

Recherche quantitative originale

Honte et fierté authentique à l'égard de son corps associées de manière indépendante à l'état de santé autoévalué chez les jeunes adultes

Kristen M. Lucibello, Ph. D. (1)*; Erin K. O'Loughlin, Ph. D. (1, 3)*; Catherine M. Sabiston, Ph. D. (1); Sabrina Malouka (1); Roxy H. O'Rourke, M. Sc. (1); Jennifer L. O'Loughlin, Ph. D. (2, 3)

Cet article a fait l'objet d'une évaluation par les pairs.

 Diffuser cet article sur Twitter

Résumé

Introduction. S'il est vrai que le poids constitue un fort prédicteur de la santé physique et mentale, il n'en demeure pas moins que les facteurs psychosociaux positifs et négatifs en lien avec le corps sont également susceptibles de jouer un rôle important. En outre, tant des fondements théoriques que des données empiriques tendent à indiquer que ces associations peuvent varier en fonction du genre. Nos objectifs étaient, d'une part, d'analyser les associations entre les émotions liées à la conscience de son corps (honte corporelle, fierté corporelle authentique) et la santé physique et mentale chez les jeunes adultes et, d'autre part, de cerner les différences potentielles dans ces associations en fonction du genre.

Méthodologie. Les données utilisées dans cette étude transversale ont été tirées de l'étude sur la dépendance à la nicotine chez les adolescents (étude NICO) et portaient sur 799 jeunes adultes (âge moyen = 33,6 ans [écart-type = 0,5]; 43,9 % d'hommes). Nous avons estimé les associations entre, d'une part, la honte corporelle et la fierté corporelle authentique (variables d'exposition) et, d'autre part, l'état de santé physique autoévalué et l'état de santé mentale autoévalué (variables de résultat) dans des modèles de régression linéaire tenant compte de l'âge, du niveau de scolarité et de l'indice de masse corporelle, et nous avons étudié les différences potentielles dans ces associations en fonction du genre en effectuant des analyses stratifiées selon le genre.

Résultats. Chez les femmes, l'état de santé physique autoévalué et l'état de santé mentale autoévalué diminuaient respectivement de 0,37 et de 0,38 pour chaque augmentation d'une unité de la honte corporelle. L'état de santé physique autoévalué et l'état de santé mentale autoévalué augmentaient de respectivement 0,25 et de 0,23 pour chaque augmentation d'une unité de fierté corporelle authentique. Chez les hommes, l'état de santé physique autoévalué et l'état de santé mentale autoévalué diminuaient de respectivement 0,35 et de 0,45 pour chaque augmentation d'une unité de la honte corporelle. L'état de santé physique autoévalué et l'état de santé mentale autoévalué augmentaient de respectivement 0,32 et de 0,21 pour chaque augmentation d'une unité de la fierté corporelle authentique.

Conclusion. Les interventions qui ciblent le poids sans tenir compte des émotions liées à la conscience du corps sont susceptibles d'omettre un facteur clé de l'état de santé autoévalué.

Points saillants

- L'approche normative en santé en matière de poids suppose que ce dernier est un indicateur isolé de la santé.
- Nous avons tenté de déterminer si les émotions liées à la conscience du corps étaient associées de manière indépendante à l'état de santé physique et mentale autoévalué chez les jeunes adultes.
- Tant les femmes que les hommes qui ont fait état d'une honte corporelle plus importante et d'une fierté corporelle authentique moins importante percevaient leur état de santé physique et mentale de façon plus négative, même après ajustement pour l'indice de masse corporelle (IMC).
- Les résultats font ressortir l'importance de tenir compte, outre des facteurs physiques comme l'IMC, des facteurs psychosociaux qui contribuent à l'état de santé autoévalué.
- Les interventions qui ciblent le poids sans tenir compte des émotions liées à la conscience du corps sont susceptibles d'omettre un facteur clé de l'état de santé physique et mental autoévalué.

Mots-clés : *émotions liées à la conscience de soi, jeunes adultes, indice de masse corporelle, honte corporelle, fierté corporelle, santé, poids*

Rattachement des auteurs :

1. Faculté de kinésiologie et d'éducation physique, Université de Toronto, Toronto (Ontario), Canada
 2. Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal, Montréal (Québec), Canada
 3. Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal, Montréal (Québec), Canada
- * Coauteurs principales

Correspondance : Jennifer O'Loughlin, Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal, Tour Saint-Antoine, 850, rue Saint-Denis, Montréal (Québec) H2X 0A9; tél. : 514-890-8000, poste 15858; courriel : jennifer.oloughlin@umontreal.ca

Introduction

L'approche normative en santé en matière de poids qui domine la société occidentale repose sur de nombreuses hypothèses, notamment que le poids seul est un indicateur clé de la santé, qu'il est possible de contrôler son poids et que la perte de poids est durable et sans danger¹. Au fond, cette approche perçoit le poids comme un facteur central à prendre en compte dans la santé et les soins de santé², utilisant abondamment les termes « surpoids » et « obèse » et assimilant l'« obésité » à une maladie qui doit être éradiquée³. L'utilisation courante de l'indice de masse corporelle (IMC) comme indicateur de « surpoids » dans la pratique clinique et la recherche va dans le même sens, malgré les critiques dont elle fait l'objet, l'IMC ne faisant pas de distinction entre le pourcentage de masse maigre et le pourcentage de graisse corporelle⁴ et ne tenant pas compte de la race, du genre et de l'âge^{5,6}.

En général, la relation entre l'IMC et la santé est difficile à étudier parce qu'elle est influencée par de multiples facteurs associés à l'adiposité, ces derniers pouvant eux-mêmes avoir également une incidence sur la santé, par exemple le statut socioéconomique, l'effet yo-yo, l'activité physique et les préjugés liés au poids^{3,7}. De plus, l'utilisation de l'IMC (et, implicitement, de l'approche normative du poids) est critiquée, car les discours et les stéréotypes qu'elle perpétue nuisent à la santé, peut-être même plus que les difficultés physiques associées à l'excès de poids^{1,2}.

Il est généralement reconnu que le poids est un élément essentiel du statut social d'une personne et de son acceptation par les autres. Les personnes au poids plus élevé sont souvent perçues comme étant négligées, paresseuses, moins sympathiques, moins gentilles, moins attirantes, ayant moins de succès et ayant une faible estime d'elles-mêmes^{8,9}. La croyance selon laquelle la minceur est supérieure est propagée par de nombreux canaux socioculturels, que ce soit les médias traditionnels et sociaux, les politiques gouvernementales, la conception de l'environnement et de l'espace ou encore les conversations et les relations interpersonnelles⁹⁻¹¹. Les individus reconnaissent que le fait d'avoir un poids plus élevé correspond à une identité sociale dévalorisée par la société. Le fait de se considérer comme faisant partie du groupe des personnes au poids plus élevé

peut déclencher des processus psychosociaux (comme le besoin d'appartenance) et biologiques (comme l'axe hypothalamo-hypophysio-surrénalien) qui nuisent à la santé^{12,13}. La simple perception d'avoir un poids plus élevé, indépendamment de l'IMC réel, est associée à des symptômes dépressifs et des idées suicidaires plus nombreux¹⁴ et à un état de santé perçu plus faible¹⁵. Par conséquent, il est nécessaire de développer une compréhension plus nuancée des facteurs psychosociaux liés au poids afin d'éclairer l'élaboration de politiques et de pratiques efficaces et éthiques en matière de poids et de santé^{2,16}.

La honte corporelle est un facteur psychosocial relatif au poids susceptible de nuire à la santé. Il s'agit d'une émotion intense liée à la conscience de soi qu'une personne ressent lorsqu'elle a l'impression que la forme de son corps, son poids ou son apparence physique ne satisfont pas à un idéal sociétal ou personnel en raison d'un défaut personnel incontrôlable et fondamental (par exemple : « Je suis une personne peu attirante »^{17,18}). Selon certaines théories reconnues, les menaces sociales et évaluatives d'autrui¹² et les autoévaluations négatives¹⁸ peuvent engendrer de la honte corporelle. Le fait d'avoir un poids plus élevé¹⁹, la perception d'avoir un poids plus élevé²⁰ et la perception d'un grand écart entre son poids réel et son poids idéal²¹ sont tous associés à un sentiment de honte corporelle plus important.

La honte est reconnue comme étant une émotion puissante qui nuit à la santé physique et mentale^{2,13,22}, comme en témoigne son association avec certains indicateurs physiologiques (réactivité du cortisol²³, symptômes dépressifs^{24,25}, estime de soi²⁴, etc.). La honte corporelle peut aussi avoir une incidence indirecte sur la santé physique et mentale en raison de l'évitement de l'activité physique^{20,26}, du retrait social²⁶, du stress élevé lié aux soins de santé²⁷ et de la priorisation de l'amélioration de l'apparence physique au détriment de la santé²⁸. La honte corporelle peut donc avoir une influence importante sur l'état de santé perçu.

Les émotions positives liées au corps peuvent également avoir une influence sur la santé physique et mentale. En effet, ces émotions sont associées à un risque de décès inférieur²⁹ et à des niveaux de bien-être supérieurs³⁰. La fierté corporelle

authentique (ci-après appelée « fierté corporelle ») est une émotion à valence positive liée à la conscience du corps qui se manifeste lorsqu'une personne attribue une réalisation positive à ses propres efforts^{17,18}. Il peut s'agir d'efforts qui ont permis à la personne d'atteindre un idéal personnel ou sociétal en ce qui concerne son apparence physique perçue (par exemple, être fier des efforts déployés pour maintenir son apparence)^{17,31}.

Le fait d'avoir un poids plus élevé¹⁹ et de percevoir un écart entre son poids réel et son poids idéalisé est associé à un sentiment de fierté corporelle plus faible tant chez les hommes que chez les femmes^{21,31}. Étant donné que la perception de l'acceptation par les autres favorise des émotions positives liées au corps³², il est possible que les idéaux corporels stricts perpétués par la société et les préjugés bien ancrés à l'égard d'un poids plus élevé diminuent le sentiment de fierté corporelle, en raison d'un manque d'acceptation par les autres ou d'un écart perçu par rapport à l'idéal sociétal¹⁸. Un sentiment de fierté corporelle élevé est associé à une estime de soi supérieure, à l'épanouissement, à une diminution des symptômes de dépression, d'anxiété et de troubles alimentaires^{24,33} et à un engagement plus fort en faveur de comportements positifs en matière de santé³⁴. Par conséquent, la fierté corporelle est susceptible de renforcer certaines perceptions de la santé.

Cette étude avait pour objectif de déterminer si la honte corporelle et la fierté corporelle sont associées de façon indépendante à l'état de santé autoévalué chez les jeunes adultes après ajustement pour l'IMC. Les jeunes adultes constituent un groupe d'âge fort intéressant pour la recherche en santé, parce qu'ils traversent de nombreuses transitions de vie majeures dans la mesure où ils établissent leur identité sociale, scolaire et professionnelle et, dans le même temps, ils sont susceptibles d'être encore très réceptifs aux interventions liées au mode de vie et à la santé³⁵. Nous avons effectué des analyses stratifiées selon le genre, en partie parce que les hommes sont rarement étudiés dans ce domaine de la recherche et en partie en raison de différences selon le genre documentées en matière de honte corporelle¹⁹ et d'état de santé perçu³⁶. Sur la base de fondements théoriques^{13,18,31}, nous avons émis l'hypothèse qu'un sentiment de honte corporelle plus fort et un sentiment de fierté corporelle plus faible

seraient associés à une autoévaluation plus faible de l'état de santé physique et mentale à la fois chez les femmes et chez les hommes.

Méthodologie

Approbation éthique

L'étude sur la dépendance à la nicotine chez les adolescents (étude NICO) a été approuvée par les comités d'éthique de la Direction régionale de santé publique de Montréal et de l'Université McGill (2007-2384, 2017-6895). L'équipe de recherche a obtenu le consentement parental éclairé et l'assentiment des participants au cycle 1 de l'étude NICO (description fournie plus loin). Les participants (ayant atteint l'âge légal) ont consenti à la collecte de données post-secondaires, dont celle ayant généré les données utilisées dans cette analyse. L'étude NICO est approuvée par le comité d'éthique du Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CRCHUM) (ND 06.087). Les participants au cycle 23 ont fourni leur consentement éclairé.

Échantillon de l'étude

Les données ont été tirées de l'étude NICO³⁷, pour laquelle 1 294 participants de secondaire 1 âgés de 12 ou 13 ans ont été recrutés en 1999 et 2000, au moyen d'une stratégie d'échantillonnage utilisant des écoles. Plus précisément, 13 écoles secondaires de Montréal et ses environs ont été sélectionnées, en consultation avec les commissions scolaires et les directions d'écoles locales, de façon à inclure une combinaison i) d'écoles francophones et d'écoles anglophones, ii) d'écoles en milieu urbain, en banlieue et en milieu rural et iii) d'écoles situées dans des quartiers à statuts socioéconomiques élevé, moyen et faible. Tous les élèves de secondaire 1 ont été considérés comme admissibles à l'étude et les données ont été recueillies en 20 cycles, de secondaire 1 à 5, parmi les élèves ayant accepté de participer. Les données portant sur la période post-secondaire ont été recueillies en 2007-2008 (cycle 21), 2010 à 2012 (cycle 22), 2017 à 2020 (cycle 23) et 2020-2021 (cycle 24), l'âge moyen des participants étant alors de respectivement 20,4 ans, 24,0 ans, 30,5 ans et 33,6 ans. Lors du cycle 1 (au début de l'étude), plusieurs caractéristiques des participants étaient comparables à celles des élèves du même âge ayant participé à l'Enquête sociale et

de santé auprès des enfants et adolescents québécois de 1999, une étude représentative à l'échelle de la province³⁷.

À l'exception de l'IMC, toutes les données utilisées dans nos analyses ont été recueillies en 2017-2020 lors du cycle 23 (soit le seul cycle à ce jour où les émotions liées à la conscience du corps ont été mesurées), avec un âge moyen des participants de 30,5 ans à ce moment-là. Au total, 799 participants (43,9 % d'hommes) ont rempli le questionnaire du cycle 23. Pour éviter d'utiliser une valeur d'IMC s'inscrivant dans l'enchaînement de causalité entre les variables d'« exposition » (honte corporelle, fierté corporelle) et les variables de « résultat » (état de santé physique auto-évalué, état de santé mentale auto-évalué), nous avons utilisé les données sur l'IMC du cycle 22. Nous considérons cependant que, de manière générale, cette étude est transversale, puisque la plupart des données sont tirées du cycle 23.

Mesures

Honte corporelle et fierté corporelle

La honte corporelle et la fierté corporelle ont été mesurées à l'aide de sous-échelles de l'échelle BASES (Body and Appearance Self-Conscious Emotions Scale)²⁴. La validité concurrente, convergente, incrémentale et discriminante de l'échelle BASES a été démontrée²⁴. De plus, les deux mesures sont relativement stables au fil du temps : les coefficients de corrélation intraclasse (intervalles de confiance [IC] à 95 %) évaluant la fidélité test-retest après deux semaines étaient de 0,93 (0,85 à 0,97) pour la honte corporelle et de 0,88 (0,72 à 0,95) pour la fierté corporelle. Dans l'échantillon de l'étude NICO, la cohérence interne (α) était de 0,88 pour la honte corporelle et de 0,91 pour la fierté corporelle. Les quatre items de la sous-échelle de mesure de la honte corporelle (questions comme « À quelle fréquence vous sentez-vous... honteux/honteuse de votre apparence? ») et les quatre items de la sous-échelle de mesure de la fierté corporelle (questions comme « À quelle fréquence vous sentez-vous... fier/fière d'avoir atteint vos objectifs en matière d'apparence? ») ont reçu un score compris entre 1 (jamais) et 5 (toujours). On a établi une moyenne des items de chaque sous-échelle afin de créer des scores continus allant de 1 à 5.

État de santé physique auto-évalué

Pour mesurer l'état de santé physique auto-évalué, on a utilisé la question « Dans

l'ensemble, comment évalueriez-vous votre santé? », avec comme choix de réponse « mauvaise », « passable », « bonne », « très bonne » et « excellente » (scores correspondants allant de 1 à 5). On a considéré cette variable comme une variable continue dans les analyses. L'état de santé physique auto-évalué a été associé de manière systématique à l'état de santé objectif³⁸ et constitue un prédicteur important de décès³⁹.

État de santé mentale auto-évalué

Pour mesurer l'état de santé mentale auto-évalué, on a utilisé la question « Dans l'ensemble, comment évalueriez-vous votre santé mentale? », avec comme choix de réponse « mauvaise », « passable », « bonne », « très bonne » et « excellente » (scores correspondants allant de 1 à 5). L'état de santé mentale auto-évalué a également été considéré comme une variable continue dans les analyses. Il existe une corrélation modérée ($r = 0,45$ à $r = 0,48$) entre l'état de santé mentale auto-évalué et plusieurs mesures bien connues de la santé mentale⁴⁰. En outre, des scores supérieurs pour l'état de santé mentale auto-évalué sont associés à un meilleur fonctionnement en matière de santé mentale et à un moins grand nombre de symptômes de détresse psychologique⁴¹.

IMC

La taille et le poids ont été mesurés par des techniciens formés selon un protocole normalisé³⁷. Les mesures ont été prises soit sur place, dans les bureaux de l'étude NICO à Montréal (Canada), soit chez les participants. Pour calculer l'IMC, on a divisé le poids (en kilogrammes) par la taille (en mètres) au carré ($IMC = kg/m^2$). On a considéré l'IMC comme une variable continue dans les analyses. Nous avons utilisé la valeur de l'IMC au cycle 22 plutôt que la valeur au cycle 23 pour nous assurer que l'IMC (qui pourrait être à la fois un facteur médiateur des associations d'intérêt et un facteur de confusion potentiel) ne bloquait pas les associations d'intérêt. Chez les femmes, l'IMC moyen était de 23,8 (écart-type [ET] = 4,7) au cycle 22 et de 25,4 (ET = 5,8) au cycle 23 ($r = 0,80$). Chez les hommes, l'IMC moyen était de 25,1 (ET = 4,4) au cycle 22 et de 26,3 (ET = 4,6) au cycle 23 ($r = 0,80$). La corrélation entre l'IMC au cycle 22 et l'IMC au cycle 23 était de 0,80 tant chez les femmes que chez les hommes.

Caractéristiques sociodémographiques

Les participants ont fourni au cycle 1 leur âge, leur genre et la langue parlée le plus

souvent à la maison (français, anglais, autre) et ont également indiqué s'ils étaient nés au Canada (« oui », « non »), si leur mère avait fait des études universitaires (« oui », « non ») et si eux-mêmes avaient fait des études universitaires (au cycle 23) (« oui », « non »). Nous avons utilisé la valeur du niveau de scolarité des participants au cycle 23 dans la mesure où la scolarité est relativement définitive à l'âge de 31 ans.

Analyse des données

Analyses préliminaires

Nous avons analysé les données pour en vérifier la normalité et pour déceler les valeurs aberrantes⁴² et manquantes. Les données descriptives ont été exprimées en moyennes et en écarts-types pour les variables continues et en fréquences et en pourcentages pour les variables nominales. Nous avons calculé les coefficients de corrélation de Pearson pour décrire les associations entre les principales variables de l'étude. Même si la corrélation entre la honte corporelle et la fierté corporelle s'est révélée faible ($r = -0,179$ chez les femmes et $r = -0,009$ chez les hommes), nous avons élaboré des modèles pour chaque variable d'exposition prise séparément afin d'éviter un surajustement lié à un possible effet médiateur d'une variable sur l'autre.

Analyses univariées et multivariées

La modélisation a été effectuée séparément dans des modèles stratifiés selon le genre. Nous avons d'abord modélisé l'association entre chaque variable d'exposition (honte corporelle, fierté corporelle) et chaque variable de résultat (état de santé physique autoévalué, état de santé mentale évalué) dans des modèles de régression linéaire non ajustés (univariés). Nous avons ensuite appliqué des modèles de régression linéaire multivariés en ajustant pour l'âge, le niveau de scolarité des participants et l'IMC. Les paramètres d'intérêt étaient les coefficients bêta pour la honte corporelle et pour la fierté corporelle pour lesquels les IC à 95 % dans les modèles multivariés excluaient la valeur nulle.

Résultats

Le tableau 1 offre une comparaison des diverses caractéristiques des participants retenus et des participants non retenus (participants perdus de vue ou n'ayant pas fourni de données en 2017-2020) pour l'analyse. Sur les 670 filles ayant participé

au cycle 1, 448 (66,9 %) ont fourni des données au cycle 23. Sur les 623 garçons ayant participé au cycle 1, 351 (56,3 %) ont fourni des données au cycle 23. Les participants retenus étaient en moyenne plus jeunes que les participants non retenus et ils étaient également relativement plus nombreux à être nés au Canada et plus nombreux à avoir une mère ayant fait des études universitaires. Pour ce qui est de l'IMC et du fait de parler français à la maison, les résultats étaient similaires entre les participants retenus et les participants non retenus pour l'analyse.

Le tableau 2 présente les valeurs des principales variables de l'étude chez les femmes et chez les hommes au cycle 23. Les femmes affichent des scores plus élevés que les hommes pour la honte corporelle (moyenne de 2,1 [ET = 0,8] contre 1,8 [ET = 0,8]). Les scores en matière d'état de santé mentale autoévalué sont plus élevés chez les hommes que chez les femmes (moyenne de 3,4 [ET = 0,9] contre 3,2 [0,9]). En ce qui concerne les scores relatifs à la fierté corporelle et à l'état de santé physique autoévalué, la différence entre les genres est négligeable.

Le tableau 3 présente les coefficients de corrélation de Pearson entre les principales variables de l'étude chez les femmes et chez les hommes. Les résultats des modèles de régression linéaire univariée et multivariée sont présentés dans le tableau 4 pour les femmes et dans le tableau 5 pour les hommes, et les conclusions sont présentées ci-dessous.

Émotions liées au corps et état de santé physique autoévalué chez les femmes

La honte corporelle et l'état de santé physique autoévalué sont corrélés de manière modérément négative ($r = -0,366$) chez les femmes (tableau 3), ce qui implique qu'à mesure que la honte corporelle augmente, l'état de santé physique autoévalué diminue. De même, comme l'illustre le modèle 1 du tableau 4, dans le modèle de régression linéaire non ajusté, la honte corporelle est associée négativement à l'état de santé physique autoévalué ($\beta_{\text{brut}} = -0,42$; IC à 95 % : $-0,51$ à $-0,32$). Dans le modèle 2 du tableau 4, le coefficient bêta demeure relativement stable après ajustement pour l'âge, le niveau de scolarité des participants et l'IMC ($\beta_{\text{ajusté}} = -0,37$; IC à 95 % : $-0,48$ à $-0,26$), ce qui implique qu'avec chaque augmentation d'une unité du score de la honte corporelle, il y a

diminution de 0,37 du score de l'état de santé physique autoévalué.

La fierté corporelle et l'état de santé physique autoévalué sont corrélés de manière faiblement positive ($r = 0,230$) chez les femmes (tableau 3), ce qui implique qu'à mesure que la fierté corporelle augmente, l'état de santé physique autoévalué augmente également. De même, comme l'illustre le modèle 3 du tableau 4, dans le modèle de régression linéaire non ajusté, la fierté corporelle est associée positivement à l'état de santé physique autoévalué ($\beta_{\text{brut}} = 0,23$; IC à 95 % : $0,14$ à $0,33$). Dans le modèle 4 du tableau 4, l'ajustement pour l'âge, le niveau de scolarité des participants et l'IMC n'a aucune incidence sur l'interprétation des résultats ($\beta_{\text{ajusté}} = 0,25$; IC à 95 % : $0,15$ à $0,35$), ce qui implique qu'avec chaque augmentation d'une unité du score de la fierté corporelle, il y a augmentation de 0,25 du score de l'état de santé physique autoévalué.

Émotions liées au corps et état de santé mentale autoévalué chez les femmes

La honte corporelle et l'état de santé mentale autoévalué sont corrélés de manière modérément négative ($r = -0,329$) chez les femmes (tableau 3), ce qui implique qu'à mesure que la honte corporelle augmente, l'état de santé mentale autoévalué diminue. De même, comme l'illustre le modèle 5 du tableau 4, dans le modèle de régression linéaire non ajusté, la honte corporelle est associée négativement à l'état de santé mentale autoévalué ($\beta_{\text{brut}} = -0,38$; IC à 95 % : $-0,48$ à $-0,28$). Dans le modèle 6 du tableau 4, le coefficient bêta demeure relativement stable après ajustement pour l'âge, le niveau de scolarité des participants et l'IMC ($\beta_{\text{ajusté}} = -0,38$; IC à 95 % : $-0,49$ à $-0,26$), ce qui implique qu'avec chaque augmentation d'une unité du score de la honte corporelle, il y a diminution de 0,38 du score de l'état de santé mentale autoévalué.

La fierté corporelle et l'état de santé mentale autoévalué sont corrélés de manière faiblement positive ($r = 0,222$) chez les femmes (tableau 3), ce qui implique qu'à mesure que la fierté corporelle augmente, l'état de santé mentale autoévalué augmente également. De même, comme l'illustre le modèle 7 du tableau 4, dans le modèle de régression linéaire non ajusté, la fierté corporelle est associée positivement à l'état de santé mentale autoévalué ($\beta_{\text{brut}} = 0,23$; IC à 95 % : $0,13$, $0,32$). Dans

TABLEAU 1
Caractéristiques des participants retenus et des participants non retenus pour l'analyse, par genre, étude NICO, 1999-2020

	Filles/Femmes		Garçons/Hommes	
	Retenues (n = 448)	Non retenues ^a (n = 222)	Retenus (n = 351)	Non retenus ^a (n = 272)
Âge (moyenne et ET) au cycle 1	12,6 (0,5)	12,9 (0,7)	12,7 (0,5)	12,9 (0,6)
Né(e) au Canada (en %)	94,0	88,7	93,4	90,1
Parle français à la maison (en %)	31,7	32,0	29,3	26,8
Mère ayant fait des études universitaires (en %)	42,6	34,2	50,6	44,1
IMC ^b (moyenne et écart-type)	19,9 (3,9)	20,4 (4,0)	20,1 (3,8)	20,2 (3,8)

Abréviations : ET, écart-type; IMC, indice de masse corporelle; NICO, étude sur la dépendance à la nicotine chez les adolescents.

^a Comprend les participants perdus de vue entre les cycles 1 et 23 et les participants dont les données sont manquantes au cycle 23.

^b Au début de l'étude NICO, en 1999-2000.

le modèle 8 du tableau 4, l'ajustement pour l'âge, le niveau de scolarité des participants et l'IMC n'a aucune incidence sur l'interprétation des résultats ($\beta_{\text{ajusté}} = 0,23$; IC à 95 % : 0,13, 0,33), ce qui implique qu'avec chaque augmentation d'une unité du score de la fierté corporelle, il y a augmentation de 0,23 du score de l'état de santé mentale autoévalué.

Émotions liées au corps et état de santé physique autoévalué chez les hommes

La honte corporelle et l'état de santé physique autoévalué sont corrélés de manière négativement modérée ($r = -0,327$) chez les hommes (tableau 3), ce qui implique qu'à mesure que la honte corporelle augmente, l'état de santé physique autoévalué diminue. De même, comme l'illustre le modèle 1 du tableau 5, dans le modèle de régression linéaire non ajusté, la honte

corporelle est associée négativement à l'état de santé physique autoévalué ($\beta_{\text{brut}} = -0,38$, IC à 95 % : $-0,49, -0,26$). Dans le modèle 2 du tableau 5, le coefficient bêta demeure relativement stable après ajustement pour l'âge, le niveau de scolarité des participants et l'IMC ($\beta_{\text{ajusté}} = -0,35$; IC à 95 % : $-0,47$ à $-0,22$), ce qui implique qu'avec chaque augmentation d'une unité du score de la honte corporelle, il y a diminution de 0,35 du score de l'état de santé physique autoévalué.

La fierté corporelle l'état de santé physique autoévalué sont corrélés de manière modérément positive ($r = 0,340$) chez les hommes (tableau 3), ce qui implique qu'à mesure que la fierté corporelle augmente, l'état de santé physique autoévalué augmente également. De même, comme l'illustre le modèle 3 du tableau 5, dans le modèle de régression linéaire non ajusté,

la fierté corporelle est associée positivement à l'état de santé physique autoévalué ($\beta_{\text{brut}} = 0,29$; IC à 95 % : 0,20 à 0,37). Dans le modèle 4 du tableau 5, l'ajustement pour l'âge, le niveau de scolarité des participants et l'IMC n'a aucune incidence sur l'interprétation des résultats ($\beta_{\text{ajusté}} = 0,32$; IC à 95 % : 0,23 à 0,41), ce qui implique qu'avec chaque augmentation d'une unité du score de la fierté corporelle, il y a augmentation de 0,32 du score de l'état de santé physique autoévalué.

Émotions liées au corps et état de santé mentale autoévalué chez les hommes

La honte corporelle et l'état de santé mentale autoévalué sont corrélés de manière modérément négative ($r = -0,350$) chez les hommes (tableau 3), ce qui implique qu'à mesure que la honte corporelle augmente, l'état de santé mentale autoévalué

TABLEAU 2
Caractéristiques^a des participants à l'étude, par genre, étude NICO, 2017-2020

	Femmes			Hommes		
	Total n ^b	Moyenne (ET) ou % de oui	Intervalle	Total n ^b	Moyenne (ET) ou % de oui	Intervalle
Âge (en années)	448	30,6 (1,0)	28,5 à 34,1	351	30,6 (1,0)	28,2 à 34,6
Participant ayant fait des études universitaires	447	62,4 %	—	349	56,4 %	—
Honte corporelle ^c	447	2,1 (0,8)	1,0 à 5,0	350	1,8 (0,8)	1,0 à 4,8
Fierté corporelle ^c	447	2,3 (0,9)	1,0 à 5,0	350	2,4 (1,0)	1,0 à 5,0
État de santé physique autoévalué	446	3,2 (0,9)	1,0 à 5,0	350	3,3 (0,9)	1,0 à 5,0
État de santé mentale autoévalué	445	3,2 (0,9)	1,0 à 5,0	349	3,4 (0,9)	1,0 à 5,0
IMC (cycle 22) ^d	384	23,8 (4,7)	16,3 à 45,4	298	25,1 (4,4)	18,1 à 46,0
IMC (cycle 23)	379	25,4 (5,8)	15,9 à 50,9	296	26,3 (4,6)	18,3 à 47,8

Abréviations : ET, écart-type; IMC, indice de masse corporelle; NICO, étude sur la dépendance à la nicotine chez les adolescents.

^a Valeurs mesurées au cycle 23, sauf indication contraire.

^b Les totaux diffèrent en raison des données manquantes.

^c Caractéristique mesurée à l'aide des sous-échelles de l'échelle BASES (Body and Appearance Self-Conscious Emotions Scale).

^d Les données sur l'IMC au cycle 22 ont été utilisées pour éviter d'employer une valeur d'IMC s'inscrivant dans l'enchaînement de causalité entre les variables d'exposition et les variables de résultat.

TABEAU 3
Coefficients de corrélation entre l'âge, l'IMC, le niveau de scolarité des participants, la honte corporelle, la fierté corporelle, l'état de santé physique autoévalué et l'état de santé mentale autoévalué chez les femmes (n = 384 à 448^a) et chez les hommes (n = 298 à 351^a), étude NICO, 2017-2020

	Âge	IMC (cycle 22) ^b	Niveau de scolarité du participant	Honte corporelle	Fierté corporelle	État de santé physique autoévalué	État de santé mentale autoévalué
Âge		0,048	-0,196*	0,062	0,090	-0,076	-0,048
IMC (cycle 22) ^b	0,090		-0,205*	0,289*	0,034	-0,192*	0,013
Niveau de scolarité du participant	-0,201*	-0,072		-0,141*	0,015	0,236*	0,119*
Honte corporelle	0,024	0,183*	-0,001		-0,179*	-0,366*	-0,329*
Fierté corporelle	0,046	0,062	0,025	-0,009		0,230*	0,222*
État de santé physique autoévalué	0,001	-0,159*	0,117*	-0,327*	0,340*		0,432*
État de santé mentale autoévalué	-0,007	-0,167*	0,060	-0,350*	0,212*	0,510*	

Abbréviations : IMC, indice de masse corporelle; NICO, étude sur la dépendance à la nicotine chez les adolescents.

Remarque : Les données pour les hommes sont présentées dans les cellules grisées. Les coefficients de corrélation sont des coefficients de Pearson.

^a Les totaux diffèrent en raison des données manquantes.

^b Les données sur l'IMC au cycle 22 ont été utilisées pour éviter d'employer une valeur d'IMC s'inscrivant dans l'enchaînement de causalité entre variables d'exposition et variables de résultat.

* Significatif à $p \leq 0,05$.

diminue. De même, comme l'illustre le modèle 5 du tableau 5, dans le modèle de régression linéaire non ajusté, la honte corporelle est associée négativement à l'état de santé mentale autoévalué ($\beta_{\text{brut}} = -0,47$; IC à 95 % : $-0,60$ à $-0,33$). Dans le modèle 6 du tableau 5, le coefficient bêta demeure relativement stable après ajustement pour l'âge, le niveau de scolarité des

participants et l'IMC ($\beta_{\text{ajusté}} = -0,45$; IC à 95 % : $-0,60$ à $-0,30$), ce qui implique qu'avec chaque augmentation d'une unité du score de la honte corporelle, il y a diminution de 0,45 du score de l'état de santé mentale autoévalué.

La fierté corporelle et l'état de santé mentale autoévalué sont corrélés de manière

faiblement positive ($r = 0,212$) chez les hommes (tableau 3), ce qui implique qu'à mesure que la fierté corporelle augmente également. De même, comme l'illustre le modèle 7 du tableau 5, dans le modèle de régression linéaire non ajusté, la fierté corporelle est associée positivement à l'état de santé mentale autoévalué

TABEAU 4
Coefficients bêta (b) bruts et ajustés et IC à 95 % tirés des modèles de régression linéaire visant à mesurer l'association entre la honte corporelle et la fierté corporelle ainsi que l'état de santé physique autoévalué et l'état de santé mentale autoévalué chez les femmes, étude NICO, 2017-2020

Modèle	État de santé physique autoévalué		État de santé mentale autoévalué	
	β_{brut} (IC à 95 %)	$\beta_{\text{ajusté}}^a$ (IC à 95 %)	β_{brut} (IC à 95 %)	$\beta_{\text{ajusté}}^a$ (IC à 95 %)
	1 n = 445	2 n = 381 ^b	5 n = 445	6 n = 381 ^b
Honte corporelle	0,42 (-0,51 à -0,32)	-0,37 (-0,48 à -0,26)	-0,38 (-0,48 à -0,28)	-0,38 (-0,49 à -0,26)
Âge	—	-0,04 (-0,13 à 0,06)	—	-0,05 (-0,14 à 0,05)
Niveau de scolarité du participant	—	0,33 (0,15 à 0,52)	—	0,22 (0,03 à 0,41)
IMC ^c	—	-0,01 (-0,03 à 0,01)	—	0,03 (0,01 à 0,05)
R ²	0,13	0,18	0,11	0,12
F	68,5	19,6	53,8	13,1
	3 n = 444	4 n = 381 ^b	7 n = 444	8 n = 381 ^b
Fierté corporelle	0,23 (0,14 à 0,33)	0,25 (0,15 à 0,35)	0,23 (0,13 à 0,32)	0,23 (0,13 à 0,33)
Âge	—	-0,07 (-0,16 à 0,02)	—	-0,08 (-0,18 à 0,02)
Niveau de scolarité du participant	—	0,35 (0,16 à 0,54)	—	0,24 (0,04 à 0,44)
IMC ^c	—	-0,03 (-0,05 à -0,01)	—	0,01 (-0,01 à 0,03)
R ²	0,05	0,14	0,10	0,10
F	24,8	14,9	22,9	7,5

Abbréviations : IC, intervalle de confiance; IMC, indice de masse corporelle; NICO, étude sur la dépendance à la nicotine chez les adolescents.

Remarque : Les caractères gras indiquent que l'IC à 95 % exclut la valeur nulle de la variable d'exposition étudiée.

^a Modèle ajusté en fonction de l'âge, du niveau de scolarité des participants (au cycle 23) et de l'IMC (au cycle 22).

^b Les totaux des modèles ajustés diffèrent des totaux des modèles non ajustés en raison de données manquantes sur le niveau de scolarité des participants ou leur IMC.

^c Les données sur l'IMC au cycle 22 ont été utilisées pour éviter d'employer une valeur d'IMC s'inscrivant dans l'enchaînement de causalité entre les variables d'exposition et les variables de résultat.

TABEAU 5
Coefficients bêta (b) bruts et ajustés et IC à 95 % tirés des modèles de régression linéaire visant à mesurer l'association entre la honte corporelle et la fierté corporelle ainsi que l'état de santé physique autoévalué et l'état de santé mentale autoévalué chez les hommes, étude NICO, 2017 à 2020

Modèle	État de santé physique autoévalué		État de santé mentale autoévalué	
	β_{brut} (IC à 95 %)	$\beta_{\text{ajusté}}^a$ (IC à 95 %)	β_{brut} (IC à 95 %)	$\beta_{\text{ajusté}}^a$ (IC à 95 %)
	1 n = 349	2 n = 295 ^b	5 n = 349	6 n = 295 ^b
Honte corporelle	-0,38 (-0,49 à -0,26)	-0,35 (-0,47 à -0,22)	-0,47 (-0,60 à -0,33)	-0,45 (-0,60 à -0,30)
Âge	—	0,04 (-0,07 à 0,14)	—	0,06 (-0,06 à 0,18)
Niveau de scolarité du participant	—	0,25 (0,06 à 0,45)	—	0,14 (-0,09 à 0,37)
IMC ^c	—	-0,02 (-0,04 à 0,002)	—	-0,03 (-0,05 à 0,001)
R ²	0,11	0,13	0,12	0,14
F	41,8	11,0	48,6	11,6
	3 n = 348	4 n = 294 ^b	7 n = 348	8 n = 294 ^b
Fierté corporelle	0,29 (0,20 à 0,37)	0,32 (0,23 à 0,41)	0,21 (0,12 à 0,30)	0,21 (0,10 à 0,32)
Âge	—	-0,01 (-0,11 à 0,19)	—	0,02 (-0,11 à 0,14)
Niveau de scolarité du participant	—	0,22 (0,03 à 0,41)	—	0,12 (-0,11 à 0,36)
IMC ^c	—	-0,04 (-0,06 à -0,01)	—	-0,04 (-0,07 à -0,02)
R ²	0,12	0,18	0,10	0,10
F	45,5	16,2	16,3	6,1

Abréviations : IC, intervalle de confiance; IMC, indice de masse corporelle; NICO, étude sur la dépendance à la nicotine chez les adolescents.

Remarque : Les caractères gras indiquent que l'IC à 95 % exclut la valeur nulle de la variable d'exposition étudiée.

^a Modèle ajusté en fonction de l'âge, du niveau de scolarité des participants (au cycle 23) et de l'IMC (au cycle 22).

^b Les totaux des modèles ajustés diffèrent des totaux des modèles non ajustés en raison de données manquantes sur le niveau de scolarité des participants ou leur IMC.

^c Les données sur l'IMC au cycle 22 ont été utilisées pour éviter d'employer une valeur d'IMC s'inscrivant dans l'enchaînement de causalité entre les variables d'exposition et les variables de résultat.

($\beta_{\text{brut}} = 0,21$; IC à 95 % : 0,12 à 0,30). Dans le modèle 8 du tableau 5, l'ajustement pour l'âge, le niveau de scolarité des participants et l'IMC n'a aucune incidence sur l'interprétation des résultats ($\beta_{\text{ajusté}} = 0,21$; IC à 95 % : 0,10 à 0,32), ce qui implique qu'avec chaque augmentation d'une unité du score de la fierté corporelle, il y a augmentation de 0,21 du score de l'état de santé mentale autoévalué.

Analyse

La perte de poids est un élément dominant des approches en santé dans la société occidentale, et ce, même si un corpus important de données probantes montre que la perte de poids n'est pas viable pour la plupart des gens et que l'effet yo-yo a des effets néfastes sur la santé^{2,3,43}. Cette étude porte sur les associations entre les émotions liées à la conscience du corps, soit la honte corporelle et la fierté corporelle, et l'état de santé physique et mentale autoévalué chez de jeunes adultes. D'après nos résultats, tant les hommes que les femmes ayant déclaré un sentiment de honte corporelle plus fort et un sentiment de fierté corporelle plus faible percevaient leur santé globale de façon plus négative,

même après ajustement pour l'IMC. Ces résultats font ressortir l'importance de tenir compte des facteurs psychosociaux qui contribuent à l'état de santé autoévalué, et pas seulement des facteurs physiques comme l'IMC.

Nos conclusions quant à l'existence de liens entre un sentiment de honte corporelle plus fort et un état de santé autoévalué plus faible concordent avec des fondements théoriques^{2,13,22} ainsi qu'avec des données empiriques relativement à l'élévation du taux de cortisol²³ et à la présence de symptômes de maladie mentale²⁵. Nos conclusions vont également dans le même sens que les associations observées entre, d'une part, un sentiment de fierté corporelle plus fort et, d'autre part, un moins grand nombre de symptômes de maladie mentale et des niveaux de bien-être déclaré supérieurs^{24,33}. Si on sait déjà grâce à des études antérieures^{22,25} que les émotions liées à la conscience de soi globale et certains indicateurs de santé sont corrélés, nos résultats révèlent l'importance de tenir compte de ces émotions dans le contexte du corps et de l'apparence. Compte tenu de l'importance que la société occidentale accorde à l'apparence, de la pression à respecter les normes

strictes auxquelles et les hommes et les femmes sont soumis en ce qui concerne le poids¹¹ et des données probantes selon lesquelles l'apparence d'une personne est un fort prédicteur de son degré d'estime d'elle-même⁴⁴, il n'est pas surprenant de constater que la façon dont les individus se sentent par rapport à leur corps a une forte influence sur la perception globale de leur santé. Nos conclusions ont d'importantes répercussions pratiques : elles tendent à indiquer que les interventions visant à calmer les émotions afin de promouvoir la santé globale perçue (comme les programmes de comportement en matière de santé neutres du point de vue du poids) devraient cibler spécifiquement les antécédents connus et les expériences en matière de honte et de fierté à l'égard de son corps¹⁸.

Tant chez les hommes que chez les femmes, les associations entre l'IMC et l'état de santé mentale autoévalué ne sont pas uniformes dans les modèles ajustés : elles sont significatives seulement dans le modèle de honte corporelle chez les femmes et dans le modèle de fierté corporelle chez les hommes. Ces résultats s'ajoutent à une littérature non unanime sur l'association entre un poids plus élevé

et des symptômes de maladie mentale. Au moins une étude⁴⁵ a fait état d'une association positive, tandis que plusieurs associations nulles ont été observées après prise en compte de variables psychosociales (comme la perception du poids)¹⁴. Une autre étude a fait état d'associations chez les femmes seulement⁴⁶.

Dans l'ensemble, nos résultats sur les émotions en liaison avec la conscience du corps cadrent avec les théories et les modèles relatifs aux préjugés concernant le poids¹³ ainsi qu'aux données empiriques sur le sujet⁴⁷, ce qui confirme que les réponses psychologiques aux identités et à la stigmatisation fondées sur le poids (comme de mauvais traitements interpersonnels ou des préjugés) nuisent à la santé mentale. Nos conclusions renforcent le corpus récent de recherche sur les associations entre honte corporelle, fierté corporelle et symptômes de maladie mentale chez les jeunes adultes⁴⁸, en faisant ressortir que les réactions émotionnelles à l'apparence corporelle sont susceptibles d'être un facteur plus important que le poids lui-même. Étant donné que la maladie mentale chez les jeunes adultes est un facteur prédictif de maladies cardiovasculaires et de risque élevé de décès aux âges moyen et mûr⁴⁹, les émotions liées à la conscience du corps seraient un point important à cibler en matière d'interventions visant à atténuer les symptômes de maladie mentale et à favoriser le bien-être chez les jeunes adultes.

Bien que nos résultats confirment que les émotions liées à la conscience du corps sont associées à l'état de santé autoévalué, les mécanismes qui sous-tendent ces associations demeurent inconnus. Plusieurs processus sont susceptibles de jouer un rôle important. Outre leur contribution à l'émergence d'un dérèglement physiologique au fil du temps en raison d'expériences cumulatives²², les émotions liées à la conscience de soi pourraient avoir une incidence indirecte sur l'état de santé perçue par leur capacité à motiver ou à décourager les comportements en matière de santé. En effet, les émotions liées à la conscience de soi motivent les comportements de santé qui sont perçus comme moraux et socialement acceptables¹⁸, et les approches normatives du poids en matière de santé ont perpétué l'idée que les comportements de santé sont moraux en utilisant le santéisme (discours voulant que la santé puisse être atteinte par la discipline et l'effort, et que la santé soit

quelque chose que les citoyens moraux devraient viser)^{1,3}. Or la honte corporelle favorise l'évitement des contextes dans lesquels on se sent vulnérable à la honte, tandis que la fierté corporelle renforce la participation à des activités qui suscitent un sentiment de fierté¹⁸. Des niveaux supérieurs de honte corporelle et inférieurs de fierté corporelle sont ainsi systématiquement associés à des niveaux moindres d'activité physique^{17,20,34}, tandis que la honte corporelle est liée à un plus fort évitement des soins de santé chez les femmes²⁷. Les études longitudinales portant sur les mécanismes qui sous-tendent cette association sont une voie importante à considérer pour les recherches futures.

Répercussions

Nos conclusions se rapportent aux émotions à l'échelle de l'individu, mais elles ont aussi des répercussions à l'échelle sociétale sur l'importance des discours implicites en matière de poids dans les soins de santé, en éducation et dans les politiques gouvernementales qui contribuent à susciter ces émotions. Par exemple, les programmes de dépistage fondés sur l'IMC dans les écoles utilisent parfois l'IMC comme seul indicateur de santé et renforcent la surveillance régulière du poids chez les jeunes. Les politiques du gouvernement du Canada ont beaucoup véhiculé l'idée que le poids est entièrement contrôlable et que les individus devraient chercher activement à contrôler leur poids³⁰. Les expériences en matière de soins de santé sont souvent décrites comme étant stigmatisantes et sources de honte, et la honte est le facteur le plus souvent à l'origine de l'évitement des soins de santé¹⁶. Par conséquent, il est essentiel d'apporter des changements systémiques où l'importance du poids est considérée de manière inclusive et qui visent à atténuer les sentiments de honte corporelle et à favoriser les émotions positives liées à la conscience du corps. Conformément aux approches de santé inclusives à l'égard du poids^{2,51}, il faut se doter de politiques et de programmes qui favorisent le bien-être et l'adoption durable de comportements liés à la santé pour les personnes de tout poids. Il est important d'élaborer ces politiques et ces programmes en tenant compte du fait qu'il existe des facteurs incontrôlables et de plus grande portée (accès aux aliments, génétique, etc.) qui jouent également un rôle dans le poids et dans la santé.

Points forts et limites

L'un des points forts de cette étude est le fait qu'elle porte sur les jeunes adultes, une population sous-étudiée dans ce domaine, et qu'elle s'intéresse tant aux émotions positives qu'aux émotions négatives liées au corps en tant que variables d'exposition. En outre, ces données offrent un fondement aux discussions sur la façon de réorienter les pratiques et les politiques en matière de santé, lesquelles sont trop axées sur le poids. Enfin, les analyses ont été effectuées séparément chez les hommes et chez les femmes.

L'une des limites de cette étude est sa nature transversale, qui empêche l'inférence causale. Les études à venir devraient être longitudinales et établir la temporalité entre exposition et résultat. La confusion résiduelle pourrait constituer un problème en raison de facteurs de confusion potentiels mal mesurés ou de données manquantes sur les facteurs de confusion potentiels⁵². L'attrition de participants depuis le début de l'étude est susceptible d'avoir introduit un biais de sélection. Des erreurs de mémoire liées aux données autodéclarées sont susceptibles d'avoir introduit un biais de classification erronée. L'utilisation d'un échantillon d'écoles choisies à dessein pour le recrutement des participants est susceptible d'avoir rendu les résultats moins généralisables. Enfin, la puissance statistique limitée de cette étude a pu réduire notre capacité à détecter certaines associations.

Conclusion

Cette étude a porté sur les associations entre les émotions liées à la conscience du corps et l'état de santé autoévalué chez les jeunes adultes. Tant chez les hommes que chez les femmes, la honte corporelle et la fierté corporelle ont été associées à l'état de santé autoévalué, même après ajustement pour l'IMC. Bien que l'IMC et les émotions liées à la conscience du corps soient probablement inextricablement liés de façon complexe, les résultats font ressortir l'importance de tenir compte des facteurs psychosociaux qui contribuent à la santé chez les jeunes adultes et soulèvent des préoccupations quant à la possibilité que les interventions préventives axées principalement sur l'IMC omettent, en ne tenant pas compte des émotions liées à la conscience du corps, un facteur clé de l'état de santé autoévalué.

Remerciements

L'étude NICO a été financée par les subventions 010271, 017435 et 704031 de la Société canadienne du cancer et par la subvention 451832 des Instituts de recherche en santé du Canada. Les organismes de financement n'ont pas participé à la conception ou à la réalisation de l'étude, à la collecte, à la gestion, à l'analyse ou à l'interprétation des données, ni à la préparation, à la révision ou à l'approbation du manuscrit. KML bénéficiait d'une bourse de doctorat du Conseil de recherches en sciences humaines au moment de la préparation du manuscrit. CMS est titulaire d'une chaire de recherche du Canada en activité physique et santé mentale. JOL a été titulaire d'une chaire de recherche du Canada en déterminants précoces de la maladie chronique à l'âge adulte de 2004 à 2021. EOL est titulaire d'une bourse salariale postdoctorale du Fonds de recherche du Québec – Santé.

Conflits d'intérêts

Aucun conflit à déclarer.

Contributions des auteures et avis

Conception : KML, EOL, CMS, SM, RHO, JOL. Analyse : EOL, KML, JOL. Rédaction de la première version du manuscrit : KML, EOL. Acquisition des fonds : JOL. Méthodologie (incluant la conception de l'étude et la collecte des données) : JOL. Supervision : CMS, JOL. Relecture et révision du manuscrit : KML, EOL, CMS, SM, RHO, JOL.

Le contenu de l'article et les points de vue qui y sont exprimés n'engagent que les auteures; ils ne correspondent pas nécessairement à ceux du gouvernement du Canada.

Références

1. Calogero RM, Tylka TL, Mensinger JL, Meadows A, Daniélsdóttir S. Recognizing the fundamental right to be fat: a weight-inclusive approach to size acceptance and healing from sizeism. *Women Ther.* 2019;42(1-2): 22-44. <https://doi.org/10.1080/02703149.2018.1524067>
2. Tylka TL, Annunziato RA, Burgard D, et al. The weight-inclusive versus weight-normative approach to health: evaluating the evidence for prioritizing well-being over weight loss. *J Obes.* 2014;983495. <https://doi.org/10.1155/2014/983495>
3. Calogero RM, Tylka TL, Mensinger JL. Scientific weightism: a view of mainstream weight stigma research through a feminist lens. Dans : Roberts T-A, Curtin N, Duncan LE, Cortina LM, directeurs. *Feminist perspectives on building a better psychological science of gender.* New York (NY): Springer International Publishing; 2016:9-28.
4. Romero-Corral A, Somers VK, Sierra-Johnson J, et al. Accuracy of body mass index in diagnosing obesity in the adult general population. *Int J Obes.* 2008;32(6):959-966. <https://doi.org/10.1038/ijo.2008.11>
5. Rothman KJ. BMI-related errors in the measurement of obesity. *Int J Obes.* 2008;32(Suppl 3):S56-S59. <https://doi.org/10.1038/ijo.2008.87>
6. Stanford FC, Lee M, Hur C. Race, ethnicity, sex, and obesity: is it time to personalize the scale? [Lettre] *Mayo Clin Proc.* 2019;94(2):362-363. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2018.10.014>
7. Rask-Andersen M, Karlsson T, Ek WE, Johansson A. Gene-environment interaction study for BMI reveals interactions between genetic factors and physical activity, alcohol consumption and socioeconomic status. *PLOS Genet.* 2017;13(9):e1006977. <https://doi.org/10.1371/journal.pgen.1006977>
8. Musher-Eizenman D, Carels RA. The impact of target weight and gender on perceptions of likeability, personality attributes, and functional impairment. *Obes Facts.* 2009;2(5):311-317. <https://doi.org/10.1159/000235915>
9. Puhl RM, Heuer CA. The stigma of obesity: a review and update. *Obesity.* 2009;17(5):941-964. <https://doi.org/10.1038/oby.2008.636>
10. Lucibello KM, Vani MF, Koulanova A, DeJonge ML, Ashdown-Franks G, Sabiston CM. #quarantine15: a content analysis of Instagram posts during COVID-19. *Body Image.* 2021;38:148-156. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2021.04.002>
11. Tiggemann M. Sociocultural perspectives on body image. In: Cash T, editor. *Encyclopedia of body image and human appearance.* Vol. 2. Cambridge (MA): Academic Press; 2012:758-765. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-384925-0.00120-6>
12. Dickerson SS, Gruenewald TL, Kemeny ME. When the social self is threatened: shame, physiology, and health. *J Personal.* 2004;72(6):1191-1216. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2004.00295.x>
13. Hunger JM, Major B, Blodorn A, Miller CT. Weighed down by stigma: how weight-based social identity threat contributes to weight gain and poor health. *Soc Personal Psychol Compass.* 2015;9(6):255-268. <https://doi.org/10.1111/spc3.12172>
14. Haynes A, Kersbergen I, Sutin A, Daly M, Robinson E. Does perceived overweight increase risk of depressive symptoms and suicidality beyond objective weight status? A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2019;73:101753. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101753>
15. Idema CL, Roth SE, Upchurch DM. Weight perception and perceived attractiveness associated with self-rated health in young adults. *Prev Med.* 2019;120:34-41. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2019.01.001>
16. Lee JA, Pausé CJ. Stigma in practice: barriers to health for fat women. *Front Psychol.* 2016;7:2063. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.02063>
17. Sabiston CM, Brunet J, Kowalski KC, Wilson PM, Mack DE, Crocker PR. The role of body-related self-conscious emotions in motivating women's physical activity. *J Sport Exerc Psychol.* 2010;32(4):417-437. <https://doi.org/10.1123/jsep.32.4.417>
18. Tracy JL, Robins RW. Putting the self into self-conscious emotions: a theoretical model. *Psychol Inq.* 2004;15(2): 103-125. https://doi.org/10.1207/s15327965pli1502_01
19. Pila E, Brunet J, Crocker PR, Kowalski KC, Sabiston CM. Intrapersonal characteristics of body-related guilt, shame, pride, and envy in Canadian adults. *Body Image.* 2016;16:100-106. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.01.001>

20. Lucibello KM, Sabiston CM, O'Loughlin EK, O'Loughlin JL. Mediating role of body-related shame and guilt in the relationship between weight perceptions and lifestyle behaviours. *Obes Sci Pract.* 2020;6(4):365-372. <https://doi.org/10.1002/osp4.415>
21. Castonguay AL, Brunet J, Ferguson L, Sabiston CM. Weight-related actual and ideal self-states, discrepancies, and shame, guilt, and pride: examining associations within the process model of self-conscious emotions. *Body Image.* 2012;9(4):488-494. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2012.07.003>
22. Dolezal L, Lyons B. Health-related shame: an affective determinant of health? *Med Humanit.* 2017;43(4):257-263. <https://doi.org/10.1136/medhum-2017-011186>
23. Lupis SB, Sabik NJ, Wolf JM. Role of shame and body esteem in cortisol stress responses. *J Behav Med.* 2016;39(2):262-275. <https://doi.org/10.1007/s10865-015-9695-5>
24. Castonguay AL, Sabiston CM, Crocker PR, Mack DE. Development and validation of the body and appearance self-conscious emotions scale (BASES). *Body Image.* 2014;11(2):126-136. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2013.12.006>
25. Kim S, Thibodeau R, Jorgensen RS. Shame, guilt, and depressive symptoms: a meta-analytic review. *Psychol Bull.* 2011;137(1):68-96. <https://doi.org/10.1037/a0021466>
26. Ratcliffe D, Ellison N. Obesity and internalized weight stigma: a formulation model for an emerging psychological problem. *Behav Cogn Psychother.* 2015;43(2):239-252. <https://doi.org/10.1017/s1352465813000763>
27. Mensinger JL, Tylka TL, Calamari ME. Mechanisms underlying weight status and healthcare avoidance in women: a study of weight stigma, body-related shame and guilt, and healthcare stress. *Body Image.* 2018;25:139-147. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2018.03.001>
28. Lamont JM. Effects of body shame on poor health decisions: the mediating role of body responsiveness. *Curr Psychol.* 2021;40(11):5489-5498. <https://doi.org/10.1007/s12144-019-00528-y>
29. Xu J, Roberts RE. The power of positive emotions: it's a matter of life or death—subjective well-being and longevity over 28 years in a general population. *Health Psychol.* 2010;29(1):9-19. <https://doi.org/10.1037/a0016767>
30. Beard K, Eames C, Withers P. The role of self-compassion in the well-being of self-identifying gay men. *J Gay Lesbian Ment Health.* 2017;21(1):77-96. <https://doi.org/10.1080/19359705.2016.1233163>
31. Mackowiak R, Lucibello KM, Gilchrist JD, Sabiston CM. Examination of actual and ideal body-related characteristics and body-related pride in adult males. *Am J Men's Health.* 2019;13(5):1557988319874642. <https://doi.org/10.1177/1557988319874642>
32. Wood-Barcalow NL, Tylka TL, Augustus-Horvath CL. "But I like my body": positive body image characteristics and a holistic model for young-adult women. *Body Image.* 2010;7(2):106-116. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2010.01.001>
33. Gilchrist JD, Lucibello KM, Pila E, Crocker PR, Sabiston CM. Emotion profiles among adolescent female athletes: associations with flourishing. *Body Image.* 2021;39:166-174.
34. Castonguay AL, Pila E, Wrosch C, Sabiston CM. Body-related self-conscious emotions relate to physical activity motivation and behavior in men. *Am J Men's Health.* 2015;9(3):209-221. <https://doi.org/10.1177/1557988314537517>
35. Nelson LJ, Padilla-Walker LM. Flourishing and floundering in emerging adult college students. *Emerg Adulthood.* 2013;1(1):67-78. <https://doi.org/10.1177/2167696812470938>
36. Bauldry S, Shanahan MJ, Boardman JD, Miech RA, Macmillan R. A life course model of self-rated health through adolescence and young adulthood. *Soc Sci Med.* 2012;75(7):1311-1320. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.05.017>
37. O'Loughlin J, Dugas EN, Brunet J, et al. Cohort profile: the Nicotine Dependence in Teens (NDIT) study. *Int J Epidemiol.* 2015;44(5):1537-1546. <https://doi.org/10.1093/ije/dyu135>
38. Wu S, Wang R, Zhao Y, et al. The relationship between self-rated health and objective health status: a population-based study. *BMC Public Health.* 2013;13:320. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-320>
39. DeSalvo KB, Fan VS, McDonnell MB, Fihn SD. Predicting mortality and healthcare utilization with a single question. *Health Serv Res.* 2005;40(4):1234-1246. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2005.00404.x>
40. Fleishman JA, Zuvekas SH. Global self-rated mental health: associations with other mental health measures and with role functioning. *Med Care.* 2007;45(7):602-609. <https://doi.org/10.1097/mlr.0b013e31803bb4b0>
41. McAlpine DD, McCreedy E, Alang S. The meaning and predictive value of self-rated mental health among persons with a mental health problem. *J Health Soc Behav.* 2018;59(2):200-214. <https://doi.org/10.1177/0022146518755485>
42. Garson GD. Testing statistical assumptions [e-book]. Asheboro (NC): Statistical Associates Publishing; 2012.
43. Mehta T, Smith DL, Muhammad J, Casazza K. Impact of weight cycling on risk of morbidity and mortality. *Obes Rev.* 2014;15(11):870-881. <https://doi.org/10.1111/obr.12222>
44. Harter S. The construction of the self: developmental and sociocultural foundations. 2^e éd. New York (NY): The Guilford Press; 2012.
45. Zhao G, Ford ES, Dhingra S, Li C, Strine TW, Mokdad AH. Depression and anxiety among US adults: associations with body mass index. *Int J Obes.* 2009;33(2):257-266. <https://doi.org/10.1038/ijo.2008.268>
46. Mulugeta A, Zhou A, Power C, Hyppönen E. Obesity and depressive symptoms in mid-life: a population-based cohort study. *BMC Psychiatry.* 2018;18(1):297. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1877-6>

-
47. Lee MS, Gonzalez BD, Small BJ, Thompson JK. Internalized weight bias and psychological wellbeing: an exploratory investigation of a preliminary model. *PLOS ONE*. 2019;14(5): e0216324. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0216324>
 48. Mendia J, Pascual A, Conejero S, Mayordomo S. The relationship between body and appearance-related self-conscious emotions and disordered eating: the mediating role of symptoms of depression and anxiety. *Int J Psychol Ther*. 2021; 21(1):93-105.
 49. Shah AJ, Veledar E, Hong Y, Bremner JD, Vaccarino V. Depression and history of attempted suicide as risk factors for heart disease mortality in young individuals. *Arch Gen Psychiatry*. 2011;68(11):1135-1142. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.125>
 50. Salas XR, Forhan M, Caulfield T, Sharma AM, Raine M. A critical analysis of obesity prevention policies and strategies. *Can J Public Health*. 2017;108(5-6):e598-e608. <https://doi.org/10.17269/cjph.108.6044>
 51. Association for size diversity and health (ASDAH). About health at every size (HAES) [Internet]. Phoenix (AZ): 2022. En ligne à : <https://www.sizediversityandhealth.org/content.asp?id=152>
 52. Moral-García JE, Agraso-López AD, Ramos-Morcillo AJ, Jiménez A, Jiménez-Eguizábal A. The influence of physical activity, diet, weight status and substance abuse on students' self-perceived health. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(4):1387. <https://doi.org/10.3390/ijerph17041387>