

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

ESSAI DE 3^e CYCLE PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE
(PROFIL INTERVENTION)

PAR
ROBERT RAYMOND

TROUBLE DE L'ADAPTATION AU PORT DU CORSET CHEZ
L'ADOLESCENTE PRÉSENTANT UNE SCOLIOSE IDIOPATHIQUE

FÉVRIER 2011

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE (D.Ps.)

Programme offert par l'Université du Québec à Trois-Rivières

TROUBLE DE L'ADAPTATION AU PORT DU CORSET CHEZ
L'ADOLESCENTE PRÉSENTANT UNE SCOLIOSE IDIOPATHIQUE

PAR

ROBERT RAYMOND

Michelle Dumont, Ph.D., directeur de recherche Université du Québec à Trois-Rivières

Pierre Nolin, Ph.D., évaluateur Université du Québec à Trois-Rivières

Gilbert Desmarais, Ph.D., évaluateur externe Université de Montréal

Essai complété février 2011

Sommaire

Les chercheurs ne s'entendent pas sur la présence ou non de réactions psychologiques, à la suite du port du corset chez l'adolescente. Notre travail consiste à mettre en évidence que l'adolescente ayant un corset présente des réactions psychologiques associées à un trouble d'adaptation. Il se manifeste en fonction des préoccupations inhérentes aux changements pubertaires et des enjeux psychologiques spécifiques de l'adolescence. Les réactions de l'adolescente au port du corset se caractérisent par des perturbations de l'image corporelle et une insatisfaction de l'apparence physique susceptibles de compromettre la résolution des enjeux psychologiques spécifiques de l'adolescence. Les réactions psychologiques au port du corset sont envisagées comme des réactions de stress et nécessitent des capacités d'adaptation inhérentes à des ressources personnelles et environnementales adéquates. L'adolescente qui ne bénéficie pas de ressources appropriées est toutefois à risque d'évoluer vers une psychopathologie. Un modèle de compréhension clinique est proposé pour rendre compte des capacités d'adaptation de l'adolescente, ainsi que des pistes d'interventions psychothérapeutiques.

Table des matières

| | |
|--|----|
| Sommaire..... | ii |
| Remerciements..... | v |
| Introduction..... | 1 |
| Chapitre 1 L'impact psychologique au port du corset..... | 5 |
| 1.1 Les maladies chroniques à l'adolescence..... | 5 |
| 1.2 Les réactions psychologiques au port du corset..... | 9 |
| 1.3 La collaboration (« compliance ») au port du corset..... | 12 |
| 1.3.1 Les facteurs d'ordre fonctionnel..... | 13 |
| 1.3.2 Les facteurs d'ordre psychologique..... | 14 |
| 1.3.3 Les facteurs de soutien..... | 16 |
| 1.4 La qualité de vie..... | 17 |
| Chapitre 2 Les enjeux psychologiques à l'adolescence..... | 21 |
| 2.1 Les Transformations physiques..... | 23 |
| 2.1.1 L'image corporelle..... | 23 |
| 2.1.2 L'influence des médias | 27 |
| 2.1.3 L'influence du milieu familial..... | 29 |
| 2.1.4 L'influence des pairs..... | 30 |
| 2.1.5 Identité, concept de soi et estime de soi..... | 32 |
| 2.2 Le stress à l'adolescence..... | 33 |

| | |
|--|----|
| Chapitre 3 L'adaptation au port du corset et les défis psychologiques de l'adolescente..... | 37 |
| 3.1 Les capacités d'adaptation..... | 38 |
| 3.1.1 L'estime de soi..... | 42 |
| 3.1.2 Relations avec les pairs..... | 44 |
| 3.2 Le trouble de l'adaptation..... | 48 |
| 3.2.1 Modèle de compréhension clinique..... | 50 |
| 3.2.2 Pistes d'interventions..... | 55 |
| Conclusion et recommandations..... | 58 |
| Références..... | 61 |
| Appendice Instruments psychométriques standardisés..... | 72 |

Remerciements

Je tiens à remercier sincèrement Madame Michelle Dumont, Ph.D., d'avoir accepté avec générosité de diriger le présent travail. Ses conseils pertinents de chercheure chevronnée et ses encouragements ponctuels m'ont soutenu dans mes efforts pour réaliser ce projet académique. Je remercie également ma conjointe, Carole Fortin, pht, Ph.D., de m'avoir transmis son intérêt et sa passion inhérente à la problématique des adolescentes ayant une scoliose idiopathique, et qui ont eu la chance de recevoir ses soins professionnels de grande qualité. Son amour, son aide et ses précieux conseils m'ont été d'un grand secours, et je lui en suis très reconnaissant. Sans l'intérêt et la générosité de Monsieur Pierre Nolin, Ph.D., je n'aurais pu accéder à un retour aux études universitaires, et je l'en remercie tout particulièrement.

Introduction

La scoliose idiopathique (SI) est une déformation tridimensionnelle de la colonne vertébrale apparaissant et évoluant au cours de la période de croissance (Guillaumat, Lebard, Khouri, & Tassin, 1991). L'étiologie et le mécanisme d'aggravation de la scoliose idiopathique s'avèrent encore mal compris. Plusieurs facteurs sont impliqués tels que l'hérédité, les fonctions organiques (hormonales, endocriniennes et neurologiques), les structures anatomiques (muscle et os), les facteurs biomécaniques (posture) et la croissance (Lowe, Edgar, Margulies, Miller, Raso, Reinker, & Rivard, 2000; Parent, Newton, & Wenger, 2005). Certaines données indiquent qu'une atteinte du système nerveux central ou une dysfonction de la signalisation de la mélatonine pourraient être responsables du développement de la SI et que des facteurs biomécaniques favoriseraient par la suite la progression de la scoliose, lors des poussées de croissance (Veldhuizen, Wever, & Webb, 2000; Moreau, Wang, Forget, Azeddine, Angeloni, Frascini, Labelle, Poitras, Rivard, & Grimard, 2004; Domenech, Tormos, Barrios, & Leone, 2010).

En Amérique du Nord, la prévalence de la scoliose idiopathique chez les adolescents est de deux à trois pourcent. La scoliose idiopathique s'observe plus souvent chez les filles (80 à 90 % des cas; Weinstein, Dolan, Cheng, Danielson, & Morcuende, 2008). L'examen clinique et radiologique montre une déviation de la colonne vertébrale, une rotation vertébrale et une déformation du thorax se manifestant par une gibbosité. Le diagnostic de la scoliose idiopathique est émis lorsque la courbure vertébrale est d'au moins 10 °, lorsque mesurée par la méthode radiologique de l'angle de Cobb. Seulement

10 % de ces adolescents sont soumis à un traitement conservateur tel que la physiothérapie et le traitement orthopédique par corset ou un traitement chirurgical. Le traitement conservateur (physiothérapie et/ou corset) est recommandé à ces patients afin d'éviter une progression de la scoliose et de réduire les déformations morphologiques majeures qui y sont associées ainsi que leurs impacts sur la qualité de vie (Fortin, 2003).

Au cours des 40 dernières années, un nombre restreint de recherches a pris en considération les aspects psychologiques et sociaux liés à la scoliose idiopathique. Celles qui s'y attardent se préoccupent surtout des répercussions psychologiques et sociales du traitement de la scoliose idiopathique par le port du corset chez la jeune adolescente. Toutefois, elles visent uniquement à déterminer si le port du corset affecte ou non le fonctionnement psychologique et social et la qualité de vie de l'adolescente. Elles ne prennent pas en considération ses ressources personnelles et environnementales pour en comprendre les réactions psychologiques et sociales, ainsi que la nature et l'intensité de ses réactions. Conséquemment, certains chercheurs constatent des réactions psychologiques et sociales et d'autres pas (Gratz & Papalia-Finlay, 1984; Olafsson, Sarastase, & Ahlgren, 1999). Notre travail consiste donc à prendre en considération les ressources personnelles et environnementales de l'adolescente et ses préoccupations liées aux transformations physiques, psychologiques et sociales pour tenter de comprendre la diversité de ses réactions et sa capacité à s'adapter au port du corset. Nous développons également un modèle clinique, afin de mieux articuler notre compréhension des réactions au port du corset de l'adolescente et ses capacités d'adaptation. Afin d'atteindre nos

objectifs, nous abordons la problématique liée au port du corset par le biais des réactions psychologiques des adolescentes présentant une maladie chronique visible et nous considérerons l'impact psychologique au port du corset chez l'adolescente, les enjeux psychologiques à l'adolescence et le trouble de l'adaptation au port du corset chez l'adolescente par un modèle de compréhension clinique. Considérant que la scoliose idiopathique s'observe plus souvent chez les filles (80 à 90 % des cas), nous accordons un intérêt particulier à l'adolescente.

Chapitre 1 L'impact psychologique au port du corset

1.1 Les maladies chroniques à l'adolescence

Selon McCarroll, Lindsey, MacKinnon-Lewis, Campbell et Frabutt (2009), la maladie chronique affecte surtout l'apparence physique et l'image corporelle de l'adolescente au moment où les transformations physiques, issues de la puberté, ont un impact dans son développement psychologique et social. L'estime corporelle ou l'évaluation que l'adolescente fait de son image corporelle devient alors un facteur déterminant de son estime de soi (Laurence, Rosenberg, & Fauerbach, 2007). De la même façon, l'apparence physique joue un rôle prépondérant dans l'acceptation par les pairs et la socialisation (Fox, Rumsey, & Morris, 2007). La maladie chronique complique donc la capacité à assumer l'image corporelle et l'estime de soi concomitant et les relations avec les pairs. La compréhension des facteurs psychologiques et sociaux impliqués dans diverses maladies chroniques visibles qui, tout comme la scoliose idiopathique, affectent l'image corporelle et l'apparence physique peut donc contribuer à mieux saisir l'impact du port du corset par l'adolescente présentant une scoliose idiopathique, ainsi que ses difficultés d'adaptation.

Plusieurs recherches (Fox, Rumsey, & Morris, 2007; Mackinnon-Lewis, Campbell Chambers, & Frabutt, 2009; Laurence, Rosenberg, & Fauerbach, 2007) ont mis en évidence des conséquences importantes de la maladie chronique à l'adolescence sur l'estime de soi, les relations avec les pairs et les capacités d'adaptation. Nowicka, Høglund, Birgerstam, Pietrobelli et Flodmark (2009) constatent que les adolescentes

présentant des troubles d'obésité ont une plus faible estime de soi que les adolescentes n'étant pas atteintes de maladies chroniques. Selon eux, plus les adolescentes obèses augmentent en âge, plus leur estime de soi diminue. Ils n'attribuent pas ces résultats à la gravité de l'obésité, mais au manque de soutien familial lors de l'élaboration d'une nouvelle identité. Cependant, ces adolescentes sont à risque de victimisation par leurs pairs, ce qui contribue davantage à l'affaiblissement de leur estime de soi (Robinson, 2006). L'apparence physique des adolescents qui présentent une maladie chronique de la peau comme l'acné, le psoriasis et l'eczéma provoque également les moqueries et les sarcasmes de leurs pairs. Ces agressions verbales, et parfois physiques se répercutent négativement sur leur image de soi et leur estime de soi (Magin, Adams, Heading, Pond, & Smith, 2008). La moquerie, le sarcasme et l'agression physique inhérents à l'apparence physique s'avèrent un moyen d'exclusion sociale et un abus de pouvoir relationnel (Magin et al., 2008). Selon Fox et al. (2007), ces attitudes de rejet sont inhérentes aux pressions culturelles et sociales d'homogénéité dans l'apparence physique. Conséquemment, l'adolescente dont l'apparence physique est différente tente en vain de se conformer aux attentes de son milieu culturel et s'expose à des expériences de stress, à un sentiment d'infériorité et à l'isolement social (Fox et al., 2007). Dans ce contexte, la maladie chronique est susceptible d'exacerber l'insatisfaction de l'adolescente par rapport à son apparence physique et son image corporelle et perturber son fonctionnement psychologique et social (Fox et al., 2007). McCarrol et al. (2009) ont également constaté que les adolescents ayant une maladie chronique prennent moins d'initiative et s'impliquent peu dans les relations sociales par rapport à leurs pairs

exempts de maladie. Ils ont une mauvaise estime de soi et sont davantage à risque de connaître des difficultés dans les relations avec leurs pairs. Cependant, une forte estime de soi s'avère un facteur de protection dans les relations avec les pairs (McCarroll et al., 2009). Ces adolescents prennent plus d'initiative dans les relations sociales et manifestent peu de comportements agressifs (McCarroll et al., 2009). Ils sont donc moins à risque de victimisation par les pairs, ce qui contribue à sauvegarder leur estime de soi (Robinson, 2006). L'estime de soi s'avère donc une ressource déterminante pour composer avec les difficultés inhérentes à la maladie chronique. En effet, une bonne estime de soi permet à l'adolescent de mieux surmonter les affects négatifs liés à sa condition médicale et les réactions inappropriées de ses pairs. De mauvaises relations avec les pairs constituent donc un facteur de stress supplémentaire à la maladie chronique et, par le fait même, s'avèrent également un facteur de vulnérabilité (McCarroll et al., 2009). En effet, l'adolescent présentant une maladie chronique comme l'asthme, l'obésité ou le diabète est confronté à des limitations physiques qui diminuent ses contacts avec ses pairs (McCarroll et al., 2009). Il subit également les préjugés sociaux inhérents à la maladie chronique, ce qui ne favorise pas son intégration dans le groupe de pairs (McCarroll et al., 2009). La victimisation par les pairs a donc un impact psychologique et social important chez les adolescents plus à risque d'en subir les contrecoups, comme ceux atteints de maladies chroniques (Adams & Bukowski, 2008). En effet, la victimisation par les pairs d'adolescentes présentant des troubles d'obésité accentue la perception négative de leur apparence physique et favorise l'éclosion d'affects dépressifs, ainsi qu'une augmentation de leur masse corporelle (Adams & Bukowski, 2008). La maladie

chronique constitue alors un facteur de vulnérabilité concernant l'apparence physique et l'estime de soi. Les sévices de la victimisation activent un concept de soi négatif issu d'une mauvaise estime de soi et précipite l'adolescente dans la dépression (Adams & Bukowski, 2008). La vulnérabilité inhérente à la maladie chronique nécessite donc des ressources personnelles et environnementales, afin d'échapper à une détresse psychologique susceptible de compromettre ses capacités d'adaptation.

En somme, la maladie chronique a donc un impact important sur l'équilibre psychologique de l'adolescente. Elle ébranle son estime de soi et compromet la qualité de ses relations avec ses pairs. Conséquemment, elle expose l'adolescente au rejet et à la dépression. Une bonne estime de soi constitue toutefois un facteur de protection contre la dépression et favorise de meilleures relations avec les pairs, ce qui facilite son adaptation à la maladie chronique.

Tout comme certaines adolescentes atteintes de maladies chroniques ou de handicaps visibles (obésité, acné, psoriasis, brûlures au visage), l'adolescente qui porte un corset est confrontée à des défis qui sont différents des adolescentes en bonne santé (McCarroll et al., 2009). Les recherches qui s'intéressent au port du corset chez les adolescentes ayant une scoliose idiopathique les ont abordés sous l'angle de l'impact psychologique au port du corset : les réactions psychologiques au port de corset, la collaboration à ce traitement (« compliance ») et la qualité de vie de l'adolescente concernant son fonctionnement physique, psychologique et social.

1.2 Les réactions psychologiques

Des réactions sont observées dès l'annonce du diagnostic et des exigences inhérentes au traitement par corset. Elles se caractérisent par un état de choc et de stupeur qui, par la suite, laisse place à une période d'anxiété, de panique et de déni comme manifestations d'un état traumatique (Gratz & Papalia-Finlay, 1984). La plupart des adolescentes réussissent à surmonter l'impact psychologique de l'annonce du diagnostic et des modalités de traitement, mais maintiennent une attitude négative face au traitement par corset pendant plusieurs années (Fallstrom, Cochran, & Machenson, 1986). Gratz et Papalia-Finlay (1984) considèrent que les réactions de l'adolescente sont minimales et transitoires et que la plupart d'entre elles s'adaptent progressivement au port du corset.

En début de traitement, l'adolescente prend conscience de sa maladie et certaines adoptent des stratégies défensives comme le déni ou éprouvent un sentiment d'infériorité. (Saccomani, Vercelino, Rizzo, & Becchetti, S., 1996). Au plan conscient, l'image corporelle semble préservée, mais le vécu inconscient de ces jeunes filles révèle une anxiété inhérente à des préoccupations de détérioration corporelle ou la crainte d'une éventuelle difformité corporelle (Saccomani et al., 1996). Elles ressentent une grande vulnérabilité corporelle et elles ont l'impression que leur image corporelle est fortement menacée (Nathan, W.S., 1976). Ces adolescentes se protègent par des mécanismes de déni et montrent des capacités réduites pour composer avec le traitement par le port du corset (Saccomani et al., 1996). Donnelly, (1995) considère qu'il s'agit plutôt d'une réaction qui met en évidence la sensibilité de l'adolescente concernant son image

corporelle, puisque la moitié de celles qui ne présentent pas de problèmes médicaux entretiennent une mauvaise image de soi. Conséquemment, un nombre restreint d'adolescentes se perçoivent différentes de leurs pairs et leurs préoccupations apparaissent davantage liées à leur tenue vestimentaire concernant le port du corset (Gratz & Papalia-Finlay, 1984). Ces préoccupations camouflent toutefois celle de l'acceptation par les pairs liée tout particulièrement à l'acceptation de son image corporelle qui est la représentation mentale qu'un individu a acquise par le reflet du regard de l'autre (Clayson, 1980). Contrairement au jeune adolescent qui est préoccupé par l'acceptation de soi ou de sa propre image, l'adolescente recherche plutôt l'acceptation d'autrui (Clayson, 1980). Cette caractéristique spécifique de la jeune adolescente a un impact sur la perception de son image corporelle et détermine l'importance qu'elle accorde à son apparence physique (Nathan, 1978).

Le port du corset a également un impact sur son image corporelle, parce qu'il la prive d'un ensemble de sensations kinesthésiques lui donnant l'impression de pertes de parties et de fonctions de son corps. Cette situation particulière lui projette une image morcelée d'elle-même et la renvoie à une image corporelle négative (Nathan, 1978). Linderman et Behm (1999) considèrent qu'une pauvre image corporelle s'observe surtout chez les adolescentes exposées à un traitement par le port du corset pendant une longue période de temps. Celles dont la durée du traitement n'excède pas 6 mois présentent plutôt une image corporelle positive.

La mauvaise image corporelle de ces jeunes adolescentes est également attribuable à la perception de leur mère à l'égard de la scoliose idiopathique (Sapountzi-Krepia, Valavanis Panteleakis, Zangan, Vlachojiacanes, & Sapkas, 2001). Cette influence de la mère a un impact sur la condition psychologique de l'adolescente ayant une scoliose et, par le fait même, sur l'attitude qu'elle adopte envers sa maladie et les traitements concomitants (Kahanovitz & Weiser, 1988). Une perception plus positive de la mère à l'égard du port du corset atténue donc les réactions de dépression, de fatigue, de colère et de confusion souvent observées chez l'adolescente. Son image corporelle s'avère moins atteinte et son estime de soi est d'autant plus préservée. En contrepartie, l'attitude émotive négative de la mère favorise l'apparition de troubles émotionnels chez l'adolescente qui porte un corset (Heckman-Shatzinger, 1976). Conséquemment, ces jeunes filles sont réticentes à collaborer aux traitements et présentent des comportements (anorexie, passages à l'acte, abus de médicaments) qui témoignent de leur détresse psychologique.

Certaines de ces adolescentes montrent parfois des difficultés antérieures au port du corset, ce qui complique la problématique de la scoliose idiopathique (Matsunaga, 2005). Suite au port du corset, Payne et al. (1997) constatent que les adolescentes ayant une scoliose présentent des pensées suicidaires parfois intenses et un abus d'alcool plus élevés que leurs congénères. Ils considèrent que l'impact psychologique de la scoliose idiopathique est sous-estimé et contribue à leur manque de collaboration au traitement. Il s'agit donc d'un facteur de risque spécifique au moment de l'adolescence. Cependant,

après une réaction de choc, la majorité des adolescentes s'adaptent au port du corset lorsqu'elles sont aptes à bien comprendre leur problématique et le traitement requis (Gratz & Papalia-Finlay, 1984). Même si elles anticipent les réactions éventuelles de leurs pairs face à leur nouvelle apparence physique inhérente au port du corset, leur acceptation contribue fortement à l'atténuation de leur anxiété (Gratz & Papalia-Finlay, 1984). Certaines adolescentes sont toutefois victimes de harcèlement par leurs pairs et s'efforcent de camoufler leur corset sous leurs vêtements pour éviter d'être exposées à leurs commentaires négatifs anticipés (Andersen, Andersen, Thomsen, & Christensen, 2002). Conséquemment, le port du corset est souvent mal toléré par les adolescentes et elles se montrent parfois réticentes à collaborer au traitement.

1.3 La collaboration « compliance »

Quoique la plupart des chercheurs observent des réactions au port du corset, un nombre restreint d'entre eux ne constate pas de réactions significatives (Noonan, Dolan, Jacobson, & Weinstein, 1997; Olafsson, Sarastase, & Ahlgren, 1999). Cependant, les réactions au port du corset manifestées par les adolescentes traduisent leurs malaises psychologiques parfois intensément ressentis et compliquent leur collaboration (« compliance ») au traitement.

Le corset est surtout utilisé pour freiner et stabiliser l'évolution des scoliozes jugées légères (25 degrés) ou modérées (30 à 40 degrés) et éviter une chirurgie (Wickers, Bunch, & Barnett, 1977). L'évaluation de son efficacité ne fait cependant pas l'unanimité

parmi les chercheurs, et les facteurs qui semblent y contribuer sont encore trop méconnus (Ugwonali, Lomas, Choe, Hyman, Lee, Vitale, & Roye, 2004).

Nonobstant la polémique entourant l'évaluation de son efficacité, plusieurs adolescentes éprouvent des difficultés à porter le corset avec conviction et selon les modalités prescrites (Masakasu, Rahman, Glutting, & Scott, 2004). Or, l'objectif préventif (stabiliser la progression de la scoliose) et non curatif du traitement contribue au fléchissement de leur motivation (Nicholson, Ferguson-Pell, Smith, Edgar, & Morley, 2003). Leur réticence compromet alors les résultats escomptés et rend difficile l'évaluation de l'efficacité du traitement. Plusieurs d'entre elles surestiment de façon importante la durée de l'utilisation quotidienne du corset (Nicholson et al., 2003). Conséquemment, des techniques qui mesurent le temps d'utilisation du corset par l'adolescente ont été développées pour tenter de pallier cette problématique (Vandal, Rivard, & Bradet, 1999; Masakasu et al., 2004). Le temps obtenu par ces techniques peut alors être comparé à celui rapporté par l'adolescente. Ces méthodes permettent d'évaluer objectivement l'efficacité du traitement par corset. Elles soulèvent également des réflexions sur les facteurs possibles de démotivation des adolescentes à le porter selon les recommandations prescrites.

1.3.1 Les facteurs d'ordre fonctionnel.

Des problèmes fonctionnels ont été considérés pour expliquer le manque de collaboration (« compliance ») des adolescentes au port du corset. Plusieurs d'entre elles

le jugent inconfortable et restrictif dans les mouvements (Climent, & Sanchez, 1999; Theologis, Jefferson, & Simpson, 1993). Sous l'impact de la croissance, le corset exerce parfois des points de pression douloureux qui suscitent des réactions d'anxiété comme la crainte d'étouffer (Nicholson et al., 2003). Certaines adolescentes rapportent un manque de flexibilité, des troubles digestifs, des maux de dos, des difficultés respiratoires et des problèmes du sommeil (Pham, Houlliez, Carpentier, Herbaux, Schill, & Thevenon, 2008). Le port du corset s'avère donc un stress important qui déclenche différentes réactions psychologiques et de l'inconfort physique. Il apparaît nécessaire de choisir celui qui présente le moins d'impact négatif sur la qualité de vie de l'adolescente, en considérant des critères d'efficacité similaire parmi les différents corsets (Climent et al., 1999). À ces perturbations fonctionnelles s'ajoutent des facteurs psychologiques susceptibles d'infléchir la collaboration de l'adolescente au port du corset.

1.3.2 Les facteurs d'ordre psychologique.

Certaines adolescentes peu « collaborantes » ne possèdent pas les capacités intellectuelles requises pour comprendre les modalités et le rationnel inhérent au traitement par corset (Wickers, Bunch, & Barnett, 1977). Des adolescentes présentent également une structure de personnalité favorisant des passages à l'acte et des comportements d'opposition qui les prédisposent au rejet du corset (Matsunaga et al., 2005). Ces facteurs de personnalité influencent les réactions des adolescentes soumises au stress déclenché par le port du corset. L'évaluation psychologique des adolescentes par corset permet d'identifier et de comprendre les troubles émotionnels qui surgissent en

cours de traitement (Matsugana et al., 2005). Une intervention psychologique judicieuse s'effectue alors auprès de l'adolescente et de sa famille pour contrer l'impact négatif des réactions psychologiques et soutenir leur motivation au traitement par corset. Cette approche centrée sur les troubles émotionnels considère plus important de modifier les modalités de traitement pour amenuiser les réactions psychologiques qui nuisent à la motivation de l'adolescente plutôt que de tenter d'en réduire à tout prix les effets psychologiques. Il s'agit donc de réagir à une situation de crise pour sauvegarder la collaboration au traitement par corset chez des adolescentes dont la personnalité s'avère fragile et vulnérable. Matsugana et al. (2005) ont constaté que les adolescentes qui ont bénéficié d'une intervention psychosociale éclairée montrent une réduction de leur courbure vertébrale en fin de traitement, contrairement à celles qui ont abandonné le traitement par le port du corset. Le manque de collaboration de ces adolescentes semble davantage lié à l'utilisation de stratégies inadéquates pour composer efficacement avec le stress généré par le port du corset qu'aux conséquences d'une difformité physique (Rivett, Rothberg, Stewart, & Berkowitz, 2009). La plupart d'entre elles sont laissées à elles-mêmes et ne parviennent pas à surmonter le stress lié aux répercussions psychologiques et sociales au port du corset. Donnelly, Dolan, Grande, et Weinstein (2004) et Rivett et al. (2009) reconnaissent donc l'importance d'instaurer des programmes de soutien individuel, de groupe ou familial, pour promouvoir la collaboration au port du corset chez l'adolescente présentant une scoliose idiopathique.

1.3.3 Les facteurs de soutien social.

Negrini (2008) affirme que le médecin et l'équipe soignante ont la responsabilité de développer et de maintenir la collaboration de l'adolescente au port du corset. Il considère que les résultats d'un traitement par corset résident dans l'équilibre entre l'efficacité de l'instrument utilisé par le patient et la possibilité d'obtenir sa collaboration. Cependant, même si l'instrument doit être accompagné de la collaboration du patient, il ne peut se passer de la physiothérapie comme approche complémentaire au port du corset. Le médecin doit donc s'assurer de recourir à une approche globale pour maximiser l'efficacité du traitement par le port du corset.

L'adolescence est une période de perturbation importante aux plans psychologique et social et favorise une fragilité psychologique transitoire dans le développement. La vulnérabilité acquise et/ou constitutionnelle compromet sa capacité à composer avec le stress inhérent aux exigences développementales, aux tracasseries de la vie quotidienne et, parfois, à un événement majeur inopiné comme le port d'un corset. Cependant, les adolescentes qui parviennent à composer efficacement avec des situations de stress bénéficient d'une condition psychologique personnelle qui les distingue par rapport aux adolescentes plus vulnérables (Brooks-Gunn, 2002). Ces adolescentes peuvent compter sur un soutien familial approprié, une autonomie et des habiletés sociales plus adéquates, ainsi que sur le soutien des pairs et d'adultes provenant de différentes sources institutionnelles (milieu scolaire et médical) (Gottlieb, 1991). Ce réseau de soutien joue un rôle important dans le maintien de l'estime de soi de

l'adolescente, lorsqu'il est menacé par des événements majeurs et des étapes développementales transitoires (Gottlieb, 1991). L'adolescente n'a toutefois pas tendance à confier facilement ses difficultés et ses émotions; ses appels à l'aide sont souvent indirects ou déguisés sous des propos et des comportements inhabituels et singuliers (affects dépressifs ou anxieux, opposition systématique). Le soutien de son environnement est alors moins efficace, parce qu'il ne survient pas nécessairement au moment où l'adolescente commence à mobiliser ses stratégies de « coping » (Kernis, 2002). Cependant, une évaluation des besoins de l'adolescente contribue à déterminer le type de soutien susceptible de l'appuyer efficacement pour affronter le stress généré par un événement ou une situation problématique. Quoi qu'il en soit, le soutien à l'adolescente apparaît nécessaire, parce que le traitement par corset est exigeant et se prolonge parfois de nombreuses années (Danielsson, Wiklund, Pehrsson, & Nachemson, 2001). Conséquemment, un intérêt s'est développé concernant la qualité de vie de l'adolescente.

1.4 *La qualité de vie*

L'intérêt des chercheurs (Ugwonali et al., 2004; Pham et al., 2008) s'est manifesté à l'égard de la qualité de vie inhérente à l'état de santé des adolescentes confrontées au traitement par le port du corset. Plus précisément, à l'impact du corset sur le fonctionnement physique, psychologique et social de l'adolescente (Danielsson et al., 2001). À cette fin, différents questionnaires cliniques s'adressant aux adolescents ou à leurs parents ont été élaborés et standardisés chez une population infantile et adolescente.

Cependant, la pertinence de leur utilisation a été remise en question parce que, d'une part, la qualité de vie était définie en termes trop généraux et, d'autre part, plusieurs questionnaires n'étaient pas validés (Climent et al., 1999; Danielsson et al., 2001).

Dans une étude comparative entre un groupe d'adolescentes soumis au port du corset et un groupe soumis à l'observation, Ugwonalì et al. (2004) n'ont pas relevé une différence significative sur la qualité de vie entre ces deux groupes, concernant le fonctionnement psychologique, physique et social. Les adolescentes qui portaient un corset présentaient une scoliose légère ou d'une faible amplitude. Selon eux, ces résultats peuvent s'expliquer par l'évolution de ces scoliose reconnues comme étant lentes et par le fait que le questionnaire utilisé ne s'adressait pas aux adolescents eux-mêmes, mais uniquement à l'observation des parents. De plus, il leur a été soumis à des moments différents lors du traitement, ce qui ne tient pas compte de l'évolution de l'impact du corset entre le début et la fin d'un traitement.

Des études rétrospectives ont été effectuées chez ces adultes soumis au port du corset au cours de leur adolescence. Elles ne montrent pas d'impact significatif sur leur qualité de vie, lorsqu'elles sont comparées à une population contrôle (Goldberg, Mayo, Poitras, Scott, & Hanley, 1994; Danielsson et al., 2001). Néanmoins, un nombre significatif de femmes demeurent préoccupées par leur apparence physique, ce qui leur occasionne des difficultés dans leurs relations amoureuses et sociales (Danielsson et al., 2001). Plusieurs d'entre elles entretiennent une mauvaise image corporelle et des

inquiétudes concernant leur état de santé. Elles demeurent également restreintes dans les activités physiques, mais montrent une perception positive d'elles-mêmes (Goldberg et al., 1994).

Climent et al. (1999) ont abordé l'aspect de la qualité de vie de l'adolescente sous l'angle des restrictions imposées par les différents corsets proposés. L'efficacité des différents corsets s'avère similaire, mais le corset Milwaukee a un impact plus négatif sur la qualité de vie des adolescentes. Il présente des inconvénients de flexibilité au dos et perturbe le fonctionnement psychologique. D'autres recherches sur l'impact du port du corset chez l'adolescente ont mis en évidence des manifestations d'anxiété, une faible estime de soi et une image corporelle négative (Fallstrom et al., 1986; Mc Lean, Green, Pierre, & Ray, 1989; Olafsson et al., 1999).

En résumé

Tout comme l'adolescente atteinte de maladies chroniques visibles, l'adolescente qui porte un corset à la suite d'une scoliose idiopathique doit relever des défis aux plans physique, psychologique et social. Au début du traitement par corset, elle manifeste des réactions de choc et de stress qu'elle doit surmonter. L'adolescente est rapidement confrontée au changement de son image corporelle qui lui renvoie une image négative d'elle-même. Cette réalité pose le problème de son acceptation et celle de son milieu familial, ainsi que la crainte du rejet par ses pairs. Conséquemment, elle a tendance à montrer des réticences à porter le corset, d'autant plus que son inconfort et son objectif

préventif et non curatif contribuent au fléchissement de sa motivation. L'adolescente peut alors présenter des troubles émotionnels inhérents à une vulnérabilité intrinsèque nécessitant l'intervention d'un psychologue clinicien pour tenter d'en réduire les effets psychologiques et sauvegarder sa collaboration. Cependant, la plupart des adolescentes sont laissées à elle-même, ce qui met en évidence à la fois la nécessité d'un soutien psychologique et social pour préserver sa qualité de vie et l'importance des enjeux psychologiques pour mieux comprendre l'ensemble de ses difficultés inhérentes au port du corset.

Chapitre 2 Les enjeux psychologiques à l'adolescence

Plusieurs recherches se sont intéressées aux réactions psychologiques, à la collaboration et à la qualité de vie (fonctionnement physique, psychologique et social) inhérentes au port du corset pour tenter de cerner son impact chez l'adolescente présentant une scoliose idiopathique. Dans leur effort de compréhension de l'impact psychologique et social au port du corset chez l'adolescente, elles ne considèrent toutefois pas les enjeux psychologiques spécifiques de l'adolescence (liés aux transformations physiques) concernant le concept de soi, l'image de soi, l'estime de soi, l'autonomie, l'identité et les relations avec les pairs et la famille. Conséquemment, elles soumettent un échantillon de préadolescentes et d'adolescentes à des instruments de mesure qui ne tiennent pas compte de leur niveau de développement et de leurs préoccupations psychologiques et sociales spécifiques. Les enjeux psychologiques déterminent les préoccupations psychologiques qui animent les préadolescentes et les adolescentes et influencent leurs réactions à des situations de vie similaires. Il y a donc introduction d'un biais développemental lorsque les réactions psychologiques des préadolescentes et des adolescentes sont considérées dans un contexte d'homogénéité. Il nous apparaît donc important de faire une différence entre les intérêts psychologiques qui animent les préadolescentes et les adolescentes dans l'utilisation d'instruments psychométriques pour éviter de confondre les résultats obtenus.

La préadolescente est préoccupée par les changements corporels et se trouve encore dans le monde de l'enfance. Elle n'est pas encore aux prises avec des transformations physiques qui modifient son concept de soi et son image corporelle et l'obligent à redéfinir son identité. La préadolescente recherche la sécurité de son milieu familial dont elle est dépendante et commence à être préoccupée par des désirs d'autonomie. Ses pairs participent à sa socialisation, mais le groupe de pairs n'est pas utilisé pour favoriser une distanciation par rapport au milieu familial. Ses intérêts pour la sexualité demeurent du niveau de la curiosité et non de l'attirance sexuelle, et la relation amoureuse n'est pas encore sexuée.

De plus, l'ensemble des recherches ne tient pas compte des ressources psychologiques et environnementales individuelles face à une situation de stress pour expliquer la diversité, l'intensité et la persistance des réactions psychologiques de l'adolescente au port du corset. Les enjeux psychologiques ne sont également pas pris en considération pour comprendre et expliquer la nature des préoccupations de l'adolescente inhérente au port du corset et son impact sur son développement et son équilibre psychologique. Il faut également considérer les ressources individuelles, environnementales, ainsi que les enjeux psychologiques à l'adolescence afin d'élaborer un modèle de compréhension clinique des réactions psychologiques de l'adolescente au port du corset.

En tenant compte de ces différents facteurs, nous abordons la problématique au port du corset de la jeune adolescente par le biais d'une approche cognitive-comportementale, en nous référant à la théorie de la réaction au stress de Lazarus et Folkman (1984). Ces derniers ont élaboré une théorie sur le stress qui permet de comprendre le processus par lequel l'adolescente parvient ou non à s'adapter aux exigences liées au port du corset. Selon cette théorie, sa capacité d'adaptation dépend de ses ressources personnelles et environnementales et détermine la nature de ses réactions.

La compréhension des réactions de l'adolescente au port du corset est intimement liée à ses préoccupations spécifiques. Plus précisément, aux transformations multiples qui caractérisent l'adolescence aux plans physique, psychologique et social.

2.1 Les transformations physiques

2.1.1 L'image corporelle.

L'apparence physique joue un rôle important dans nos sociétés occidentales, parce qu'elle est soumise à des critères de conformité culturelle qui affectent considérablement nos relations personnelles. Ces critères de conformité culturelle sont totalement arbitraires et se sont avérés très différents à plusieurs époques de cultures distinctes (Fallon, 1990). En revanche, ce pouvoir d'attraction ou la capacité à susciter l'admiration et l'intérêt d'autrui est lié à son image corporelle qui se transforme de façon importante avec l'apparition de la puberté. Les changements morphologiques occasionnés par une

poussée de croissance modifient l'image corporelle qui ne correspond pas nécessairement aux attentes de l'adolescente.

La plupart des adolescentes posent un regard critique sur leur apparence physique et 40 à 70 % expriment une insatisfaction sur plus de deux aspects de leur nouvelle image corporelle (Presnell, Bearman, & Stice, 2004). Elles acceptent difficilement l'augmentation de la masse adipeuse qui résulte de l'avènement de la puberté et ont tendance à se trouver trop grosses (Paxton, Wertheim, Gibbons, Smjklér, Hiller, & Petrovich, 1991). Cette insatisfaction par rapport à des aspects corporels et à l'apparence physique globale s'intensifie entre l'âge de 11 à 15 ans et peut même s'accroître jusqu'à la fin de l'adolescence (Levine & Smolak, 2002). Conséquemment, 50 à 80 % des adolescentes souhaitent être plus minces et 20 à 60 % d'entre elles entreprennent une diète, d'où le risque d'anorexie mentale (Levine et al., 2002).

Le désir de minceur corporelle de l'adolescente provient de l'idéal de minceur corporelle proposé par son environnement culturel (Presnell et al., 2004). Un phénomène d'intériorisation des normes sociales de beauté corporelle s'effectue avec l'avènement de la puberté et les transformations physiques concomitantes (Presnell et al., 2004). Le phénomène s'active sous la pression du milieu environnant (les pairs, la famille, les étrangers et les médias) qui, non seulement, propose des normes par rapport à l'image corporelle féminine, mais incite l'adolescente à s'y conformer pour recevoir l'appréciation et l'approbation. Cette pression induite et persistante du milieu environnant

incite alors inconsciemment l'adolescente à s'identifier aux normes sociales de beauté corporelle. Dans cette perspective, son image corporelle devient un objet extérieur livré à sa propre critique et de façon semblable à son environnement. Cette vue extérieure critique de son image corporelle la prive toutefois d'une expérience corporelle subjective pouvant être soumise à sa propre appréciation. Au contraire, cette modalité transactionnelle l'incite à regarder et à évaluer son image corporelle à la manière de son environnement culturel et à intérioriser les valeurs qu'il sous-entend. Ce phénomène d'objectivation de la conscience corporelle a été élaboré par McKinley et Hyde, (1996).

Ce concept théorique s'avère une tentative d'explication de l'insatisfaction plus prononcée de l'adolescente par rapport à son congénère masculin. Selon ce concept, l'adolescente est exposée comme objet de convoitises sexuelles au phénomène d'objectivation de la conscience corporelle. Ce phénomène favorise une intériorisation plus importante des normes sociales et culturelles de l'environnement de l'adolescente qui sont liées à la beauté corporelle. L'idéal de beauté corporelle féminine ou l'idéal de minceur dans nos sociétés occidentales est la résultante de ce phénomène d'intériorisation. La jeune adolescente s'approprie cet idéal de minceur corporelle et le compare avec son image corporelle réelle. L'image corporelle est une image conceptuelle inhérente au concept de soi (Sapountzi-Krepia et al., 2001). Elle se développe à partir des attitudes, des habiletés et des expériences corporelles de la personne et confère un pouvoir physique inhérent à la féminité et à la masculinité (Drench, 1994). En ce sens,

l'image corporelle s'avère un produit de l'interaction sociale (Sapountzi-Krepia et al., 2001) qui a une influence sur la perception de l'adolescente qui porte un corset.

La scoliose est une maladie chronique qui affecte la structure corporelle et altère l'image corporelle. Les réactions de l'adolescente confrontée à une atteinte de son image corporelle sont inhérentes au type de traitement proposé, à ses préoccupations développementales, à son milieu familial et à ses influences culturelles (Sapountzi-Krepia et al., 2001). Ses réactions dépendent également de la nature des altérations à son image corporelle et de la signification accordée à ces changements (Wolman, Resnick, Harris, & Blum, 1994).

La moitié des jeunes adolescentes qui portent un corset entretiennent une mauvaise image corporelle (Fallstrom et al., 1986; Nooman et al., 1997) au moment où la grande majorité des adolescentes sont confrontées à un déclin significatif dans l'appréciation de leur image corporelle (Petersen, Kennedy, & Sullivan, 2001). Leurs réactions négatives à l'égard des transformations physiques découlent toutefois d'une évaluation subjective des changements biologiques (Finkenauer, Rutger, Meers, & Oosterwegel, 2001). Tout comme ses pairs, l'adolescente qui porte un corset compare son image corporelle aux normes culturelles et sociales de son environnement pour en juger de la conformité et l'attrait physique. Elle constate avec plus d'acuité que ses congénères féminines, l'écart entre son apparence physique et l'idéal de minceur corporelle proposé par son milieu culturel et les médias. Conséquemment, l'adolescente qui porte un corset

est susceptible de poser un jugement sévère sur son image corporelle et son apparence physique. Ce faisant, elle pose un regard évaluatif extérieur sur son image corporelle, afin de vérifier si elle correspond aux normes sociales intériorisées souvent véhiculées par le bombardement des médias auxquels elle est exposée.

2.1.2 L'influence des médias.

Le phénomène contemporain des médias (magazines, radio, téléviseur, journaux et, plus récemment, internet) joue un rôle important dans l'intérêt que l'adolescente accorde à son image corporelle (Park, 2005). Les médias transportent l'image idéale de minceur corporelle qui s'est constamment imposée à partir de la moitié des années 1990 (Katzmarzyk & Davis, 2001).

Les adolescentes tentent d'atteindre cet idéal corporel et plusieurs d'entre elles n'hésitent pas à s'imposer des restrictions alimentaires qui s'apparentent parfois à des comportements obsessionnels (Tiggeman, 2002). La plupart d'entre elles sont conscientes des pressions des médias, mais elles ne semblent pas posséder la capacité à se dégager du phénomène d'intériorisation des normes culturelles de beauté féminine (Lawrie, Sullivan, Davis, & Hill, 2006). Ces normes culturelles de beauté inhérentes à la minceur corporelle sont dorénavant intégrées dans son système de valeurs (Katzmarzyk & Davis, 2001).

Les adolescentes sont toutefois plus influencées par le phénomène d'intériorisation des normes culturelles de beauté féminine et ressentent davantage les pressions de l'environnement (Knauss, Paxton, & Alsaker, 2007). Certaines persistent dans leur attitude et leur comportement, afin de tenter de se conformer à l'image corporelle proposée par les médias (McCabe & Ricciardelli, 2003). Ces jeunes adolescentes seraient plus vulnérables à de brèves expositions à l'image de minceur corporelle présentée par les médias. Elles en subissent des effets négatifs immédiats qui se manifestent par des préoccupations inhérentes à leur poids, un mécontentement de leur apparence physique, une humeur négative et des doutes concernant leur pouvoir d'attraction ou la capacité de susciter l'admiration et l'intérêt d'autrui (Tiggeman, 2002).

Ces jeunes adolescentes ont fortement intériorisé les schèmes culturels de beauté féminine et ont acquis la certitude que le succès et le bonheur résident dans l'apparence physique et la minceur corporelle (Tiggeman, 2002). Cependant, les adolescentes sont influencées différemment par les valeurs sociales véhiculées par les médias et ne développent pas nécessairement des préoccupations excessives de poids ou des troubles alimentaires (Tiggeman, 2002). Celles qui ont fortement investi leur apparence physique semblent plus vulnérables à l'influence des médias et du milieu familial (Knauss, Paxton, & Alsaker, 2007).

2.1.3 L'influence du milieu familial.

Les parents jouent un rôle important dans la transmission des messages socioculturels (McCabe et al., 2003). Selon Kearney-Coor (2002), la mère est celle qui transmet principalement ceux qui se rapportent à l'apparence physique et aux habitudes alimentaires. L'adolescente a tendance à s'identifier aux attitudes et aux comportements adoptés par sa mère à l'égard de son image corporelle. Elle peut s'identifier à sa mère lorsqu'elle critique son image corporelle et poser le même regard critique sur sa propre image (Kearney-Coor, 2002). La mère qui a une opinion positive de son image corporelle influence donc positivement sa fille quant à l'appréciation de son image corporelle. La réaction du père de l'adolescente face à ses transformations corporelles a également un impact sur la nature des sentiments que l'adolescente éprouve à l'égard de ses changements corporels. Les commentaires du père influencent positivement ou négativement le développement de son image corporelle (Kearney-Coor, 2002).

Les parents ont donc un rôle de soutien et d'acceptation inconditionnelle de l'image corporelle de l'adolescente. Les situations de crise et les événements majeurs qui surviennent au sein de la famille peuvent cependant affaiblir le soutien qu'elle offre à l'adolescente dans son cheminement personnel (Cloutier, 1996). L'adolescente perd alors un appui considérable lui permettant de mieux traverser les aléas de la vie quotidienne et les situations de stress inhérentes à sa maturation physique ou à des difficultés inopinées. Ses réactions sont alors teintées de cette carence et elle doit s'appuyer sur ses ressources

personnelles et la qualité de ses relations avec ses pairs et son milieu scolaire pour s'adapter aux exigences de la réalité.

Toutefois, des ressources personnelles et environnementales insuffisantes amenuisent considérablement ses capacités d'adaptation. L'adolescente peut alors présenter des attitudes et des comportements qui témoignent de ses difficultés; des fragilités psychologiques sont alors responsables de l'apparition d'une symptomatologie psychopathologique. Le milieu familial s'avère donc non seulement un lieu d'apprentissage social, mais une base de soutien essentiel à son équilibre psychologique. Le soutien et la qualité de la relation avec les pairs contribuent également à l'équilibre psychologique de l'adolescente.

2.1.4 L'influence des pairs.

La famille continue à détenir une place importante dans la vie de l'adolescente. Cependant, elle doit en sortir pour se construire une vie sociale autonome. Au fur et à mesure que l'adolescente prend une distanciation par rapport à son milieu familial, les amis occupent une place prépondérante dans sa vie quotidienne. Ces derniers deviennent la ressource sociale extra familiale la plus influente au plan du développement et de l'adaptation (Cloutier & Drapeau, 2008).

L'adolescente est rapidement confrontée à la pression de se conformer aux règles de son groupe. Dans son désir d'acceptation, elle sera à la recherche d'indications sur la

façon de se comporter, de s'habiller ou de parler. Les taquineries et le potinage permettent alors la régulation des normes prescrites par le groupe, en incitant les récalcitrants à s'y conformer (Cloutier & Drapeau, 2008). Par le biais de ces interactions, l'adolescente apprend ce qui est acceptable et ce qui ne l'est pas à l'intérieur de la vie de groupe.

Le groupe de pairs accorde une grande importance à l'apparence physique qui, à l'adolescence, joue un rôle déterminant dans l'acceptation sociale (Marganosky & Creekmore, 1981). L'adolescente n'hésite donc pas à se plier aux normes de son groupe de pairs concernant l'apparence physique, afin de s'assurer de leur acceptation. Elle est donc susceptible de développer des préoccupations excessives par rapport à son image corporelle lorsque son groupe de pairs y accorde une grande importance (Jones, Vigfusdottir, & Lee, 2004).

Le groupe de pairs renforce alors l'influence des médias et du milieu familial à l'adhésion de l'image de minceur corporelle. Il exerce ses pressions par l'intermédiaire de discussions portant sur l'apparence physique, des critiques et des taquineries concernant l'image corporelle de ses membres. Ces modes d'influence contribuent à accroître, d'une part, le phénomène d'intériorisation de l'idéal de minceur corporelle et, d'autre part, l'insatisfaction de l'adolescente à l'égard de son image corporelle (Jones et al., 2004). Toutes ces préoccupations concernant son image corporelle et ses relations avec son environnement remettent en question son identité et l'obligent à redéfinir son concept de soi.

2.1.5 Identité, concept de soi et estime de soi.

En raison de sa croissance corporelle rapide et des changements sexuels liés à la puberté, on assiste à un effondrement de l'identité en début d'adolescence (Erickson, 1980). Sous la pression imposée par ces changements, l'adolescente doit répondre à la question : "Qui suis-je?", afin de trouver sa place dans la multitude de rôles proposés par la vie adulte (Bee & Boyd, 2008).

Dans ce processus de quête de l'identité, l'adolescente se confronte à différents milieux qui lui permettent d'être animée de plusieurs perceptions d'elle-même. Elle doit alors se sentir suffisamment à l'aise avec son image corporelle pour s'exposer à une multitude d'expériences dans son milieu social. Une mauvaise estime de soi découlant de son image corporelle peut l'inciter à penser qu'elle est l'objet de rejet de son environnement (Bee & Boyd, 2008). L'adolescente a alors tendance à s'isoler et à se priver d'expériences qui participent à la construction de son identité et à l'élaboration d'un nouveau concept de soi qui détermine ses forces et ses faiblesses (Harter, 1999).

Une mauvaise image corporelle persistante accorde plus d'importance aux faiblesses et contribue au maintien d'une faible estime de soi (Azmitia, 2002). L'estime de soi repose sur la valeur que l'adolescente attribue aux différents aspects de sa personne et, à l'adolescence tout particulièrement, à son image corporelle, ses compétences et ses déficiences aux plans social et académique (Rosenberg, 1990). L'adolescente profite de cette période transitionnelle de changements pour effectuer une réévaluation de sa

personne, même si le processus d'autoévaluation est actif depuis l'enfance (Azmitia, 2002.). Ce processus de réévaluation contribue alors à amenuiser ou à réaffirmer et à développer davantage un concept de soi positif. La perception que l'adolescente entretient d'elle-même est toutefois fortement influencée par celle qu'autrui lui reflète d'elle-même (Harter, 1999). La famille, les pairs, les amis, les enseignants et les messages provenant de son environnement ont un impact majeur sur le concept de soi et l'estime de soi de l'adolescente (Lerner, 2004). L'importance accordée à l'image corporelle de l'adolescente par ses pairs a une influence déterminante sur son estime de soi et l'expose davantage au risque de la dépression (Kernis, 2001).

Sous la pression des changements pubertaires, les enjeux psychologiques à l'adolescence sont donc une source de préoccupations constantes. Les réactions de l'adolescente à tout événement perturbateur de son équilibre psychologique, comme le port d'un corset, seront teintées de ses préoccupations biopsychosociales. Le port du corset s'avère donc un stress qui intensifie et complique les enjeux psychologiques inhérents aux changements pubertaires.

2.2 Le stress à l'adolescence

Dumont, (2006) définit le stress comme un état de tension interne favorisant des réactions inhérentes à des stimulations de faible ou de forte intensité. Ces stimulations sont plus fréquemment d'origine physique, psychologique ou sociale, et l'expérience subjective liée à l'état de stress peut s'avérer positive ou négative (Dumont, 2006). Le

stress est donc intimement lié aux agents stresseurs qui le suscitent et découle de l'interprétation subjective de l'agent stresseur. Pour ce faire, l'adolescente considère ses attentes et celles de son environnement, les caractéristiques de sa personnalité et les stratégies d'adaptation disponibles (Dumont & Leclerc, 2007).

Les changements biologiques, psychologiques et sociaux qui accompagnent la période de transition à l'adolescence représentent l'agent stresseur principal auquel est confrontée l'adolescente. L'expérience transitionnelle de l'adolescence n'est toutefois pas vécue comme une situation de crise par toutes les adolescentes. L'adaptation aux changements déclenchés par la puberté dépend de l'interprétation des changements biopsychosociaux et des variables modératrices ou les caractéristiques personnelles (l'âge, le sexe, la personnalité, la réactivité au stress, le soutien relationnel, la stabilité des processus cognitifs) et médiatrices spécifiques (les réactions de « coping », le style cognitif, la dynamique familiale antérieure au stress) à l'adolescente (Compass, 2004). Cependant, des agents stresseurs cumulatifs comme les tracasseries de la vie quotidienne et un événement majeur, comme le port du corset, peuvent s'ajouter aux changements inhérents à la puberté. Ils sont alors susceptibles de compliquer l'adaptation de l'adolescente à la puberté et menacer sa santé psychologique.

Le stress vécu par la jeune adolescente qui porte un corset est donc défini en termes d'événements existentiels cumulatifs de stress (développemental, vie quotidienne, maladie chronique). Cette situation particulière génère du stress parce que d'une part,

l'adolescente qui porte un corset peut l'interpréter comme une menace à son intégrité physique et psychologique, et d'autre part, elle perturbe la résolution des enjeux psychologiques spécifiques de l'adolescence. De plus, cette situation requiert pour plusieurs d'entre elles une stratégie de coping appropriée (réclamer l'aide d'un adulte, vérifier le bien-fondé de ses craintes) qui n'est pas nécessairement disponible. Même s'il existe une variété de mécanismes adaptatifs, la capacité psychologique de l'adolescente à composer avec une situation de vie singulière est inhérente à ses ressources personnelles et environnementales (Brooks-Gunn, 1991). La disponibilité des ressources personnelles et environnementales constitue donc un facteur de protection contre le stress, tandis que la non -disponibilité représente plutôt un facteur de risque face à une situation de stress.

Le port du corset par l'adolescente peut représenter une situation de crise parce qu'il complique l'assumption des transformations physiques et psychologiques et menace l'acquisition d'un nouvel équilibre, non seulement fonctionnel, mais assurant son bien-être psychologique. Il apparaît donc important de comprendre l'interaction entre l'impact des défis psychologiques de l'adolescence et l'événement majeur que représente le port du corset pour l'adolescente.

En résumé

La plupart des recherches ont recours à des échantillons trop larges en termes d'âge et ne tiennent pas compte des enjeux psychologiques ou des préoccupations caractéristiques de chaque étape du développement psychologique. Conséquemment, les

enjeux spécifiques de l'adolescence ne sont pas pris en considération pour comprendre la signification des réactions de l'adolescente au port du corset.

À cette période transitoire de développement, les transformations physiques ont un impact majeur sur l'image corporelle et l'apparence physique fortement investies par l'adolescente et son groupe de pairs. Parallèlement, son milieu culturel exerce une forte influence pour qu'elle se conforme à des normes de beauté corporelle ou à l'idéal de minceur corporelle véhiculé par le milieu familial et les médias. Toutefois, l'adolescente constate l'écart qui existe entre son image corporelle réelle et l'idéal proposé par son milieu culturel, ce qui contribue à l'émergence d'une insatisfaction concernant son image corporelle et son apparence physique. Le jugement négatif qu'elle est susceptible de porter sur elle-même ébranle son estime de soi et remet en question son autonomie, son identité et son concept de soi. Les transformations physiques et les enjeux psychologiques de l'adolescence deviennent donc une préoccupation constante et l'avènement du port du corset s'avère un stress supplémentaire susceptible de les compliquer. L'adolescente est confrontée à l'obligation de recourir à des ressources personnelles et environnementales pour tenter de s'adapter à une situation de crise ou de vie singulière.

Chapitre 3 L'adaptation au port du corset et les défis psychologiques de l'adolescente

Les transformations physiques et psychologiques obligent l'adolescente à des changements dans son équilibre psychologique pour transiger adéquatement avec son environnement. L'accumulation de tracasseries quotidiennes et d'événements majeurs, comme le port du corset, peuvent s'ajouter aux stress développementaux et dépasser les ressources disponibles de l'adolescente et la maintenir dans un état d'inadaptation durable. Elle est alors confrontée à une situation de crise ou de détresse psychologique parce qu'un ou plusieurs «stresseurs» déclenchent « un afflux d'excitations » qui excèdent son seuil de tolérance aux plans physique, psychique et social (Tremblay, 2001).

L'objectif de l'adolescente est donc de retrouver un état d'équilibre qui se caractérise par la présence simultanée de l'adaptation interne (bien-être interne) et l'adaptation externe (bien-être externe) (Tremblay, 2001). La probabilité de conséquences négatives est liée aux facteurs de risque de l'environnement et aux caractéristiques personnelles de l'adolescente (Compass, 2004). Toutefois, ses capacités de résilience peuvent lui permettre de s'adapter positivement à une situation de vie difficile qui a provoqué un état de stress plus ou moins important (Compass, 2004).

Les changements simultanés qui se produisent au cours de l'adolescence confèrent à l'adolescente une plus grande vulnérabilité psychologique (Elder, Xiopia, & Conger,

2001). L'adolescente doit alors utiliser différents types de stratégies pour composer avec le stress provenant de la vie quotidienne et d'événements majeurs comme le port d'un corset. Les stratégies de « coping » évoluent en fonction de l'âge de l'adolescente (William & De Lisi-McGillicuddy, 2000). Selon Frydenberg (2004), la jeune adolescente s'implique davantage dans le travail et les distractions pour échapper à ses problèmes. Elle utilise des stratégies centrées sur les émotions, afin de maîtriser ou réduire un état de détresse appréhendée (William et al., 2000). Ces stratégies se caractérisent par une attitude de retrait, l'évitement de conséquences anticipées et l'expression de sentiments négatifs. Les stratégies centrées sur le problème exigent une prise de décision et la planification de solutions. Ces stratégies issues de la maturation cérébrale et de la pensée abstraite émergent au cours de l'adolescence. Elles visent à recourir à un soutien instrumental ou social et à élaborer des plans afin d'affronter des difficultés (William, 2000). Le recours à des stratégies adaptatives appropriées influence donc les capacités d'adaptation de l'adolescente.

3.1 Les capacités d'adaptation.

Lazarus et Folkmann (1984) proposent un modèle d'évaluation des capacités d'adaptation biopsychosociale d'un individu. Selon ce modèle, différentes situations ou événements peuvent être interprétés comme excédant les ressources (individuelles et environnementales) d'un individu et menaçant son bien-être. Les sources de stress sont alors soumises à trois niveaux d'évaluation (primaire, secondaire, tertiaire) qui auront un impact déterminant sur ses capacités d'adaptation ou, au contraire, déclencheront un état

de détresse biopsychosociale et favoriseront l'apparition d'une psychopathologie. L'évaluation primaire vise à déterminer si le stresser le confronte à une perte, une menace de perte ou à un défi (Dumont, 2006). L'évaluation secondaire lui permet de soupeser ses ressources, afin d'écarter la perte ou la prévenir ou relever le défi. À la suite de ce processus, l'individu réévalue la situation pour constater s'il y a amélioration, détérioration ou changement de situation (Dumont, 2006).

Selon ce modèle, l'adolescente percevra le port du corset comme un stress représentant une perte, une menace de perte ou un défi à surmonter. Elle évaluera alors ses ressources (personnelles et environnementales), afin d'échapper à l'impression de perte liée au port du corset, de prévenir cette perte anticipée ou de tenter de relever le défi auquel la confronte le port du corset. À la suite de ce processus, l'adolescente pourra constater si elle est en mesure d'utiliser des stratégies adaptatives efficaces ou, dans le cas contraire, de sombrer dans un état de détresse biopsychosociale et s'exposer à l'émergence d'une psychopathologie.

La perte, la menace de perte ou le défi à surmonter ressentis par l'adolescente qui porte un corset concernent tout particulièrement les préoccupations spécifiques qui caractérisent les enjeux psychologiques de l'adolescence: l'image corporelle ou l'apparence physique et l'estime de soi concomitante, l'autonomie et la relation avec les pairs et l'acquisition d'un nouveau concept de soi et d'une bonne identité.

Le port du corset s'avère donc un stress majeur cumulatif aux stress liés à l'assumption des transformations physiques et psychologiques, aux événements de la vie et aux tracasseries de la vie quotidienne. L'adolescente devra puiser dans des ressources personnelles et environnementales (familiales et sociales) adéquates, afin de surmonter l'ensemble de ces défis et s'adapter à sa nouvelle réalité physique, psychologique et sociale. Au cours de ce long processus d'adaptation, des signes d'anxiété, des troubles de comportement (agressivité, opposition excessive, manque de « compliance ») et des affects dépressifs témoigneront de ses efforts et de ses difficultés. Cependant, l'apparition d'une psychopathologie mettra en évidence que les exigences d'adaptation excèdent ses capacités personnelles et/ou ses ressources environnementales. L'adolescente sera alors confrontée à une détresse psychologique susceptible de compromettre son développement et d'entraver son bien-être et sa qualité de vie.

L'estime de soi à l'adolescence est une ressource personnelle indéniable (Kernis, 2002), parce qu'elle subit une métamorphose sous l'impact des changements physiques et psychologiques (Greatman & Watson, 2001). En effet, plusieurs auteurs (William & Currie, 2000; Xiaoja et al., 2001; Siegel, 2002) constatent que le déclin de l'estime de soi de la jeune fille en début de l'adolescence est inhérent à la perception négative de son image corporelle.

Les adolescentes âgées de 11 ans qui connaissent une puberté prématurée développent tout particulièrement une faible estime de soi, parce qu'elles sont exposées à des demandes et des exigences sociales pour lesquelles elles ne sont pas

préparées (Dusek & McIntyre, 2003). Ces jeunes adolescentes sont également victimes des taquineries de leurs pairs et des membres de leur famille concernant leurs transformations physiques inopinées. Elles éprouvent alors des difficultés à s'intégrer dans leurs groupes de pairs, ce qui les prédispose à côtoyer des jeunes plus âgés. Conséquemment, elles sont impliquées dans des expériences relationnelles sans posséder la maturité psychologique nécessaire pour les assumer adéquatement. Les jeunes filles pubères âgées entre 13 et 15 ans et celles du même âge qui connaissent un délai de la maturation pubertaire, présentent également une mauvaise estime de soi (Dusek, et al., 2003). Cependant, cette estime de soi négative ne semble pas correspondre spécifiquement au moment de l'apparition de la puberté. Selon Clay et al. (2005), la jeune fille de la mi-adolescence subit plutôt l'influence des normes socioculturelles de minceur corporelle intériorisées.

Dans ce contexte développemental spécifique, la jeune adolescente exposée simultanément au port du corset et aux transformations physiques de la puberté s'avère particulièrement vulnérable au plan psychologique. En effet, l'adolescente qui est déjà confrontée à des problèmes et des tracas de la vie quotidienne éprouve davantage de difficultés à composer avec le stress additionnel lié au port du corset (Shatzinger, Nash Jr, Drotar, & Hall, 1976). Le port du corset représente donc un facteur de risque important. Conséquemment, l'adolescente qui est démunie de ressources personnelles et environnementales s'expose à la perte d'une estime de soi inhérente aux préoccupations de son image corporelle.

3.1.1 *L'estime de soi.*

Elle repose sur l'appréciation globale de sa valeur personnelle (Kernis, 2002). Un nombre impressionnant de phénomènes psychologiques positifs et négatifs sont associés à l'estime de soi. Une estime de soi élevée favorise l'utilisation de stratégies positives de « coping », rehausse la motivation et contribue à l'émergence d'un état émotionnel positif (Harter, 1990). En revanche, une faible estime de soi augmente le risque de désordres émotionnels et de perturbations de comportement tels que l'anxiété, les troubles d'alimentation, le manque de motivation. Une faible estime de soi est surtout associée à la dépression, tandis qu'une estime de soi élevée est un facteur de protection contre la dépression (Harter, 1990).

Les sentiments qu'un individu entretient à l'égard de sa valeur personnelle peuvent être explicites ou conscients et implicites ou inconscients (Kernis, 2002). Ces sentiments conscients et inconscients de sa valeur personnelle s'avèrent congruents ou contradictoires. L'estime de soi de l'adolescente qui porte un corset présente une fragilité, lorsqu'elle résulte de la contradiction entre l'estime de soi consciente élevée et une estime de soi inconsciente faible. Cette adolescente adopte alors une attitude défensive et des stratégies visant à rehausser son image personnelle, en l'absence de toute menace. Son estime de soi nécessite continuellement d'être validée à travers les activités de la vie quotidienne pour trouver satisfaction (Harter, 1990).

Selon Harter (1999), il s'agit d'une estime de soi contingente reflétant la faible estime de soi des adolescentes dont la valeur personnelle est déterminée par l'apparence physique. Ces adolescentes ne sont pas satisfaites de leur apparence physique et entretiennent une faible estime de soi qui dépend de l'approbation et de l'opinion d'autrui. Elles ont tendance à présenter plus d'affects dépressifs que les adolescentes dont l'estime de soi ne repose pas sur des jugements liés à l'apparence physique.

L'estime de soi est intimement associée à la dépression. En début d'adolescence et à la mi-adolescence, l'incidence d'un épisode dépressif augmente (Petersen et al., 1991). Cette incidence est plus importante chez les filles et semble inhérente à la nature de défis qu'elles doivent surmonter par rapport aux garçons. Cependant, lors du passage de l'école primaire à l'école secondaire, ils sont autant exposés que les filles à la dépression (Cloutier & Drapeau, 2008). L'adolescente est toutefois confrontée plus tôt que ses congénères masculins à la puberté. Elle est également davantage perturbée psychologiquement par les transformations de son image corporelle, parce qu'elle ne correspond pas aux normes culturelles de son milieu familial et social (Petersen et al., 2001). Conséquemment, les adolescentes qui n'apprécient pas leur image corporelle présentent une humeur dépressive. Cette humeur est néanmoins susceptible de se dissiper à la suite de changements physiques améliorant la satisfaction de son image corporelle (Siegel, 2002).

Les jeunes adolescentes ayant une scoliose idiopathique accordent une plus grande importance à leur apparence physique que les autres adolescentes (Fitzwater-Liskley, Moore, & Gurel, 1993). Toutefois, elles peuvent difficilement modifier leur image corporelle et tentent même de la camoufler sous leurs vêtements (Fitzwater-Liskley et al., 1993). Conséquemment, le port du corset altère l'image de soi de l'adolescente et, par rapport à ses pairs, l'expose à un risque accru de développer des symptômes dépressifs. Ces risques s'intensifient lorsqu'ils s'ajoutent aux effets négatifs des tracas de la vie quotidienne et d'événements majeurs (Hee-og, 2000). Le soutien parental semble alors indispensable, parce que son effet modérateur est plus important que le soutien de ses pairs (Hee-og, 2000).

En somme, l'image corporelle de l'adolescente joue un rôle important sur son estime de soi fortement ébranlée par les changements pubertaires. Le port du corset modifie négativement l'image corporelle de l'adolescente et, conséquemment, nécessite un effort accru d'adaptation qui se manifeste également dans ses relations avec ses pairs.

3.1.2 Relations avec les pairs

Le port du corset oblige l'adolescente à dépendre de ses parents pour de nombreuses consultations médicales, ce qui freine son élan dans l'acquisition de son autonomie (Donnelly et al., 2004). Il lui impose également des restrictions physiques l'empêchant de s'adonner librement à des activités sportives qui la mettent en contact avec son groupe de pairs (Andersen et al., 2002). Outre le détachement des liens affectifs

infantiles avec le milieu familial, le groupe de pairs contribue à la construction d'une nouvelle identité, au rehaussement et au maintien de l'estime de soi de l'adolescente (Schutz & Paxton, 2007). Cependant, l'acceptation par le groupe des pairs est régie par un conformisme basé sur des normes de langage, d'apparence physique et vestimentaire (Cloutier & Drapeau, 2008).

À l'adolescence, l'apparence physique représente un facteur important d'acceptation par les pairs. La jeune adolescente accorde une grande importance à son apparence physique, parce que les transformations de son image corporelle l'exposent aux nombreuses influences de son milieu culturel. Les relations avec la famille et les pairs et les messages médiatiques lui reflètent constamment l'idéal de l'image de minceur corporelle qui ne correspond pas à son image corporelle réelle. La jeune adolescente développe alors une perception négative et une insatisfaction à l'égard de son image corporelle, ce qui contribue au déclin de son estime de soi (Polee-Lynch, Myers, Kliever, & Kilmartin, 2001). Tout comme ses pairs, elle devient très préoccupée par son apparence physique et elle est susceptible de subir leurs commentaires et leurs critiques. Dorénavant, l'apparence physique apparaît une norme sociale intériorisée soumise à l'acceptation et à l'approbation de ses pairs.

Au moment où l'apparence physique est fortement investie, le port du corset complique les efforts consentis par l'adolescente pour se faire accepter par ses pairs. Il s'avère donc un facteur de risque qui l'expose à la menace de rejet. L'adolescente

confrontée à cette crainte tente de camoufler le corset sous ses vêtements et d'entretenir une stricte confidentialité concernant le traitement de sa scoliose (Andersen et al., 2002). Certaines d'entre elles succombent à l'anxiété et réduisent leurs activités sociales (Andersen et al., 2002; Eliason et al., 1984). L'adolescente comprend que ses relations amicales sont dorénavant subordonnées à l'acceptation de son apparence physique et conséquemment, à une image corporelle positive (Shutz et al., 2007). Ses préoccupations à l'égard de ses relations avec ses pairs intensifient alors son insatisfaction concernant son image corporelle (Shutz et al., 2007), et la menace de rejet par ses pairs jette un doute sur sa valeur personnelle. Ce processus favorise une association entre son apparence physique et son estime de soi (Polce-Lynch et al., 2001). Dorénavant, ces différentes influences provenant des pairs contribuent à l'évaluation que l'adolescente fait d'elle-même. L'influence des médias précarise davantage son estime de soi, en lui imposant des attentes irréalistes concernant son image corporelle. Ces multiples influences socioculturelles sur son apparence physique particulière (corset) exercent une pression qui se manifeste par la crainte d'être victime de ses pairs (Shutz et al., 2007).

Certaines adolescentes ayant un corset sont parfois victimes de harcèlement (Andersen et al., 2002). Selon Woods, Done, & Hardeep (2009), toute caractéristique personnelle inhabituelle ou différente dans l'apparence physique s'avère un facteur de vulnérabilité. Tout comme la maturité physique ou pubertaire précoce, le port du corset a un impact visible sur l'apparence physique (Compian, Gowen, & Hayward, 2009; Noonan, Dolan, Jacobson, & Weinstein, 1997). Conséquemment, les adolescentes portant

un corset présentent parfois de l'anxiété et de l'insécurité sociale (Shutz et al., 2007). Elles sont plus sensibles aux normes socioculturelles inhérentes à l'apparence physique (Striegel-Moore, Silberstein, & Rodin, (1993). L'insécurité et l'anxiété sociales liées à la crainte d'être jugée négativement par les pairs sont des facteurs importants à considérer dans le manque de collaboration au corset. Cette insécurité incite l'adolescente à camoufler le corset sous ses vêtements ou à refuser de le porter (Liskley- Fitwater et al., 1993; Nicholson et al., 2003). Son attitude est interprétée comme un manque d'intérêt à l'égard de toute interaction sociale, d'où le peu d'attention et la négligence de ses pairs à son endroit (Dykas, Yair Ziv, & Cassidy, 2008). Cette jeune adolescente confrontée à l'isolement est à risque de développer des troubles psychologiques inhérents à l'estime de soi et à l'image de soi, comme la dépression (Woods et al., 2009) Toutefois, l'insécurité de l'adolescente dans ses relations sociales n'est pas uniquement liée à l'apparence physique. Selon Dykas et al. (2008), l'adolescente entretient une représentation mentale du lien d'attachement qu'elle a développé avec les membres de sa famille dans son milieu familial. Cette représentation mentale du lien familial se consolide à l'adolescence et se généralise à toutes ses relations sociales.

Certaines adolescentes ont psychiquement développé un lien d'attachement d'insécurité qui intervient négativement dans les relations avec les pairs. Ces adolescentes sont davantage victimes de leurs pairs et éprouvent plus de difficultés à se faire accepter par eux, parce que leur insécurité amenuise leur compétence sociale (Dykas et al., 2008). La représentation interne d'un attachement d'insécurité influence donc la

qualité de la relation de l'adolescente avec ses pairs. De plus, la maturité physique ou pubertaire précoce, l'apparence physique et le lien d'attachement d'insécurité constituent des facteurs de risque susceptibles de compliquer la qualité des relations avec les pairs (Dykas et al., 2008). Ce sont autant de facteurs de risque qui favorisent la victimisation et compromettent l'acceptation par les pairs. Ces différentes sources de risque compromettent l'adaptation de l'adolescente ayant un corset.

3.2 Le trouble de l'adaptation

Il est probable que la vulnérabilité de l'adolescente ayant un corset s'accroisse en fonction des facteurs de risque et de la disponibilité des ressources personnelles et environnementales. Son adaptation au port du corset dépend alors de l'interaction positive de ces différents éléments que sont les facteurs de risque et les ressources disponibles.

L'adolescence est une période développementale particulièrement exigeante, parce qu'elle impose des changements majeurs aux plans physique et psychologique. L'adaptation à ces changements par l'adolescente nécessite un bon équilibre psychologique déterminé par les étapes antérieures de son développement et la qualité des relations de soutien dans son milieu familial et social. Certaines adolescentes ne bénéficient pas de ressources personnelles et environnementales appropriées, ce qui contribue à l'émergence d'une vulnérabilité face aux stress simultanés des changements inhérents à l'adolescence et au port du corset.

Compass (2004) définit le stress à l'adolescence comme la présence d'une condition chronique provenant de l'environnement et menaçant objectivement la santé physique et/ou mentale (le bien-être) d'un adolescent d'un âge spécifique dans une société spécifique. Le port du corset à l'adolescence représente une condition chronique qui menace la résolution des enjeux psychologiques de l'adolescente et, par conséquent, sa santé psychologique. Le port du corset peut menacer le bien-être de l'adolescente sans toutefois provoquer un impact négatif. L'issue de la menace peut s'avérer positive et expliquer le phénomène de résilience (Compass, 2004). Il existe donc une relation spécifique entre un agent stressor particulier (port du corset, rejet par les pairs, etc.) via un processus médiateur (mécanismes de « coping », ressources personnelles et environnementales) dans un contexte d'une variable modératrice particulière (adolescence) pour expliquer l'adaptation et l'inadaptation ou l'étiologie d'une psychopathologie (Compass, 2004). Conséquemment, l'adolescente qui porte un corset et qui possède de bonnes ressources personnelles et environnementales parviendra plus facilement à s'adapter à sa condition chronique dans le contexte des enjeux psychologiques. Cependant, l'absence de ressources personnelles et environnementales appropriées est susceptible de compromettre son adaptation au port du corset. Le trouble de l'adaptation se manifestera par des difficultés à assumer et à résoudre les enjeux psychologiques spécifiques de l'adolescence comme l'autonomie, les transformations corporelles, l'acceptation par les pairs, la redéfinition d'un concept de soi et l'élaboration d'une nouvelle identité. Le stress inhérent au port du corset peut également contribuer à

ébranler et à rompre un équilibre psychologique déjà fragile au moment de l'adolescence et favoriser l'élaboration d'une psychopathologie. Un modèle de compréhension clinique est donc susceptible d'intégrer ces notions et de mieux faire comprendre les multiples facettes des efforts d'adaptation de l'adolescente ayant un corset.

3.2.1 Modèle de compréhension clinique

La Figure 1 indique le processus par lequel l'adolescente réussit à s'adapter au port du corset. L'interaction entre le port du corset et les caractéristiques de sa personnalité déterminent la qualité de ses réactions de stress inhérentes au port du corset qui, s'avérant adéquates, lui permettent d'utiliser des mécanismes de « coping » favorisant son adaptation au port du corset. Si ses ressources personnelles et environnementales s'avèrent toutefois inadéquates, l'adolescente ne sera pas en mesure de surmonter l'intensité du stress déclenché par le port du corset. Elle est susceptible d'être alors submergée par l'ampleur du stress provoqué par le port du corset et ne parviendra pas à s'y adapter.

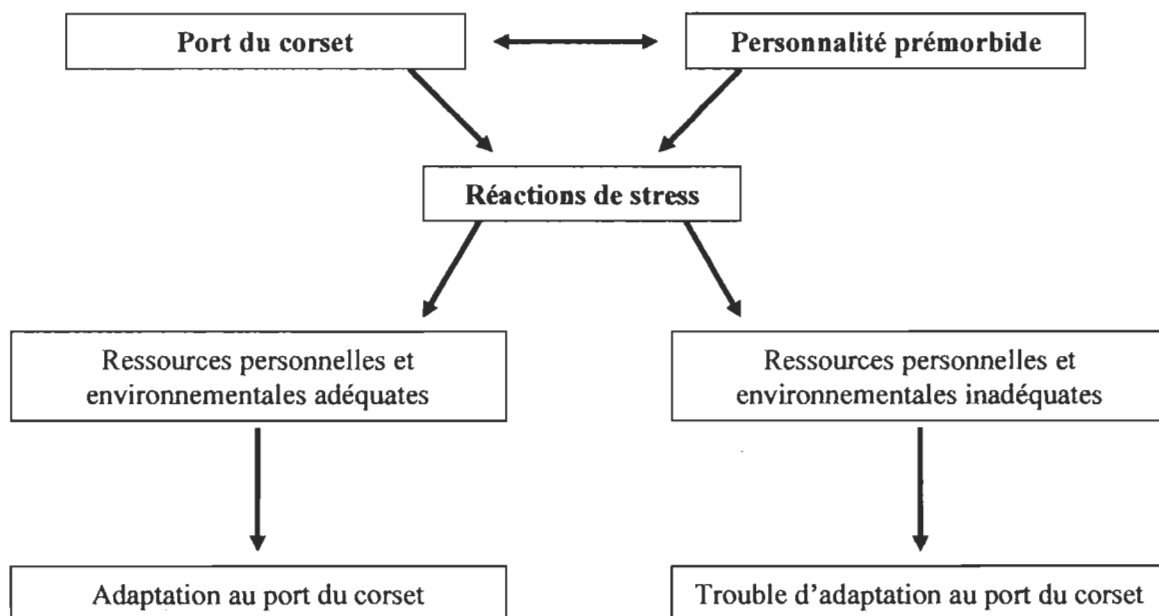


Figure 1. Processus d'adaptation au port du corset

La Figure 2 montre de façon plus détaillée les différentes étapes de l'implantation progressive du trouble de l'adaptation au port du corset. Les caractéristiques de la personnalité de l'adolescente interagissent avec les changements pubertaires auxquels elle est confrontée. Les changements pubertaires (transformations physiques, psychologiques et sociales) interagissent à leur tour avec l'avènement du port du corset. Il en résulte des perturbations de l'image corporelle, une insatisfaction de l'apparence physique et une atteinte des différents enjeux psychologiques et sociaux qui provoquent des réactions de stress. L'adolescente doit alors évaluer la disponibilité et la qualité de ses ressources personnelles qui s'avèrent inadéquates pour surmonter l'épreuve du port du corset et s'y adapter. Les manifestations les plus probantes de ses difficultés d'adaptation sont liées à ses préoccupations spécifiques concernant les changements pubertaires et les enjeux psychologiques et sociaux concomitants et propres à l'adolescence.

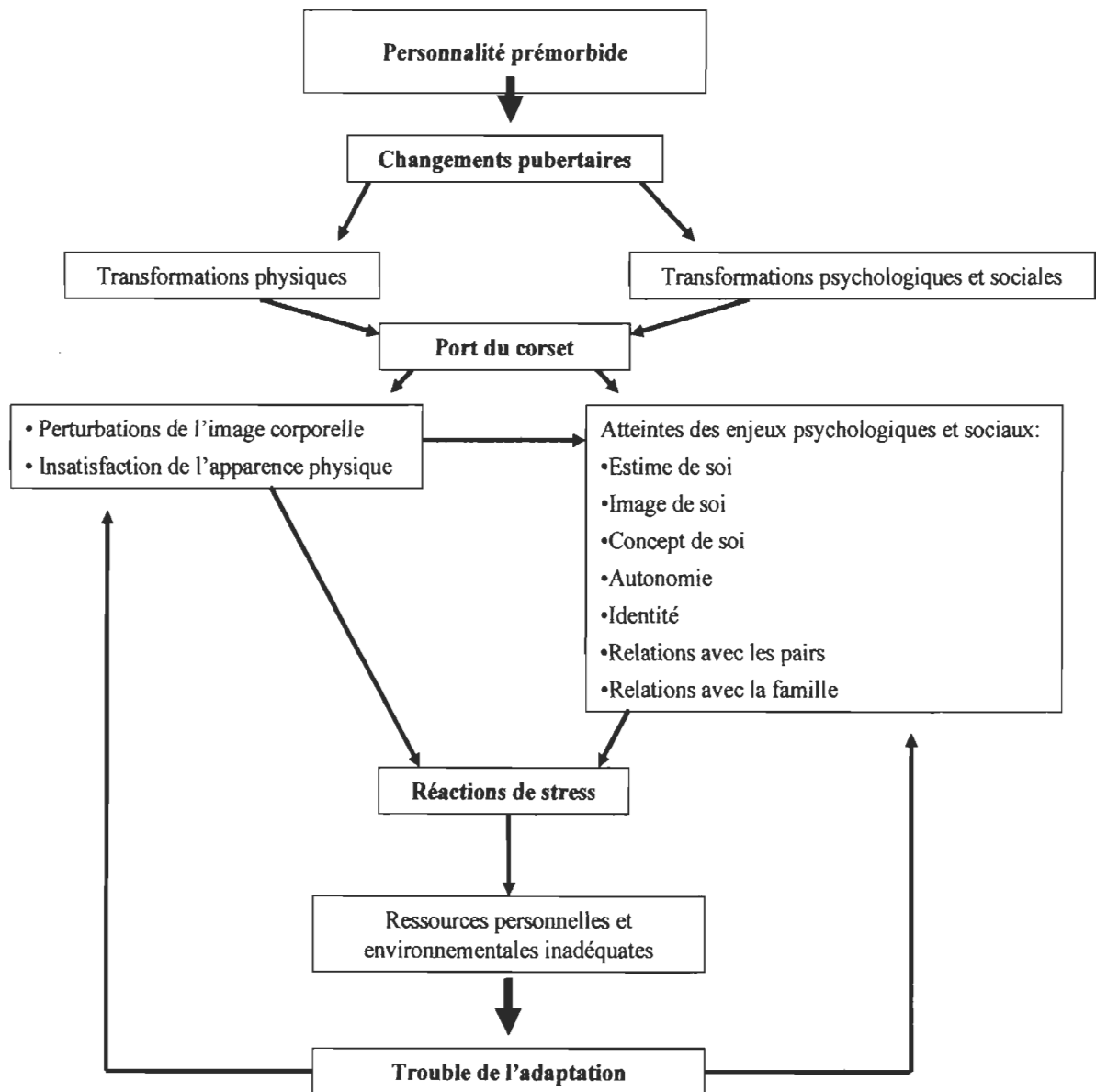


Figure 2. Trouble de l'adaptation au port du corset

Conséquemment, l'adolescente se montre particulièrement perturbée par son image corporelle et insatisfaite de son apparence physique. Ces perturbations portent atteintes aux enjeux psychologiques et sociaux qui caractérisent l'adolescence : perte de

l'estime de soi, pauvre image de soi, concept de soi négatif, difficultés dans l'acquisition de l'autonomie, problème d'identité et d'acceptation par les pairs. L'équilibre psychologique de l'adolescente se fragilise et nécessite une évaluation de son fonctionnement psychologique et social.

Le psychologue clinicien doit d'abord évaluer la nature et l'ampleur des difficultés d'adaptation de l'adolescente et ne pas hésiter à s'appuyer sur des informations objectives. À cette fin, nous avons mis en Appendice une liste d'instruments standardisés. L'utilisation d'instruments standardisés a comme objectif principal de tracer un portrait aussi complet que possible des difficultés psychologiques et sociales qui résultent de l'impact au port du corset. Ce portrait est susceptible d'orienter le psychologue clinicien dans les interventions psychologiques et sociales à privilégier, afin d'aider l'adolescente à retrouver un équilibre psychologique et social fonctionnel et une meilleure qualité de vie. Lorsque le trouble de l'adaptation n'a pas rompu l'équilibre psychologique de la jeune adolescente ayant un corset (Figure 2), le trouble de l'adaptation est susceptible de se manifester dans des préoccupations excessives et constantes concernant l'image corporelle et l'apparence physique. Ses préoccupations portent atteintes à la qualité des relations avec les pairs et, parfois, avec les membres de sa famille. L'adolescente est confrontée au rejet, à l'isolement social et elle est privée d'expériences relationnelles qui contribuent à la redéfinition d'un nouveau concept de soi et d'une nouvelle identité. Ses difficultés relationnelles lui renvoient une image de soi négative et son estime de soi s'en trouve appauvrie. L'adolescente a alors tendance à perdre confiance en elle, se replie sur

elle-même et hésite à prendre des initiatives. Le développement de son autonomie personnelle est compromis et favorise le maintien de relations de dépendance avec le milieu familial.

L'évaluation psychologique peut alors mettre en évidence l'ampleur des perturbations de l'image corporelle et l'insatisfaction de l'apparence physique et ses conséquences sur les enjeux psychologiques spécifiques à l'adolescence (Figure 3). L'intervention psychologique est alors susceptible de s'adresser à ces aspects perturbateurs particuliers (image corporelle, apparence physique) qui atténuent ses ressources personnelles. Parallèlement, l'intervention doit s'étendre à l'environnement social et familial de l'adolescente pour, d'une part, juguler la victimisation dans le milieu scolaire et, d'autre part, mobiliser le milieu familial à des fins de soutien psychologique (Figure 3). Les ressources personnelles de l'adolescente doivent donc s'accroître au rythme de ses ressources environnementales, afin de retrouver une stabilité entre l'équilibre interne et externe ou l'adaptation. Cependant, l'interaction entre la vulnérabilité psychologique et l'absence de ressources environnementales peut empêcher l'adolescente d'assumer l'impact des réactions de stress inhérentes au port du corset. Son équilibre interne est alors rompu et des manifestations apparaissent sous la forme d'une psychopathologie (Figure 3). S'il y a menace de perte, le danger ressenti par l'adolescente déclenche des troubles d'anxiété, tandis que l'impression de perte, particulièrement d'une image de soi et d'estime de soi positive, favorise l'éclosion d'un

état dépressif. L'objectif principal de l'intervention psychologique est de rétablir l'équilibre interne de l'adolescente.

3.2.2 Pistes d'interventions.

Il est possible d'entreprendre une intervention psychologique, lorsque l'adolescente possède suffisamment de ressources personnelles. Elle vise à modifier la perception négative de son image corporelle et à la rendre consciente des facteurs externes qui influencent négativement la perception de son apparence physique (Figure 3). Stewart (2004) propose une approche thérapeutique pour traiter les troubles de l'image corporelle en s'inspirant des notions de la thérapie cognitivo-comportementale et de techniques de méditation. Il s'agit d'initier l'adolescente à différentes techniques d'auto-observation (« mindfulness ») s'adressant aux processus corporels, aux pensées, aux émotions, aux comportements et à l'état d'esprit. L'objectif principal de ce traitement est de développer graduellement la compassion envers soi-même et l'acceptation de soi. L'intervention psycho-éducatrice inhérente favorise plutôt la réflexion critique de l'adolescente sur les critères de beauté véhiculés dans la société qui ont un effet pervers sur l'appréciation négative de son apparence physique. Cependant, l'adolescente dont l'équilibre psychologique est rompu (par manque de ressources personnelles et environnementales) présente des manifestations psychopathologiques de la dépression majeure et des troubles anxieux. La thérapie cognitivo-comportementale s'avère alors une approche utile, parce qu'elle vise à modifier les pensées négatives qui entretiennent l'anxiété et la dépression (Figure 3). Les pensées gravitent autour de thèmes inhérents à

l'intégrité corporelle, le rejet, l'estime de soi et l'image de soi négative. La thérapie de soutien s'adresse à l'adolescente qui maintient un bon équilibre psychologique, mais dont les enjeux psychologiques sont menacés (Figure 3). Elle vise à aider l'adolescente à développer l'autonomie, une bonne identité et à améliorer ses relations avec ses pairs et son milieu familial.

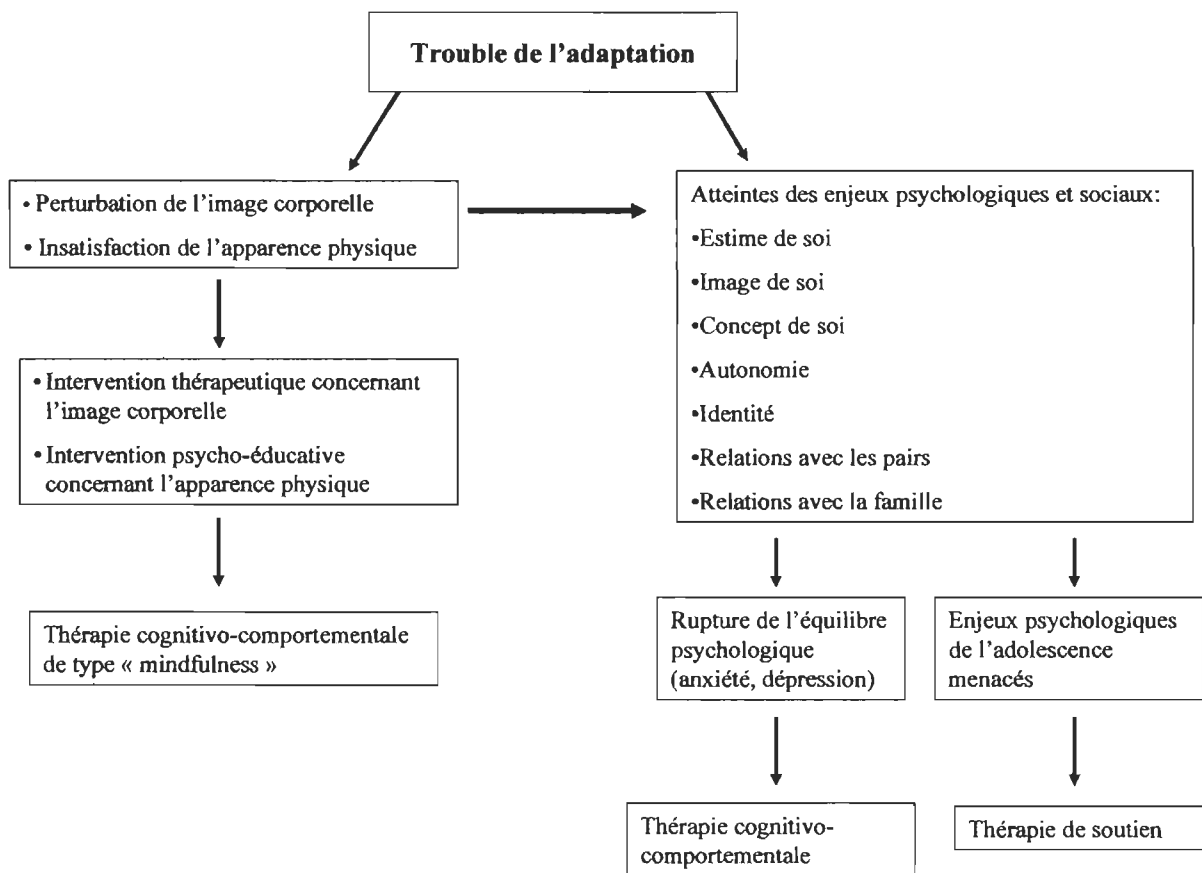


Figure 3. Pistes d'interventions thérapeutiques

En résumé

Le port du corset représente pour l'adolescente un stress supplémentaire qui s'ajoute à ceux du développement et aux tracasseries de la vie quotidienne. Selon le modèle proposé par Lazarus et Folkmann (1984), l'adolescente perçoit le port du corset comme un stress inhérent à une perte, une menace de perte ou un défi à surmonter. Elle doit mobiliser ses ressources (personnelles et environnementales), particulièrement une bonne estime de soi, pour tenter de prévenir cette perte, y échapper ou la surmonter.

Un modèle de compréhension clinique du trouble de l'adaptation au port du corset chez l'adolescente est proposé et s'appuie sur l'interaction entre les connaissances aux plans physique, psychologique et social inhérentes aux changements pubertaires, les préoccupations spécifiques des enjeux psychologiques à l'adolescence et le modèle de Lazarus et Folkmann (1984) sur les réactions d'adaptation au stress. Il met en évidence les caractéristiques de personnalité et les ressources personnelles et environnementales de l'adolescente et déterminent ses capacités d'adaptation au port du corset. Ses réactions sont alors teintées des préoccupations spécifiques concernant l'image corporelle et l'apparence physique issues des changements pubertaires et des enjeux psychologiques propres à l'adolescence. Des ressources personnelles et environnementales adéquates favorisent son adaptation au port du corset, tandis qu'une carence contribue plutôt à l'apparition d'un cours psychopathologique. L'intervention psychothérapeutique appropriée est alors fonction de la nature et du type de perturbations psychologiques ou sociales sur l'équilibre psychologique de l'adolescente.

Conclusion

Une polémique sur la présence ou non de réactions psychologiques et sociales au port du corset chez l'adolescente persiste depuis plusieurs années. Une faible importance est accordée aux enjeux psychologiques propres à l'adolescence, à la disponibilité des ressources personnelles et environnementales et à l'équilibre psychologique spécifique à chaque adolescente. La compréhension de la dynamique psychologique de l'adolescente inhérente aux changements pubertaires, ainsi que ses manifestations cliniques ne sont pas prises en considération pour comprendre ses réactions au port du corset. L'équilibre psychologique ou la vulnérabilité existante, le phénomène du stress et les ressources individuelles ne sont également pas considérés pour déterminer les capacités d'adaptation spécifique de l'adolescente, expliquer son inadaptation ou sa détresse psychologique face au port du corset. La personnalité pré-morbide doit donc être considérée dans l'évaluation du trouble de l'adaptation au port du corset de la jeune adolescente. Cette dernière aura tendance à interpréter le corset en fonction de ses difficultés personnelles ou de la personnalité qui caractérise son équilibre et son fonctionnement psychologique (un danger, une perte, une agression). Conséquemment, l'intérêt morcelé des chercheurs à l'égard de ces différents facteurs dynamiques et développementaux nuit à l'élaboration d'un modèle de compréhension clinique de l'impact psychologique au port du corset chez l'adolescente.

L'originalité de cet essai réside dans la prise en considération de l'interaction des facteurs dynamiques (ressources individuelles et environnementales) et développementaux (enjeux psychologiques de l'adolescence) et les réactions au stress. Cette compréhension clinique se veut une tentative de suppléer à cette carence et de jeter les bases théoriques d'une compréhension clinique des réactions psychologiques de la jeune adolescente au port du corset. Certaines recommandations découlent de cette compréhension clinique.

Premièrement, nous proposons d'évaluer de façon objective la compréhension clinique du trouble de l'adaptation au port du corset en utilisant un ensemble de tests et de questionnaires cliniques standardisés. À cette fin, nous proposons en Appendice une série de tests et de questionnaires cliniques standardisés qui s'adressent aux différents facteurs psychologiques et sociaux impliqués dans la problématique d'adaptation de la jeune adolescente au port du corset.

Deuxièmement, nous suggérons que les échantillons tiennent compte des enjeux psychologiques des adolescentes pour assurer une homogénéité des réactions psychologiques au port du corset. Pour ce faire, nous conseillons de former un groupe distinct d'adolescentes de 11-12 ans et de 13-15 ans, afin d'éviter de confondre des résultats qui découlent de préoccupations psychologiques et sociales et d'intérêts différents. En effet, la jeune préadolescente est surtout préoccupée par les changements corporels inhérents à la puberté qui remettent en question son identité et, conséquemment

sa relation avec ses parents et ses relations sociales (Sklansky, 1989). L'adolescente de 13-15 ans a acquis plus de sécurité concernant ses changements corporels et adhère à une nouvelle structure sociale par l'intermédiaire du groupe de pairs qui lui reflètent sa nouvelle image corporelle. Elle est préoccupée par le pouvoir d'attraction (et l'acceptation) de cette nouvelle image corporelle qui l'anime à l'égard de son environnement social (Kaplan, 1989).

Troisièmement, nous insistons sur l'importance de tenir compte de l'image corporelle de la jeune adolescente lors du choix, de la fabrication et de l'ajustement du corset. Celui qui, à efficacité égale, présente le moins d'inconvénients esthétiques devrait s'avérer un critère primordial à privilégier. Ce critère devrait également faire l'objet d'études ultérieures concernant l'impact du type de corset utilisé.

Quatrièmement, nous recommandons de considérer les pistes d'intervention élaborées dans notre travail et fondées sur l'approche cognitivo-comportementale concernant le traitement du trouble de l'adaptation au port du corset. Cette approche permet d'aborder la structure de pensées inhérentes à une image corporelle négative et à l'insatisfaction de l'apparence physique, ainsi que les thèmes liés aux préoccupations des enjeux psychologiques spécifiques de l'adolescence. Elle propose également un traitement psychologique de la dépression et des troubles anxieux qui ont amplement fait leurs preuves. L'approche par résolution de problèmes et le counseling parental s'avèrent aussi une thérapie de soutien utile.

Références

- Adams, R. E., & Bukowski, W. M. (2008). Peer victimization as a predictor of depression and body mass index in obese and non-obese adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(8), 858-866.
- Andersen, M., Andersen, G. R., Thomsen, K., & Christensen, S. B. (2002). Early weaning might reduce the psychological strain of boston bracing: a study of 136 patients with adolescent idiopathic scoliosis at 3.5 years after termination of brace treatment. *Journal of Pediatric Orthopaedics, part B* 11(2), 96-99.
- Anderson, F. J. (1982). Self-concept and coping in adolescent with a physical disability. *Issue in Mental Nursing*, 4, 57-74.
- Asher, S. R., Hymel, S., & Renshaw, P. D. (1984). Loneliness in children. *Child Development*, 55, 1456-1464.
- Asher, S. R., Rose, A. J., & Gabriel, S. W. (2001). Peer rejection in everyday life. Dans M. R. Leary (Éds.), *Interpersonal rejection* (pp. 105-142). New-York: Oxford University Press.
- Asher, M., Lai, S.M., Burton, D., & Manna, B. (2004). The influence of spine and trunk deformity on preoperative idiopathic scoliosis patients' health-related quality of life questionnaire responses. *Spine*, 29(8), 861-868.
- Azmitia, M. (2002). Self, self-esteem, conflicts, and best friends in early adolescence. Dans T. M. Brinthaup, & R. P. Lipka (Éds.), *Understanding early adolescent self and identity: applications and interventions* (pp.168-191). Albany: University of New-York Press.
- Bee, H., & Boyd, D. (2008). Les âges de la vie: psychologie du développement humain. Québec : Éditions du nouveau pédagogique inc.
- Bengtsson, G., Fallstrom, K., & Jouson, B. (1974). A psychological and psychiatric investigation of the adjustment of female scoliosis patients. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 50, 5-9.
- Brooks-Gunn, J. (2002). How stressful is the transition to adolescent for girls? Dans T. M. Brinthaup, & R. P. Lipka (Éds.), *Understanding early adolescent self and identity: applications and interventions* (pp. 131-149). Albany: University of New-York Press.

- Cheung, J., Sluiter, W.J., Veldhuizen, A.G., Cool, J.C., & Van Horn, J.R. (2002). Perception of vertical and horizontal orientation in children with scoliosis. *Journal of Orthopaedic Research*, 20, 416-420.
- Clay, D., Vignoles, V. L., & Dittmar, H. (2005). Body image and self-esteem among adolescent girls: testing the influence of sociocultural factors. *Journal of Research on Adolescence*, 15(4), 451-477.
- Clayson, D., Luz-Alterman, S., Cataletto, M.M., & Levine, M.P. (1987). Long-term psychological sequelae of surgically versus nonsurgically treated scoliosis. *Spine* 12, 983-986
- Clement, U., & Lowe, B. (1996). Body image questionnaire manual. Göttingen: Hogrefe.
- Climent, J. M., & Sanchez, J. (1999). Impact of the type of brace on the quality of life of adolescents with spine deformities. *Spine*, 24(18), 1903-1908.
- Cloutier, R., & Drapeau, S. (2008). Psychologie de l'adolescent (3e éd). Montréal : Gaétan-Morin.
- Compass, B. E. (1987). Coping with stress during childhood and adolescence. *Psychological Bulletin*, 101, 393-403.
- Compass, B. E., Orosan, P.G., & Grant, K.E. (1993). Adolescent stress and coping: Implications of psychopathology during adolescence. *Journal of Adolescence*, 16, 331-349.
- Compass, B. E. (2004). Processus of risk and resilience during adolescence. Dans R. M. Lerner, & L. Steinberg (Éds.), *Handbook of adolescent psychology* (pp. 263-291). New-Jersey: John Wiley & Sons, inc.
- Compian, L. J., Gowen, L. K., & Hayward, C., (2009). The interactive effects of puberty and peer victimization on weight concerns and depression symptoms among early adolescent girls. *Journal of Early adolescence*, 29(3), 357-375.
- Danielsson, A. J., Wiklund, I., Pehrsson, K., & Nachemson, A.L. (2001). Health-related quality of life in patients with adolescent idiopathic scoliosis: A matched follow-up at least 20 years after treatment with brace or surgery. *European Spine Journal*, 10, 278-288.
- Dolan, L. A., Donnelly, M.J., Spratt, K.E., & Weinstein, S.L. (2007). Professional opinion concerning the effectiveness of bracing relative to observation in adolescent idiopathic scoliosis. *Journal of Pediatric Orthopaedics*, 27(3), 270-276.

- Domenech, J., Tormos, J.M., Barrios, C., & Leone, A.P. (2010). Motor cortical hyperexcitability in idiopathic scoliosis: could focal dystonia be a subclinical etiological factor? *European Spine Journal*, 19: 223-230.
- Donnelly, M. J. (1995). Depression among adolescents in Northern Ireland. *Adolescence*, 30, 339-350.
- Donnelly, M. J., Dolan, L.A., Grande, L., & Weinstein, S.L. (2004). Patient and parent perspectives on treatment for adolescent idiopathic scoliosis. *The Iowa Orthopaedic Journal*, 24, 76-83.
- Drench, E. M. (1994). Changes in body image secondary to disease and injury *Rehabilitation Nursing*, 19(1), 31-36.
- Dumont, M., & Potvin, P. (2006). Gestion du stress. Dans L. Massé, N. Desbiens & C. Lanaris (Éds.), *Les troubles du comportement à l'école: prévention, évaluation et intervention* (pp. 241-252). Montréal : Gaétan-Morin.
- Dumont, M., & Leclerc, D. (2007). Chronicité du stress, adaptation psychosociale et résultats scolaires des adolescents. *Revue francophone du Stress et du Trauma*, 7(3), 173-182.
- Dusek, B. J., & McIntyre, J. G. (2003). Self-concept and self-esteem development. Dans G. R. Adams, & M. D. Berzonski (Éds.), *Blackwell handbook of adolescence* (pp. 291-309). New-York: Blackwell Publishing ltd.
- Dykas, J. M., Yair, Z., & Cassidy, J. (2008). Attachment and peer relations in adolescence. *Attachment & Human Development*, 10(2), 123-141.
- Elder Jr, H. G., Xiojia, G. & Conger, R.D. (2001). Pubertal transition, stressfull life events, and the emergence of gender differences in adolescent depressive symptoms. *Developmental Psychology*, 37(4), 404-417.
- Eliason, M. J., Richman, C., & Lynn, C. (1984). Psychological effects of idiopathic adolescent scoliosis. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 5(4), 34-41.
- Fallon, A. (1990). Culture in the mirror: sociocultural determinants of body-image. Dans T.F.Cash, & T. Pruzinsky (Éds), *Body-image: development, deviance, and change* (pp. 81-109). New-York: Guilford Press.
- Fallstrom, K., Cochran, T., & Nachemson, A.L.F. (1986). Long-term effects on personality development in patients with adolescent idiopathic scoliosis. Influence of type of treatment. *Spine* 11(7), 756-758.

- Fine, S., Haley, G., Gilerest, M., & Forth, A. (1993). Self-image as a predictor of outcome in adolescent major depressive disorder. *Journal of Child Psychology Psychiatry, 34*, 1399-1402.
- Finkenauer, C., Rutger, C., Engels, M. E, Meeus, W., & Oosterwegel, A. (2002). Self and identity in early adolescence: the pains and gains of knowing who and what you are. Dans T.M. Brinthaupt, & R. P. Linka (Éds.), *Understanding early adolescent self and identity: applications and interventions* (pp.26-56). Albany: University of New-York Press.
- Fox, F. E., Rumsey, N., & Morris, M. (2007). Ur skin is the thing that everyone sees and you cant change it !: Exploring the appearance-related concerns of young people with psoriasis. *Developmental Neurehabilitation, 10*(2), 133-141.
- Fortin, C. (2003). *Étude tridimensionnelle de la marche chez des sujets ayant une scoliose idiopathique*. Mémoire de maîtrise, Université de Montréal.
- Frydenberg, E. (2004). *Thriving, surviving, or going under: coping with everyday lives*. Connecticut : Information Age Publishing.
- Furman, W., & Buhrmester, D. (1985). Children's perceptions of the personal relations in their social networks. *Developmental Psychology, 21*, 1016-1024.
- Goldberg , M. S., Mayo, N.E., Poitras, B., Scott, S., & Hanley, J. (1994). The Ste- Justine adolescent idiopathic scoliosis cohort study. *Spine, 19*(14), 1562-1572.
- Gottlieb, B. H. (1991). Social support in adolescence. Dans M. E. Colten, & S.Gore (Éds.), *Adolescent stress: causes ans consequences* (pp. 281-305). New-York : Walter de Grueter inc.
- Gratz, R. R., & Papalia-Findlay, D. (1984). Psychosocial adaptation to wearing the Milwaukee brace for scoliosis. *Journal of Adolescent Health Care, 5* (4), 237-242.
- Guillaumat, M., Lebard, J.P., Khouri, N., & Tassin, J.L. (1991). Scoliose idiopathique en période de croissance. *Éditions techniques- Encycl. Méd. Chir.* (Paris-France), Appareil locomoteur 15874 A10, 18p.
- Halstead, M., Johnson, S. B., & Cunnigham, W. (1993). Measuring coping in adolescents: an application of the ways of coping checklist. *Journal of clinical child psychology, 22*, 337-344.
- Harter, S. (1990). Self-esteem and identity development. Dans S. S. Feldman, & G. R. Elliot (Eds.), *At the threshold: the developing adolescent* (pp. 352-387). Cambridge, MA: Harvard University Press.

- Harter, S. (1999). *The construction of the self: A developmental perspective*. New-York: Guilford.
- Heckman-Schatzinger, L. A., Nash, C.L., Drotas, D.D., & Hall, T.W. (1976). Emotional adjustment in scoliosis. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 125, 145-150.
- Hee-og, S. (2000). Relationship of daily hassles and social support to depression and antisocial behavior among early adolescents. *Journal of Yought and Adolescence*, 29(6), 647-659.
- Heinberg, L., Thompson, J. K., & Stormer, S. (1995). Development and validation of the sociocultural attitudes toward appearance questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 17, 81-89.
- Jones, D. C., Vigfusdottir, T.A. & Lee, V. (2004). Body image and the appearance culture among adolescent girls and boys: An examination of friend conversations, peer criticism, appearance magazines and internalization of appearance ideals. *Journal of Adolescent Research*, 19, 323-329.
- Kahanovitz, N., & Weiser, S. (1988). The psychological impact of idiopathic scoliosis on the adolescent female a preliminary multi-center study. *Spine*, 14(5), 483-485.
- Kaplan, E. H. (1989). Adolescents, age fifteen to eighteen: A psychoanalytic development view. Dans S, I. Greenspan, & G. H. Pollack (Éds.), *The course of life: adolescence* (pp.201-234). International Universities Press inc.
- Katzmarzyk, P. T., & Davis, C. (2001). Thinness and body shape of play boy centre-folds from 1978 to 1998. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 25, 590-592.
- Kernis, M. H. (2002). Self-esteem as a multifaceted construct. Dans T. M. Brinthaup, & R. P. (Eds.), *Understanding early adolescent self and identity: applications and interventions* (pp. 58-64). Albany: University of New-York Press.
- Knauss, C., Paxton, S.J., & Alsaker, F.D. (2007). Relationships amongst body dissatisfaction, internalisation of the media body ideal perceived pressure from media in adolescent girls boys. *Body Image*, 4, 353-360.
- Knauss, C., Paxton, S.J., & Alsaker, F.D. (2009). Validation of the german version of the sociocultural attitudes towards appearance questionnaire. *Body Image*, 6(2), 113-120.

- Laurence, J. W., Rosenberg, L. E., & Fauerbach, J.A. (2007). Comparing the Body Esteem of Pediatric Survivors of Burn Injury With the Body Esteem of an Age-Matched Comparison Group Without Burns. *Rehabilitation Psychology, 52*(4), 370-379.
- Lawrie, Z., Davis, P. S. W., & Hill, R.J. (2006). Media influence on the body image of children and adolescents. *Eating Disorders, 14*, 355-364.
- Levine, M. P., & Smolak, L. (2002). Body image development in adolescence. Dans T. F. Cash, & T. Pruzinsky (Éds.), *Body-images: development, deviance, and change* (2e éd.) (pp. 78-87). New-York: Guilford Press.
- Lewisohn, P. M., Roberts, R. F., Seeley, J. R., Rhode, P., Gotleb, I. H., & Hops, H. (1994). Psychosocial risk factors for depression. *Journal of Abnormal Psychology, 103*, 302-315.
- Lieberman, N., Gauvin, L., Bukowski, W. M., & White, D. R. (2001). Interpersonal influence and disordered eating behaviors in adolescent girls: the role of peer modeling, social reinforcement and body-related eating. *Eating Behaviors, 2*, 215-236.
- Lindeman, M., & Behm, K. (1999). Cognitive strategies and self-esteem as predictors of brace-wear noncompliance in patients with idiopathic scoliosis and kyphosis. *Journal of Pediatric Orthopaedics, 19*, 493-499.
- Liskey-Fitz Water, N., Moore, C., & Gure, C. (1993). Clothing importance and self perception of female adolescents with and without scoliosis. *Clothing and Textile Research Journal, 11*, 16-22.
- Lowe, T.G., Edgar, M., Margulies, J.Y., Miller, N.H., Raso, V.J., Reinker, K.A., & Rivard, C.H. (2000). Etiology of idiopathic scoliosis: current trends in research. *Journal of Bone and Joint Surgery, 82-A*(8), 1157-1168.
- Marganosky, M., & Creekmore, A.M. (1981). Clothing influence in adolescent leadership roles. *Home Economics Research, 9*, 4.
- McCarroll, E. M., Lindsey, E. W., MacKinnon, E., C., Campbell Chamber, J., & Frabutt, J. (2009). Health status and peer relationships in early adolescence: The role of peer contact self-esteem, and social anxiety. *Journal of Child Family Study, 18*, 473-485.
- Magin, P., Adams, J, Heading, G., Pond, D., & Smith, W. (2008). Experience of appearance-related teasing and bullying in skin diseases and their psychological sequelae: results of a qualitative study. *Scandinave Journal of Sciences, 22*, 430-436.

- Masakasu, T., B., J.R., Rahman, T., Glutting, J.J., & Scott, C.B. (2004). Compliance monitoring of brace treatment for patients with idiopathic scoliosis. *Spine*, 29(18), 2070-2074.
- Matsunaga, S., Hayashi, K., Naruo, T., Nozoe, S.I., & Komiya S, (2005). Psychologic management of brace therapy for patients with idiopathic scoliosis. *Spine*, 30(5), 547-550.
- McCabe, M. P., & Ricciardelli, L. A. (2001). The structure of the perceived sociocultural influences on body image and body change questionnaire. *International Journal of Behavior medicine*, 8, 19-41.
- Mc Cabe M.P., & Ricciardelli, L. A. (2003). Sociocultural influences on body image and body changes among adolescent boys and girls. *The Journal of Social Psychology*, 14(1), 5-26.
- Mc Kinley, N. M., & Hyde, J.S. (1996). The objectified body consciousness scale: development and validation. *Psychology of Women Quarterly*, 20, 181-215.
- Mc Lean, W. E., Green, N.E., Pierre, C.B., & Ray, D.C. (1989). Stress and coping with scoliosis: Psychological effects on adolescents and their families. *Journal of Pediatric Orthopaedics*, 9, 257-261.
- Moreau, A., Wang, D. S., Forget, S., Azeddine, B., Angeloni, D., Fraschini, F., Labelle, H., Poitras, B., Rivard, C. H., & Grimard, G., (2004). Melatonin signaling dysfunction in adolescent idiopathic scoliosis. *Spine*, 29(16), 1772-1781.
- Mendelson, B. K., Mendelson, M. J., & White, D. R., (2001). Body-esteem scale for adolescents and adults. *Journal of Personality Assessment*, 76, 90-106.
- Nathan, S. W. (1978). Coping with disability and the surgical experience. *Clinical Pediatrics*, 17(5), 434-440.
- Negrini, S., & Carabalona, R. (2008). Social acceptability of treatments for adolescent idiopathic scoliosis: A cross-sectional study. *Scoliosis*, 1, 1-4.
- Nicholson, G. P., Ferguson-Pell, M.W., Smith, K., Edgar, M., & Morley, T. (2003). The objective measurement of spinal orthosis use for the treatment of adolescent idiopathic scoliosis. *Spine*, 28(19), 2243-2251.
- Noonan, K. J., Dolan, L.A., Jacobson, W.C., & Weinstein, S.L. (1997). Long-term psychosocial characteristics of patients treated for idiopathic scoliosis. *Journal of Pediatric Orthopaedics*, 17(6), 712-717.

- Nowicka, P., Hoglund, P., Birgerstam, P., Lissau, I., Pietrobelli, A., & Flodmark, C-E. (2009). Self-esteem in a clinical sample of morbidly obese children and adolescents. *Acta Paediatrica*, 98, 153-158.
- Offer, D., Ostrov, E., & Howard, K.I. (1977). The Offer Self-Image questionnaire for Adolescents. A manual. Chigago: Michael Reise Hospital and medical Center.
- Olafsson, Y., Sarastc, H., & Ahlgren, R.M. (1999). Does bracing affect self-image? A prospective study on 54 patients with adolescent idiopathic scoliosis. *Spine*, 8, 402-405.
- Parent, S., Newton, P.O., & Wenger, D.R. (2005). Adolescent idiopathic scoliosis: Etiology, anatomy, natural history, and bracing. *Instr Course Lect.*, 54, 529-536.
- Park, S.-Y. (2005). The influence of presumed media influence on women's desire to be thin. *Communication Research*, 32, 594-614.
- Paxton, S. J., Wertheim, E.H., Gibbons, K., Smjklar, G.L., Hiller, L., & Petrovich, J.L. (1991). Body-image satisfaction, dieting beliefs, and weight loss behaviours in adolescent girls ans boys. *Journal of Youth and Adolescence*, 20, 361-379.
- Payne, W. K., Ogilvie, J.W., Resnick, M.D., Kane, L.K., Transfeldt, E.E., & Blum, R.W. (1997). Does scoliosis have a psychological impact and does gender make a difference? *Spine*, 22(12), 1380-1384.
- Petersen, A. C., Kennedy, R.E., & Sullivan, P. (1991). Coping with adolescence. Dans M. E. Colten, & S. Gore (Eds.), *Adolescent stress: causes and consequences* (pp.93-109). New-York: Walter de Gruyter Inc.
- 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, 3-8.
- Polce-Lynch, M., Myers, B. J., Kliewer, W., & Kilmartin, C. (2001). Adolescent self-esteem and gender: exploring relations to sexual harassment, body image, media influence, and emotional expression. *Journal of Yought and Adolescence*, 30(2), 225-244.
- Presnell, K., Bearnan, S.K., & Stice, E. (2004). Risk factors for body dissatisfaction in adolescent boys and girls: A prospective study. *International Journal Eating Disorders*, 36, 386-401.
- Quatman, T., & Watson, C. M. (2001). Gender differences in adolescent self-esteem: a exploration of domains. *The Journal of Genetic Psychology*, 162(1), 93-117.

- Ricciadelli, L. A., & McCabe M. C. (2002). Psychometric evaluation of the body change inventory: an assessment of and instrument for adolescent boys and girls. *Eating Behaviors, 2*, 1-15.
- Rivett, L., Rothberg, A., Stewart, A., & Berkowitz, R. (2009). The relationship between quality of life and compliance to a brace protocol in adolescents with idiopathic scoliosis: A comparative study. *BMC Musculoskeletal Disorders, 10*(5), 1-6.
- Robinson, R. (2006). Victimization of obese adolescents. *The Journal of Scholl Nursing, 22*(4), 201-206.
- Saccomani, L., Vercellino, F., Rizzo, P., & Becchetti, S. (1998). La scoliose à l'adolescence: aspects psychologiques et psychopathologiques. *Minerva Pediatrica, 50*, 9-14.
- Sapountzi-Krepia, D., Valavanis, J., Panteleakis, G.P., Zangana, D.T., Vlachogiannis, P.C., & Sapakas, G.S. (2001). Perceptions of body image, hapiness and satisfaction in adolescents wearing a Boston brace for scoliosis treatment. *Journal of advanced Nursing, 35*(5), 683-690.
- Sapountzi-Krepia, D., Psychogiou, M., Peterson, D., Zafiri, V., Iordanopoulou, E., & Michailidou, F., (2006). The experience of brace treatment in children/adolescents with scoliosis. *Scoliosis, 1*(8), 1-7.
- Schutz, H. K., & Paxton, S. J. (2007). Friendship quality, body dissatisfaction, dieting and disordered eating in adolescent girls. *British Journal of Clinical Psychology, 46*, 67-83.
- Shatzinger, L. A. H., Nash Jr, C. L., Drotar, D. D., & Hall, T.W. (1976). Emotional adjustment in scoliosis. *Clinical Orthopaedics an Related Research, 125*, 145-150.
- Siegel, M. J. (2002). Body image change and adolescent depressive symptoms. *Journal of Adolescent Research, 17*(1), 27-41.
- Sklansky, M. A. (1989). The pubescent years: eleven to fourteen. Dans S. I. Greenspan, & G. H. Pollack (Éds.), *The course of live: adolescence* (pp.63-98). International Universities Press inc.
- Stewart, T. M. (2004). Light on body image treatment: acceptance through mindfulness. *Behavior Modification, 28*(6), 783-811.
- Striegel-Moore, R. H., Silberstein, L. R., & Rodin, J. (1993). The social self in bulimia nervosa: public self-consciousness, social anxiety and perceived fraudulence. *Journal of Abnormal Psychology, 102*, 297-303.

- Theologis, T. N., Jefferson, R.S., & Simpson, A. (1993). Quantifying the cosmetic defect of adolescent idiopathic scoliosis. *Spine, 18*, 909-912.
- Thompson, J. K., Heinberg, L., & Tantleff, S. (1991). Physical appearance comparison scale. *The Behavior Therapist, 14*, 174.
- Tiggeman, M. (2002). Media influences on body-image development. Dans T. F. Cash, & T. Pruzinsky (Éds.), *Body-Images: development, deviance, and change* (2e éd.) (pp. 91-98). New-York: Guilford Press.
- Tremblay, M. (2001). L'adaptation humaine : un processus biopsychosocial à découvrir (2^e éd.). Montréal : Editions Saint-Martin.
- Ugwonali, O. F., Lomas, G., Choe, J.C., Hyman, J.E., Lee, F.Y., Vitale, M.G., & Roye, D.P. (2004). Effect of bracing on the quality of life of adolescents with idiopathic scoliosis. *The Spine Journal, 4*, 254-260.
- Vandal, S., Rivard, C.H., & Bradet, R. (1999). Measuring the compliance behavior of adolescents wearing orthopedic braces. *Comprehensive Pediatric Nursing, 22*, 59-73.
- Veldhuizen, A.G., Wever, D.J., & Webb, P.J. (2000). The aetiology of idiopathic scoliosis: biomechanical and neuromuscular factors. *European Spine Journal, 9*, 178-184.
- Weinstein, S. L., Dolan, L.A., Cheng, J.C.Y., Danielsson, A., & Morcuende, J.A. (2008). Adolescent idiopathic scoliosis. *Lancet, 371*, 1527-1537.
- Wickers, F. C., Bunch, W.H., & Barnett, P.M. (1977). Psychological factors in failure to wear the Milwaukee brace for treatment of idiopathic scoliosis. *Clinical Orthopaedics and Related Research, 126*, 62-66.
- Williams, K., & Mc Gillicuddy-De Lisi, A. (1999). Coping strategies in adolescents. *Journal of Applied Developmental Psychology, 20*(4), 537-549.
- William, K., & McGillicuddy-De Lisi, A. (2000a). Coping strategies in adolescents. *Journal of Applied Developmental Psychology, 20*(4), 537-549.
- William, K., & Currie, C. (2000b). Self-esteem and physical development in early adolescence: pubertal timing and body image. *Journal of Early Adolescence, 20*(2), 129-149.
- Wolman, C., Resnick, M.D., Harris, L.J., & Blum, R. (1994). Emotional well-being among adolescents with an without chronic conditions. *Journal of Adolescent Health, 15*, 199-204.

- Woods, S., Done, J., & Hardeep, K. (2009). Peer victimisation and internalising difficulties: the moderating role of friendship quality. *Journal of Adolescence*, 32, 293-308.
- Zimmer-Gembeck, M. J., Geiger, T. C., & Crick, N. R. (2005). Relational and physical aggression, prosocial behavior, and peer relations: gender moderation and bidirectional associations. *Journal of Early Adolescence*, 25(4), 421-452.

Appendice

Instruments psychométriques standardisés

Tableau 1 Instruments psychométriques standardisés pour l'évaluation d'aspects problématiques liés au port du corset chez l'adolescente

| Aspects problématiques | Nom de l'instrument | Type d'instrument | Références |
|---|---|--------------------------|-------------------------|
| Image corporelle Apparence physique | The Negative Evaluation Subscale of the Body Image Questionnaire | Questionnaire Clinique | Climent et Lowe (1996) |
| Apparence physique | The Physical Appearance Comparison Scale | Questionnaire clinique | Thompson et al. (1991) |
| Apparence physique (Influence des pairs) | The Peer Attribution Scale | Questionnaire clinique | Lieberman et al. (2001) |
| Image corporelle (Influence socio-culturelle) | The Perceived Sociocultural Influences on Body Image and Body Change Questionnaire | Questionnaire clinique | McCabe et al. (2001) |
| Apparence physique (Influence socio-culturelle) | The Sociocultural Attitudes toward Appearance: Questionnaire Internalization Subscale | Questionnaire clinique | Heinberg et al. (1995) |
| Estime corporelle | Body-Esteem Scale for Adolescents and Adults | Échelle clinique | Mendelson et al. (2001) |
| Événements Majeurs | The Major Life Events Scales | Questionnaire clinique | Lewinsohn et al. (1994) |
| Isolement social Mauvaises relations sociales | The Loneliness-Social Dissatisfaction Scale | Échelle clinique | Asher et al. (1984) |
| Rejet par les pairs | The Social Rejection Scale | Questionnaire clinique | Asher et al. (2001) |
| Événements majeurs et événements stressants de la vie quotidienne | Adolescent Perceived Events Scales | Échelle clinique | Compass et al. (1987) |
| Stratégies de coping | Ways of Coping Check List | Questionnaire clinique | Halstead et al. (1993) |
| Soutien social | The Network of Relationships Inventory | Questionnaire clinique | Furman et al. (1985) |
| Conscience corporelle objectivée | The Objectified Body Consciousness Scale | Questionnaire clinique | McKinley et al. (1996) |
| Image de soi | The Offer Self-Image Questionnaire for Adolescents | Questionnaire clinique | Offer et al. (1977) |