperphagiques (*Binge eating disorder*), la première entité étant la plus fréquemment évoquée dans les populations infantiles. Les résultats de notre recherche n'ayant pas permis l'identification de revues concernant le lien entre la dépression et ces entités chez les enfants, nous nous sommes intéressés à des études isolées.

Valero-Garcia et al. [23], dans une étude très récente portant sur des enfants de 4 à 7 ans, ont mis en lumière que les moyennes d'alimentation émotionnelle étaient plus élevées chez les enfants corpulents que chez leurs pairs normo-pondérés (corpulence normale : $M = 1,47$, $SD = 0,56$; surpoids/obésité : $M = 2,65$, $SD = 0,87$, $p < .001$). Le fait que les enfants corpulents soient plus enclins à manger de façon émotionnelle est-il en lien avec la pathologie dépressive ? C'est ce qu'indique l'étude de Goossens et al. [24] qui s'est intéressée à des sujets âgés de 8 à 18 ans et a révélé que l'augmentation des symptômes dépressifs était associée positivement à la fréquence des conduites d'alimentation émotionnelle.

Afin de compléter ces études isolées, nous nous sommes intéressés à deux revues de questions portant sur des populations adultes touchées par l'obésité [25,26]. Les deux revues ont indiqué que la dépression était associée à des conduites hyperphagiques (par exemple, dans 10 études sur 14 dans le manuscrit de Araujo et al.). Des études expérimentales citées dans une autre revue, Leehr et al. [27] ont par ailleurs indiqué que les émotions négatives, typiques des pathologies de l'humeur, servaient de déclencheur aux crises de boulimie chez les personnes atteintes d'accès hyperphagiques.

En conclusion, étant donné le nombre restreint d'études publiées sur la question, le lien entre dépression et conduites alimentaires compensatoires n'est pas clairement démontré chez les enfants. Il apparaît en revanche que les enfants en surpoids pratiquent plus fréquemment que les autres l'alimentation émotionnelle et que, chez les adultes, la dépression des personnes corpulentes est associée à des prises alimentaires excessives à travers des accès hyperphagiques.

3.3. Des consommations alimentaires compensatoires à la prise de poids

Concernant l'alimentation émotionnelle, une très récente revue de question portant sur 13 études réalisées sur des adolescents âgés entre 13 et 19 ans a conclu que, bien que les études aient donné lieu à des résultats contradictoires, dans l'ensemble, les résultats ne soutenaient pas l'existence d'une association entre cette pratique et la valeur de l'IMC chez les adolescents [28].

Concernant les accès hyperphagiques (BED), une revue de question recensant 36 études a mis en lumière que 22,2 % des adolescents avec obésité souffraient de cette pathologie [29]. Cependant, aucun travail d'analyse de la littérature n'a été identifié qui permettrait d'établir un lien causal entre les accès hyperphagiques et la prise de poids. En revanche, chez les adultes, il a été estimé que les personnes souffrant d'hyperphagie étaient 3 à 6 fois plus susceptibles d'être obèses que celles qui n'en souffraient pas [30].

Finalement, le fait que les conduites alimentaires compensatoires augmentent la masse grasse chez les enfants en surpoids n'a pas fait l'objet d'un examen systématique et ne peut pas, en l'état

actuel des connaissances, être confirmé et ce même s'il existe des preuves chez les adultes que les accès hyperphagiques tendent à augmenter l'IMC.

3.4. De la prise de poids à la stigmatisation

L'étude de Ma et al. [14] a quantifié les relations entre la stigmatisation du poids et le statut pondéral chez les enfants, avec l'âge et le sexe comme modérateurs. Dix-huit études comptant 101 036 participants ont été incluses dans la méta-analyse. Les résultats ont montré que la stigmatisation du poids et le surpoids/obésité étaient associés (OR groupé = 3,12, IC 95 % : 2,71, 3,60). Plus particulièrement, deux études longitudinales ont indiqué que l'IMC prédisait une augmentation des expériences de stigmatisation.

Il semble ainsi, notamment sur la base d'arguments issus d'études longitudinales, que l'augmentation du poids prédit une accentuation de phénomènes de stigmatisation chez les enfants de forte corpulence.

4. Discussion

L'objectif de notre étude était d'évaluer la pertinence du cercle vicieux de la prise de poids suggéré par le modèle de Poulain [18] en prenant appui sur des revues de question relatives aux quatre associations proposées dans le modèle.

Concernant l'association « stigmatisation × dépression », il apparaît que les enfants de forte corpulence, notamment ceux en situation d'obésité, sont à risque accru de dépression, ce qui est en partie expliqué par les phénomènes de stigmatisation.

L'existence d'un lien « dépression × conduites alimentaires compensatoires », en revanche, n'est pas clairement démontré chez les enfants. Si les enfants corpulents pratiquent plus fréquemment l'alimentation émotionnelle que leurs pairs, le nombre insuffisant d'études ne permet pas de préciser si cette pratique est sous-tendue par des symptômes dépressifs.

La relation « consommations alimentaires compensatoires × prise de poids » sur les populations infantiles n'a pas fait l'objet d'un examen systématique et ne peut pas, en l'état actuel des connaissances, être confirmé.

Enfin, l'association positive « prise de poids × stigmatisation » est bien démontrée, notamment à travers des études longitudinales.

Pour résumer, si l'existence d'une association bidirectionnelle entre obésité et stigmatisation est clairement démontrée, les manifestations dépressives apparaissent comme un médiateur probable dans cette association. La littérature scientifique, au-delà du seul contexte de l'obésité, a émis de nombreuses preuves selon lesquelles les expériences de stigmatisation produisaient des manifestations dépressives. Le mécanisme mis en cause est celui de l'intériorisation du stéréotype. Les personnes stigmatisées tendent à s'auto-attribuer les caractéristiques négatives véhiculées par le stéréotype. L'auto-attribution participe à la détérioration de la santé mentale, notamment via l'émergence d'expressions dépressives suscitées par la dévalorisation de soi. En ce qui concerne le contexte de l'obésité en particulier, le processus est d'autant plus puissant que la croyance que l'excès de masse grasse est facilement contrôlable est largement partagée dans la population. Les personnes en surpoids ou obèses ressentent alors un fort sentiment de responsabilité personnelle [31], ce qui accentue le sentiment de dévalorisation. Cette interprétation est renforcée par les résultats de l'étude de Sjöberg [32] qui ont indiqué que les adolescents ayant rapporté de nombreuses expériences de honte avaient un risque accru d'être déprimés.

Le fait que les symptômes dépressifs accentuent les prises alimentaires compensatoires (alimentation émotionnelle et accès

hyperphagiques) n'a pas été confirmé chez les adolescents en raison d'un nombre de publications extrêmement restreint sur la question. En revanche, chez les adultes, il a été clairement établi que les symptômes dépressifs augmentaient le risque de présenter des accès hyperphagiques dans le contexte de l'obésité. Il s'agirait donc de multiplier les études portant sur le lien entre alimentation émotionnelle et accès hyperphagiques d'une part et prise de poids d'autre part, notamment en raison du pourcentage non négligeable d'enfants et d'adolescents présentant ces conduites.

Dans notre étude, l'existence d'un rapport causal entre prises alimentaires compensatoires et augmentation de la corpulence n'a pas pu être démontrée chez les enfants et les adolescents, contrairement à ce qui a été établi chez les adultes et ceci malgré un nombre d'études non négligeable. Cette conclusion est à nuancer dans la mesure où les études incluses ne portaient pas spécifiquement sur des adolescents en surpoids ou obèses. On peut supposer que des conduites alimentaires compensatoires de faible niveau, même si elles comportent généralement des aliments à forte densité énergétique [33], ne produisent pas d'inflation de la masse grasse. Ainsi, les enfants normo-pondérés présentant des épisodes d'alimentation émotionnelle ne prendraient pas de poids, en raison de prises alimentaires compensatoires de faible niveau, contrairement aux enfants de forte corpulence. Par ailleurs, pour expliquer les différences trouvées entre la population des jeunes et celles des adultes, il est probable que le fait de manger de façon émotionnelle nécessiterait un temps important pour produire une prise de poids, temps que la période de l'adolescence ne suffit pas à couvrir.

D'autres facteurs, non prises en compte dans la présente étude, pourraient être incluses dans le modèle suggéré par Poulain [18]. Du côté psychologique, par exemple, la notion d'isolement social pourrait participer à l'association IMC × Dépression, comme cela a été mis en lumière chez des adolescents [34]. Du côté physiologique, des études expérimentales ont montré que la stigmatisation liée à la corpulence suscitait la libération de cortisol dont on connaît l'effet sur l'inflation de la masse grasse (pour une revue de la question, voir [35]).

Notre travail présente des limites. La population étant celle des enfants et des adolescents, le nombre d'études concernant certains liens reste encore limité (notamment le lien entre prises alimentaires compensatoires et d'une part la dépression, d'autre part la prise de poids). La validité de certaines mesures, entre autres celles d'expériences de stigmatisation et de prises alimentaires compensatoires, restent à améliorer. La principale limite à prendre en compte repose sur le fait que nous avons testé la pertinence du modèle en considérant les liens un par un et non pas dans un processus dynamique exhaustif portant sur une seule et même population. Des études ultérieures doivent être entreprises dans une perspective longitudinale qui incluraient l'ensemble des variables proposées dans le modèle en incluant des variables complémentaires (telles que l'isolement social ou le stress) et qui envisageraient des traitements statistiques tels que des analyses structurelles.

5. Conclusion

Quoi qu'il en soit de la validation du modèle dans sa totalité, les expériences de stigmatisation que vivent les enfants et des adolescents à forte corpulence favorisent d'une part les manifestations dépressives, d'autre part la prise de poids. Les phénomènes de stigmatisation doivent donc être considérés comme centraux dans la prise en charge psychologique de ces enfants et adolescents. Il s'agirait notamment de travailler sur les stratégies de coping à développer face à la dévalorisation subie. Par ailleurs, les pouvoirs publics ont un rôle primordial à jouer sur le plan de la prévention en communiquant sur les effets de la stigmatisation, mais aussi sur

les mécanismes impliqués dans la prise de poids et la résistance à l'amaigrissement qui, contrairement à la croyance populaire, ne sont pas sous la seule volonté des personnes en surcharge pondérale.

Source de financement

Aucune.

Déclaration de liens d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Puhl R, Brownell KD. Ways of coping with obesity stigma: review and conceptual analysis. *Eating Behav* 2003;4:53–78.
- [2] Puhl RM, King KM. Weight discrimination and bullying. *Best Prac Res Clin Endocrinol Metab* 2013;27:117–27.
- [3] Leyens JP, Yzerbyt V, Schadron G. Stéréotypes et cognition sociale. Editions Mardaga; 1996. p. 324.
- [4] Goffmann E. Les usages sociaux des handicaps (1963), traduit de l'anglais par Alain Kihm, coll. « Le Sens commun ». Éditions de Minuit; 1975.
- [5] Cramer P, Steinwert T. Thin is good, fat is bad: how early does it begin? *J Appl Dev Psychol* 1998;19:429–51.
- [6] Durante F, Fasolo M, Mari S, Mazzola AF. Children's attitudes and stereotype content toward thin average-weight, and overweight peers. *SAGE Open* 2014;4:1–11, 2158244014534697.
- [7] Musher-Eizenman DR, Holub SC, Miller AB, Goldstein SE, Edwards-Leeper L. Body size stigmatization in preschool children: the role of control attributions. *J Pediatr Psychol* 2004;29:613–20.
- [8] Penny H, Haddock G. Children's stereotypes of overweight children. *Br J Dev Psychol* 2007;25:409–18.
- [9] Juvonen J, Lessard LM, Schacter HL, Suchilt L. Emotional implications of weight stigma across middle school: the role of weight-based peer discrimination. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2017;46:150–8.
- [10] Eisenberg ME, Berge JM, Fulkerson JA, Neumark-Sztainer D. Weight comments by family and significant others in young adulthood. *Body Image* 2011;8:12–9.
- [11] Palad CJ, Yarlagadda S, Stanford FC. Weight stigma and its impact on paediatric care. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes* 2019;26:19–24.
- [12] Koroni M, Garagouni-Areou F, Roussi-Vergou CJ, Zafropoulou M, Piperakis SM. The stigmatization of obesity in children. A survey in Greek elementary schools. *Appetite* 2009;52:241–4.
- [13] van Geel M, Vedder P, Tanilon J. Are overweight and obese youths more often bullied by their peers? A meta-analysis on the relation between weight status and bullying. *Int J Obes* 2014;38:1263–7.
- [14] Ma L, Chu M, Li Y, Wu Y, Yan AF, Johnson B, et al. Bidirectional relationships between weight stigma and pediatric obesity: a systematic review and meta-analysis. *Obesity Rev* 2021;22:e13178.
- [15] Hunger JM, Tomiyama AJ. Weight labeling and obesity: a longitudinal study of girls aged 10 to 19 years. *JAMA Pediatrics* 2014;168:579–80.
- [16] Schvey NA, Marwitz SE, Mi SJ, Galescu OA, Broadney MM, Young-Hyman D, et al. Weight-based teasing is associated with gain in BMI and fat mass among children and adolescents at-risk for obesity: A longitudinal study. *Pediatric Obesity* 2019;14:e12538.
- [17] Brewis AA. Stigma and the perpetuation of obesity. *Soc Sci Med* 2014;118:8.
- [18] Poulain JP. Dimensions sociales de l'obésité, in Obésité: dépistage et prévention chez l'enfant, expertise collective Inserm; 2000 [Disponible sur: <https://hal-lara.archives-ouvertes.fr/hal-01571949>].
- [19] Quek YH, Tam WWS, Zhang MWB, Ho RCM. Exploring the association between childhood and adolescent obesity and depression: a meta-analysis. *Obesity Rev* 2017;18:742–54.
- [20] Sutaria S, Devakumar D, Yasuda SS, Das S, Saxena S. Is obesity associated with depression in children? Systematic review and meta-analysis. *Arch Dis Child-hood* 2019;104:64–74.
- [21] Pont SJ, Puhl R, Cook SR, Slusser W, Obesity SO, Society TO. Stigma experienced by children and adolescents with obesity. *Pediatrics* 2017;140:e20173034 [Disponible sur: <https://pediatrics.aappublications.org/content/140/6/e20173034>] [Internet] [cité 2 juill 2020].
- [22] Warnick JL, Darling KE, West CE, Jones L, Jelalian E. Weight stigma and mental health in youth: a systematic review and meta-analysis. *J Pediatr Psychol* 2022;47:237–55.
- [23] Valero-García AV, Olmos-Soria M, Madrid-Garrido J, Martínez-Hernández I, Haycraft E. The role of regulation and emotional eating behaviour in the early development of obesity. *Int J Environ Res Public Health* 2021;18:11884.
- [24] Goossens L, Braet C, Van Vlierberghe L, Mels S. Loss of control over eating in overweight youngsters: the role of anxiety, depression and emotional eating. *Eur Eating Dis Rev* 2009;17:68–78.
- [25] Araujo DMR, Santos GFdaS, Nardi AE. Binge eating disorder and depression: a systematic review. *World J Biolog Psychiatry* 2010;11:199–207.
- [26] Nicholls W, Devonport TJ, Blake M. The association between emotions and eating behaviour in an obese population with binge eating disorder. *Obesity Rev* 2016;17:30–42.
- [27] Leehr EJ, Krohmer K, Schag K, Dresler T, Zipfel S, Giel KE. Emotion regulation model in binge eating disorder and obesity - a systematic review. *Neurosci Biobehav Rev* 2015;49:125–34.
- [28] Limbers CA, Summers E. Emotional eating and weight status in adolescents: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health* 2021;18:991.
- [29] He J, Cai Z, Fan X. Prevalence of binge and loss of control eating among children and adolescents with overweight and obesity: an exploratory meta-analysis. *Int J Eating Dis* 2017;50:91–103.
- [30] McCuen-Wurst C, Ruggieri M, Allison KC. Disordered eating and obesity: associations between binge-eating disorder, night-eating syndrome and weight-related comorbidities. *Ann New York Acad Sci* 2018;1411:96–105.
- [31] Juhel M, Goncalves A, Martinez C, Charbonnier E. Le rôle de la stigmatisation dans la symptomatologie dépressive de femmes françaises en surpoids ou en situation d'obésité. *Eur Rev Appl Psychol* 2021;71:100646.
- [32] Sjöberg RL, Nilsson KW, Leppert J. Obesity, Shame and depression in school-aged children: a population-based study. *Pediatrics* 2005;116:e389–92.
- [33] Nguyen-Michel ST, Unger JB, Spruijt-Metz D. Dietary correlates of emotional eating in adolescence. *Appetite* 2007;49:494–9.
- [34] Xie B, Chou CP, Spruijt-Metz D, Liu C, Xia J, Gong J, et al. Effects of perceived peer isolation and social support availability on the relationship between body mass index and depressive symptoms. *Int J Obes* 2005;29:1137–43.
- [35] Tomiyama AJ. Weight stigma is stressful. A review of evidence for the cyclic obesity/weight-based stigma model. *Appetite* 2014;82:8–15.