

**Mémoire d'initiation à la recherche et d'ingénierie en Masso-
Kinésithérapie
(Unité d'Enseignement 28)
2ème Cycle 2020-2022**



Corset et image corporelle
Une étude qualitative sur l'impact du corset sur l'image corporelle d'adolescentes scoliotiques à partir d'entretiens semi-directifs

Clémentine Piel
Mémoire dirigé par : Christelle Potier

Résumé :

Introduction : La scoliose idiopathique touche majoritairement les adolescentes. Le corset orthopédique est un des traitements les plus couramment utilisés pour empêcher son aggravation. Cependant, il présente des inconvénients, et semble influencer l'image corporelle notamment chez les adolescentes dans cette période clé de construction de soi. L'objectif de cette étude est de comprendre l'impact du corset sur l'image corporelle d'adolescentes scoliotiques.

Méthode : Une étude qualitative a été menée à partir d'entretiens semi-directifs réalisés auprès de cinq participantes âgées entre 18 et 22 ans.

Résultats : Les participantes interviewées ont ressenti des désagréments dus au corset. Elles ont mis du temps à s'y habituer. Il les gênait dans la vie quotidienne. La plupart d'entre elles ont choisi de porter des corsets sans motif, dans un souci de discrétion. Elles ne se sentaient pas jolies avec le corset, craignant de ne pas plaire. Pendant la durée du port, nombre d'entre elles trouvaient leur corps bizarre, difforme. Elles exprimaient une sensation de dégoût vis-à-vis de leur corps. L'arrêt du corset a été vécu comme un soulagement.

Conclusion : Le corset présente des enjeux exerçant une influence biopsychosociale sur les adolescentes. Il peut exercer une influence sur le plan physique pouvant causer des désagréments dans la vie quotidienne. Il peut avoir une influence sur le plan psychologique avec une distorsion de l'image corporelle. Il peut aussi entraîner des répercussions sur le plan social, nombre d'adolescentes le cachant, en ayant honte.

Mots-clés : scoliose, corset, adolescence, influence, image corporelle

Avertissement

Ce document est le fruit d'un long travail de formation et d'initiation à la recherche en vue de l'obtention de l'UE 28, Unité d'enseignement intégré à la formation initiale de masseur-kinésithérapeute.

L'École Nationale de Kinésithérapie et Rééducation, en tant qu'IFMK, n'est pas garant du contenu de ce mémoire mais le met à la disposition de la communauté scientifique élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : secretariat@enkre.fr et enkre@ght94n.fr

Liens utiles

Code de la propriété intellectuelle. Article L 122.4.

Code de la propriété intellectuelle. Article L 335.2 – L 335.10.

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<https://www.service-public.fr/professionnels-entreprises/vosdroits/F23431>

Ecole Nationale de Kinésithérapie et Rééducation

12-14 rue du Val d'Osne 94410 Saint Maurice tel : 01 43 96 64 64

secretariat@enkre.fr et enkre@ght94n.fr

<http://www.hopitaux-saint-maurice.fr/Presentation/2/142>

Version du 25/11/2020

Remerciements :

Ce travail, au-delà d'un simple rendu de fin de cycle marque la conclusion de mes cinq années d'études supérieures. Je tiens donc à remercier les personnes qui m'ont aidé, de près ou de loin, durant la réalisation de cette initiation à la recherche.

Merci à ma directrice de mémoire Mme Christelle POTIER, qui a su me guider, avec patience et bienveillance, tout au long de ce travail de longue haleine.

Merci à ma kinésithérapeute qui, à 15 ans, m'a donné le goût pour faire ce fabuleux métier.

Merci aux participantes sans qui cette étude n'aurait pas lieu d'être.

Merci à la Capillo Confrérie : Morgane, Eléa, Luna, mes amies les plus chères rencontrées à la semaine d'intégration, compagnons de galère et d'infortune.

Merci à ma famille qui a su m'épauler au long de ces années.

Enfin merci à toutes les magnifiques personnes rencontrées durant ces quatre années de folie, les Festivalières en détresse, Coquillages et Crustacés, en passant par les soirées kinés, la CCE, le BROS, les IKE, qui m'ont permis de grandir, d'avancer et de m'affirmer.

UE 28 – Mémoire

DECLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussignée, PIEL Clémentine

Certifie qu'il s'agit d'un travail original et que toutes les sources utilisées ont été indiquées dans leur totalité. Je certifie, de surcroît, que je n'ai ni recopié ni utilisé des idées ou des formulations tirées d'un ouvrage, article ou mémoire, en version imprimée ou électronique, sans mentionner précisément l'origine et que les citations intégrales sont signalées entre guillemets.

Conformément à la loi, le non-respect de ces dispositions me rend passible de poursuite devant le conseil de discipline de l'ENKRE et les tribunaux de la République Française.

Dans la mesure où je souhaite publier, ou inscrire pour un concours, le présent travail, je m'engage à en demander l'autorisation à l'ENKRE qui en est le partenaire

Fait à Paris, le 07/ 05/ 2022



Table des matières

1	INTRODUCTION.....	1
2	CADRE THEORIQUE.....	2
2.1	GENERALITES SUR LA COLONNE VERTEBRALE	2
2.2	LA SCOLIOSE IDIOPATHIQUE.....	4
2.3	DIAGNOSTIC CLINIQUE	7
2.4	PRISE EN CHARGE DE LA SCOLIOSE	8
2.5	L'IMAGE CORPORELLE.....	12
2.6	INFLUENCE DE L'IMAGE CORPORELLE.....	16
3	PROBLEMATIQUE ET QUESTION SCIENTIFIQUE	18
4	MATERIELS ET METHODE	20
4.1	UNE ETUDE QUALITATIVE	20
4.2	OUTIL D'INVESTIGATION : L'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF	20
4.3	POPULATION.....	21
4.4	CONDITIONS DES ENTRETIENS	22
4.5	GUIDE D'ENTRETIEN.....	23
4.6	TEST DU GUIDE D'ENTRETIEN.....	24
4.7	REFLEXION ETHIQUE	24
5	RESULTATS DE L'ETUDE.....	25
5.1	PRESENTATION DES PARTICIPANTES	25
5.2	RESULTATS DES ENTRETIENS SEMI-DIRECTIFS	26
6	DISCUSSION	43
6.1	ANALYSE DES RESULTATS.....	43
6.2	ANALYSE METHODOLOGIQUE	48
7	PERSPECTIVES D'AMELIORATION.....	50
8	CONCLUSION	51

Glossaire

SI : Scoliose Idiopathique

SMR : Score de Maturité Sexuelle

SRS : Société de recherche de la Scoliose

TSLO : Orthèse Thoracolombosacrale

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

QoL : Qualité de vie

SRQR : Standards pour les Rapports de Recherche Qualitative

ETP : Education Thérapeutique du patient

1 Introduction

La thématique de mon mémoire porte sur la scoliose idiopathique de l'adolescente, le corset orthopédique et leur influence. Le choix de cette thématique est lié à mon expérience personnelle et mon envie d'améliorer la prise en charge de cette pathologie.

Durant mon adolescence, on m'a diagnostiqué une scoliose idiopathique thoracolumbaire. La scoliose est à 70 à 80 % idiopathique, c'est-à-dire qu'elle n'a pas d'origine définie (Blevins et al, 2018). Pour commencer, j'ai fait de la kinésithérapie pendant deux ans afin de renforcer la musculature de mon dos et prévenir l'évolution de ma scoliose. Cependant, le kinésithérapeute qui me suivait à cette période me faisait faire des exercices derrière son écran d'ordinateur. Ceci fut ma première expérience en kinésithérapie, autant dire que je n'étais pas très convaincue de l'efficacité du traitement à ce moment-là. Après deux ans de rééducation, ma scoliose a doublé passant de 12° à 24°. Le chirurgien orthopédique qui me suivait pour ma scoliose m'a alors prescrit un corset. Il s'agit d'un dispositif médical orthopédique de contention ayant pour but d'empêcher l'aggravation de la scoliose (El-Hawary et Chukwunyerenna, 2014). Tout s'est passé très vite, on ne m'a pas vraiment laissé le choix et j'ai porté ainsi un corset orthopédique pendant un an et demi la nuit. Les premiers mois ont été très difficiles. J'ai mis du temps à m'habituer. J'avais du mal à le supporter au quotidien. Je n'ai pas très bien vécu le port de mon corset. Je connaissais à l'époque très peu de personnes dans le même cas que moi, je ne savais pas trop à qui en parler. J'ai été suivie par une autre kinésithérapeute pendant le port du corset qui m'a fait énormément de bien m'a donné le goût pour faire ce métier, car c'est une des rares personnes du domaine médical qui m'a demandé mon avis et mon ressenti vis-à-vis de mon corset.

A partir de la troisième année en école de kinésithérapie à Saint-Maurice, lors du questionnement sur le choix de la thématique du mémoire, la thématique de la scoliose idiopathique et du corset orthopédique est ainsi venue assez naturellement pour moi. Ayant expérimenté négativement mon corset, je me suis posée la question si c'était le cas pour les autres, pour les autres jeunes filles notamment, car la scoliose idiopathique touche principalement les filles à l'adolescence (Blevins et al, 2018). Je me suis questionnée sur l'impact du corset sur la qualité de vie de l'adolescente, sur l'impact du corset sur son image corporelle. L'adolescence est une période charnière pour la construction personnelle et le développement de l'image corporelle. L'apparence physique compte beaucoup pour se sentir acceptée par ses pairs no-

tamment chez les filles, et ceci se déroulant dans un contexte socioculturel qui prône certaines normes sociales. Le port du corset par une adolescente durant cette période pourrait, de ce fait, exercer une influence sur son image corporelle. (Markey 2010)

Dans un but d'amélioration de la prise en charge de la scoliose et du corset par les professionnels de santé et par tous, il me tenait à cœur de comprendre et de montrer les enjeux du corset. J'ai donc décidé de m'intéresser à l'impact du port du corset sur l'image corporelle des adolescentes scoliotiques.

A travers cette initiation à la recherche, nous commencerons par décrire la scoliose, ses types de traitement avec le plus couramment utilisé le corset. Nous aborderons ensuite le rapport au corps à travers les siècles, l'image corporelle et son influence notamment à l'adolescence. Nous chercherons à montrer les enjeux du corset chez les adolescentes à travers une étude qualitative réalisée à partir d'entretiens semi-directifs. A partir des résultats obtenus, nous discuterons de l'impact du corset sur l'image corporelle et la qualité de vie des adolescentes. Enfin, nous développerons les perspectives d'amélioration possibles à notre travail avant de conclure.

2 Cadre théorique

2.1 Généralités sur la colonne vertébrale

2.1.1 Physiologie de la colonne vertébrale

Il est important de comprendre la physiologie de la colonne vertébrale afin de pouvoir évaluer les conséquences des troubles de la croissance de la colonne vertébrale.

La colonne vertébrale est une des structures les plus importantes du corps humain. Elle soutient la tête et se divise en cinq segments : cervical, thoracique, lombaire (zones mobiles) et le sacrum et le coccyx (fixes). Ces derniers sont formés de vertèbres soudées entre elles. La colonne vertébrale est composée d'un total de 24 vertèbres : 7 cervicales, 12 thoraciques et 5 lombaires. Chaque vertèbre est séparée d'une autre par un disque intervertébral. Le disque intervertébral comporte deux parties : le nucleus pulposus, dans la zone centrale, permettant l'élasticité, et l'anneau fibreux entourant le nucleus pulposus, composé de fibres de collagène

et de cartilage fibreux. Le disque joue le rôle d'amortisseur lors des mouvements. La colonne vertébrale supporte ainsi le poids du corps, permettant de bouger, de pivoter. De chaque côté des vertèbres, des masses musculaires permettent de maintenir la colonne vertébrale en place et d'en assurer les mouvements. (Galbusera, 2022)



fig. 1: Structure osseuse de la colonne vertébrale (Netter, 2019)

La colonne vertébrale assure une bonne mobilité à l'aide des différentes courbures, amortisseurs naturels qui permettent d'être en équilibre. Le développement de l'espèce humaine fait apparaître progressivement deux types de courbures dans le rachis : les courbures primaires qui sont convexes en arrière : les cyphoses (au niveau thoracique et sacré) et les courbures secondaires qui sont concaves vers l'arrière nommées lordoses (au niveau cervical et lombaire). Ces courbures permettent ainsi d'assurer une bonne mobilité et l'équilibre de la colonne vertébrale. Le dos prend la forme d'un S en vue de profil et de ligne droite de face. (Bogduk, 2016)

2.1.2 Définition de la scoliose

Etymologiquement, la scoliose vient du grec ancien « *skoliôsis* » qui veut dire « *action de rendre oblique ou tordu* ». La scoliose est une déformation tridimensionnelle de la colonne

vertébrale dans les trois plans de l'espace. Elle comprend une courbure dans le plan frontal (antéro-postérieur), une angulation dans le plan sagittal et une rotation dans le plan transversal. (El-Hawary et Chukwunyerewa, 2014)

2.1.3 *Epidémiologie*

Il existe quatre types de courbes observés de scoliose : thoracique avec 90 % des courbes du côté droit, lombaire avec 70 % du côté gauche, thoraco-lombaire avec 90 % du côté droit et double majeur se produisant à la fois du côté droit et du côté gauche. (Shakila et al, 2014)

Sur le plan étiologique, il existe diverses causes possibles à l'origine de l'apparition d'une scoliose. La cause majeure est la scoliose idiopathique (SI) qui représente 80 % des scolioses. Les autres types de scolioses sont principalement congénital (10 %) et neuromusculaire (5-7 %). La scoliose idiopathique étant la principale étiologie, nous allons nous pencher davantage dessus. (Kalichman et al, 2016)

2.2 La scoliose idiopathique

2.2.1 *Définition*

Selon le Larousse, le terme idiopathique vient du grec « *idios* » qui veut dire particulier et « *pathos* » qui veut dire maladie, cela signifie que l'on ne connaît pas l'origine de la maladie.

L'histoire de la scoliose débute avec Hippocrate en 400 ans avant Jésus-Christ qui décrit dans son recueil *Corsus Hippocraticum* toute la science médicale de l'école de Cos et de Cnide, considérées comme les deux foyers majeurs de l'art médical de la Grèce classique. C'est Claude Galien, célèbre médecin grec, anatomiste et auteur prolifique de l'Antiquité, qui crée et utilise pour la première fois le terme scoliose en 200 avant Jésus-Christ. (De Mauroy, 2017)

L'origine de la scoliose idiopathique est multifactorielle. (El-Hawary, 2014)



fig. 2 : Radiographie antéro-postérieure d'une jeune fille de 14 ans atteinte d'une scoliose idiopathique de 90° (El-Hawary, 2014)

2.2.2 Origines possibles

Une des causes possibles de la scoliose est l'origine héréditaire. Cependant, les chromosomes impliqués dans cette transmission demeurent incertains tout comme les mécanismes menant à leur expression. (De Sèze et Cugny, 2012)

La scoliose idiopathique pourrait être liée également à des troubles de la croissance causés par des facteurs externes, comme le port du sac à dos ou d'un appareil dentaire. En effet, la colonne vertébrale est en évolution permanente de la naissance à la mort. En fonction de l'âge, les zones de croissance des corps vertébraux peuvent augmenter jusqu'à deux centimètres par an, par croissance endochondrale, en particulier durant les cinq premières années de la vie et pendant la puberté (Studer et Hasler, 2019). Chez les patients scoliotiques, lors de la croissance endochondrale, du fait de facteurs externes, on peut observer une asymétrie des contraintes au niveau du corps vertébral. L'hyper pression freine la croissance tandis que la diminution des contraintes la stimule. Il s'agit de la loi de Hueter -Volkmann (De Sèze et Cugy, 2012). Ces phénomènes de compression et de distraction peuvent ainsi engendrer une déformation osseuse, à l'origine de l'apparition d'une scoliose. De plus, l'adolescence est une période

qui est particulièrement critique en ce qui concerne les déviations vertébrales où une croissance du rachis de 25 cm s'effectue en quelques années. Le risque de progression d'une déformation existante est donc particulièrement élevé lors de la poussée de croissance de l'adolescent. (De Mauroy, 2017)

Une autre cause possible à l'origine de l'apparition d'une scoliose idiopathique viendrait du rôle des érecteurs du rachis. Une asymétrie des muscles érecteurs pourrait être à l'origine de l'apparition de scolioses. En effet, dès le XIX^{ème} siècle, les ténotomies, opérations chirurgicales consistant à sectionner des tendons, des muscles transversaires épineux étaient proposées et pratiquées dans le traitement de la scoliose. (De Sèze et Cugny, 2012)

Une étude menée suggère également que les hormones de croissance, notamment sexuelles, peuvent avoir une influence sur la progression de la scoliose. Les œstrogènes semblent avoir un rôle particulièrement à jouer en interagissant avec des facteurs qui modulent la croissance des os, la biomécanique et les structures. (Latalski et al, 2017)

2.2.3 Épidémiologie

La scoliose idiopathique reste rare durant la petite enfance avec une prévalence de 1 à 2 % jusqu'à 15 ans. Elle affecte 2 à 4 % des adolescents, en majorité les 10-18 ans. On peut observer une dégénérescence dans le futur de 8 % chez les plus de 25 ans et de 68 % chez les populations de 60 à 90 ans. (Kikanloo et al, 2019)

Concernant la répartition des sexes chez les enfants, les filles et les garçons ont la même prévalence d'avoir une scoliose mais les filles tendent à être plus affectées en grandissant avec un sexe ratio à l'âge de 10 ans de 6 : 1. Il existe une prédominance féminine de 2 à 1 en grandissant (Blevins et al, 2018). C'est la raison pour laquelle nous allons étudier la scoliose idiopathique chez les adolescentes.

2.2.4 Classification

La scoliose idiopathique est classifiée en trois catégories selon l'âge de la personne au moment du diagnostic : infantile (en dessous de 3 ans), juvénile (entre 3 et 9 ans) et adolescente (entre 10 et 18 ans). La scoliose adulte, par définition, affecte les patients âgés de 18 ans ou plus. (Kalichman et al, 2016)

2.3 Diagnostic clinique

Pour une scoliose idiopathique, l'apparition d'une asymétrie esthétique dans le tronc, les épaules ou les hanches détectée par le patient, un membre de la famille ou le médecin traitant incite à une évaluation clinique. La détection d'une déformation de la colonne vertébrale est réalisée et référée par un professionnel de santé. Le praticien peut utiliser un scoliomètre pendant le test de flexion vers l'avant, appelé test d'Adams, afin d'évaluer la déformation en rotation comme indicateur de la scoliose. Le test d'Adams consiste simplement à demander à la personne de se pencher vers l'avant, comme pour toucher le sol. Cette position permet de voir s'il y a une proéminence osseuse appelée aussi gibbosité. Le scoliomètre qui est un type d'inclinomètre, est placé sur le dos du patient pour mesurer la rotation du tronc. Une mesure scoliométrique de 7 ou plus justifie une évaluation approfondie avec une radiographie. (Blevins et al, 2018)

Le meilleur critère d'évaluation pour confirmer le diagnostic est la réalisation d'une radiographie du rachis de face. Le praticien mesure sur la radio l'angle de Cobb. Il s'agit de l'angle formé à partir de l'intersection de deux droites tangentes : l'une tangentielle au plateau supérieur de la vertèbre limite supérieure, l'autre tangentielle au plateau inférieur de la vertèbre limite inférieure. Le professionnel de santé prend pour mesures les deux vertèbres les plus inclinées aux extrémités de la courbure scoliotique. Par convention, un angle de Cobb supérieur à 10° définit une scoliose. (Burton, 2013)

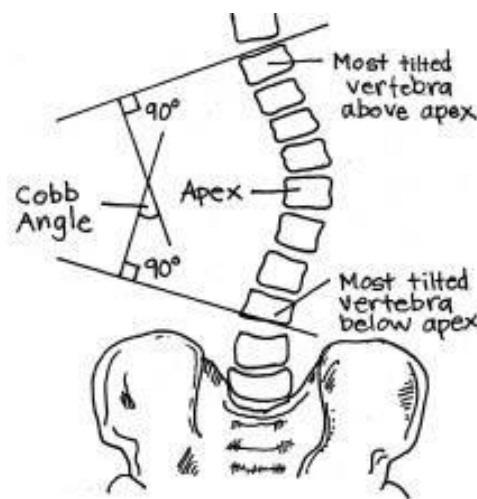


fig. 3 : Mesure de l'angle de Cobb (Burton, 2013)

Le praticien peut également s'appuyer sur le potentiel de croissance déterminé en évaluant le score de maturité sexuelle « Sexual Maturity Rating » (SMR) à l'examen physique et par le classement de Risser effectué sur radiographie. Le score SMR s'évalue par le stade de développement de la puberté chez les filles (poils pubiens, seins). Concernant le classement de Risser, ce dernier repose sur une mesure de l'ossification de l'os iliaque. Il est utilisé pour déterminer la maturité squelettique du pelvis de l'enfant, corrélé à la maturité du rachis sur une échelle de 0 à 5. Les patients qui ont un test de Risser de 0 signifie qu'il n'y a pas d'ossification, grade 1 signifie jusqu'à 25 % d'ossification, le grade 2 est de 26 % à 50 % d'ossification, le grade 3 est de 51 % à 75 % d'ossification, le grade 4 est de 76 % à 99 % d'ossification et le grade 5 est une ossification complète. Plus le grade Risser est faible, plus le risque de progression de la scoliose est donc important. Ce test permet ainsi de savoir si l'adolescente scoliotique a fini sa croissance pour prévoir l'évolution future de sa scoliose et mettre ainsi en place un traitement adapté. (Rosenberg, 2011).



fig. 4 : Mesure du score de Risser (Burton, 2013)

2.4 Prise en charge de la scoliose

Le premier essai décrit pour modifier et redresser une gibbosité date du Vème siècle avant J-C. Il est connu sous le nom d'épigramme de Néarchus : « *Zocleo voulant redresser la gibbosité de Diodoro, lui pose trois grosses pierres carrées au sommet de la gibbosité, le faisant mourir, mais plus droit qu'un I* ». Depuis cette première tentative, de nombreuses techniques ont vu le jour et évolué afin de traiter cette pathologie. (De Mauroy, 2017)

2.4.1 *Epidémiologie*

Le risque de progression de la courbure et le traitement sont basés sur la croissance vertébrale. Les courbes progressent plus rapidement lorsque l'enfant grandit rapidement. Plus la scoliose est marquée, plus elle a de chance de progresser. La probabilité de progression chez les adolescents avec un angle de Cobb inférieur ou égal à 20° est de l'ordre de 10 à 20 %. Chez les adolescents présentant une courbure scoliotique supérieure à 20° associée à un statut osseux immature, la probabilité que la scoliose évolue est de 70 % ou plus. (Kalichman et al, 2016)

Le choix du traitement est déterminé par la probabilité de la progression de la déformation. Pour des patients n'ayant pas fini leur croissance avec une courbure inférieure à 25°, une thérapie basée sur de la kinésithérapie avec un renforcement musculaire et un suivi régulier sont recommandés. Pour des patients n'ayant pas fini leur croissance, avec des courbes comprises entre 25 et 50°, un traitement orthopédique est conseillé. La chirurgie est recommandée pour des patients scoliotiques encore en croissance ayant un angle de Cobb supérieure à 45° et pour les patients scoliotiques ayant atteint la maturité osseuse mais avec un angle de Cobb de 50°. (Janicki et Alman, 2007)

2.4.2 *Traitement par kinésithérapie*

L'origine multifactorielle de la scoliose idiopathique fait qu'il existe une diversité de types de traitement.

Le traitement par kinésithérapie est basé surtout sur des exercices spécifiques, adaptés à chaque patient, ayant pour but de tonifier la musculature abdominale et paravertébrale. Cependant, les auteurs divergent concernant le traitement uniquement par kinésithérapie. En 2015, les membres de la Scoliosis Research Society (SRS) ont été interrogés pour obtenir leurs opinions sur l'utilité de la kinésithérapie seule ou corrélée au port d'un corset et les membres ont majoritairement voté pour la kinésithérapie couplée au port d'un corset, de part un manque de soutien de recherches et preuves de l'efficacité de la kinésithérapie seule. (Tolo et al, 2020)

Une attention particulière est portée sur la rééducation posturale. Des mauvaises postures de la vie quotidienne augmenteraient la charge vertébrale et tendraient à l'aggravation de la scoliose (Weiss et al, 2006). Les enfants passent de nombreuses heures à écrire, travailler, regarder les écrans et faire leurs devoirs au quotidien. Une mauvaise posture assise pourrait entraîner une progression de la courbure de la colonne vertébrale et donc de la scoliose (Czupryna

et al, 2012). De même, le port régulier d'un sac à dos chez un enfant en pleine croissance pourrait affecter la courbure de la colonne vertébrale. Les effets dépendent de la manière dont le sac est porté (sur un côté une épaule, deux épaules), du poids du sac. Ainsi, de la prévention est réalisée concernant le port du sac à dos (Saltikov et al, 2008).

2.4.3 *Traitement chirurgical*

La chirurgie est pratiquée généralement durant l'adolescence mais des techniques plus récentes permettent de corriger efficacement au début de l'âge adulte. Le principe de ces techniques repose sur des ancrages osseux avec crochets, fils et vis reliés à une double tige par greffe osseuse. Les objectifs de la chirurgie sont de prévenir la progression, d'améliorer l'alignement et l'équilibre de la colonne vertébrale (Janicki et Alman, 2007). Les techniques évoluent et changent ainsi rapidement. Il y a certains facteurs à prendre en considération avant l'opération comme le type et l'amplitude de la courbe scoliotique, l'équilibre et la flexibilité de la colonne vertébrale et le niveau de maturité osseuse (El-Hawary et Chukwunyerenna, 2014).

2.4.4 *Traitement orthopédique*

L'histoire du traitement orthopédique de la scoliose débute il y a trois siècles avant J-C avec le médecin et philosophe grec Hippocrate. Il développa le « *lit scannum* », un lit associant traction et moyen de pression. C'est le chirurgien français Ambroise Paré qui introduit le premier corset métallique vers 1550. Durant la période 1780-1890, on assiste à une évolution considérable des moyens orthopédiques avec l'innovation de lits (extension horizontale), chaises ou corsets orthopédiques (extension verticale) (Cottalorda et al, 2005). En 1772, Levacher présente un corset, ancêtre du corset Milkauwee actuel qui sera mis en place en 1945 par Blount. Il s'avère très efficace chez les jeunes enfants et considéré aux Etats-Unis comme le traitement orthopédique de référence. Les années 80 favorisent le traitement orthopédique plus précoce et plus adapté à des scolioses moins sévères. Il existe à l'heure actuelle sur le marché une très grande diversité d'orthèses choisies en fonction de l'âge et du type de courbure. (De Mauroy, 2017)

L'objectif du port d'un corset n'est pas d'améliorer ni de corriger la courbe mais d'empêcher la scoliose de s'aggraver (El-Hawary et Chukwunyerenna, 2014). Le corset est un moyen de contention qui utilise la souplesse rachidienne pour corriger la déviation en dimi-

nuant les asymétries de pression afin de guider et de symétriser la croissance du rachis. Pour que le traitement orthopédique soit efficace, le patient doit respecter le temps de prescription, variant souvent entre 6 et 23 heures par jour. Une étude contrôlée et randomisée a révélé que le bénéfice du corset était encore plus important lorsque le patient le portait longtemps (de nombreuses heures) (Weinstein et al, 2013).

Le type de corset le plus commun est le « thoracolumbosacral orthosis » (TLSO). Le corset Boston, utilisé depuis 1975, est un des plus populaires. Il s'agit d'un corset adapté à la morphologie du patient équipé de coussinets correcteurs, souvent trois coussinets entre le milieu et le bas du dos, selon les besoins du patient, qui font pression sur la zone au niveau de la courbure. Le corset est porté souvent sous les vêtements et est peu perceptible. Il est généralement porté 23 heures par jour et peut être enlever pour faire du sport. Ce type de corset est prescrit pour des courbures lombaires ou thoraco lombaires. Le corset Cheneau est un autre type de corset TLSO couramment utilisé. C'est le corset « classique » pour la scoliose chez la jeune fille. Il possède de larges coussinets correcteurs qui poussent le corps contre la courbure et complète les espaces vides. Il est asymétrique, utilisé avec des patients ayant des degrés de sévérité et de maturité différents, porté entre 20 et 23 heures par jour (Zarzycka et al, 2009). Il est réalisé sur mesure à l'aide d'un système informatique. Il est utilisé pour le traitement des scolioses idiopathiques jusqu'à la vertèbre T8 (Bruyneel et al, 2008).



fig 5 : Exemple d'un corset Cheneau (Rigeau et al , 2017)

Des séances de kinésithérapie sont souvent prescrites en combinaison avec le port d'un corset, ce dernier pouvant engendrer des effets secondaires. Ces séances permettent de limiter les douleurs liées aux contractures musculaires que peut engendrer le corset. Elles peuvent avoir un intérêt également sur la fonction respiratoire, le corset pouvant engendrer des altérations respiratoires de type restrictif. Un renforcement musculaire, notamment de la chaîne postérieure des muscles du dos peut être mis en place durant ces séances et un travail d'équilibre. (Porte et al, 2016)

2.5 L'image corporelle

2.5.1 Définition

Selon le dictionnaire Larousse, l'image corporelle est « *la représentation que l'individu a de son propre corps* ». L'image du corps peut aussi être considérée comme « *l'ensemble des sentiments, attitudes, souvenirs et expériences, qu'un individu a accumulé à propos de son propre corps et qui se sont plus ou moins intégrés dans une perception globale* » décrit par Bruchon-Schweitzer en 1986. Elle peut être appréhendée également comme une construction multidimensionnelle incluant des composantes perceptuelles, attitudinales mais aussi affectives. (Dany et Morin, 2010)

2.5.2 Le « corps » à travers les siècles

La notion de « corps » existe depuis l'Antiquité. Durant cette période, le corps est omniprésent, que ce soit dans les représentations figurées, sculptures, décorations céramiques, on voue un culte au corps. Le philosophe Platon propose, à l'époque, une théorie idéaliste et mathématique de l'Homme. Il définit le corps comme « *tombeau de l'âme* », c'est-à-dire qu'il distingue l'âme du corps. Pour lui, il existe une dualité entre ces deux substances, l'âme : l'esprit qui est éternel, et le corps : la matière qui est périssable. Le corps enterre l'homme dans le monde corruptible au lieu de le laisser séjourner dans le monde des idées. Aristote, autre philosophe grec, propose une autre théorie, plus matérialiste, physique, en lien avec les sciences de la nature. L'âme est une substance, c'est la forme du corps, qui représente la matière. Le composé des deux est l'être vivant. L'âme et le corps sont dans un rapport réciproque de forme à matière. Le corps a ainsi été l'objet très vite de nombreuses réflexions de la part de philosophes et médecins. (Demange, 2003)

À l'inverse de l'Antiquité grecque, le Moyen-Âge refuse le culte du corps et sa valeur esthétique. Le Moyen-Âge est plus tourné vers la symbolique, les analogies et les allégories. La société médiévale est profondément marquée par le christianisme et son fonctionnement lié à celui de l'Église. Le regard occidental est bouleversé par le dogme de l'Incarnation, qui fait du corps de l'Homme une image de Dieu. L'Homme est perçu comme un composé indissociable de deux éléments, l'âme et le corps, qui, même s'ils ne sont pas dotés d'une égale dignité, même si le corps est subordonné à l'âme, se complètent sans s'opposer. Le corps se retrouve ainsi reflété par l'aspect du divin et notamment caché par la religion. La dissection anatomique humaine est alors à cette époque interdite par l'Église. (Henriet, 2018)

Les choses changent à la Renaissance, mouvement de renouveau associée à la redécouverte de la littérature, de la philosophie et des sciences de l'Antiquité, cette dernière considérée comme un âge d'or (Le Gallic et Ferret, 2015). La Renaissance met à l'honneur le corps que le Moyen-Âge répugnait à montrer. Les autopsies commencent à être autorisées, les connaissances en anatomie progressent. Léonard de Vinci, célèbre peintre italien et homme d'esprit, appliqua ce concept avec rigueur et pratiqua lui-même plusieurs dissections anatomiques. Le corps devient une source d'inspiration incroyable pour les poètes et surtout pour les peintres. Les artistes ne se contentent donc pas de montrer le corps, ils le dénudent (Pieters, 2001).

Au XVIIIème siècle, siècle des Lumières où prône la promotion des connaissances, l'homme moderne entretient un rapport de plus en plus étroit avec son propre corps et ses sensations internes. Le savoir permet à l'Homme de s'émanciper et d'acquérir son autonomie intellectuelle. Un extrait de l'Encyclopédie, considéré comme le dictionnaire raisonné des sciences, des arts et des métiers, montre ce changement : « *cet objet particulier (le corps), non seulement devient pour nous le centre de tout l'univers et le point dont nous mesurons toutes les distances, mais nous nous accoutumons encore à le regarder comme notre être propre* ». Ainsi l'identité individuelle est mise en avant à cette époque. (Hunt, 2003)

Le rapport au corps évolue peu à peu et est renouvelé par ses rapports avec la technologie moderne. Les progrès de la médecine continuent. L'intérieur du corps se révèle grâce notamment à la découverte des rayons X et de la radiographie par le physicien allemand Röntgen en 1895. Le corps devient un sujet esthétique majeur au XIXème siècle. Il suscite également un nouvel intérêt avec l'émergence de la culture sportive. (Manin, 2013)

La période 60-70 est marquée par une « *culture jeune* » promue par le baby-boom qui est une période de remontée exceptionnelle de fécondité. Cette « *culture jeune* » contribue au

renouvellement des mœurs, des canons esthétiques et l'apparition de nouvelles normes sociales. Une course à la jeunesse est lancée. Une image juvénile, la minceur, la maigreur sont prônés. Les modifications des modes de vie, des idéaux vestimentaires, plus libérés ainsi que les manifestations étudiantes de mai 68 contribuent à la libération corporelle. Le corps devient « *un lieu d'identité personnelle et de conquête individuelle* ». On parle de « *corporéisme* », c'est-à-dire que les soins et l'attention portés au corps prennent une place prépondérante. (Travaillot et Haissat 2007)

Au début des années 80, le corps sportif et le corps idéal ne font plus qu'un. Le corps doit être ferme et musclé. Les médias présentent les célébrités dans des tenues « *sportswear* », en train de pratiquer leur sport véhiculant ainsi que la pratique physique symbolise la forme. Les salles de mise en forme voient le jour et se développent. Le « *culte de la performance* » prend alors une place importante, le corps devient « *le résultat d'une action délibérée, comme le produit d'un projet personnel guidé par l'accomplissement individuel* ». (Travaillot et Haissat 2007)

Les années 90 sont marquées par l'essor des techniques numériques. On parle de véritable révolution numérique. Tout est mis en image. Combinées au diktat de la mode et du sport, les technologies numériques deviennent un moyen de tout uniformiser et surtout, de fabriquer des images de corps parfaits ramenant à des idéologies passées. (Gabszewicz et Sonnac, 2010)

L'apparition des réseaux sociaux à partir des années 2000 et son essor avec la naissance de réseaux à l'échelle planétaire comme Facebook, Instagram, a accru cette modélisation de corps parfaits. L'individu est en contact visuel avec une variété de corps par la publication massive de photos, vidéos. Les photos sont attractives, elles peuvent être modifiées avant d'être publiées montrant une version idéalisée de nous-mêmes. Le système de likes et de commentaires sous les photos peut impacter sur la manière dont les gens se sentent par rapport à leur apparence. Cela accrue la comparaison entre pairs et contribue à accentuer significativement l'insatisfaction corporelle. (Fardouly et Vartanian, 2016)

Depuis les années 2010, on parle d'influence « *tripartite* » : les parents, les pairs et les médias. Ces sources d'influence incitent chaque individu à se comparer par rapport à des modèles idéaux qu'il a internalisé. De nombreuses études concernant ce sujet ont permis d'observer une augmentation de l'insatisfaction corporelle et parfois des troubles du comportement alimentaire (TCA), de l'estime de soi et de la dépression. Les adolescents qui ont une des scores élevés d'estime de soi se caractérisent par l'acceptation de leurs imperfections, leur

goût pour les activités physiques, le peu d'importance qu'ils accordent au regard d'autrui (famille, pairs) envers leur apparence et le rejet des idéaux de beauté véhiculés par les médias. (Dany, 2020)

2.5.3 Schéma corporel et image corporelle

Le concept de schéma corporel voit le jour en 1911 grâce au neurologue Henry Head. Pour ce dernier, le cerveau contient « *un modèle interne représentatif des grandeurs et des caractéristiques mécaniques du corps qui nous permet de situer notre corps dans l'espace* » (Morin, 2013). Le cerveau dispose d'une représentation non consciente du corps qui permet un ajustement automatique des mouvements par rapport à l'environnement spatial.

La notion d'image corporelle naît réellement dans la première moitié du XXème siècle. Elle est héritée du schéma corporel. Elle est à nuancer avec ce dernier avec qui elle est souvent confondue. Elle naît plus précisément en 1935 avec le psychiatre autrichien Paul Schilder. Il donne à la notion de schéma corporel des « *caractéristiques neuropsychologiques et sociales, une dimension plus psychosomatique et symbolique du corps* » et crée ainsi le concept d'image corporelle. L'image du corps est le résultat d'une activité psychique face à différents déterminants biologiques (le corps réel) et sociaux (le corps perçu par autrui) (Danny et Morin 2010). La distinction entre schéma corporel et image corporelle peut être assimilée à la différence entre « *avoir la capacité de se mouvoir et avoir une perception du mouvement* ». (Gallagher et Meltzoff, 2010)

2.5.4 L'exemple des « membres fantômes »

Tout au long de la vie, l'image corporelle est en construction et en déconstruction permanente. Le cas de membres fantômes est un exemple de cette unité dynamique de l'image du corps. Un membre fantôme se caractérise par la perception exagérée d'un segment corporel. Après une amputation, un membre fantôme peut donner des sensations étranges, souvent douloureuses ou de type démangeaisons à la personne qui a été opérée (Le Chapelain et al, 2010). La personne amputée conserve son membre dans son schéma corporel et dans son identité corporelle. Des traitements sont mis en place pour changer cette perception comme la thérapie miroir. Il s'agit d'une thérapie de rééducation dans laquelle un miroir est placé entre les bras ou les jambes de sorte que l'image d'un membre non affecté en mouvement donne l'illusion d'un

mouvement normal dans le membre affecté. La personne amputée va alors changer sa perception corporelle et sa perception de soi. (Rollot 2010)

2.5.5 *Une image corporelle évolutive*

L'image corporelle n'est pas innée, elle se constitue dès l'enfance. Elle est au fondement de l'identité (Dany et Morin 2010). Elle évolue tout au long de la vie. Elle peut être modifiée et altérée par divers facteurs externes qui seront détaillés par la suite. Son altération est associée à un sentiment de perte et affecte le concept de soi et de manière concomitante l'estime de soi. Le concept de soi est la façon dont nous nous définissons, dont nous décidons ce que nous sommes. L'estime de soi est la manière dont nous nous évaluons (Groesz et al, 2001).

2.6 Influence de l'image corporelle

2.6.1 *Image corporelle et adolescence*

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'adolescence est « *la période de croissance et de développement humain qui se situe entre l'enfance et l'âge adulte, entre les âges de 10 et 19 ans* ». C'est une période marquée par de nombreux changements physiques et psychiques que l'on appelle la puberté. Les modifications corporelles peuvent être brutales comme l'acné, la pilosité, l'embonpoint provoquant une certaine fragilité chez les adolescents sur ces changements qu'ils ne maîtrisent pas. La violence de ces changements les contraint à réagir en cherchant à maîtriser ces modifications et cela passe par une attention portée tout particulièrement à leur apparence physique, à leur image corporelle. (Marty, 2010) Les adolescents font face à une certaine vulnérabilité physique. L'adolescence est aussi marquée par des changements psychiques, l'adolescent est en pleine construction identitaire. L'identité est « une synthèse réalisée à partir des éléments du passé (histoire personnelle), des caractéristiques du présent (besoins, traits de personnalité etc) et des attentes du futur ». L'adolescent va donc devoir construire son identité par la synthèse de ses intérêts, ses capacités, ses valeurs et les opportunités qui lui sont offertes par la société, ce qui laisse place à une certaine vulnérabilité psychique. (Lannegrand-Willems, 2012)

Les adolescents doivent, au-delà de ces perturbations physiques et psychiques, faire face à la pression socioculturelle exercée par les médias, la famille, l'environnement social qui promeuvent certaines normes sociales et conduisent à leur intériorisation (Forney, 2019). Le

sentiment d'appartenance est ainsi augmenté à cet âge pour se sentir accepté et aimé notamment chez les jeunes filles chez qui les niveaux de pression des pairs sont plus élevés. Cette pression chez les jeunes filles passe notamment par les diktats de la mode, les canons de beauté. La minceur voire la maigreur sont véhiculés par les magazines, les publicités, les réseaux sociaux (Tiggemann et Slater, 2013) même s'il y a une certaine tendance au changement. Cette pression socioculturelle peut contribuer chez les adolescentes à une certaine vulnérabilité physique et psychique qui peut altérer leur image corporelle.

2.6.2 *Impact du corset et de la scoliose*

Dans ce contexte d'adolescence où l'estime de soi n'est pas forcément au beau fixe, des modifications corporelles engendrées par des maladies corporelles, comme la scoliose, sont susceptibles d'exacerber l'insatisfaction chez l'adolescente par rapport à son apparence physique et son image corporelle perturbant ainsi son fonctionnement psychologique et social (Fox et al. 2007). La scoliose pouvant entraîner une ou des déformation(s) vertébrale(s), des gibbosités, une asymétrie des épaules ou de la taille, il peut être difficile pour la jeune fille de se construire dans ce contexte.

De plus, le port du corset peut avoir des inconvénients. En effet, c'est un matériau de contention qui est le plus souvent rigide. Il peut engendrer ainsi diverses complications sur le plan physique comme l'apparition de douleurs, des troubles digestifs et cutanés, des troubles des volumes respiratoires, des tensions musculaires et des troubles de l'équilibre (Bruyneel 2008). Ces complications physiques peuvent avoir un impact sur le plan psychologique chez l'adolescente, cette dernière pouvant ressentir une certaine vulnérabilité corporelle. Une étude a montré que le port du corset Cheneau diminue significativement le score de qualité de vie (Quality of Life QoL) (Pham et al, 2008).

Le port d'un corset modifie également considérablement le rythme de vie de l'adolescente, pouvant entraîner une détresse psychologique chez cette dernière. Souvent, le corset doit être porté entre 6 et 23 heures par jour et cela sur plusieurs années. L'adolescente va devoir apprendre à vivre, dormir, manger, s'habiller avec. (Zarea et al, 2020)

2.6.3 *Prise en charge thérapeutique*

Le corset peut donc affecter de manière négative l'image corporelle chez des adolescentes en construction par son inconfort et la détresse psychologique qu'il peut engendrer. Une étude a montré que la co-conception avec le patient sur l'aspect esthétique du corset, sur son design aide le patient à avoir une perception plus positive du corset. Le côté esthétique a une part importante dans le traitement médical et lorsqu'il est négligé peut-être préjudiciable aux émotions du patient et au détriment du bon déroulement du traitement. Il est donc important de prendre en compte l'avis du patient lors de la conception du corset sur la couleur, le style, les motifs. (Law et al, 2016)

Les techniques évoluant toujours plus, de nouveaux corsets, plus souples, voient le jour comme le corset SpineCor dans le but de préserver la fonction musculaire et la dynamique du rachis. Cependant, ils nécessitent de commencer le traitement de manière précoce et ne sont utilisables que pour des scolioses ayant de faibles angulations. (Bruyneel, 2008)

3 Problématique et question scientifique

La scoliose est une déformation tridimensionnelle de la colonne vertébrale (El-Hawary et Chukwunyerenna, 2014). Elle est à 80 % idiopathique, c'est-à-dire qu'elle n'a pas d'origine définie (Kalichman et al, 2016). Elle touche principalement les adolescentes avec un ratio de 2 à 1 en grandissant (Blevins et al, 2018). Un des traitements les plus couramment utilisés pour la scoliose est le corset orthopédique. Il s'agit d'un moyen de contention permettant d'empêcher la scoliose de s'aggraver (El-Hawary et Chukwunyerenna, 2014). Le type de corset le plus commun est le « thoracolumbosacral orthosis » (TLSO), asymétrique, équipé de coussinets correcteurs qui font pression sur la zone au niveau de la courbure et complètent les espaces vides (Zarzycka et al, 2009). Cependant, le port d'un corset peut avoir des inconvénients. En effet, étant rigide, il peut engendrer diverses complications sur le plan physique comme l'apparition de douleurs, des troubles digestifs et cutanés, des troubles des volumes respiratoires, des tensions musculaires et des troubles de l'équilibre (Bruyneel 2008). Ces complications physiques peuvent avoir un impact sur le plan psychologique chez l'adolescente, cette dernière pouvant ressentir une certaine vulnérabilité corporelle et impacter de manière négative son image corporelle.

L'image corporelle est « *la représentation que l'individu a de son propre corps* ». Elle est au fondement de l'identité et évolue tout au long de la vie (Dany et Morin 2010). Elle peut être modifiée et altérée par divers facteurs externes, notamment durant l'adolescence. L'adolescence est une période charnière de croissance et de développement qui se situe entre l'enfance et l'âge adulte (OMS). Elle est marquée par de nombreux changements physiques et psychiques que l'on appelle la puberté. La violence de ces changements contraint les adolescents à réagir en cherchant à maîtriser ces modifications et cela passe par une attention portée tout particulièrement à leur apparence physique, à leur image corporelle (Marty, 2010)

Les adolescents doivent, au-delà de ces perturbations physiques et psychiques, faire face à la pression socioculturelle exercée par les médias, la famille, l'environnement social qui promeuvent certaines normes sociales et conduisent à leur intériorisation (Forney, 2019). Depuis les années 2010, on parle d'influence « *tripartite* » (Danny, 2020). Le sentiment d'appartenance est ainsi augmenté à cet âge pour se sentir accepté et aimé notamment chez les jeunes filles chez qui les niveaux de pression des pairs sont plus élevés, de par notamment les diktats de la mode, les canons de beauté. La minceur voire la maigreur sont véhiculés par les magazines, les publicités, les réseaux sociaux (Tiggemann et Slater, 2013). Cette pression socioculturelle peut contribuer chez les adolescentes à une certaine vulnérabilité physique et psychique qui peut contribuer à altérer leur image corporelle.

En tant que professionnels de santé, kinésithérapeutes, il semble important de comprendre les spécificités de la scoliose et du corset, afin de mieux la prendre en charge, d'autant que la dimension relationnelle tient une part importante à cette période de construction personnelle.

Dans un but d'amélioration de la prise en charge, nous pourrions donc nous demander :

Quel est l'impact du port d'un corset par des adolescentes scoliotiques sur leur perception corporelle, comment le corset peut influencer des adolescentes en construction de leur image ?

4 Matériels et méthode

Des prérequis comme la connaissance de l'approche qualitative et la maîtrise d'outils méthodologiques sont essentiels à la compréhension et au bon déroulement de cette étude.

4.1 Une étude qualitative

La recherche qualitative permet d'entrer dans une réflexivité, d'interroger des phénomènes sociaux et aller dans une recherche de compréhension de ces phénomènes (Kivits et al, 2016). Elle consiste le plus souvent à recueillir des données verbales dans une démarche d'interprétation. Cette méthode permet ainsi d'explorer les émotions, les sentiments des participants ainsi que leurs comportements et leurs expériences personnelles. Elle peut contribuer alors à une meilleure compréhension des sujets de l'étude (Aubin et al, 2008). Ainsi, la méthode qualitative a semblé être un choix adéquat par rapport au sujet de cette étude. Elle a permis d'obtenir des informations complètes auprès des participantes, nécessaires à l'analyse et à l'interprétation de l'étude.

4.2 Outil d'investigation : l'entretien semi-directif

L'entretien est un outil privilégié en recherche qualitative. Il permet de saisir, au travers de l'interaction entre le chercheur et le participant, le point de vue de ce dernier, sa compréhension d'une expérience particulière et de le comprendre en profondeur (Baribeau et Royer 2012).

L'entretien semi-directif est une technique de collecte de données souvent employé en recherche qualitative. Il s'agit d'une conversation ou d'un dialogue qui se compose d'une série d'interrogations ouvertes. Ces questions sont préparées en amont par le chercheur et les données recueillies seront interprétées afin de mettre en place une conclusion argumentée. Il est utile dans la recherche qualitative, car c'est un moment privilégié d'écoute, de partage et d'empathie permettant d'établir une relation de confiance avec son interlocuteur. L'établissement de cette relation de confiance est fondamental, car elle conditionne la richesse du matériel collecté. (Imbert, 2010)

Afin de saisir au mieux le ressenti du participant et pour la construction d'une relation de confiance optimale, l'entretien semi-directif a semblé être un choix judicieux dans la recherche de cette étude.

4.3 Population

4.3.1 *Recrutement de la population*

Un appel à la candidature a été lancé. Les sujets ont été approchés par l'intermédiaire de procédés divers : connaissances, terrains de stage, étudiants et démarchage en cabinet libéral.

Afin de diversifier les entretiens, pour une qualité de recherche optimale et dans un souci d'organisation et de faisabilité, nous avons souhaité mener 5 entretiens avec des individus issus de la population d'étude. La présence d'un groupe témoin n'a pas été nécessaire à cette étude, le but étant de se renseigner auprès de jeunes filles scoliotiques sur leur rapport à leur image corporelle.

Concernant l'âge des sujets, 18-22 ans est une tranche d'âge qui a été retenue. En effet, l'adolescence, comme vu précédemment avec la définition de l'OMS, s'étend de 10 à 19 ans. Elle est variable selon les individus. Les adolescents peuvent ressentir une certaine vulnérabilité physique et psychique par tous les changements auxquels ils font face (Lannegrand-Willems, 2012). Pour d'autres scientifiques, la transition entre l'enfance et l'âge adulte durerait de 10 à 24 ans. Cette définition tient en compte des bouleversements biologiques mais également des modifications liées au statut social. Ainsi historiquement, la fin de l'adolescence a été défini par les transitions des rôles sociaux. Nous assistons à changement au siècle dernier des transitions des rôles sociaux qui se font plus tardives. En effet, les jeunes font des études plus longues, deviennent parents et se marient plus tard. Ce retard de transitions des rôles modifie les perceptions populaires du début de l'âge adulte. C'est une des raisons pour laquelle nous avons choisi pour la population d'étude des participantes ayant entre 18 et 22 ans, étant encore dans l'adolescence ou en sortant, elles ont eu ainsi un peu plus de recul par rapport à leur image corporelle que des sujets mineurs. (Sawyer et al, 2018). De plus, tout protocole de recherche clinique suppose un consentement éclairé du participant. Pour les mineurs, le consentement est donné par le titulaire de l'exercice parental, soit un des parents ou le représentant légal selon l'article 371-1 du code civil. Néanmoins, l'article L.111-4 stipule que le consentement du mineur doit également être obtenu « Le consentement du mineur ou du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à

la décision. ». Ainsi, si la population d'étude choisie ici était mineure, il aurait fallu recueillir à la fois le consentement des mineurs et celui de leurs parents. (Yakoubenn, 2014) Dans un souci de gain de temps et de faisabilité, il a été préférable de choisir des sujets majeurs.

4.3.2 *Critères d'inclusion*

Les jeunes filles qui participent à l'étude sont volontaires et libres. Les critères d'inclusion sont les facteurs permettant aux sujets de participer à l'étude. Les critères d'inclusion pour cette étude sont les suivants :

- Être de sexe féminin
- Avoir entre 18 et 22 ans
- Avoir une scoliose
- Porter ou avoir porter un corset (le type de corset importe peu)

4.3.3 *Critères de non-inclusion*

Les critères de non-inclusion correspondent aux caractères que les sujets ne doivent pas présenter pour être inclus. Les critères de non-inclusion pour cette étude sont les suivants :

- Être de sexe masculin
- Être mineure ou avoir plus de 22 ans
- N'avoir aucune déviation du rachis
- Avoir suivi un traitement chirurgical de la scoliose

4.3.4 *Critères d'exclusion*

Les critères d'exclusion sont des caractéristiques, définies au préalable, qui conduisent à retirer un sujet de l'étude en cours. Les critères d'exclusion pour cette étude sont les suivants :

- Le sujet ne veut plus participer à l'étude

4.4 Conditions des entretiens

Les entretiens se sont déroulés en individuel sur une durée de 2 mois, sur les mois de novembre et décembre 2021. Ils ont duré une trentaine voire une quarantaine de minutes. Chaque entretien a commencé par une présentation succincte du sujet de recherche. Les sujets

ont dû signer un formulaire de consentement éclairé présent en **Annexe I**. Après accord des sujets, les entretiens ont été enregistrés afin d'être retranscrits pour l'analyse et l'interprétation qui ont suivi. Les entretiens ont été réalisés en suivant le guide d'entretien, en prenant le temps de relever l'attitude et la gestuelle des sujets. Pour chaque entretien a été relevé l'heure, la date, le lieu et le temps de l'entretien. Les entretiens se sont déroulés en fonction des disponibilités des sujets, par visioconférence Skype.

4.5 Guide d'entretien

Le guide d'entretien joue le rôle de memento. Il a pour but de fournir un cadre général ordonné à l'entretien. Il est rédigé avant l'entretien et comporte la liste des différents thèmes et des aspects des thèmes qui devront avoir été abordé avant la fin de l'entretien. Les questions seront posées de la plus générale à la plus précise afin de structurer l'entretien. (Combes-sie, 2007)

Le guide d'entretien se construit en 5 phases : « (1) *l'identification des conditions préalables à l'utilisation d'entretiens semi-structurés* », « (2) *recupérer en utilisant les connaissances antérieures* », « (3) *la formulation du guide d'entretien préliminaire semi-directif* », « (4) *test pilote du guide d'entretien* » et « (5) *présenter le guide d'entretien semi-structuré complet* ».

La phase (1) a pour objectif de montrer l'intérêt de l'entretien semi-directif utilisé pour répondre à la question de recherche. Cette phase a déjà été réalisé précédemment en 4.2.

La phase (2) a pour but de permettre une compréhension totale du sujet de recherche. Les connaissances antérieures qui ont permis de rédiger le cadre théorique peuvent s'appuyer sur de connaissances empiriques amenées par des intervenants (exemple : expert dans le domaine).

La phase (3) consiste en l'établissement du guide d'entretien qui s'oriente autour de thèmes principaux. Chaque thème comporte plusieurs questions ouvertes. Le guide d'entretien est présent en **Annexe II**.

La phase (4) consiste à tester le guide d'entretien afin d'évaluer la pertinence des questions posées et s'il faut procéder à des modifications des questions. Le guide d'entretien sera testé, dans cette étude, sur le terrain avec une potentielle participante.

Enfin, la phase (5) consiste à présenter la version finale du guide d'entretien, clarifiée. (Kallio et al, 2016)

4.6 Test du guide d'entretien

Le guide d'entretien a été testé auprès d'une participante que l'on nommera Victoire dans un souci de confidentialité et d'anonymat. L'entretien s'est déroulé en journée, par visioconférence avec Skype, qui est un logiciel permettant aux utilisateurs de passer des appels téléphoniques ou vidéo. L'entretien de Victoire a duré une quarantaine de minutes. L'entretien était enregistré. La participante a signé un formulaire de consentement en amont. L'entretien était fluide. La participante était un peu stressée, nous de-même mais l'ambiance s'est détendue au fur et à mesure de l'entrevue. Nous retenons que Victoire a été marqué par le port de son corset. Malgré une adolescence plutôt bien vécue, son corset la gênait dans son rapport aux autres. Elle craignait que les autres la jugent et son corset jouait sur sa confiance en elle. Concernant les points forts de cet entretien, la participante était à l'aise, elle parlait librement et nous avons mené l'entretien méthodiquement, nous avons eu les réponses à nos questions. Nous pensons, cependant, que nous aurions pu relancer davantage Victoire lors de certaines réponses qui semblaient intéressantes à approfondir. A la suite de ce test, nous avons apporté quelques modifications sur le guide d'entretien concernant la formulation de deux questions pour les rendre plus ouvertes. Nous avons également pensé à relancer davantage les prochaines participantes lorsque cela semblait nécessaire.

4.7 Réflexion éthique

D'après Harrison (2000), « *Fondée sur des principes moraux, l'éthique concerne essentiellement la détermination des principes qui distinguent le bien et le mal, le bon du mauvais, le vrai du faux ; elle concerne aussi le sens qu'on donne à ces termes et à ceux qui renvoient aux principes de justice, d'équité et d'intégrité* ». Les savoirs, les valeurs, les systèmes de pensée étant riches et diversifiés, il est courant de nos jours de définir l'éthique comme une notion plurielle. En recherche, la question de l'éthique s'articule autour de deux dimensions du travail du chercheur.

La première dimension concerne l'implication et l'adoption d'une conduite la plus objective possible par l'investigateur. Ce dernier va essayer de comprendre le sens donné par le

sujet dans le processus d'échange. L'implication va permettre d'étayer la compréhension mais peut-être un biais. Ayant nous-même une scoliose et porté un corset pendant l'adolescence, la question de l'implication et de la nécessaire distanciation s'est posée au fur et à mesure que nous avançons dans notre processus de recherche.

L'autre dimension du travail du chercheur concerne le respect des personnes. Le respect des personnes implique le consentement libre et éclairé des participants, le respect de leur dignité, le respect de leur vie privée et de la confidentialité. (Martineau, 2007). C'est la raison pour laquelle nous avons mis en place un formulaire de consentement.

5 Résultats de l'étude

5.1 Présentation des participantes

Les entretiens ont été réalisés auprès de 5 jeunes femmes scoliotiques, ayant porté chacune un corset pendant leur adolescence. Dans un souci d'éthique, les participantes ont été nommées par des prénoms d'emprunt. Dans une logique de meilleure assimilation et compréhension de l'analyse des résultats, un code couleur a été attribué ci-dessous à chaque participante.

tab. I : Présentation des participantes

Participante	Prénom	Age	Profession
1	Victoire	22	Etudiante en STAPS
2	Fleur	22	Assistante de communication en alternance
3	Daphnée	20	Etudiante en 3 ^{ième} année de médecine
4	Mathilde	21	Etudiante en 3 ^{ième} année d'école de commerce
5	Océane	19	Etudiante en 2 ^{ième} année de médecine

5.2 Résultats des entretiens semi-directifs

Les différents entretiens ont été relus plusieurs fois afin de bien s'imprégner du sujet. Les résultats ont été ensuite classés selon 6 thèmes suivant leur analyse et la grille d'entretien : contextualisation de la scoliose, ressenti du sujet par rapport à la scoliose, contextualisation du corset, ressenti du sujet par rapport au corset, rapport au corps et ouverture. Les résultats sont illustrés par les extraits d'entretiens et les tableaux. Pour faciliter la lecture, des résumés sont présents à la suite de →.

5.2.1 Contextualisation de la scoliose

Concernant **Victoire**, c'est à « 12-13 ans, lors d'un contrôle de routine à la rentrée pour un certificat médical » que son médecin généraliste a observé sa scoliose lorsque **Victoire** s'est « penchée en avant ». Pour **Fleur**, c'est « au collège » que sa mère l'a vu « en maillot de bain à la piscine » et a trouvé son dos « bizarre ». Elle en a parlé au père de **Fleur** puis a pris rendez-vous avec leur médecin généraliste. Ce dernier a demandé « de prendre des photos » du dos de **Fleur** « debout et penchée ». C'est de cette façon qu'il a pu apprécier sa scoliose. **Daphnée**, elle, était en « terminale » quand elle a eu « très mal au dos » lorsqu'elle « marchait » ou restait « trop longtemps debout ». Elle a alors consulté son médecin généraliste qui lui « a détecté une scoliose ». De même que **Victoire**, **Mathilde** avait « 13 ans » lorsque sa scoliose a été détectée « par un examen de routine » chez son généraliste. Pour **Océane** aussi, sa scoliose a été détectée « pendant un rendez-vous médical pour un certificat sportif en début d'année 2014 » chez son généraliste. Elle avait alors « 11 ans ». Sa généraliste a observé une « bosse » à l'examen lorsqu'elle a demandé à **Océane** de « se baisser pour toucher le sol ».

→ La découverte de la scoliose chez les participantes a eu lieu fortuitement lors d'un examen de routine chez le médecin généraliste ou par un des parents, qui, inquiet par des changements physiques, a pris rendez-vous avec le médecin de famille qui a posé le diagnostic.

Pour les 5 participantes, le diagnostic de la scoliose a été confirmé par radio et leur médecin généraliste les a orientés vers un/ des spécialiste(s) :

- « Mon médecin traitant m'a alors orienté vers un spécialiste. J'ai fait une radio. »
(**Victoire**)

- « Mon médecin généraliste m'a dit directement qu'il fallait absolument que je vois des médecins spécialistes du dos. J'ai fait une radio. » (Fleur)

- « Mon médecin généraliste m'a envoyé faire une radio », « il m'a dirigé vers un orthopédiste » (Daphnée)

- « Mon médecin généraliste m'a donc envoyé faire une radio », « Mon médecin généraliste m'a alors orienté vers un spécialiste pour que ce dernier mette en place un traitement adapté. » (Mathilde)

- « La médecin m'a fait faire une radio et m'a orienté vers une spécialiste. » (Océane)

→ **Les adolescentes ont suivi le même parcours médical : le diagnostic de la scoliose a été confirmé par radiographie. La prise en charge s'est effectuée ensuite avec l'orientation par le médecin généraliste vers un/ des spécialiste(s).**

Pour mieux comprendre la scoliose de chaque participante, nous vous proposons un tableau caractéristique de leur scoliose et de leur évolution.

tab. 2 : Caractéristiques de la scoliose des participantes

	Type	Degré
Victoire	Double scoliose thoraco-lombaire	25° → 34° (3/4 mois après)
Fleur	Double scoliose thoraco-lombaire	31°
Daphnée	Non renseigné	19° → 25° (4 mois après)
Mathilde	Double scoliose thoraco-lombaire	18° (2013) → 21° (2014)
Océane	Scoliose lombaire à convexité droite en double S	22° (2014) → 25° (2019) → 27° (2020) → 23° (2021)

→ **Pour les participantes à notre recherche, le traitement mis en place pour la scoliose a été défini en fonction du degré de gravité de la scoliose et du stade de croissance de l'adolescente. La prescription d'un corset s'est effectuée pour les participantes dont les scolioses étaient supérieures à 30°. Pour les jeunes filles dont les scolioses étaient inférieures à 30°, le choix de traitement s'est effectué en fonction de l'évolutivité de la scoliose. Les spécialistes suivant ces jeunes filles ont décidé d'apprécier l'évolution de ces scolioses pendant un certain laps de temps (3-4 mois), afin de se rendre compte de leur caractère évolutif pour choisir un traitement adapté.**

5.2.2 Ressenti du sujet par rapport à la scoliose

Lors de l'annonce du diagnostic, pour **Victoire**, « tout est allé très vite ». Elle était « étonnée » car elle n'a « jamais eu de douleur au dos », elle est « très sportive ». Le médecin lui a expliqué que sa scoliose pouvait être « d'origine génétique ou quand les gens ne font pas beaucoup de sport ». Elle s'est dit qu'elle avait « la poisse ». **Flore** aussi était « étonnée », elle n'a « jamais eu de douleur au dos ». Elle l'a « hyper mal vécu » parce qu'elle s'est « rendue compte » qu'elle était « vraiment déformée ». Ça lui « faisait peur parce que ça se voyait beaucoup » et ça la « dégoutait aussi un peu ». Après relance, **Flore** a expliqué que pour elle, « voir son corps comme ça », ça la « dégoutait vraiment beaucoup ». Lors de l'annonce, « tout est allé très vite d'un coup ». Elle n'a pas « pleuré directement » parce qu'elle « était sous le choc », elle ne se « rendait pas compte ». On lui a dit que « c'était génétique » chez elle. Concernant **Daphnée**, elle était d'un côté « contente » parce qu'elle s'est dit « peut-être que je vais arrêter d'avoir mal au dos mais d'un autre côté, finalement, ça n'a rien changé ». Elle s'est dit « avec le diagnostic, il y aura peut-être un traitement » pour ses douleurs « mais pas du tout ». **Mathilde** s'« en fichait un peu », elle « savait ce que c'était » car sa « grande sœur en avait une aussi ». En ce qui concerne **Océane**, elle ne s'est « pas du tout inquiétée » parce qu'elle était « assez jeune » donc elle ne se « rendait pas compte du tout des conséquences que cela pouvait avoir ». Sa « doctoresse a été très rassurante », elle lui a expliqué « que la scoliose avait été décelée tôt » donc qu'**Océane** « ne devrait pas avoir de problème spécialement grave ».

→ A l'annonce du diagnostic d'une scoliose, les réactions des participantes ont été diverses et variées : elles pouvaient passer par l'étonnement, la stupéfaction, le soulagement de poser un diagnostic sur des douleurs, l'insouciance si la participante était jeune ou l'insignifiance si la maladie était déjà connue.

Pendant le suivi de sa scoliose, **Victoire** n'a « pas eu de ressenti particulier », « c'était plutôt lié au corset ». Elle avait « juste peur » de devoir se faire « opérer ». Elle « n'avait pas du tout envie de ça » (nerveuse). **Fleur** « a mis « quelques mois à s'habituer au corset ». A partir du moment où elle s'est « habituée au corset », elle a « oublié » sa scoliose. **Daphnée** était « un peu triste » parce que sa « scoliose a été prise en charge tard » donc elle pense avoir « perdu des centimètres ». Elle n'est « du coup pas très grande ». Après relance, elle a expliqué qu'elle n'a « pas atteint sa taille cible » donc elle en « a déduit » qu'elle avait « per-

du des centimètres » à cause de sa scoliose. Pour Mathilde, « honnêtement », sa scoliose n'a pas « changé » sa vie. En ce qui concerne Océane, comme pour Victoire, elle a eu « plus de mal avec le corset qu'avec la scoliose en elle-même », « tout bêtement » parce que sa scoliose au début ne lui « a pas du tout fait mal », ça ne la « gênait pas pour le sport ». Elle faisait « beaucoup de gym ». Donc pour elle, sa scoliose n'avait « pas d'impact forcément » sur sa vie. Après relance, Océane a expliqué qu'elle a « un peu pris » sa scoliose « comme une maladie silencieuse » parce qu'elle « ressentait rien ». « La bosse » dans le dos que sa doctoresse avait vu ne la « gênait pas ».

→ Durant le suivi de la scoliose, le ressenti des jeunes filles a été propre à chacune d'entre elles. La scoliose a pu être vécue négativement, comme une maladie silencieuse ou ne pas avoir d'impact sur la vie de la personne. Le ressenti a pu être lié aussi au traitement mis en place comme le corset.

Pour comprendre les douleurs et changements physiques qu'ont pu ressentir chaque participante par rapport à leur scoliose, nous vous proposons un tableau explicatif de leur douleur et changements physiques.

tab 3 : Tableau explicatif de la douleur et des changements physiques ressenties par les participantes avec leur scoliose

	Douleur	Changements physiques
Victoire	- pas de douleur particulière	« pas de changement physique par rapport à ma scoliose, c'était plus par rapport à mon corset »
Fleur	- une période de mal de dos - mal assise ou allongée dans une certaine position - douleur toute la journée - courbure haute forte entre les deux omoplates qui créait des tensions musculaires	« Par rapport aux changements physiques, je pense que je me voyais plus déformée que je ne l'étais. »

Daphnée	- douleurs diffuses des cervicales aux lombaires - mal partout - moins mal allongée ou debout	Non renseigné
Mathilde	- mal dans le bas du dos - mal debout trop longtemps - ne sait pas si sa douleur était liée directement ou indirectement à sa scoliose - tensions musculaires (a fait de la kiné pour renforcer les muscles du dos)	« Je n'ai pas vu réellement de changement physique. Je sais qu'au niveau de la taille, j'ai un creux un peu plus marqué d'un côté mais c'est vraiment léger donc je m'en fiche. »
Océane	- pas de douleur pendant cette période - début des douleurs post-corset à 17-18 ans	Non renseigné

→ **En somme, la scoliose a pu induire des douleurs et des changements physiques chez certaines adolescentes comme un mal de dos, une vision plus déformée de soi. D'autres n'ont ressenti ni douleur ni changement physique lié à leur scoliose.**

Concernant leur scoliose et leur rapport aux autres, trois participantes sont accordées :

- « Je ne me sentais pas différente, je n'avais pas l'impression d'avoir une maladie ou un handicap. » (Daphnée),

- « Je trouvais que c'était assez répandu. J'en avais beaucoup entendu parler et limite pour moi, ça me paraissait être la normalité. » (Mathilde),

- « Pour moi, il n'y avait pas de différence. » (Océane).

Fleur est plus nuancée dans ses propos. Elle explique « au collège, je m'en foutais un peu de mon apparence donc je ne me comparais pas trop mais c'est quand je suis arrivée au lycée où j'ai commencé à me dire Fleur tu es trop bizarre. ».

→ **La plupart des participantes ne se sentaient pas différentes par rapport aux autres vis-à-vis de leur scoliose.**

5.2.3 Contextualisation du corset

Nous vous proposons un tableau des caractéristiques du corset de chaque participante dans un souci de discernement.

tab. 4 : Caractéristiques du corset des participantes

	Circonstances de port du corset	Durée du port du corset	Description du corset
Victoire	- augmentation de sa scoliose 4 mois après - orientation vers un spécialiste - prescription d'un corset - plâtrée pendant 1 semaine le temps de la réalisation du corset	2 ans ½ : - 1 an ½ jour et nuit - 1 an nuit	- corset en plastique - sans motif - ne voulait pas de motif - 3 attaches réglables (une au niveau de la clavicule, une sous la poitrine, une autre sous le nombril) - zones rembourrées dans le dos qui appuyait sur les zones à corriger - port d'un T-shirt sans couture sous le corset - corset dépassait en haut sous les vêtements
Flore	- prescription directement d'un corset - prescription à l'hôpital pédiatrique de Clocheville à Tours - mesures prises avec moule	- 3 ans ½ la nuit (période entre collège lycée)	- corset en plastique - couleur chair - ne voulait pas de motifs - comportait des scratches - zones de compression - appui sur le creux de ses hanches et sur ces côtes à droite - port d'un T-shirt sans couture sous le corset
Daphnée	- aggravation de sa scoliose après 4 mois d'attente - prescription d'un corset par un orthopédiste	- 1 an : 5 premiers mois 20/24H puis 7 mois 23/24H	- corset blanc - scratches - haut de poitrine jusqu'au niveau fessier - barre métallique au-dessus de la poitrine

			- T-shirt porté sous le corset - zones d'appui
Mathilde	- aggravation de la scoliose 1 an après - prescription d'un corset par un spécialiste	- 1 an ½ la nuit (collège)	- corset à motifs - scratches
Océane	- prescription directement d'un corset par un spécialiste - prise de mesures à Melun - porté longtemps car croissance tardive	- 6-7 ans 23/24H (11 à 17 ans)	- 4 corsets (2 ans entre chaque) - 1^{er} blanc neutre - 2^{ème} rose avec des étoiles - 3^{ème} marinière en collaboration avec la marque Bensimon - 4^{ème} noir avec étoiles blanches - barre au-dessus de la poitrine - scratches

→ **Les adolescentes ont porté des corsets similaires : en plastique, avec des attaches réglables, comportant des parties rembourrées appuyant sur les zones à corriger. Elles devaient porter un T-shirt sans couture sous leur corset.**

La différence majeure entre les corsets portés par les participantes concerne les motifs sur le corset. Une explication concernant les motifs des corsets semble être importante à réaliser, les participantes en ayant parlé considérablement.

Victoire, Flore et Mathilde ont tenu les mêmes propos concernant les motifs sur le corset :

- « J'aurais pu avoir des motifs dessus mais je n'en voulais pas. C'était mon souhait car je voulais qu'il reste discret sous mes vêtements. » (Victoire)

- « Je ne voulais pas de motifs car je ne voulais absolument pas qu'il se voit. », après relance : « Je n'en voulais pas déjà et même quand on m'a dit que j'allais avoir un corset, quand on a fait les moulures sur mon corset, je ne me rendais pas compte que j'allais avoir un corset. Dans ma tête c'était, mais non tu ne vas pas avoir ça. Je ne réalisais pas vraiment. » (Flore)

- « Le spécialiste m'avait proposé différents motifs mais je les trouvais tous moche. J'ai pris les motifs les plus discrets possible, je voulais que mon corset soit sobre. », après re-

lance : « Je voulais qu'il reste le plus discret possible. Je ne voulais pas qu'il se voit. J'avais honte. Quand j'y repense, c'est con. C'était un truc pour me soigner. Ça faisait un peu robocop. Je le mettais vraiment uniquement la nuit, je ne voulais pas que l'on me voit avec, je l'enlevais le matin. » (Mathilde)

Océane est plus nuancée dans ses propos. Pour son premier corset, elle a souhaité un corset blanc « Je ne me rendais pas compte que j'allais en avoir plusieurs franchement. Je me suis dit je n'ai pas envie d'un truc avec des couleurs, blanc ça sera sobre. Je pense que c'était aussi pour éviter de donner trop de significatif à cette pièce là et me dire bon bah je ne m'en occupe pas tellement. ». Pour son deuxième et pour ses autres corsets, elle a décidé de choisir des motifs « Je pense qu'à ce moment-là, j'ai vraiment commencé à m'approprier plus le truc. ».

→ La plupart des participantes ont choisi de porter des corsets sans motif dans un souci de discrétion. Si le corset était porté sur le long terme, les participantes avaient tendance à choisir un corset avec motifs, facilitant l'appropriation de ce dernier.

5.2.4 Ressenti du sujet par rapport au corset

Nous allons aborder le ressenti des participantes concernant leur corset au début du port et pendant le port. Pour se faire, nous vous proposons pour débiter un tableau comparatif des similitudes et des différences dans le ressenti des participantes au début du port de leur corset.

tab. 5 : Tableau comparatif du ressenti des participantes au début du port du corset

	Similitudes	Différences
Victoire	« déboussolée » « choquée » « j'ai pleuré » « la douleur était insupportable » « je devais manger doucement et pas en trop grande quantité »	« j'ai failli faire un malaise dans le RER »,
Flore	« c'était horrible » « Je pleurais » « Au début, je le mettais sans le serrer » « je ne me suis pas rendue compte », « je me suis vraiment rendue compte que c'était hor-	« j'engueulais mes parents » « je leur disais non je ne mettrai pas ça » « mes parents restaient avec moi jusqu'à ce que je m'endorme »

	<i>rible d'avoir un corset, c'est le premier soir où j'ai dû le mettre »</i> <i>« je l'enlevais dans la nuit sans m'en rendre compte ».</i>	
Daphnée	<i>« je ne me rendais pas compte »</i> <i>« Les premières nuits, c'était très compliqué pour dormir »</i> <i>« J'étais serrée »</i> <i>« La journée, je mangeais beaucoup moins. »</i>	<i>« ça ne va rien changer à ma vie »</i> <i>« Je vais me tenir plus droite. »</i> <i>« Ça va être un peu chiant mais je vais m'habituer »</i> <i>« Je n'ai pas passé de bonnes journées non plus »</i> <i>« je savais très bien que mon ventre allait gonfler, que je n'allais plus réussir à respirer. »</i>
Mathilde	<i>« j'étais au bout de ma vie »</i> <i>« J'ai pleuré. »</i> <i>Les premières nuits c'était dur en termes de confort »</i> <i>« C'est l'horreur quoi »</i> <i>« Je me permettais au début 1 nuit par semaine de ne pas le porter pour vraiment bien dormir »</i>	<i>« J'essayais de relativiser en me disant c'était qu'un an de ma vie. »</i> <i>« il faut s'habituer au corset »</i>
Océane	<i>« j'étais super surprise »</i> <i>« je l'ai mal pris du coup »</i> <i>« j'ai fondu en larmes »</i> <i>« Ça a été assez brutal. »</i> <i>« je le portais 2/3H la nuit au début »</i>	<i>« je me levais en pleurs et j'allais voir ma mère en lui disant j'ai trop mal »</i> <i>« il faut qu'on me l'enlève »</i> <i>« ce n'est pas cool de porter un corset »</i>

→ A l'annonce du port d'un corset, le ressenti des participantes s'est exprimé de diverses manières. Certaines pouvaient pleurer, être révoltées, d'autres pouvaient essayer de relativiser ou ne pas réaliser. Les premières nuits étaient, pour beaucoup d'entre elles, difficiles. Les adolescentes, devant porter leur corset jour et nuit, pouvaient avoir du mal à manger au début, leur corset les serrant.

Nous allons aborder le ressenti des participantes pendant la durée du port de leur corset.

tab. 6 : Ressenti des participantes pendant la durée du port du corset

	Points +	Points -
Victoire	- « Après le premier contrôle, le spécialiste m'a dit que le corset fonctionnait bien donc ça m'a un peu soulagé. » « plus simple quand j'ai pu porter mon corset uniquement la nuit » « j'étais un peu plus tranquille, j'avais l'impression d'être comme tout le monde » « J'ai eu l'impression d'avoir la taille affinée par le corset. »	« peur que le corset ne fonctionne pas » « Je craignais de devoir me faire opérer. » « Les six premiers mois ont été un peu compliqué. » « un peu contraignant pour manger » « Je ne le portais plus pour aller en soirée » « un peu plus laxiste surtout le dernier été car c'était compliqué avec la plage, la mer » « le corset étant serré »
Flore	« après, je m'y suis habituée » « je dormais même chez des copines avec »	« toujours cette sensation de dégoût » « un corps difforme » « Ça a été dur je pense vraiment pendant 6 mois » « Le corset appuie fort sur certaines zones » « des brûlures à cause des frottements » « c'était hyper serré » « Ça faisait alien, robocop »
Daphnée	« pour dormir, je m'étais habituée » « Limite, j'aimais bien, ça me faisait une coque. »	« c'était difficile » « la journée je ne me suis jamais habituée » « C'était de pire en pire. » « A partir d'avril, j'ai arrêté peu à peu de le mettre la journée » « pendant l'été, je ne le mettais plus du tout la journée. » « A la fin, je m'en fichais. » « J'avais trop chaud « je ne pouvais pas m'habiller comme je voulais » « dès que je mangeais je n'arrivais plus à

		<i>respirer »</i> <i>« Ça m'oppressait au niveau du thorax. »</i> <i>« j'avais du mal pour aller aux toilettes, il fallait que j'enlève pratiquement tout »</i> <i>« C'était chiant »</i> <i>« ça faisait robocop »</i> <i>« Ça ne suivait pas mon corps, c'était vraiment un truc qui rentrait dans mon corps. »</i>
Mathilde	<i>« il fallait que je le mette pour me soigner »</i> <i>« pas eu de douleur »</i> <i>« Je n'ai pas du tout ressenti de changements physiques dus au corset. »</i> <i>j'avais du mal pour aller aux toilettes, il fallait que j'enlève pratiquement tout »</i> <i>« C'était chiant »</i> <i>« Ça ne suivait pas mon corps, c'était vraiment un truc qui rentrait dans mon corps. »</i>	<i>« Ça me saoulait franchement de l'avoir mais ça ne m'empêchait pas de dormir. »</i>
Océane	<i>« après les trois suivants, il n'y avait pas de différence »</i> <i>« J'étais habituée »</i> <i>« Ça ne me dérangeait pas spécialement. »</i> <i>« L'orthopédiste qui m'a remis des mousses pour éviter que ça me blesse sur certains endroits qui étaient trop durs. »</i>	<i>« Ça a été dur pour le premier corset »</i> <i>« Ça me faisait des plaques rouges par endroit. »</i> <i>« J'avais ces endroits où ça frottait »</i> <i>« J'ai eu des douleurs surtout post-corset »</i>

→ Pendant la durée du port du corset, les adolescentes se sont habituées. Certaines jeunes filles pouvaient avoir l'impression d'avoir la taille affinée avec le corset ou ressentir une sensation de sécurité dans ce dernier, celui-ci leur faisant comme une coque. Certaines arrivaient à dormir chez des amis avec, mais principalement chez des amis proches, d'autres n'y arrivaient pas. Le corset pouvait présenter des désagréments. Les jeunes filles

devant porter leur corset la journée avaient tendance à avoir plus de difficultés à s'habituer à celui-ci. Les participantes pouvaient se sentir serrées dedans. Le corset pouvait être contraignant pour manger, pour les activités de la vie quotidienne comme aller aux toilettes. Il pouvait être difficile à porter en période estivale avec la chaleur. Il pouvait faire exprimer un sentiment de dégoût lorsque les jeunes filles se regardaient dans le miroir. Nombre d'entre elles trouvaient leur corps difforme avec. Le corset appuyait sur certaines zones pour corriger les déformations, créant des frottements/ brûlures désagréables. Certaines adolescentes ont été plus laxistes sur le port du corset ayant du mal à le porter.

Nous allons aborder le ressenti des participantes par au rapport aux autres et leur corset. **Victoire** avait « un peu peur du regard des autres » mais comme elle était « bien entourée ça allait ». Lorsqu'elle est rentrée « en seconde dans un nouveau lycée », elle ne connaissait « personne », elle appréhendait « le premier cours d'EPS ». Dans sa classe, une camarade portait aussi un corset la nuit donc ça la fait « un peu dédramatiser ». Néanmoins, elle se sentait « quand même à part par rapport aux autres ». Elle faisait tout pour que son « corset ne se voit pas ». Elle portait « des vêtements amples, qui montaient haut ». Elle ne se sentait « pas jolie ». Elle avait « peur de ne pas attirer les garçons ». Elle raconte que lors de ses premiers cours, un voisin lui « avait tapé sur l'épaule » pour lui poser une question et il avait tapé son corset. « Il était un peu étonné », elle était un peu mal à l'aise et lui a expliqué. Ce garçon est devenu par la suite son ami mais il l'a appelé « robocop pendant toute l'année scolaire ». L'école avait proposé « des aménagements comme prendre l'ascenseur » mais elle ne voulait « pas de favoritisme » : « je ne voulais pas que mon corset soit un handicap. », « Je voulais faire comme tout le monde. ».

Fleur est plus nuancée dans ses propos. D'un côté, elle avait « trois amies proches » avec qui elle était « hyper à l'aise », elle s'en « fichait totalement » parce qu'elles étaient des « vraies amies » et d'un autre côté, elle a « refusé énormément d'invitations à des soirées ou même à des soirées pyjamas », car elle ne connaissait pas bien les filles et avait peur de « ce moment gênant » de mettre son corset : « J'avais honte. Je ne voulais pas que les autres sachent que j'avais ça. ».

Daphnée est contradictoire dans ses propos. D'un côté, elle se « fichait » que les autres voient son corset. Ça la dérangeait surtout elle : « Le mettre au lycée, je ne pouvais pas m'habiller comme je voulais, vraiment c'était dur ». Et d'un autre côté, elle dit le contraire :

« Être habillé comme ça je m'en fichais même si les gens calculaient parce qu'il y avait forcément des gens qui calculaient. ». Elle se sentait restreinte dans les activités de la vie quotidienne : « Par exemple, je faisais tomber mon stylo je n'arrivais pas à le rattraper. Mes lacets étaient défaits, je ne pouvais pas les refaire. Mes potes étaient obligés de m'aider. C'était un peu compliqué dans la vie quotidienne. Enlever mon corset devant les autres, ça m'angoissait. » Elle a porté par la suite son corset 23H au lieu de 20H parce qu'elle s'était arrangée avec l'orthopédiste pour ne pas le porter le lundi, jour où elle avait sport. Après relance, **Daphnée** a expliqué qu'elle ne voulait pas l'enlever devant ses camarades dans les vestiaires car son corset « *faisait vraiment machine, robocop bizarre* ». Elle reste controversée dans ses propos en concluant : « Bref, c'est débile. Après sinon, j'en parlais librement, même les professeurs le savaient. Je ne l'ai pas caché, je ne pouvais pas le cacher de toute façon. ».

Mathilde se sentait « un peu en marge, comme un cas isolé. ». A l'inverse de **Fleur**, il était « impossible » pour elle de ramener son corset dans une soirée ou en dehors de chez elle : « Je ne le montrais à personne à part ma famille. J'avais honte. ».

Pour **Océane**, à l'inverse des autres participantes, « il n'y a pas eu trop de différence. Les gens étaient plutôt gentils et compréhensifs. ». Elle raconte qu'ils étaient « surtout jaloux », ils lui disaient qu'elle avait « de la chance » parce qu'elle avait un casier pour ses livres par exemple à l'école. Pour elle, ses amis « ne se rendaient pas compte ». Elle explique : « Il n'y a pas trop de jugement de spécial parce que je pense qu'il n'y a pas une grande connaissance, ceux qui en portent comme ceux qui n'en portent pas au final ». **Océane** explique : « pour moi, le corset c'était nocturne donc ça restait chez moi donc il y avait beaucoup de gens qui ne le savaient pas déjà ». Après relance, elle éclaircit qu'à 11 ans, elle le « cachait plus », puis à « 17-18 ans », elle s'en « foutait », elle était « fière », « contente d'expliquer aux gens s'ils ne connaissaient pas ». Elle se « connaissait mieux ». Elle précise : « C'est vrai qu'au début, tu ne comprends pas du tout ce qui t'arrive. Je n'avais jamais entendu parler de ça donc le temps que j'apprivoise moi-même le truc, forcément tu mets du temps et des années à pouvoir en parler aux autres et à être à l'aise. ».

→ **Concernant le rapport aux autres et au corset, de nombreuses jeunes filles cachaient leur corset, en ayant honte. Il leur était difficile de devoir porter un corset au lycée, s'habiller avec. Elles portaient des vêtements amples. Elles ne se sentaient pas jolies avec le corset, craignant de ne pas plaire. Un surnom revenait « robocop ». Les adolescentes pouvaient avoir des aménagements scolaires mais plusieurs refusaient, ne souhaitant pas de favoritisme. Elles voulaient pouvoir faire comme tout le monde. Certaines se sentaient à**

l'aise de porter leur corset avec leur cercle proche mais refusant chez des amis moins proches ne souhaitant pas que leur corset se voit. Certaines parlaient librement de leur corset expliquant ne pas pouvoir le cacher. D'autres pouvaient se sentir en marge, comme un cas isolé. Les participantes qui devaient porter leur corset uniquement la nuit ont explicité que c'était plus simple car leur corset restait à la maison, peu de gens savaient. Une participante, ayant porté leur corset pendant longtemps, a expliqué qu'il lui semblait plus aisé d'appriivoiser leur corset avec le temps, permettant avec les années de pouvoir en parler aux autres et d'être à l'aise.

5.2.5 Rapport au corps

Pour entrer en matière, nous vous proposons un tableau explicatif du rapport au corps des patientes entre le début et la fin du port de leur corset, en relation avec le vécu de leur adolescence.

tab. 7 : Rapport au corps entre le début et la fin du corset en relation avec le vécu de l'adolescence

	Comment te sentais-tu dans ton corps, dans ta tête pendant ton adolescence ?	Quel était ton rapport au corps avant/pendant/après le corset ?
Victoire	- « ça allait » - « beaucoup de sport », « corps musclé » - « un peu d'acné », « je complexais un peu sur ça » - « pas très confiance en moi » - « bien entourée par mes amis, ma famille, mes sœurs »	Avant : « je ne me posais pas trop de questions », « mon corps ne me dérangeait pas » Pendant : « j'avais peur que ma scoliose se voit », « Lorsque je portais mon corset, je n'avais pas trop confiance en moi » Après : « je me sentais mieux », « j'étais contente de pouvoir m'habiller comme je voulais », « je me sentais plus jolie »
Fleur	- « au lycée, j'ai eu une petite période un peu compliquée » - « pas du tout par rapport à mon corps ou mon corset », « c'était vraiment moi dans ma tête » - « C'était un mélange avec le changement, le lycée, les problèmes d'ados, les copines, les garçons, les problèmes de famille, c'était un	Avant : « mon corps, je m'en fichais », « j'étais contente », « je ne me posais pas de questions » Pendant : « je trouvais que mon corps était horrible », « bizarre », « avec cette sensation de dégoût », « mon dos était trop droit », « image plutôt mauvaise de mon dos et de mes

	<i>tout. »</i> - « <i>ça allait</i> », « <i>plutôt bien vécu mon adolescence à part cette petite période-là</i> »	<i>épaules »</i> Après : « <i>j'ai encore une image plutôt mauvaise de mon dos et de mes épaules</i> », « <i>je déteste qu'on me prenne en photo de dos car je trouve que ma scoliose se voit encore beaucoup</i> », « <i>Mes côtes aussi m'ont marqué, parfois j'ai l'impression qu'elles sont déformées ou qu'elles ne sont pas à la bonne place</i> »
Daphnée	- « <i>Je me sentais bien avec moi-même pendant mon adolescence</i> »	Avant : non renseigné Pendant : « <i>je n'aimais pas me regarder dans le miroir avec</i> », « <i>je trouvais mon corps bizarre avec</i> » Après : « <i>quand j'ai pu enlever mon corset, ce n'était pas tellement une libération parce que le dernier mois, le mois d'août, je ne l'ai pratiquement pas mis</i> », « <i>si j'avais respecté 23/24H, oui je pense que là, ça aurait été une libération</i> »
Mathilde	- « <i>ça va</i> » - « <i>après l'adolescence, forcément c'est la période où commence les complexes</i> », « <i>complexes légers</i> », « <i>je me trouvais trop mince, mon nez trop gros</i> »	Avant : « <i>Honnêtement, pour moi, il n'y a eu aucune différence avant, pendant ou après</i> » Pendant : « <i>je me trouvais moins attirante</i> », « <i>ce qui était horrible, c'était les T-shirt sans couture à porter sous le corset</i> », « <i>je les trouvais hyper laid</i> », « <i>il ne fallait pas que quelqu'un arrive à ce moment-là</i> », « <i>Je ne me regardais pas dans le miroir avec mon corset. Je le mettais vraiment pour dormir.</i> » Après : « <i>Honnêtement, pour moi, il n'y a eu aucune différence avant, pendant ou après</i> »
Océane	- « <i>je kiffais ma vie, à l'école, je m'en sortais bien</i> » - « <i>j'ai fait de la gym pendant 11 ans, pendant cette période là donc je pense que ça m'a aidé</i> » - « <i>j'ai eu une adolescence plutôt cool</i> »	Avant : non renseigné Pendant : « <i>quand j'avais le corset, j'avais le ventre hyper serré dedans</i> », « <i>c'était une habitude pour moi, j'avais toujours le ventre hyper plat</i> » Après : « <i>Quand j'ai commencé à enlever mon</i>

		corset, je me suis rendue compte que mon ventre n'était plus plat », « c'est un truc qui m'a choqué », « ça m'a fait un coup au moral », « je me sentais moins tonique, plus molle », « la fin du corset s'est corrélée avec la fin du sport comme je rentrais en études supérieures », « forcément, il y a eu un changement brutal », « j'étais limite plus à l'aise dans mon corps quand j'avais un corset que quand j'en ai plus eu », « en plus de ça, il y a les douleurs qui sont arrivées », « je me suis dit pourquoi je ne le garde pas, c'était mieux avant »
--	--	--

→ L'adolescence a été vécue par certaines comme une période de changements avec la transition collège-lycée, les problèmes avec les copines, les garçons. Les jeunes filles pouvaient avoir des complexes comme l'acné, se sentir trop mince, avoir un nez trop grand. Avant le corset, beaucoup de jeunes filles ne se posaient pas trop de questions, leur corps ne les dérangeait pas. Pendant la durée du port du corset, nombre d'entre elles trouvaient leur corps bizarre, difforme, elles exprimaient une sensation de dégoût vis-à-vis de leur corps. Les participantes pouvaient avoir du mal à se regarder dans le miroir. Elles devaient porter des T-shirts sans couture sous le corset. Plusieurs d'entre elles les trouvaient laids, se trouvant moins attirantes avec. A l'arrêt du corset, les participantes se sentaient majoritairement mieux. Elles étaient contentes de pouvoir s'habiller comme elles voulaient, se sentant plus jolies. Certaines pouvaient garder une image négative après le corset comme par exemple une image négative de leur dos ou de leurs épaules. D'autres pouvaient ne pas ressentir de différence avant, pendant et après corset. Les douleurs ont pu arriver à l'arrêt du corset.

5.2.6 Ouverture

A la fin de chaque entretien, les participantes ont eu la possibilité de partager leurs conseils comme si elles s'adressaient à une adolescente qui devait porter un corset. Elles ont eu l'occasion également d'ajouter ce qu'elles voulaient, pensaient. **Victoire** a donné comme con-

seil « *d'être sérieuse sur le port du corset parce que ça fonctionne vraiment* », « *certes le regard des autres peut être difficile mais il faut essayer de prendre du recul* ». Ses amis ne l'ont pas « *abandonné* » parce qu'elle portait un corset. Elle a conseillé également « *de faire du sport parce que ça fait du bien et c'est bon pour la scoliose* ». Elle a spécifié qu'elle a réalisé une radio de contrôle récemment, 5 ans après le port de son corset, elle est ravie car sa scoliose n'a pas évolué.

De même que **Victoire**, **Fleur** a recommandé « *de relativiser parce que oui le corset c'est chiant mais ce n'est pas la fin du monde* », « *d'accepter son corset* ». Pour elle, « *il faut donc relativiser mais en ayant conscience de tout ce que ça va impliquer* ». Elle conseille également de « *ne pas être trop dur avec soi-même parce que l'image de notre corps, c'est surtout dans la tête qu'on l'a et que la plupart des critiques que l'on va se faire viendront* ». Elle a ajouté également qu'elle considère que « *le corset a des répercussions psychologiques* ». Elle dit : *Porter un corset a des répercussions pas uniquement pendant la période où tu portes le corset. Ça dure quand même longtemps, surtout concernant l'image que tu as de toi* ».

Daphnée a conseillé que porter un corset, « *ce n'est pas longtemps dans une vie* ». Pour elle, « *il faut juste accepter* », « *il vaut mieux faire l'effort, pour la santé c'est important* ».

Mathilde a expliqué « *que porter un corset, ce n'est pas évident* ». Comme **Fleur** et **Daphnée**, elle a dit « *il faut l'accepter* ». Pour elle, « *c'est chiant sur le moment mais il faut penser à plus tard* ». Elle a ajouté que « *ça serait cool de normaliser la chose et peut-être de trouver une autre alternative au corset* ».

Océane a donné comme conseil « *de bien porter son corset correctement pour ne pas avoir de regret* ». Elle a expliqué qu'il y avait « *pas mal de motifs pour les enfants, les très jeunes* ». C'est la raison pour laquelle elle a pris « *blanc* » pour son premier corset. Puis, plus elle a changé de corset, plus il y a eu de « *choix dans le design* ». Il y avait donc « *beaucoup de choses pour les enfants* » mais elle explique que « *les designers devraient améliorer ça, faire plus de trucs pour les ados* ». Par rapport au kinésithérapeute, pour elle, « *il y aurait tout à refaire* ». Le sien n'était pas spécialisé dans les scolioses donc elle pense « *qu'il n'était pas approprié à son problème* ». **Océane** conclue en disant « *il devrait y avoir une meilleure collaboration entre médecins, kinés, ortho pour mieux orienter les patients* ».

→ Les participantes ont donné divers conseils comme être sérieuse sur le port du corset malgré le regard des autres qui peut être difficile. Certaines ont conseillé d'accepter le corset et de prendre du recul par rapport à ce dernier. D'autres ont précisé que le port d'un

corset a des répercussions pendant le port mais aussi après, notamment concernant l'image de soi. Certaines jeunes filles ont soutenu le maintien d'une activité sportive, une adaptation des motifs des corsets aux adolescents et une meilleure collaboration entre médecins, kinés, orthopédistes afin d'orienter au mieux les patients.

6 Discussion

Notre étude a eu pour but de comprendre l'impact que le corset peut avoir sur l'image corporelle des adolescentes scoliotiques. L'objectif était donc de mieux comprendre comment le corset peut influencer des adolescentes en construction de leur image. En tant que professionnels de santé, kinésithérapeutes, il est important de comprendre les spécificités de la scoliose afin de mieux la prendre en charge, d'autant que la dimension relationnelle tient une part importante à cette période de construction de soi.

6.1 Analyse des résultats

6.1.1 Annonce du corset et acceptation

L'annonce d'une maladie chronique est importante car elle a un impact sur l'acceptation et le vécu de la maladie. Nous avons pu le constater dès lors de l'annonce du port d'un corset, comme à l'annonce de la scoliose, le ressenti des participantes s'est exprimé de diverses manières et plutôt négativement. Certaines pouvaient pleurer, être révoltées, d'autres pouvaient essayer de relativiser ou ne pas réaliser. Ces réactions entrent en relation avec le modèle du processus d'acceptation d'Elizabeth Kübler-Ross décrit dans l'étude de Giraudet (2006). L'annonce d'une maladie chronique entraîne toujours un choc psychologique, la réaction du patient est imprévisible (surprise, détresse, panique). Le processus d'acceptation passe par différentes étapes : le choc, le déni, la révolte, la négociation, la réflexion et l'acceptation. Les stades peuvent être intriqués et non obligatoires. Ce travail de deuil de l'état de santé antérieur est important car il permet l'acceptation de la maladie chronique. (Giraudet, 2006)

6.1.2 Impact du corset sur le plan physique

Le port du corset a exercé une influence sur le plan physique des jeunes filles dès les premières nuits. Ces dernières étaient pour nombre des participantes, difficiles, voire très difficiles par la douleur et l'inconfort occasionnés par le corset. Il était mal supporté et enlevé parfois sans s'en rendre compte. Les jeunes filles devant porter leur corset la journée avaient tendance à avoir plus de difficultés à s'habituer à celui-ci. Cependant, l'étude menée par Kwiatkoski *et al* (2016) dénote en montrant que le nombre d'heures de port du corset par jour n'a pas d'effet sur l'intensité de la douleur. Pendant la durée du port du corset, les participantes se sont habituées. Certaines jeunes filles pouvaient avoir l'impression d'avoir la taille affinée avec le corset ou ressentir une sensation de sécurité dans ce dernier, celui-ci leur faisant comme une coque. Cette sensation a été ressentie lorsque la durée du port du corset était longue. Cela peut montrer une certaine forme d'appropriation, de familiarisation avec le corset. Peu d'études montre les avantages du port d'un corset. Cependant, l'étude menée par Tamás *et al.* (2013) a montré qu'un intérêt tout particulier était porté à la confection et la pragmatisme des corsets. Les patients sont interrogés sur le port du corset et son confort tout au long du port. Une application sur le téléphone portable reliée à un microcontrôleur placé sur le corset permet d'obtenir des informations sur les forces exercées par le corset sur le patient en tenant compte de certaines données comme la température pour déterminer un intervalle de temps de port optimal.

Malgré l'habitude au corset, ce dernier pouvait présenter d'autres désagréments chez les participantes. Les serrant, il pouvait être ainsi contraignant pour manger, pour les activités de la vie quotidienne comme aller aux toilettes ou à porter en période estivale avec la chaleur. Ces désagréments sont retrouvés et notifiés dans différentes études comme celle de Bruyneel *et al.* (2008). Cette étude montre que le corset est un matériau de contention, le plus souvent rigide, pouvant engendrer ainsi diverses complications sur le plan physique comme l'apparition de douleurs, des troubles digestifs et cutanés, des troubles des volumes respiratoires, des tensions musculaires et même des troubles de l'équilibre. L'étude de Zarea *et al.* (2020) confirme nos résultats en montrant que le port d'un corset modifie considérablement le rythme de vie de l'adolescente. Souvent, le corset doit être porté entre 6 et 23 heures par jour et cela durant plusieurs années. Un des autres désagréments notifiés par les participantes et retrouvé dans l'étude de Kwiatkoski *et al.* (2016) est le fait que le corset appuyant sur certaines zones pour corriger les déformations créant des frottements voir des brûlures désa-

gréables. Il n'est pas rare que les adolescentes puissent être plus laxistes sur le port du corset de part tous ces désagréments comme cela a été le cas pour certaines participantes.

6.1.3 Impact du corset sur le plan psychologique

Pendant la durée du port du corset, on assiste majoritairement à une modification du rapport au corps des participantes qui les affecte négativement. Avant le corset, elles ne se posaient pas trop de questions, leur corps ne les dérangeait pas. Pendant la durée du port du corset, nombre d'entre elles trouvaient leur corps bizarre, difforme, elles exprimaient une sensation de dégoût vis-à-vis de leur corps. Plusieurs participantes se sont surnommées ou ont été surnommées « *robocop* » lorsqu'elles portaient leur corset. Elles ne se sentaient pas jolies avec le corset, craignant de ne pas plaire. L'étude de Misterska *et al.* (2013) a confirmé que la perception générale de la forme du corps, et l'évaluation de l'asymétrie de la taille étaient les éléments les plus évalués de manière critique par les patients et les parents, révélant l'influence négative sur la durée de port du corset. Néanmoins, l'étude de Paolucci *et al.* (2017) diverge sur l'influence du corset chez les adolescents considérant que l'utilisation du corset n'affecte pas négativement l'image de soi ou la santé mentale. Elle montre que les adolescents atteints de scoliose sont plus satisfaits et ont une meilleure image corporelle lorsqu'ils portent un corset que sans. En effet, selon cette étude avec un test de dessin, les patients qui ont été traités par corset avaient une meilleure perception de leur tronc.

La plupart des participantes ont choisi de porter des corsets sans motif dans un souci de discrétion, car elles en avaient honte. Elles ont porté des corsets similaires : en plastique, avec des attaches réglables, comportant des parties rembourrées appuyant sur les zones à corriger. Elles devaient porter un T-shirt sans couture sous leur corset. Ces résultats sont en accord avec l'étude de Bruyneel *et al.* (2008) qui décrit un type de corset très similaire à celui décrit par les participantes. Il s'agit du corset Cheneau. Si le corset était porté sur le long terme, les participantes avaient tendance à choisir un corset avec motifs, facilitant l'appropriation de ce dernier. En effet, selon Beljerd (2011), l'appropriation d'un objet passe par un travail de « *domestication* », qui passe par la personnalisation permettant l'appréciation esthétique de cet objet, et lui attribuer des significations familières. Cette personnalisation va permettre une maîtrise de l'objet qui donne confiance et aisance, jusqu'à le faire oublier dans sa matérialité. Des collaborations avec certaines marques existent comme avec la marque Bensimon, marque de prêt à porter et d'art de vivre française, permettant une meilleure appropriation du corset.

Proteor, le leader français de l'appareil orthopédique et Bensimon ont créé ainsi une gamme de corsets orthopédiques destinée à rendre « *plus glamour* » le port du corset et à le dédramatiser pour au contraire l'exhiber, et renforcer son côté unique en s'adaptant aux goûts et aux couleurs de l'adolescent (Cavaillé, 2015). L'étude menée par Law *et al.* (2016) a montré que le côté esthétique tient effectivement une place importante dans le traitement médical, et lorsqu'il est négligé cela peut être préjudiciable aux émotions du patient et au détriment du bon déroulement du traitement. Il semble donc important de prendre en compte l'avis du patient lors de la conception du corset sur la couleur, le style, les motifs pouvant ainsi aider le patient à avoir une perception plus positive du corset.

De nombreuses participantes cachaient donc leur corset en ayant honte. La confiance en soi peut être ainsi mise à rude épreuve avec le port d'un corset. Il était difficile pour les participantes de devoir porter un corset en public comme au lycée ou devant des amis. Celles qui devaient le porter uniquement la nuit ont explicité une remarque intéressante selon laquelle il aurait été plus difficile de devoir porter leur corset la journée, car les gens auraient pu le voir. Une des participantes qui devait porter son corset la journée a arrêté de le porter par peur que ses camarades le voient. L'étude menée par Forney (2019) permet de comprendre pourquoi les jeunes filles peuvent avoir honte de leur corset. Elle explique que les adolescents doivent, au-delà de ces perturbations physiques et psychiques, faire face à la pression socioculturelle exercée par les médias, la famille, l'environnement social qui promeuvent certaines normes sociales à intérioriser. Cette pression socio-culturelle est présente notamment chez les jeunes filles par les diktats de la mode, les canons de beauté, la minceur voire la maigreur véhiculée par les magazines, les publicités, les réseaux sociaux (Tiggemann et Slater, 2013). Dans ce contexte, les adolescentes peuvent ainsi avoir du mal à avoir confiance en elles. Une des participantes ayant porté un corset pendant sept ans a pu prendre du recul par rapport à ce dernier. Il lui semblait plus aisé d'appriivoiser leur corset avec le temps, permettant avec les années de pouvoir en parler aux autres et d'être à l'aise. Cela rejoint le processus d'appropriation décrit par Bélierd (2011). Les avis sont mitigés quant à l'impact du corset sur l'image corporelle même si nombre d'études penchent à dire que le corset a un réel impact sur l'image corporelle. L'étude menée par Pham *et al.* (2008) a montré que le port du corset Cheneau diminue significativement le score de qualité de vie (Quality of Life QoL). A l'inverse, les résultats de l'étude menée par Schwieger *et al.* (2016) n'ont pas montré que les jeunes filles portant un corset avaient une image corporelle ou une qualité de vie moindre par rapport à des jeunes filles ne portant pas de corset.

6.1.4 *L'arrêt du port du corset, une délivrance*

A l'arrêt du port du corset, les participantes se sentaient majoritairement mieux. Beaucoup l'ont vécu comme un soulagement qui est par définition, selon le Larousse, une « *diminution, disparition d'un mal physique ou psychologique* ». L'utilisation de ces termes révèle que le corset a été vécu comme une charge. Certaines participantes ont gardé une image négative après le port du corset. D'autres n'ont pas ressenti de différence avant, pendant et après le port du corset. Cela concerne notamment les jeunes filles ayant bien vécu leur adolescence, étant bien entourées et ayant pratiqué un sport pendant cette période ; ce que confirme l'étude de Dany (2020). Cette étude révèle que les adolescents qui ont des scores élevés d'estime de soi se caractérisent par l'acceptation de leurs imperfections, leur goût pour les activités physiques, le peu d'importance qu'ils accordent au regard d'autrui (famille, pairs), envers leur apparence, et le rejet des idéaux de beauté véhiculés par les médias. (Dany, 2020)

6.1.5 *Impact de l'adolescence*

Concernant les participantes, l'adolescence a été vécue en général comme une période de changements avec la transition collège-lycée, les problèmes avec les copines, les garçons et avec l'apparition de complexes comme l'acné, se sentir trop mince, avoir un nez trop grand. Ces résultats sont en accord avec l'étude de Marty (2010) selon laquelle les modifications corporelles de la puberté peuvent être brutales, provoquant une certaine fragilité chez les adolescents face à ces changements qu'ils ne maîtrisent pas. La violence de ces changements les contraint à réagir en cherchant à maîtriser ces modifications, et cela peut passer par une attention portée tout particulièrement à leur apparence physique, à leur image corporelle. Dans ce contexte, les adolescentes peuvent avoir du mal à avoir confiance en elles. Cela peut constituer un terrain prédisposant à avoir une mauvaise image corporelle pouvant être accentuée par le port d'un corset. C'est ce qu'a montré l'étude de Schwieger *et al.* (2016). Les résultats de cette étude suggèrent que pour les adolescentes qui ont déjà une mauvaise image corporelle et un mauvais score de qualité de vie (QoL), le port d'un corset pendant plus de 12 heures peut ajouter un niveau de détresse supplémentaire au bien-être psychologique.

6.1.6 Impact de la scoliose

Les participantes ont suivi un parcours médical similaire : le diagnostic de la scoliose a été confirmé par radiographie, la prise en charge s'est ensuite effectuée avec l'orientation par le médecin généraliste vers un/ des spécialiste(s). Durant le suivi de la scoliose, le ressenti des jeunes filles a été propre à chacune d'entre elles. La scoliose a pu être vécue négativement, comme une maladie silencieuse ou ne pas avoir d'impact sur la vie de la personne. La scoliose a pu induire des douleurs, et des changements physiques chez certaines adolescentes comme un mal de dos, une vision plus déformée de soi. D'autres n'ont ressenti ni douleur ni changement physique. Les participantes ne se sentaient pas différentes par rapport aux autres malgré leur scoliose. Les avis sont donc mitigés quant à l'impact de la scoliose sur l'image corporelle des adolescentes. Cependant, les études récentes sont quasi unanimes sur le sujet. La scoliose a un impact sur la qualité de vie des adolescentes scoliotiques, et sur leur image corporelle ; ce que relève l'étude de Gallant *et al.* (2018). L'étude menée par Belli *et al.* (2022), chez des adolescents scoliotiques ayant un angle de Cobb inférieur à 25°, explique que la progression de la scoliose peut entraîner effectivement une déformation visible du tronc, et provoquer des troubles psychologiques tels qu'une altération de l'image corporelle perçue et de l'identité de soi affectant négativement le score de qualité de vie de l'adolescente (QoL).

6.2 Analyse méthodologique

Dans une logique de recherche qualitative optimale, nous nous sommes appuyés sur le « Standards for Reporting Qualitative Research » (SRQR) qui fournit un cadre et des normes claires pour rendre compte de la recherche qualitative. (O'Brien *et al.*, 2014)

6.2.1 Validité interne

Il aurait été préférable d'avoir les mêmes modalités de réalisation des entretiens pour avoir des données plus similaires à analyser. En effet, quatre entretiens ont été réalisés par visioconférence et le cinquième par téléphone dû à des problèmes de connexion internet. Les entretiens par visioconférence sont plus riches d'informations que celui au téléphone. En effet, nous avons pu avoir accès à la gestuelle des participantes (communication non verbale) et trouver une autre liaison favorisant l'interaction. De plus, les entretiens ont tous duré plus ou moins une quarantaine de minutes variant entre 35 et 45 minutes, une participante étant pres-

sé, certaines plus à l'aise donc plus loquaces, d'autres plus réservées. Certaines participantes peuvent avoir besoin d'un certain temps d'adaptation avant d'être à l'aise, c'est la raison pour laquelle deux entretiens par participante auraient pu être bénéfiques.

6.2.2 *Validité externe*

Les cinq participantes interrogées sont des jeunes femmes d'âges différents et d'horizons différents, certaines étudiantes, d'autres au début de leur vie professionnelle. Plus aucune des participantes ne portaient son corset au moment des entretiens. Cependant, le temps depuis l'arrêt du corset n'était pas le même pour toutes. Notre population d'étude était donc variée. En interrogeant des profils divers, nous avons pu nous rendre compte des similitudes dans leur discours concernant leur corset et leur rapport à leur image corporelle, malgré l'expérience propre à chacune. Néanmoins, nous n'avons pas atteint la « *saturation des données* » puisque nous n'avons interrogé que cinq jeunes filles (Mason, 2010). Cela signifie que nous sommes peut-être passés à côté d'informations importantes que les participantes n'ont peu ou pas abordé, rendant difficile l'extrapolation.

6.2.3 *Limites et biais*

Les entretiens ont été réalisés à distance, ce qui constitue une limite pour le mémoire. En effet, il aurait peut-être été préférable de les réaliser en réel afin de pouvoir mieux analyser la communication non verbale. Cela aurait permis de mettre davantage en confiance certaines participantes moins enclines à la discussion.

Un biais de l'étude pourrait être dû à l'expérience de la chercheuse. Effectivement, cette dernière a vécu et expérimenté elle-même le port du corset pendant son adolescence. Elle comprenait donc bien les participantes. De ce fait, parfois, les explications des participantes semblaient claires pour elle, mais auraient peut-être demandé à davantage pousser la discussion dans un souci de meilleure compréhension pour le lecteur.

7 Perspectives d'amélioration

En fin d'entretien, nous avons proposé aux participantes de donner leurs conseils sur le port du corset. Elles ont explicité diverses remarques intéressantes. Il semblerait important de maintenir une activité sportive pendant le port du corset. Cela tendrait à avoir une meilleure image de soi-même. Il pourrait être positif d'adapter les motifs du corset aux adolescentes, ces derniers étant pour la plupart à l'heure actuelle très enfantins. Cela permettrait une meilleure appropriation du corset. Les adolescentes pourraient ainsi avoir plus de facilités à accepter leur corset.

Certaines participantes ont souligné qu'il devrait y avoir une meilleure collaboration entre professionnels de santé (médecins, kinés, orthopédistes...) afin d'orienter au mieux les patients. Des discussions ou réunions parents, enfant, médecin, psychologue prévus tout au long du port du corset permettraient d'avoir un meilleur retour de l'adolescente sur l'impact du corset sur sa vie et d'adapter au mieux les aides paramédicales comme la mise en place des séances de psychologie, une adaptation des séances de kinésithérapie.

Les participantes ont mis en avant la prise de recul par rapport au corset. Des séances collectives d'éducation thérapeutique avec des patientes ayant des parcours similaires pourraient leur permettre de partager leurs expériences sur leur vécu de la maladie chronique, du corset, leur manière de gérer au quotidien et au mieux leur vie avec la scoliose et le corset. Ces séances leur permettraient de relativiser sur ce qu'elles vivent et pourraient les aider à normaliser le corset. Une étude menée par Cohen *et al* (2013) a souligné lors des séances d'ETP pour des patients ayant des maladies chroniques l'efficacité de la collaboration entre soignants et malades, et surtout le ressenti positif des patients en contact avec leurs pairs. Peu d'études récentes ont montré l'efficacité ou l'intérêt de séances d'ETP pour des adolescentes scoliotiques portant un corset. Il s'agit d'une perspective éducative que nous pourrions envisager de mettre en place afin de se rendre compte dans quelle mesure l'éducation thérapeutique du patient (ETP) peut améliorer la qualité de vie et l'image corporelle de ces patientes.

En tant que kinésithérapeutes, dans le cursus de formation classique d'école, la scoliose est une pathologie dont nous sommes peu formés à ses spécificités et ses traitements. La scoliose est une pathologie couramment retrouvée en cabinet libéral. Il pourrait être envisagé un enseignement explorant davantage l'aspect biopsychosocial de la scoliose ainsi que les particularités du corset.

8 Conclusion

La scoliose idiopathique est une déformation de la colonne vertébrale touchant principalement les adolescentes. Le corset est un moyen de contention couramment utilisé pour éviter l'aggravation de la scoliose. Cependant, il semble exercer une influence sur la qualité de vie et l'image corporelle des adolescentes. L'adolescence est une période charnière marquée par de nombreux changements physiques et psychiques. Les adolescents, notamment les adolescentes doivent faire face à une influence tripartite exercée par les médias, la famille, l'environnement social. Cette pression socioculturelle avec ces changements peut contribuer chez les adolescentes à une certaine vulnérabilité physique et psychique, pouvant altérer leur image corporelle. A travers cette étude, nous nous sommes posés la question des enjeux du corset à cette période-là, à savoir : « Quel est l'impact du port d'un corset par des adolescentes scoliotiques sur leur image corporelle ? »

. Nous avons tenté de répondre à cette question à travers une étude qualitative réalisée à partir d'entretiens semi-directifs auprès d'adolescentes scoliotiques porteuses d'un corset. Nous avons pu en retirer que l'annonce de la scoliose et du corset est une étape importante car elle a un impact sur l'acceptation et le vécu de la maladie. Le corset présente des enjeux exerçant une influence biopsychosociale sur les adolescentes. Il peut avoir une influence sur le plan physique pouvant causer des désagréments dans la vie quotidienne. Il peut exercer une influence également sur le plan psychologique avec une distorsion de l'image corporelle. Enfin, il peut avoir des répercussions sur le plan social, nombre d'adolescentes le cachant, en ayant honte.

L'étude ayant été réalisée auprès de cinq participantes, une étude à plus grande échelle permettrait l'extrapolation des données. Des séances collectives d'éducation thérapeutique du patient (ETP) seraient envisageables afin d'aider les jeunes filles scoliotiques à relativiser sur ce qu'elles vivent et les aider à normaliser leur corset. En tant que kinésithérapeutes, la scoliose est une pathologie couramment retrouvée en cabinet libéral. Il pourrait être considéré un enseignement à l'école explorant davantage l'aspect biopsychosocial de la scoliose et du corset.

Sommaire annexe

Annexe I : Formulaire de consentement.....	53
Annexe II : Guide d'entretien.....	54
Annexe III : Sommaire des figures.....	55
Annexe IV : Sommaire des tableaux.....	56

Annexe I

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Vous êtes invitée à participer à un projet de recherche. Pour participer à ce projet, vous devez remplir et signer ce formulaire de consentement et le renvoyer à l'adresse suivante : clementinepiel.paris@gmail.com

Titre du projet : Recherche de l'impact du corset sur l'image corporelle chez les adolescentes scoliotiques

Personne en charge du mémoire : PIEL Clémentine, étudiante en quatrième année à l'ENKRE sous la direction de POTIER Christelle, directrice de mémoire

Enregistrement : L'entretien sera enregistré afin d'améliorer la retranscription et l'analyse des données. Les données seront conservées durant la durée de l'analyse des résultats.

Participation : Le sujet est volontaire, il est libre de se retirer à tout moment de l'étude. Le retrait se réalise en adressant un mail à l'adresse ci-dessus.

Anonymat : Toutes les informations des sujets seront conservées de façon anonyme et confidentielle.

Consentement libre et éclairé :

Je soussignée déclare accepter librement et de façon éclairée de participer comme sujet à l'étude de Clémentine PIEL, investigatrice principale.

Fait à, le

en 2 exemplaires

Signature du participant

(précédé de NOM et Prénom)

Signature de l'investigatrice

PIEL Clémentine



Annexe II : Guide d'entretien

Sujet : Expérience d'adolescentes scoliotiques avec corset et leur rapport à l'image corporelle

Demande explicite du sujet pour le vouvoiement ou le tutoiement

Thématique 1 : Présentation de la personne et contextualisation de la scoliose

- Peux-tu te présenter ?
- Quand et comment a-t-on détecté ta scoliose ?
- Comment s'est déroulée la prise en charge de ta scoliose ? (Degré, traitement)

Thématique 2 : Ressenti du sujet par rapport à la scoliose

- Quel a été ton ressenti au moment du diagnostic ?
- Quel a été ton ressenti pendant le suivi de ta scoliose ?
- Quelles sont les douleurs ? Quels sont les changements physiques qu'as-tu ressenti ?
- Comment te sentais-tu par rapport aux autres ?

Thématique 3 : Présentation et contextualisation du corset

- Comment as-tu porté un corset ?
- Combien de temps as-tu porté ton corset ?
- Peux-tu décrire ton corset (type, motifs) ?

Thématique 4 : Ressenti du sujet par rapport au corset

- Quel a été ton ressenti au début du port de ton corset ?
- Quel a été ton ressenti pendant la durée du port de ton corset ?
- Quelles sont les douleurs ? Quels sont les changements physiques qu'as-tu ressenti ?
- Comment te sentais-tu par rapport aux autres ?

Thématique 5 : Rapport au corps

- Comment te sentais-tu dans ton corps, dans ta tête pendant l'adolescence ?
- Quel était ton rapport au corps avant/ pendant/ après le corset ?

Thématique 6 : Ouverture

- Quels conseils pourrais-tu donner comme conseil à une adolescente qui a une scoliose et qui va devoir porter un corset ?
- As-tu quelque chose à ajouter, à spécifier ?

Annexe III

Sommaire des figures

fig. 1: Structure osseuse de la colonne vertébrale.....	3
fig. 2 : Radiographie antéro-postérieure d'une jeune fille de 14 ans atteinte d'une scoliose idiopathique de 90°	5
fig. 3 : Mesure de l'angle de Cobb.....	7
fig. 4 : Mesure du score de Risser.....	8
fig 5 : Exemple d'un corset Cheneau.....	11

Annexe IV

Sommaire des tableaux

tab. 1 : Présentation des participantes.....	25
tab. 2 : Caractéristiques de la scoliose des participantes.....	27
tab. 3 : Tableau explicatif de la douleur et des changements physiques ressenties par les participantes avec leur scoliose.....	29
tab. 4 : Caractéristiques du corset des participantes.....	31
tab. 5 : Tableau comparatif du ressenti des participantes au début du port du corset.....	34
tab. 6 : Ressenti des participantes pendant la durée du port du corset.....	35
tab. 7 : Rapport au corps entre le début et la fin du corset en relation avec le vécu de l'adolescence.....	40

Bibliographie

Aubin-Auger I., Mercier A., Baumann L., Lehr-Drylewicz A., Imbert P., Letrilliart L. et le groupe de recherche universitaire qualitative médicale francophone : GROUM-F (2008). Introduction à la recherche qualitative, *La revue française de médecine générale*, 19(84), 142-145

Baribeau, C. et Royer, C. (2012). L'entretien individuel en recherche qualitative : usages et modes de présentation dans la Revue des sciences de l'éducation, *Revue Des Sciences de L'éducation*, 38(1), 23. doi:10.7202/1016748ar

Beljerd S. (2011). « Faire le beau chez soi » : la part du corps dans l'aménagement et la décoration des espaces du quotidien, *Espaces et sociétés*, 1(2), 141-156 <https://doi.org/10.3917/esp.144.0141>

Belli G., Toselli S., Latessa P. et Mauro M. (2022). Evaluation of self-perceived body image in adolescents with mild idiopathic scoliosis, *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 12(3), 319-333 <https://doi.org/10.3390/ejihpe12030023>

Blevins K., Battenberg A., Beck A. (2018). Management of Scoliosis. *Advances in Pediatrics*, 65(1):249-266 doi: 10.1016/j.yapd.2018.04.013.

Bogduk N. (2016). Neuroimaging Part II : Functional anatomy of the spine, *Handbook of Clinical Neurology*, 136(3), 675–688. doi:10.1016/B978-0-444-53486-6.00032-6

Bruyneel, A.-V., Chavet, P. et Mesure, S. (2008). Corset et scoliose idiopathique de l'adolescence *Kinésithérapie, La Revue*, 8(80-81), 23–29. doi:10.1016/s1779-0123(08)70626-0

Burton, M. (2013). Diagnosis and Treatment of Adolescent Idiopathic Scoliosis, *Pediatric Annals*, 42(11), 233–237. doi:10.3928/00904481-20131022-09

Cavaillé T. (2015). La marque Bensimon réinvente le corset orthopédique, *le Figaro Santé*. <https://sante.lefigaro.fr/actualite/2015/03/18/23526-marque-bensimon-reinvente-corset-orthopedique>

Cohen J., Tropé S. (2013). Les patients dans les programmes d'ETP, *Revue du Rhumatisme Monographies*, 80(3), 197-201. doi:10.1016/j.monrhu.2013.04.004

Combessie J. (2007). L'entretien semi-directif, *La méthode en sociologie*, Collection Repères, La découverte, 24-32.

Cottalorda J., Kohler R., Dohin B., Bourelle S. (2005). Histoire de l'appareillage de la scoliose [Conférence] Mois de la scoliose, à Lyon

Czupryna K., Czupryna O., Nowotny J. (2012). Neuropathological aspects of conservative treatment of scoliosis. A theoretical view point, *Ortop Traumatol Rehabil*, 14(2), 103-14. doi: 10.5604/15093492.992293

Dany L. (2020). Psychologie du corps et de l'apparence : L'image corporelle dans tous ses états, Collection PSY, Presses universitaires de Provence, 279- 292.

Dany L., Morin M. (2010). Image corporelle et estime de soi : étude auprès de lycéens français, *Bulletin de Psychologie*, 5(509), 321-334.

Demange D. (2003). La « définition aristotélicienne de l'âme », *Le Philosophoire*, 3(21), 65-85.

De Mauroy, JC. (2017). Histoire de la scoliose et de son traitement conservateur [Conférence] Mois de la scoliose, à Lyon. <https://www.demauroy.net/Histoire%20Scoliose>

De Sèze, M. & Cugy, E. (2012). Pathogenesis of idiopathic scoliosis: A review. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 55(2), 128–138. doi:10.1016/j.rehab.2012.01.003

El-Hawary, R. & Chukwunyeremwa, C. (2014). Update on Evaluation and Treatment of Scoliosis. *Pediatric Clinics of North America*, 61(6), 1223–1241. doi:10.1016/j.pcl.2014.08.007

Fardouly, J., & Vartanian, L. R. (2016). *Social Media and Body Image Concerns: Current Research and Future Directions*. *Current Opinion in Psychology*, 9, 1–5. doi:10.1016/j.copsyc.2015.09.

Forney, K. J., Keel, P. K., O'Connor, S., Sisk, C., Burt, S. A., & Klump, K. L. (2019). Interaction of hormonal and social environments in understanding body image concerns in adolescent girls. *Journal of Psychiatric Research*, 109, 178–184. doi:10.1016/j.jpsychires.2018.12.008

Gabszewicz J., Sonnac N. (2010). L'industrie des médias à l'ère numérique. La découverte : France.

Galbusera F. (2022). *Chapter 14 – Biomechanics of the spine*, Human Orthopaedic Biomechanics, Elsevier Science, 265-283. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-824481-4.00019-6>

Gallagher S., Meltzoff A. (2010). Le sens précoce de soi et d'autrui. Merleau-Ponty et les études développementales récentes, *Philosophie du corps*, Vrin, 90-93.

Gallant J., Morgan C., Stoklosa J., Gannon S., Shannon C., Bonfield C. (2018). Psychosocial Difficulties in Adolescent Idiopathic Scoliosis: Body Image, Eating Behaviors, and Mood Disorders. *World Neurosurgery*, 116 (1),421-432. doi:10.1016/j.wneu.2018.05.104

Giraudet J. (2006). Annonce du diagnostic de maladie chronique à un patient, *Synoviale* 151

Groesz, L. M., Levine, M. P., & Murnen, S. K. (2001). *The effect of experimental presentation of thin media images on body satisfaction: A meta-analytic review. International Journal of Eating Disorders*, 31(1), 1–16. doi:10.1002/eat.10005

Harrisson, D. (2000). L'éthique et la recherche sociale, *Introduction à la recherche en éducation*, Sherbrooke : CRP, 33-56.

Henriet P. (2018). Avant-propos , *Revue des langues romanes*, Tome CXXII N°1.

Hunt L. (2003). Le corps au XVIIIème siècle, *Diogène*, 3(203), 49-67.

Imbert (2010). L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie, *Recherche en soins infirmiers*, 3(102), 23-34.

Janicki, J. A. & Alman, B. (2007). Scoliosis: Review of diagnosis and treatment, *Paediatrics & Child Health*, 12(9), 771–776. doi:10.1093/pch/12.9.771

Kalichman, L., Kendelker, L., & Bezalel, T. (2016). Bracing and exercise-based treatment for idiopathic scoliosis. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 20(1), 56–64. doi:10.1016/j.jbmt.2015.04.007

Kallio, H., Pietilä, A.-M., Johnson, M. et Kangasniemi, M. (2016). Systematic methodological review: developing a framework for a qualitative semi-structured interview guide, *Journal of Advanced Nursing*, 72(12), 2954–2965. doi:10.1111/jan.13031

Kikanloo, S. R., Tarpada, S. P., & Cho, W. (2019). Etiology of Adolescent Idiopathic Scoliosis: A Literature Review, *Asian Spine Journal*, 13(3), 519–526. doi:10.31616/asj.2018.0096

Kivits J., Balard F., Fournier C., Winance M. (2016). Les recherches qualitatives en santé, Armand Colin.

Kwiatkowski M., Guszcz T., Maksimowicz M., Milewski R., Popko J. (2016). Consecutive evaluation of patients with idiopathic scoliosis treated with thoracolumbar brace, *Locomotor System*, 23(2), 136-141.

Lannegrand L.(2012). Le développement de l'identité à l'adolescence : quels apports des domaines vocationnels et professionnels, *Enfance*, 3(1), 313-327.

Latalski, M., Danielewicz-Bromberek, A., Fatyga, M., Latalska, M., Kröber, M. et Zwolak, P. (2017). Current insights into the aetiology of adolescent idiopathic scoliosis, *Archives of Orthopaedic and Trauma Surgery*, 137(10), 1327–1333. doi:10.1007/s00402-017-2756

Law, D., Cheung, M., Yip, J., Yick, K.-L., & Wong, C. (2016). Scoliosis brace design: influence of visual aesthetics on user acceptance and compliance, *Ergonomics*, 60(6), 876–886. doi:10.1080/00140139.2016.1227093

Le Chapelain L, Beis J., Martinet N., Meridja A., Paysant J., André J. (2010). Les troubles des représentations du corps après désafférentation, *Revue de Neuropsychologie*, 3(2), 212-220.

Le Gallic M., Ferret S. (2015). Le corps en représentation, *Sciences Ouest* (327).

Manin L. (2013). Enquête sur les corps dénudés au XIXème siècle, *Hypothèses*, 1(16), 179-190.

Markey, C. N. (2010). Invited Commentary: Why Body Image is Important to Adolescent Development. *Journal of Youth and Adolescence*, 39(12), 1387–1391. doi:10.1007/s10964-0109510-0

Martineau S (2007). L'éthique en recherche qualitative : quelques pistes de réflexion, *Recherches qualitatives*, 5(Hors série), 70-81.

Marty F. (2010). Adolescence et émotion, une affaire de corps, *Enfances et Psy*, 4(49), 40-52.

Mason M. (2010). Sample Size and Saturation in PhD Studies Using Qualitative Interviews, *Forum : Qualitative Social Research*, 3(11), <https://doi.org/10.17169/fqs-11.3.1428>.

Meurin B. (2018). De l'image du corps de Paul Schilder aux représentations corporelles d'André Bullinger, *La construction des représentations corporelles du bébé*, 41-60.

Misterska E., Glowacki M., Adamczyk K., Janwoski R. (2013). Patients and parents of appearance in scoliosis treated with a brace : a cross-sectional analysis, *Journal of Child and Family studies*, 23, 1163-1171

Morin C. (2013). Le schéma corporel, *Schéma corporel, image du corps, image spéculaire*, 19-37.

Netter (2019). Atlas d'anatomie humaine. Elsevier Masson : France.

O'Brien B., Harris I., Beckman T., Reed D., Cook D. (2014). Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations, *Academic Medicine*, 89(9), 1245–1251. doi:10.1097/acm.0000000000000388

Paolucci T., Piccinini G., Iosa M., Piermattei C., De Angelis S., Zangrando F., Saraceni, V. (2017). The importance of trunk perception during brace treatment in moderate juvenile idiopathic scoliosis: What is the impact on self-image ?, *Journal of Back and Musculoskeletal Rehabilitation*, 30(2), 203–210. doi:10.3233/BMR-160733

Pham, V. M., Houlliez, A., Carpentier, A., Herbaux, B., Schill, A., & Thevenon, A. (2008). Determination of the influence of the Chêneau brace on quality of life for adolescent with idiopathic scoliosis, *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*, 51(1), 3–8. doi:10.1016/j.annrmp.2007.08.008

Pieters C. (2001). L'anatomie entre art et science au XVIe siècle : autopsie d'un regard, *Communication et langages*, (127), 61-77. doi: <https://doi.org/10.3406/colan.2001.3061>

Porte, M., Patte, K., Dupeyron, A., & Cottalorda, J. (2016). La kinésithérapie dans le traitement de la scoliose idiopathique de l'adolescent : utile ou pas ?, *Archives de Pédiatrie*, 23(6), 624– 628. doi:10.1016/j.arcped.2016.03.004

Rollot J. (2006). Soigner le membre fantôme, *Corps*, 1(1), 107-110.

Rosenberg, J. J. (2011). Scoliosis, *Pediatrics in Review*, 32(9), 397–398. doi:10.1542/pir.32-9397

Saltikov B., Warren J., Stamp M. (2008). Carrying a rucksack on either shoulder or the back, does it matter ? Load induced functional scoliosis in « normal » young subjects, *Stud Health Technol Inform*, 4(1), 140-221. doi:10.3233/978-1-58603-888-5-221

Sawyer, S. M., Azzopardi, P. S., Wickremarathne, D., & Patton, G. C. (2018). The age of adolescence, *The Lancet Child & Adolescent Health*, 2(3), 223–228. doi:10.1016/s2352-4642(18)3002

Schwieger T., Campo S., Weinstein S., Dolan L., Ashida S., Steuber K. (2016). Body Image and Quality of Life and Brace Wear Adherence in Females With Adolescent Idiopathic Scoliosis. *Journal of Pediatric Orthopaedics*, (), 1–5. doi:10.1097/bpo.0000000000000734

Shakil, H., Iqbal, Z. A., & Al-Ghadi, A. H. (2014). Scoliosis: Review of types of curves, etiological theories and conservative treatment. *Journal of Back and Musculoskeletal Rehabilitation*, 27(2), 111–115. doi:10.3233/bmr-130438

Studer, D., & Hasler, C. (2019). Ätiologie und Bedeutung von Wachstumsstörungen der Wirbelsäule, *Der Orthopäde*, (48), 469–476. doi:10.1007/s00132-019-03739-0

Tamás P., Molnár J., Szakály N. (2013). Intelligent corsette for treatment of scoliosis, *Biomechanica Hungarica*, 6(1), 57-65.

Tiggemann, M., & Slater, A. (2013). NetTweens, *The Journal of Early Adolescence*, 34(5), 606–620. doi:10.1177/0272431613501083

Tones, M., Moss, N., et Polly, D. W. (2006). A Review of Quality of Life and Psycho-social Issues in Scoliosis, *Spine*, 31(26), 3027–3038. doi:10.1097/01.brs.0000249555.

Tolo V. & Herring A. (2020). Scoliosis-specific exercises : A state of the Art Review, *Spine Deformity*, 8(2), 149-155. <https://doi.org/10.1007/s43390-020-00036-1>

Travailliot Y., Haissat S. (2007). Corps sportifs : corps à la mode au féminin depuis les années soixante ?, *Corps*, 1(2), 19-24.

Trobisch, P., Suess, O., & Schwab, F. (2010). Idiopathic Scoliosis. *Deutsches Aerteblatt International*, 107(49), 875-83. doi:10.3238/arztebl.2010.0875

Weinstein, S. L., Dolan, L. A., Wright, J. G., & Dobbs, M. B. (2013). Effects of Bracing in Adolescents with Idiopathic Scoliosis, *New England Journal of Medicine*, 369(16), 1512–1521. doi:10.1056/nejmoa1307337

Weiss H., Hollaender M., Klein R. (2006). ADL based scoliosis rehabilitation the key to an improvement of time efficiency ?, *Stud Health Technol Inform* ,8(1), 123-594.

Yakouben K. (2011). Le patient mineur et les consentements à recueillir, 49-55.

Zarea M., Aminian G., Khosravi M., Baghaei R. (2020). Effect of Milwaukee Brace on Quality of Life in Adolescents with Idiopathic Scoliosis, *Journal of Clinical Physiotherapy Research*, 5(2), 13-15. <https://doi.org/10.22037/jcpr.v5i2.30513>

Zarzycka M., Rozeck K., Zarzycki M. (2009). Alternative methods of conservative treatment of idiopathic scoliosis, *Ortop Traumatol Rehabil*,11(5), 396-412.

Corset et image corporelle. Une étude qualitative sur l'impact du corset sur l'image corporelle d'adolescentes scoliotiques à partir d'entretiens semi-directif

Mots clés : scoliose, corset, adolescence, image corporelle

Résumé

Introduction : La scoliose idiopathique touche majoritairement les adolescentes. Le corset orthopédique est un des traitements les plus couramment utilisés pour empêcher son aggravation. Cependant, il présente des inconvénients, et semble influencer l'image corporelle notamment chez les adolescentes dans cette période clé de construction de soi. L'objectif de cette étude est de comprendre l'impact du corset sur l'image corporelle d'adolescentes scoliotiques.

Méthode : Une étude qualitative a été menée à partir d'entretiens semi-directifs réalisés auprès de cinq participantes âgées entre 18 et 22 ans.

Résultats : Les participantes interviewées ont ressenti des désagréments dus au corset. Elles ont mis du temps à s'y habituer. Il les gênait dans la vie quotidienne. La plupart d'entre elles ont choisi de porter des corsets sans motif, dans un souci de discrétion. Elles ne se sentaient pas jolies avec le corset, craignant de ne pas plaire. Pendant la durée du port, nombre d'entre elles trouvaient leur corps bizarre, difforme. Elles exprimaient une sensation de dégoût vis-à-vis de leur corps. L'arrêt du corset a été vécu comme un soulagement.

Conclusion : Le corset présente des enjeux exerçant une influence biopsychosociale sur les adolescentes. Il peut avoir une influence sur le plan physique pouvant causer des désagréments dans la vie quotidienne. Il peut exercer une influence sur le plan psychologique avec une distorsion de l'image corporelle. Il peut aussi entraîner des répercussions sur le plan social, nombre d'adolescentes le cachant, en ayant honte.

Key words : scoliosis, brace, teenage years, body image

Abstract

Introduction : Idiopathic scoliosis mostly affects teenage girls. The brace is one of the most used treatments to prevent its aggravation. However, it has some drawbacks and seems to influence body image, especially in teenage girls during this key period of self-construction. The aim of this study is to understand the impact of brace on teenage girls's body image.

Method : A qualitative study has been conducted using semi-structured interviews with five participants aged between 18 and 22 years old.

Results : The participants felt discomfort due to the brace. They took a while to get used to it. The brace interfered with their daily life. Most of them chose to wear brace without patterns, for the sake of discretion. They did not feel pretty with the brace, fearing not to please. During the time of wearing, many found their bodies weird. They expressed a feeling of disgust with their bodies. Stopping the brace was experienced as a relief.

Conclusion : The brace presents issues that exert a biopsychosocial influence on teenage girls. It can have an influence on the physical plane that can cause inconvenience in daily life. It can exerce an influence on a psychological level with a distortion of body image. It can also have social repercussions, with many teenage girls hiding it, feeling ashamed.